



Universidad Abierta Interamericana

“Alteración en el funcionamiento familiar, laboral, social y económico en personas con Trastorno Bipolar”: un recorrido bibliográfico.

Tutor: Gabriela Chaia.

Tutor metodológico: Raúl Gómez Alonso.

Tesista: Martina Schiro.

Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

Facultad: Psicología y Relaciones Humanas.

Noviembre 2013

PRÓLOGO Y AGRADECIMIENTOS

A la profesora Gabriela Chaia, tutora de mi tesina, por su dedicación, asistencia y apoyo en todo el proceso de investigación llevado a cabo.

Al profesor Raúl Gómez Alonso, por ser mi guía en el desarrollo de mi tesina.

También se agradece al psicólogo Saenz Ignacio, director de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana y a la secretaria académica, la psicóloga Lindozzi Mariela, por su colaboración y respaldo durante la elaboración de la tesina.

A Melina Guevara por su incondicionalidad.

A mi familia y amigas que estuvieron siempre presentes en los momentos importantes de mi vida y por la confianza que pusieron en mí para llevar a cabo este trabajo.

RESUMEN

El presente trabajo apuntó a dar cuenta del impacto que se produce a nivel familiar, laboral, social y económico a partir del diagnóstico de trastorno bipolar. Para esto se diseñó un estudio bibliográfico cuyo corpus estuvo integrado por obras de autores nacionales e internacionales publicada en los últimos diez años.

A partir de esta investigación se pudo observar que, el trastorno bipolar es una enfermedad crónica producida por una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo. Esto lleva a que el sujeto oscile de un polo (manía) a otro (depresión) de modo irregular, sin poder integrar ambos extremos. Cada recaída que presenta el enfermo repercute tremendamente en su familia, en su funcionamiento laboral, adaptación social, nivel económico y autoestima. El impacto que esto produce, puede a su vez, repercutir negativamente sobre el curso clínico del afectado. Todo ello hace más evidente la necesidad de llevar a cabo un trabajo interdisciplinario. Este constará de una terapia individual para el enfermo más un tratamiento farmacológico. En caso que sea necesario se recomienda terapia familiar o de pareja, ya que la participación de la familia permite que se genere un apoyo efectivo al tratamiento y por otro lado permite tener una aproximación sobre el impacto de la enfermedad en la vida del paciente.

El paciente y su entorno deben organizar sus vidas a modo de evitar variaciones del ánimo catastróficas, reconocer signos de recaída y tener apoyo de sus familias, amigos y seres significativos.

Por tal razón se debe trabajar para que la intervención familiar influya positivamente en el curso de la enfermedad.

Palabras claves: Trastorno bipolar – abordaje terapéutico del trastorno bipolar – impacto familiar en el trastorno bipolar – impacto económico en el trastorno bipolar – impacto laboral en el trastorno bipolar – alteración social en el trastorno bipolar.

ÍNDICE

Introducción.....	6
Tema - Problema.....	8
Objetivos.....	9
Marco Teórico.....	10
• Capítulo I “Trastorno bipolar”.....	10
- De la “melancolía” a la “depresión”.....	10
- De la “psicosis maníaco depresiva” a la “bipolaridad”.....	1
• Capítulo II “Trastornos del estado de ánimo según la psicopatología psiquiátrica actual”.....	14
- Clasificación.....	14
- Trastorno Depresivo.....	15
Episodio depresivo mayor.....	15
Trastorno depresivo mayor.....	17
Factores.....	18
Curso.....	18
Distimia.....	20
- Trastorno Bipolar.....	21
Episodio maníaco.....	21
Trastorno bipolar I.....	22
Episodio Hipomaníaco.....	23
Trastorno bipolar II.....	24
Otros trastornos bipolares.....	24

Episodio mixto.....	25
Trastorno bipolar con ciclos rapidos.....	25
Trastornos ciclotímicos.....	23
Trastorno bipolar no especificado.....	24
Curso.....	24
Sintomas psicóticos.....	24
Alcohol y otras sustancias.....	25
Factores hereditarios.....	26
Indicadores de pronósticos.....	27
Apoyo social.....	27
Suicidio.....	28
• Capítulo III “Generalidades sobre las transformaciones de la conducta y el trastorno”	30
• Capítulo IV “Abordajes terapéuticos en relación al trastorno bipolar”	33
- Tratamiento farmacológico.....	33
- Psicoterapia.....	35
- Psicoeducacion.....	35
Estado del Arte.....	39
Marco Metodológico.....	44
Análisis e Interpretación de los datos.....	47
Conclusión.....	57
Bibliografía.....	60
Anexo.....	63

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos tenemos altibajos de ánimo; en un mismo día incluso podemos sentirnos eufóricos por la mañana ante la idea de iniciar nuestras vacaciones y tremendamente hundidos por la tarde al enterarnos de que algún familiar padece una enfermedad grave. La felicidad, la tristeza y la ira son emociones normales y una parte esencial de la vida diaria. Puesto que la tristeza y la culpa son sentimientos desagradables buscamos la manera de evitarlos y tratamos de construir una vida que nos permita experimentar más sentimientos de satisfacción y alegría. Es decir, las emociones nos permiten procurar un estado de bienestar para nosotros y las personas que nos importan porque nos ayudan a reaccionar ante los cambios que se producen a nuestro alrededor.

En contraste, las personas que sufren un Trastorno Bipolar tienen unos altibajos que suelen terminar entorpeciendo su bienestar por ser excesivamente acentuados o desproporcionados con los motivos que los desencadenan y por haber perdido la variación normal del estado de ánimo en función de las circunstancias. Estos altibajos y la pérdida de las cualidades normales del estado de ánimo afectan a los pensamientos, sentimientos, salud física, comportamiento y funcionamiento.

El concepto tradicional del “loco peligroso” estigmatiza a todo el que muestra unos síntomas de conducta alterada en público, sin que muchas veces importe la frecuencia. Sigue sin entenderse la diferencia, ni aceptarse que no existe “la locura” sino distintas patologías, y que casi todas son remitentes y/o controlables. Nadie tolera la proximidad de un “trastornado”; nadie quiere como vecino a quien padece una demencia o una minusvalía psíquica que le fuerza a cometer molestas extravagancias. Para las familias o cuidadores de esos enfermos, es muy duro el día a día frente al rechazo silencioso pero manifiesto del entorno. Pero lo peor queda para el propio enfermo, cuando supera o controla los síntomas de su enfermedad y se da cuenta de que su pasado patológico le ha dejado la secuela social del tabú.

Se considera que una persona padece un trastorno bipolar si a lo largo de su vida ha sufrido una alternancia entre períodos en los que su estado de ánimo ha sido depresivo y otros (al menos uno) de euforia. Hasta aquí, todos podríamos ser diagnosticados de trastorno bipolar, por eso habrá que definir por qué estos estados llegan a ser “patológicos” o a constituir una enfermedad.

Cualquiera entendería que estos “altibajos anímicos” son un “trastorno” si por causa de ellos la persona ha tenido problemas en su trabajo, tiene dificultades para mantener a lo largo del tiempo las relaciones con otras personas u observamos variaciones muy importantes en su forma de reaccionar ante la vida y sus conductas dependiendo de si está eufórico o depresivo. Es decir, que las emociones no son compatibles con su búsqueda de bienestar sino que se ha convertido en cierto modo en “un esclavo de su estado de ánimo”, que le impide llevar una vida normal.

Los períodos en los que predomina claramente un estado de ánimo se llaman fases. Así, cuando lo que prima es la tristeza se habla de una fase depresiva y cuando lo hace la euforia o exaltación del ánimo se dice que la persona está en fase maníaca.

La alternancia de fases suele producirse con periodos intermedios de relativa normalidad del estado de ánimo, aunque no es infrecuente que el cambio de un estado a otro se produzca sin dar tiempo a esta normalización, en cuyo caso se habla de un “viraje” (p.ej., cuando de una temporada de ánimo exaltado y euforia se pasa en unos días a una fase depresiva).

Esta investigación consta de cuatro capítulos. El primero habla de cómo fueron surgiendo los conceptos de melancolía y manía a lo largo de la historia. En el segundo se nombraran y explicaran los trastornos del estado de ánimo. En el tercero se trabajara las transformaciones que se producen en la conducta y en el entorno de la persona con trastorno bipolar y en el cuarto capítulo se van a desarrollar los diferentes abordajes terapéuticos en relación al trastorno trabajado.

TEMA

“Alteración en el funcionamiento familiar, laboral, social y económico en personas con Trastorno Bipolar”

PROBLEMA

¿Qué impactos se producen a nivel familiar, laboral, social y económico frente a una persona diagnosticada con Trastorno Bipolar de acuerdo a la bibliografía producida en los últimos 10 años?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Describir el impacto que se produce a nivel familiar, laboral, social y económico a partir del diagnóstico de trastorno bipolar según los autores más importantes de la última década.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar que alteraciones se presentan en el funcionamiento familiar según diferentes autores.
- Analizar las variaciones que se producen a nivel laboral a partir de los textos trabajados.
- Abordar las modificaciones que se presentan a nivel social a raíz de diversos autores.
- Analizar el impacto económico según la bibliografía que aborda el tema.

Capítulo I

“Trastorno Bipolar”

De la “Melancolía” a la “Depresión”

Hipócrates fue quien estableció la relación existente entre los cuatro elementos, tierra, fuego, aire, agua, y los cuatro humores, la sangre, la pituita, la bilis amarilla y la bilis negra. Su mezcla adecuada significaba salud, en tanto la mezcla inadecuada de los cuatro humores significaba enfermedad. Por ejemplo, cuando una persona es hiperactiva o tiene una tendencia a la hipertensión, se dice que tiene un temperamento «sanguíneo», cuando hay un exceso de sangre; cuando un sujeto es más bien violento, agresivo, su temperamento es «colérico», debido a un exceso de bilis amarilla; un temperamento «flemático», exceso o acumulación de flema o de mucus, que en particular se observan en las inflamaciones de las vías respiratorias. Por lo tanto, el síntoma «dolor» aparece cuando uno de los humores está en exceso o bien está ausente; también, cuando uno de los humores se encuentra aislado y no se mezcla adecuadamente con los demás.

Los intentos más remotos de comprender que era la depresión se deben a Hipócrates (siglo IV a.C.). Este filósofo sostenía que la *melancolía* se debía a desequilibrios en la secreción de bilis negra, o bien a una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo que daría lugar a restos tóxicos; de hecho, el término proviene del griego *melaina chole* (bilis negra). Así Hipócrates utilizó el término *melancolía* para dar cuenta de estados de abatimiento, inhibición y tristeza. Aunque este término era la etiqueta diagnóstica más usada, la palabra “depresión” se comienza a utilizar con frecuencia durante el siglo XIX.

El cambio conceptual fundamental lo proporciona el psiquiatra alemán Kraepelin en su 6.^a edición de su manual de psiquiatría (1896) donde diferenció la *demencia precoz* (llamada esquizofrenia poco después por Bleuler) de la *enfermedad maníaco-depresiva*. Estas dos enfermedades se diferencian en que los maníacos-depresivos tendrían una mayor historia de antecedentes de enfermedad, menor gravedad y un curso menos crónico que el de las personas con esquizofrenia. Sin embargo, el término “maníaco-depresivo” de Kraepelin incluía cuadros que hoy denominaríamos depresión mayor, distimia, trastorno bipolar o ciclotimia.

Más tarde, Freud, en *Duelo y Melancolía* (1917) planteó que la *melancolía* se singulariza en lo anímico por un sentimiento profundo de dolor, donde se puede observar la pérdida de la capacidad de amar, una cancelación del interés por el mundo exterior, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigración y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. A comparación con el duelo, la melancolía, también es un estado que se desencadena a partir de una pérdida que no pudo ser elaborada. Esta pérdida no sólo puede ser de un objeto concreto sino también de ideales, o algún otro elemento de valor significativo para la vida de la persona. El objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor.

La persona melancólica nos describe a su yo como algo estéril, indigno y moralmente despreciable; se denigra, se hace reproches y espera repulsión y castigo. Esto se debe a que, a diferencia del duelo, donde el mundo se ha hecho pobre y vacío, en la melancolía, eso le ocurre a su yo ya que hay una rebaja en su sentimiento yoico.

En el melancólico hubo una ligadura de la libido a una persona determinada, una elección de objeto; pero por un desengaño se produjo un sacudimiento de ese vínculo de objeto por parte de la persona amada. El mejor resultado hubiese sido que quite de la libido de ese objeto y lo desplazara a uno nuevo, pero tuvo otro destino. La investidura de objeto fue cancelada, fue poco resistente, la libido libre en vez de desplazarse a otro objeto se retiró sobre su yo. Esto sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. Para que se produzca tal proceso tiene que haber existido, por un lado una fuerte fijación en el objeto de amor, y por el otro en contradicción, una escasa resistencia de la investidura de objeto. Esta contradicción parece exigir que la elección de objeto se haya cumplido sobre una base narcisista, de tal suerte que la investidura de objeto pueda regresar al narcisismo si tropieza con dificultades. La identificación narcisista con el objeto se convierte entonces en el sustituto de la investidura de amor, lo cual trae por resultado que el vínculo de amor no deba resignarse a pesar del conflicto con la persona amada.

En conclusión, la melancolía toma prestados una parte de sus caracteres al duelo, y la otra parte a la regresión desde la elección narcisista de objeto hasta el narcisismo.

El complejo melancólico se comporta como una herida abierta, atrae hacia sí desde todas partes energías de investidura y vacía al yo hasta el empobrecimiento total.

La peculiaridad más notable de la melancolía, es su tendencia a volverse en la manía, un estado que presenta los síntomas opuestos. Pero no toda melancolía tiene ese destino.

Podemos decir que es probable que el yo se rinda en la melancolía, mientras que en la manía lo ha dominado o lo ha hecho a un lado.

En la manía el yo tiene que haber vencido a la pérdida de objeto, y entonces queda disponible todo el monto de investidura que el sufrimiento dolido de la melancolía había atraído sobre sí desde el yo y había ligado.

De la “Psicosis maníaco depresiva” a la “Bipolaridad”

El término “manía” tiene su origen en los escritos de Hipócrates. Definió a la manía como el estado en que la persona está fuera de su mente, lo que era sinónimo de locura.

El afirma que la enfermedad mental no tenía un origen divino sino natural, y que el cerebro era el asiento de los placeres, alegrías, risas, dolores, pesares y lágrimas. La manía estaba causada por un exceso de humedad en el cerebro, por flegma; o por corrupción por el humor bilis. Hipócrates nos habla de que es un estado en el que hay una alteración de la realidad externa, y se crea otra realidad. Se consideraba que en las estaciones del año que se presentan con mayor frecuencia la melancolía, la locura y la epilepsia son la primavera y el otoño.

El tratamiento se basaba en el restablecimiento de la integridad funcional de la *physis*, por lo que al sujeto se le abstenía de la ingestión abundante de carne y de ejercicios violentos, se les recomendaba también baños de ducha tibia, caminatas por la mañana, y una alimentación a base de pan de cebada y verduras cocidas.

Hasta el siglo XIX la manía se caracterizaba por el comportamiento violento y aberrante del individuo; es un error pensar que esta manía está íntimamente relacionada con la descripción actual de los estados maníacos, en los que, el síntoma cardinal es, necesariamente, la alteración del estado de ánimo.

Fue Areteo de Capodocia (siglo II d.C.) quien varios siglos después de Hipócrates describió casos de agitación maníaca e inhibición alternantes en una misma persona. Siguiendo la ortodoxia teórica hipocrática, Areteo atribuía esta condición a desequilibrios humorales.

El psiquiatra alemán Karl Leonhard, en 1957, fue el primero en separar los trastornos afectivos en “bipolar” (personas con trastornos maníaco-depresivos o circulares) y “monopolares” (personas con historia sólo de depresión o sólo de manía), superando así el vago concepto genérico de “maníaco-depresivo”. Esta propuesta, aunque con algunas sutiles modificaciones, ha tenido una enorme aceptación y se ha impuesto finalmente en la concepción clasificatoria actual de los trastornos anímicos. El término “bipolar” quedaría definitivamente incorporado a los sistemas de clasificación para hacer referencia a todos los casos en los que curse o haya cursado un síndrome de manía o de hipomanía.

Capítulo II

“Trastornos del estado de ánimo según la psicopatología psiquiátrica actual”

Clasificación

La clasificación de los trastornos del humor se ha resuelto parcialmente con la Clasificación Internacional de la OMS (CIE-10, 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV TR, 2000) de los EE.UU. Ambos se diseñaron para facilitar una buena comunicación entre los psiquiatras, facilitar la descripción y ayudar a predecir el curso y la respuesta al tratamiento.

Figura 1. Organización de las principales categorías diagnósticas de los Trastornos del estado de ánimo (DSM-IV, 1994)

TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO (DSM-IV, 1994)
Trastornos depresivos Trastorno depresivo mayor (Episodio único) Trastorno depresivo mayor (Recurrente) Trastorno distímico Trastorno depresivo no especificado en otro lugar (NE)
Trastornos bipolares Trastorno bipolar I Trastorno bipolar II Trastorno ciclotímico Trastorno bipolar NE
Trastorno anímicos debido a condición médica general Trastorno anímico inducidos por sustancias Trastorno anímico NE

Como podemos ver en la figura 1, los trastornos del estado de ánimo están divididos en (DSM-IV) en trastornos depresivos (“Depresión unipolar”) como el Trastorno depresivo mayor y la Distimia, en los que no debe haber historia previa o presencia de manía, cuadro mixto o hipomanía y en Trastornos bipolares que comprenden el Trastorno bipolar I y el Trastorno bipolar II e implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores y asimismo la ciclotimia.

Trastornos depresivos

Episodio depresivo mayor:

Figura 2. Características básicas del episodio depresivo mayor según el DSM-IV (APA, 1994)

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM-IV)	
A. Durante al menos 2 SEMANAS, presencia casi diaria de al menos CINCO de los siguientes síntomas, incluyendo el 1) o el 2) <i>necesariamente</i>: 1. Estados de ánimo deprimido. 2. Disminución del placer o interés en cualquier actividad. 3. Aumento o disminución de peso/apetito. 4. Insomnio o hipersomnio. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor. 6. Fatiga o pérdida de energía. 7. Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa. 8. Problemas de concentración o toma de decisiones. 9. Ideas recurrentes de muerte o suicidio.	
B. Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.	
C. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (p. ej., hipotiroidismo).	
D. No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrido hace menos de 2 meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento).	

Como podemos observar en la figura 2, el Episodio depresivo mayor se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas durante un período prácticamente continuado de 2 semanas. Además se requiere que al menos uno de esos síntomas sea necesariamente o bien un estado de ánimo triste, deprimido, o bien una pérdida de placer (anhedonia). No basta sólo la presencia de síntomas, sino que se requiere además que estos síntomas conlleven una marcada influencia con la vida cotidiana.

Pero además este diagnóstico de episodio depresivo mayor requiere cumplir dos criterios adicionales de exclusión: (1) que los síntomas no sean causados por una enfermedad o ingesta de sustancias, y (2) que los síntomas no se deban a una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido.

Los episodios depresivos difieren naturalmente en gravedad. El DSM-IV plantea los siguientes niveles de gravedad:

1. *Ligero*: Cuadros en los que existen los síntomas mínimos requeridos para el diagnóstico, y el deterioro laboral o social existe pero es pequeño.
2. *Moderado*: Deterioro sociolaboral moderado.
3. *Grave no psicótico*: Presencia de más síntomas que los mínimos requeridos y además existe un deterioro marcado ocupacional, social o interpersonal.
4. *Con características psicóticas*: Existen delirios o alucinaciones.
5. *En remisión parcial*: Es un estado intermedio entre “Ligero” y “En remisión total”.
6. *En remisión total*: No había signos o síntomas significativos en los pasados 6 meses.

El DSM-IV propone que un episodio depresivo puede tener características de “melancolía” cuando concurren una serie de síntomas. Véase figura 3. (p. ej., pérdida muy marcada de placer, falta de reactividad emocional, inhibición psicomotora, pérdida de peso, etc)

Figura 3. Características básicas del episodio depresivo mayor según el DSM-IV (APA, 1994)

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR MELANCOLICO (DSM-IV)	
A.	Durante el período peor del episodio actual: a) <i>Pérdida de placer</i> generalizada, o b) <i>Falta de reactividad</i> ante estímulos positivos.
B.	Presencia de al menos TRES de los siguientes síntomas: 1. Cualidad diferente del estado de ánimo. 2. Normalmente pero por las mañanas. 3. Insomnio tardío. 4. Retardo o agitación psicomotoras. 5. Anorexia significativa o pérdida de peso. 6. Culpa excesiva o inapropiada.

En general, el patrón de melancolía no implica mayor gravedad ni una causa diferente, sino un mayor componente de síntomas vegetativos y anhedonia.

Trastorno depresivo mayor:

Antes conocido como depresión neurótica grave, depresión involutiva o incluso depresión psicótica.

Este término es el que se emplea para describir a una persona que presenta un *Episodio depresivo mayor* y, además, cumple una serie de condiciones adicionales:

1. Nunca ha tenido un episodio de manía o hipomanía.
2. No se trata de un problema superior a los trastornos del estado de ánimo.

Sólo se pueden diagnosticar dos tipos de Trastorno depresivo mayor: de ***Episodio único*** (aquellos en los que el episodio actual sea el primero que han tenido) y ***Recurrente*** (aquellos casos en los que ha habido por lo menos algún otro episodio depresivo mayor en su vida).

Factores

Hay cuatro factores de riesgo que muestran consistencia en su asociación con trastorno depresivo mayor y que pueden jugar un papel causal:

- En relación al género: las mujeres están en mayor riesgo de sufrir depresión que los hombres.
- Sucesos vitales estresantes: hay una amplia aparición de hechos adversos como pérdida del trabajo, dificultades conyugales, problemas de salud importantes y pérdida de relaciones sociales estrechas, que están asociados con un sustancial aumento del riesgo de inicio de un trastorno depresivo mayor.
- Respecto a las experiencias infantiles adversas: éstas incluyen el abuso sexual y físico, la pobre relación entre padres e hijos y la discordia y divorcio entre los padres. Todos estos hechos se asocian a un aumento del riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor en la vida adulta, siendo el más importante la pérdida de uno o de ambos padres antes de los once años de edad.
- Rasgos de personalidad que parecen predisponer a la depresión: tendencia a desarrollar trastornos emocionales ante la exposición al estrés.

Los padres, hermanos e hijos de pacientes con Trastorno depresivo mayor tienen un alto riesgo de padecer trastornos afectivos.

Los TDM parece ser mayor en mujeres que en hombres.

Debemos tener en cuenta que hay diversos sucesos que aumentan el riesgo de inicio de un trastorno depresivo mayor como: pérdida del trabajo, problemas de salud importante, dificultades conyugales y pérdida de relaciones sociales estrechas.

Curso

El trastorno depresivo mayor no sólo se puede hacer presente en la vida adulta, sino que también se puede llegar a experimentar su primer episodio durante la infancia o la adolescencia. En esos casos, los sujetos continúan experimentando episodios depresivos a lo largo de la vida.

El curso de este trastorno es muy variable. Aunque la mayoría de las personas que lo padecen terminan recuperándose en 1 o 2 años. (Hirschfel y Goodwin, 1989).

Los sujetos que tienden a la cronificación y a sufrir riesgos de recaídas son aquellas que han tardado mucho en buscar tratamiento. Estos casos son de difícil manejo clínico.

Figura 4. Factores que incrementan la probabilidad de la *recurrencia y/o recaídas* en la depresión (basado en Hirschfeld y Goodwin, 1989; Thase, 1990; Angst, 1992; Greden, 1992; Keller y Wunder, 1992)

1) Trastorno bipolar.
2) Antecedentes de cronicidad previa.
3) Número de episodios previos.
4) Gravedad del episodio inicial.
5) Mala respuesta al tratamiento agudo.
6) Comienzo tardío del primer episodio.
7) Mayor edad.
8) Pocas semanas o meses desde el último episodio.
9) Presencia de estresores psicosociales crónicos.
10) Presencia de distorsiones cognitivas no tratadas.

Un aspecto interesante es que la duración de los ciclos depresión – no depresión se va acortando cuantos más episodios tiene el paciente y cuanta más tardía es la edad de aparición del primer episodio. (Greden, 1992)

El mayor riesgo de recaídas está en los primeros meses después de recuperarse de un episodio depresivo. El primer año constituye un período de alto riesgo, pero a medida que transcurre el tiempo sin que haya una recaída, la probabilidad de aparición de otro episodio es cada vez menor. La existencia de varios episodios previos de depresión en el curso de la vida hace que la probabilidad de recaídas sea también mayor.

Distimia:

Figura 5. Características básicas de la distimia según el DSM (APA, 1994)

TRASTORNO DISTÍMICO (DSM-IV)	
A.	Estado de ánimo deprimido durante prácticamente todo el día, y más días presente que ausente, durante al menos DOS AÑOS.
B.	Presencia de al menos TRES de los siguientes síntomas, que acompañan ese estado de ánimo: 1. Baja autoestima, baja autoconfianza o sentimiento de inadecuación. 2. Pesimismo, desesperación o desesperanza. 3. Pérdida generalizada de interés o placer. 4. Aislamiento social. 5. Fatiga o cansancio crónicos. 6. Sentimientos de culpa o de repaso del pasado. 7. Sensación de irritabilidad o ira excesivas. 8. Eficacia general disminuida. 9. Problemas de concentración, memoria o indecisión.
C.	Durante esos 2 años, no ha habido un período de más de 2 MESES libres de los síntomas de A y de B.
D.	En los 2 primeros años del trastorno no hubo un episodio depresivo mayor, de modo que el trastorno no puede considerarse un trastorno depresivo mayor crónico o en remisión parcial.
E.	Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
F.	No ocurre exclusivamente en el curso de un trastorno psicótico como esquizofrenia o trastorno delirante.
G.	No debido a medicamentos, drogas o a una condición médica general.

Como podemos observar en la figura 5, la distimia está compuesta por estados depresivos muy prolongados, prácticamente crónicos, que sin llegar a cumplir los criterios exigentes del “Episodio depresivo mayor” se caracteriza por la presencia de

bastantes síntomas depresivos. Este término vendría a sustituir a otros términos como la “neurosis depresiva” y la “personalidad depresiva”. De hecho, este tipo de depresiones se incluía en el apartado de los trastornos de personalidad, pero a partir del DSM-III, se incluye dentro de los Trastornos afectivos. Esto se debe a que la distimia es más un Trastorno afectivo de naturaleza *subsindrómica* que un trastorno de la personalidad.

A diferencia de los trastornos depresivos mayores, los distímicos muestran una sintomatología de tipo semejante pero menos grave, más sostenida en el tiempo, y rara vez requieren hospitalización, aunque es cierto que muchos son tratados por médicos generales (Klerman, 1987).

Los síntomas que caracterizan la distimia son la presencia durante un período mayor de 2 años de un estado de ánimo triste prácticamente a diario. Además de este síntoma necesario se requiere la presencia de al menos otros tres síntomas que coexistan con esa tristeza (p. ej., pesimismo, aislamiento social, fatiga continua, etc.). Para poder efectuar el diagnóstico se precisa que estos síntomas hayan estado casi continuadamente presentes, en concreto, que el paciente no haya estado libre de síntomas durante más de 2 meses en ese período.

En el cuadro se distingue dos tipos: distimia de comienzo temprano y distimia de comienzo tardío, según haya empezado el cuadro, antes o después de los 21 años, respectivamente. La idea de esta distinción es que, aunque no tenemos aún muchos datos, el grupo de inicio temprano posiblemente es un grupo más homogéneo que el tardío (Keller y Wunder, 1992)

Trastornos bipolares

Episodio maníaco

Figura 6. Características básicas del episodio maníaco según el DSM-IV (APA, 1994)

EPISODIO MANÍACO (DSM-IV)	
A. Período preciso y persistente con estados de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable durante 1 SEMANA (o de cualquier duración si ha necesitado HOSPITALIZACIÓN)	
B. TRES de los siguientes síntomas (o cuatro si el estado de ánimo era sólo irritable):	
1. Excesiva autoestima o grandiosidad.	

2. Disminución de la necesidad de dormir. 3. Locuacidad. 4. Sensación de pensamientos rápidos o “vuelo de ideas”. 5. Distraibilidad. 6. Actividad excesiva dirigida a metas (sexual, laboral, etc). 7. Actividades de alto riesgo potencial (p. ej., negocios absurdos).
C. Problemas del funcionamiento cotidiano, o requiere hospitalización para impedir daños propios o ajenos.
D. No debido a medicamentos, drogas o a una condición médica general (p ej., hipertiroidismo)

Como se explica en la figura 6, se considera que una persona sufre de un episodio maníaco si durante un período mínimo de una semana ha mostrado un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable junto a tres o más de los síntomas siguientes: a) autoestima exagerada o grandiosidad; b) disminución de la necesidad de dormir durante varios días seguidos; c) verborrea; d) fuga de ideas y pensamiento acelerado; e) distraibilidad; f) dedicación excesiva a la consecución de objetivos y g) implicación excesiva en actividades placenteras, incluyendo conductas hedonistas y adictivas con un alto potencial para producir consecuencias graves aunque el paciente pueda negar o minimizar el riesgo.

En ocasiones, un paciente que se encuentre en pleno episodio maníaco puede presentar ideación psicótica. En estos casos, el diagnóstico diferencial entre trastorno bipolar y algunas formas de esquizofrenia puede resultar difícil.

Trastorno Bipolar I

Para que un paciente se le diagnostique un trastorno *bipolar I* debe haber sufrido por lo menos un episodio maníaco en algún momento de su vida, habitualmente acompañado(s) por uno o varios episodios depresivos mayores. La manía raramente es recurrente si no hay episodios depresivos. Los pacientes con manía recurrente tienen poca capacidad para comprender esta situación (*insight*) y, por lo tanto, tienen dificultades para realizar un tratamiento. El diagnóstico del trastorno bipolar I puede ser

difícil cuando el paciente presenta síntomas que parecen indicar un episodio depresivo mayor, y aún puede serlo más si el paciente ha sufrido previamente un episodio maníaco pero no hay constancia oficial de él o si el paciente oculta o minimiza la importancia de episodios maníacos previos. Esto ha hecho que a muchos pacientes de trastorno bipolar se les haya diagnosticado erróneamente un trastorno depresivo unipolar, con el consiguiente perjuicio para el tratamiento y para la prevención de futuros episodios. Más importante aún, estos pacientes pueden seguir una medicación a base de antidepresivos que, en ausencia de estabilizadores del ánimo, puede activar un episodio maníaco (Goldberg y Kocsis, 1999). Es posible que el descubrimiento de un efecto iatrogénico involuntario causado por algún fármaco antidepresivo sea la peor situación clínica en la que se puede diagnosticar un trastorno bipolar I.

Episodio hipomaníaco

Figura 7. Características básicas del episodio hipomaníaco según el DSM-IV (APA, 1994)

EPISODIO HIPOMANÍACO (DSM-IV)	
A.	Período preciso y persistente con estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable a lo largo de 4 DÍAS.
B.	TRES de los siguientes síntomas (o cuatro si el estado de ánimo era sólo irritable): 1. Excesiva autoestima o grandiosidad. 2. Disminución de la necesidad de dormir. 3. Locuacidad. 4. Sensación de pensamientos rápidos o “vuelo de ideas”. 5. Distraibilidad. 6. Actividad excesiva dirigida a metas (sexual, laboral, etc). 7. Actividades de alto riesgo potencial (p ej., negocios absurdos).
C.	Cambio inequívoco, durante el episodio, del funcionamiento habitual de esa persona.
D.	Cambios anímicos y comportablemente apreciables por otros.
E.	El episodio no es tan grave como para crear problemas en el funcionamiento cotidiano o requerir

hospitalización, y no hay síntomas psicóticos.
F. No debido a medicamentos, drogas o a una condición médica general (p. ej., hipertiroidismo).

Como podemos ver en la figura 7, el estado hipomaniaco es similar a un episodio maniaco pero tiene una duración más breve (por lo menos cuatro días), es de menor intensidad e interfiere menos en las actividades del paciente. Las personas que sufren de un episodio hipomaniaco presentan autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, distraibilidad, dedicación excesiva a la consecución de objetivos y, en ocasiones, implicación excesiva en actividades placenteras de carácter hedonista. Por otro lado, estos sujetos no presentan síntomas psicóticos y su estado de ánimo, aun siendo claramente diferente del habitual, no es lo bastante grave como para provocar un deterioro importante en su vida cotidiana.

Trastorno Bipolar II

Se diagnostica cuando un paciente ha sufrido por lo menos un episodio hipomaniaco y un episodio depresivo mayor (y nunca ha sufrido un episodio maniaco), una variante del trastorno que rara vez exige hospitalización y cuyos síntomas suelen pasar inadvertidos para el observador no iniciado.

El diagnóstico de la hipomanía, a partir de la historia del paciente, requiere de la observación de terceras personas que atestigüen que ese estado se diferenciaba claramente del estado habitual del paciente.

La hipomanía irrumpe repentinamente a partir de un largo período depresivo, o un viaje repentino (típicamente matutino). En otras oportunidades aparece como consecuencia de la indicación de antidepresivos en un paciente que consultó por depresión, de allí la necesidad de la anamnesis sólida.

El diagnóstico de *trastorno bipolar II* es crucial, no solo por sus implicaciones terapéuticas sino, también, por razones pronósticas (p.ej. alto índice de suicidio).

Otros Trastornos Bipolares

Esta forma de trastorno bipolar aún no fue incluida en la clasificación del DSM-IV pero tiene un amplio consenso en el ámbito internacional. Algunos autores han puesto

nuevos subtipos, como el trastorno bipolar III, para pacientes con antecedentes familiares de trastorno bipolar donde los episodios maníacos o hipomaníacos se inician por la administración de antidepresivos.

Esta forma de Trastorno Bipolar se da en personas que inician episodios depresivos, episodios maníacos ó episodios hipomaníacos tardíamente y luego de presentar a lo largo de la vida un tipo de temperamento llamado "hipertímico" que está caracterizado por poseer a lo largo de la vida y como característica de base una gran energía, alto nivel de sociabilidad y condiciones de liderazgo.

Episodio mixto

Los episodios mixtos combinan síntomas que cumplen los criterios tanto para un episodio depresivo mayor como para un episodio maníaco. Estos síntomas deben estar presentes casi cada día y durante al menos un período de una semana, y deben ser lo bastante graves para provocar un importante deterioro en la vida laboral, social o interpersonal del paciente. El estado de ánimo de las personas que sufren un episodio mixto oscila rápidamente dentro del contexto general de una presentación maníaca. Dicho de otro modo, un episodio mixto es un estado maníaco grave combinado con características depresivas (Dunner, 1999). Dada la frecuente presencia de síntomas como la agitación, el insomnio, el pensamiento psicótico y las tendencias suicidas, los estados mixtos han sido difíciles de caracterizar con precisión.

Los episodios mixtos son una forma más grave de trastorno bipolar y por ello son más difíciles de tratar desde un punto de vista farmacológico (Boland y Keller, 1999). Este estado puede presentar complicaciones relacionadas con el consumo de sustancias y con otras enfermedades, especialmente las que suponen alguna disfunción neurológica (Himmelhoch, 1986). Parece que esta combinación produce una de las formas más letales del trastorno. Simpson y Jamison (1999) llegaron a la conclusión de que los pacientes de trastorno bipolar con mayor riesgo de suicidio son los que responden al perfil de un hombre joven que sufre episodios mixtos, abusa del alcohol y tiene un historial suicida.

Trastorno bipolar con ciclos rápidos

Es el cambio rápido de depresión a hipomanía/manía (aparece con más frecuencia en un trastorno bipolar II que en el bipolar I). Para confirmar este trastorno el paciente debe

sufrir cuatro o más episodios en el período de un año. Esta especificación es más común en las mujeres, lo que quizá refleja la influencia en el estado de ánimo de los procesos hormonales relacionados con la reproducción.

Según el DSM-IV, un ciclo es un episodio maníaco o hipomaníaco con una duración mínima de cuatro días, o un episodio depresivo con una duración mínima de dos semanas, lo que limita el número de ciclos anuales a cerca de veinte.

Trastorno ciclotímico

Figura 8. Características básicas de la ciclotimia según el DSM-IV (APA, 1994)

TRASTORNO CICLOTIMICO (DSM-IV)	
A.	Numerosos períodos con síntomas hipomaníacos (véase figura 6) y numerosos períodos con estado de ánimo deprimido o pérdida de placer (pero sin llegar nunca a satisfacer los criterios de Episodio depresivo mayor) durante al menos 2 AÑOS.
B.	Durante esos dos años no ha habido un período de más de 2 MESES libres de síntomas de A.
C.	Nunca han cumplido criterios de Episodio depresivo mayor.
D.	En los 2 primeros años del trastorno no ha existido un episodio maníaco.
E.	Los síntomas de A no son explicable por el trastorno psicótico como Esquizofrenia o Trastorno delirante.
F.	No debido a medicamentos, drogas o a una condición médica general.

Este trastorno es una combinación subsindrómica de un trastorno bipolar con ciclos rápidos y un trastorno distímico, y supone numerosos episodios afectivos que no tienen la entidad suficiente para cumplir los criterios de un trastorno bipolar. Como en el caso del trastorno distímico, los síntomas del trastorno ciclotímico deben estar presentes durante al menos dos años sin que los períodos libres de síntomas tengan una duración superior a los dos meses. El diagnóstico diferencial del trastorno ciclotímico puede ser difícil dada su semejanza con el trastorno bipolar I y con otros trastornos que se caracterizan por la labilidad del estado de ánimo, como el trastorno límite de la personalidad (Coryell, 1999).

Del mismo modo que los episodios hipomaniacos, el trastorno ciclotímico se puede considerar una forma subsindrómica del trastorno bipolar I. Sin embargo, ello no debe ocultar el hecho de que puede provocar un deterioro significativo en la vida de los clientes, ya que tiene un curso crónico y presenta un riesgo moderado de evolucionar hacia un trastorno bipolar I o II (American Psychiatric Association, 1994).

Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. La persona enferma no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Las fluctuaciones del estado de ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables.

Para realizar el diagnóstico debe haber: a) inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un b) gran número de episodios de depresión y euforia y c) ninguno ha sido lo suficientemente intenso y duradero para satisfacer el diagnóstico de un trastorno bipolar o un trastorno depresivo recurrente. Se necesitan dos períodos de hipomanía y síntomas depresivos durante 2 años (1 año en niños y adolescentes) para el diagnóstico de Trastorno ciclotímico, estos síntomas hipomaniacos y depresivos no deben estar en remisión por más de 2 meses y no puede haber habido episodios depresivo mayores, maniacos o mixtos durante los primeros 2 años del disturbio.

Trastorno bipolar no especificado

El trastorno bipolar incluye la categoría “no especificado” para diagnosticar los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico. Este diagnóstico también se aplica cuando el profesional ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno bipolar pero es incapaz de determinar si es primario, se debe a una enfermedad médica o está inducido por alguna sustancia.

Curso

El inicio del trastorno bipolar suele darse al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta (entre los 20 o 25 años). El primer episodio también puede darse a una edad más avanzada, aunque esto es menos común. Hay algunos indicios de que la enfermedad se puede detectar en niños, sobre todo en los que muestran comportamiento descontrolado o depresión clínica, o que han sido diagnosticados previamente con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Normalmente, el episodio aparece de forma aguda: los síntomas pueden manifestarse en cuestión de días o semanas. En cuanto a la duración de los episodios, es muy variable: a veces duran días y a veces meses, incluso en el mismo paciente.

Es difícil estudiar el curso natural del trastorno maníaco – depresivo a causa de la extendida aplicación de fármacos que tienen unos efectos profilácticos (Goodwin, 1999).

El suicidio y el trastorno bipolar mantienen entre sí una relación frecuente y trágica. Por tal razón, todo profesional de la salud que trabaje con esta población deberá colocar el riesgo de suicidio al frente de su agenda terapéutica.

Síntomas psicóticos

La presencia de síntomas psicóticos durante los episodios de un trastorno bipolar conduce a un pronóstico más reservado (Tohen y otros, 1990). Estos síntomas han sido responsables, por lo menos en parte, de algunas confusiones diagnósticas entre en trastorno bipolar y la esquizofrenia.

Los profesionales pueden tratar los síntomas psicóticos del trastorno bipolar de la misma forma que en trastornos como la esquizofrenia, es decir, mediante alguna psicoterapia de corte psicosocial. Esto permite un refuerzo mutuo de las técnicas sin el peligro de tomar decisiones incorrectas en el campo de la farmacoterapia.

Alcohol y otras sustancias

En igualdad de condiciones, un paciente con trastorno bipolar que no consume alcohol ni otras sustancias tendrá más probabilidades de responder bien al tratamiento que otro paciente que las consuma o abuse de ellas.

Por desgracia, se da un elevado índice de comorbosidad entre el trastorno maníaco-depresivo y el abuso de sustancias (Regier y otros, 1990; Strakowski, Keck y West, 1996). Esta interacción es muy perjudicial, porque si ya es difícil tratar con eficacia cualquiera de estos dos problemas por sí solos; aún es más difícil tratarlos conjuntamente. Estas sustancias intervienen con la farmacoterapia, acentúan la impulsividad, afectan el juicio y aumentan el riesgo de suicidio. Los problemas del estado de ánimo propios del trastorno bipolar pueden actuar como estímulos internos

que acentúen el ansia del paciente por consumir sustancias. (A. T. Beck, Wright, Neuman y Liese, 1993).

El psicoterapeuta debe obrar con comprensión y respeto, y reconocer que el paciente es quien tiene la última palabra sobre su propia vida. De lo contrario, el tratamiento puede finalizar antes de tiempo si el paciente decide que nadie tiene que decirle qué sustancias debe consumir y cuáles no.

Es importante que el profesional evalúe hasta qué punto el paciente consume sustancias para reforzar su sensación de euforia o de bienestar y hasta qué punto lo hace para intentar aliviar los síntomas. Esta distinción tiene repercusiones para la conceptualización del caso y para el tratamiento. Si un paciente desea perpetuar sus estados maníacos, el psicoterapeuta deberá hacerle ver los perjuicios que va a sufrir cuando los episodios maníacos hayan cesado y deberá ayudarle a buscar alternativas más seguras para hallar satisfacción. Si un paciente intenta automedicarse, el psicoterapeuta deberá centrar sus esfuerzos en enseñarle técnicas que le permitan aliviar su malestar.

Factores hereditarios

Según la psiquiatría biológica, el trastorno bipolar consiste en una alteración de los mecanismos biológicos que regulan el estado de ánimo. El funcionamiento de estos mecanismos depende de dos factores: genéticos y ambientales. La genética desempeña un papel muy importante, ya que es la responsable de que el estado de ánimo esté mal regulado. Los factores ambientales pueden actuar como precipitantes de las crisis, pero generalmente es necesaria cierta predisposición de la crisis, pero generalmente es necesaria cierta predisposición hereditaria para la enfermedad. Muchas enfermedades con componente hereditario no dan la cara al nacer y se necesitan factores ambientales, tan importantes o más que los genéticos, para que se manifiesten. Por otra parte, muchas veces los antecedentes familiares pueden ser remotos y, por tanto, desconocidos para el afectado.

En la regulación del tono vital participan factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, meteorológicos y farmacológicos. Entre los factores biológicos destacan unas sustancias que circulan por el interior de las neuronas (células cerebrales), denominadas neurotransmisores, y las hormonas. Otras sustancias importantes son los denominados

neuromoduladores y los iones. Estos mecanismos funcionan como un termostato: cuando el estado de ánimo disminuye por algún motivo, se producen diversas sustancias que impiden que se alcancen niveles demasiado bajos, que podrían poner en peligro la supervivencia del sujeto; cuando el ánimo se eleva, se producen otras que evitan un exceso de euforia que también podría conllevar problemas, como el desprecio del riesgo y la sobrevaloración de las propias fuerzas. Por este motivo, la sensación de alegría tras un acontecimiento positivo suele durar poco, aunque no ocurra nada malo a continuación. Cuando este “ánimostato” pierde precisión, cualquier suceso estresante puede acabar provocando una alteración importante del estado de ánimo.

Los estudios realizados con familias de pacientes y con hermanos gemelos de enfermos, muestran evidencias de que los factores hereditarios tienen influencia en la enfermedad; por ejemplo, los parientes cercanos (padres, hermanos) de los enfermos tienen diez veces más probabilidad de contraer el desorden bipolar, que alguien no tenga enfermos en su familia.

Aunque es frecuente ver familias con varios miembros afectados, los factores hereditarios no se hacen evidente en todos los casos; a veces los pacientes no tienen otro enfermo en su familia. Puede que el antecedente sea lejano y por lo tanto no conocido, o que la familia haya ocultado que un integrante tenía la enfermedad.

Las tasas de concordancia en los gemelos monocigotos oscilan entre 65% a 75%, en cambio las tasas de los gemelos dicigotos son de 14%. El grado de riesgo en familiares de primer grado con trastorno afectivos de probandos con trastorno bipolar es más alto que el observado en la población general. En la práctica, la evidencia de una historia familiar de trastorno del humor es parientes en primer grado, especialmente de bipolar I y bipolar II, puede ser indicativa para hacer un diagnóstico de enfermedad bipolar en un paciente que se presenta a la consulta con un inicio de síntomas depresivos.

Indicadores del pronóstico

Puesto que se trata de una enfermedad altamente recurrente, el diagnóstico de trastorno bipolar comporta un pronóstico desfavorable si las expectativas son de curación completa.

Es difícil dar un pronóstico general para el trastorno maníaco-depresivo ya que es muy complejo. Aunque podemos hacer algunas afirmaciones:

- en la inmensa mayoría de los casos exige una intervención farmacológica;
- el trastorno bipolar no remite espontáneamente y permanece en un estado latente; y
- tiende a empeorar con el tiempo si el tratamiento se abandona, se retrasa, se interrumpe o se combina con alcohol u otras sustancias.

Además debemos evaluar las variables más pertinentes a la calidad de vida. Estas variables incluyen la capacidad de seguir estudiando, de tener un empleo remunerado, de participar en actividades sociales (incluyendo establecer y mantener buenas relaciones sentimentales serias a largo plazo) y de establecer buenas relaciones con los familiares.

Un tratamiento farmacológico adecuado desde el principio, una psicoterapia pertinente y un complemento psicoeducativo son fundamentales para prevenir cualquier tipo de inconvenientes con la enfermedad.

Apoyo social

La calidad de las relaciones con los familiares más cercanos permite predecir el curso del trastorno bipolar, ya que la presencia de dicho trastorno en una familia tiene fuerte impacto en las interacciones de sus miembros. Debemos tener en cuenta que las recidivas son más frecuentes y la adaptación social es peor cuando los pacientes de trastorno bipolar se enfrentan a un clima familiar crítico y adverso.

Es muy importante para el bienestar a largo plazo del paciente el hecho que cuenten con un apoyo social (Lam y otros, 1999). Los pacientes que viven en aislamiento tienden más a la desesperanza, a recibir menos apoyo para buscar tratamiento y mantenerlo, y a que sus tendencias suicidas pasen inadvertidas a los demás. Estos factores aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Suicidio

Los trastornos del estado de ánimo pueden interferir extraordinariamente con la vida cotidiana de las personas afectadas. El caso más crítico es el suicidio. Esta población presenta un porcentaje muy elevado de suicidios o personas que intentan suicidarse. De esta forma requiere una evaluación detallada del suicidio, este debe ser un elemento

indispensable en la valoración de cualquier paciente con estas características psicopatológicas.

El suicidio se produce generalmente en una fase depresiva profunda. Como ha perdido la capacidad de disfrutar, tiene la sensación de que su vida está vacía y que no vale la pena. La persona se siente fracasada, inútil, piensa que su vida no tiene sentido y tiene la sensación que su desaparición será un alivio para ella y para todos los que la rodean.

Hasta las personas que parecen “tenerlo todo” (que tienen talento, son físicamente fuerte, y reciben un tratamiento adecuado) pueden llegar a quitarse la vida a causa de los estragos que provoca el trastorno bipolar.

Los pacientes que son considerados los más “problemáticos” por los profesionales de la salud, son aquellos que manifiestan constantemente su deseo de morir, sea de palabra o mediante conductas más dramáticas, tienen unas repercusiones muy importantes en su vida. Estas amenazas o intentos de suicidio hacen muy difícil reconstruir una vida con un mínimo de calidad. Para mejorar un pronóstico de un paciente de trastorno bipolar, no basta con procurar que siga vivo. Los profesionales también deben esforzarse por combatir sus tendencias suicidas.

El riesgo tan elevado de esta población exige la máxima vigilancia y competencia por parte de los profesionales. Evaluar la tendencia al suicidio de los pacientes debe ser un componente habitual de su tratamiento. El terapeuta debe demostrar que es consciente del dolor y el sufrimiento de los pacientes, al mismo tiempo, ofrecerles un modelo de esperanza y de firme determinación para ayudarles a construir una vida mejor, más estable y más gratificadora. Debe ayudarles a tomar decisiones firmes y sensatas sobre su tratamiento, a seguir un plan eficaz, a aprender técnicas psicológicas para la comunicación o la resolución de problemas, a mejorar las relaciones en su vida cotidiana y a encarar el futuro con esperanza.

Capítulo III

“Generalidades sobre las transformaciones de la conducta y el entorno”

Que diagnostiquen cualquier enfermedad crónica a uno de nuestros familiares supone un gran impacto. Si se trata de una enfermedad mental, a la carga que representa convertirse en “cuidador” se añade el peso del tabú que todavía envuelve a estos trastornos y las dificultades para comprender que las conductas “extrañas” son el resultado de estados mentales que nos son desconocidos. No es fácil entender que los cambios en la sexualidad, el aumento de la irritabilidad, los gastos económicos excesivos o la prepotencia ante amigos o compañeros de trabajo puedan ser resultado de una visión del mundo y de uno mismo que sólo se conoce si se atraviesa una fase de manía. Así, esta enfermedad lleva a su espalda una larga lista de separaciones de pareja, despidos laborales o rupturas de relaciones de amistad.

La situación se complica aún más cuando la persona que padece el trastorno bipolar aún no ha podido asumir que tiene una enfermedad y se niega aceptar el tratamiento.

Es necesario conocer bien la enfermedad para comprender a la persona y evitar culparla por conductas que son parte de un problema médico y que el paciente a veces no puede controlar. Al mismo tiempo, los familiares tienen a veces la difícil función de ser “el otro yo” del enfermo bipolar y confrontarle con sus ideas falsas o su visión sesgada de las cosas y de sí mismo. En definitiva, llegar a ser un factor de estabilización para nuestro familiar enfermo requiere mucha paciencia y ser capaz de lograr un delicado equilibrio entre preservar su capacidad de autonomía y responsabilidad y proteger y servir de apoyo.

En este trastorno es especialmente importante el papel de la familia y de la gente cercana. Informarse de la enfermedad, ponerse en contacto con el médico psiquiatra y con el psicólogo, ya que es un tratamiento interdisciplinario, para colaborar en el plan de tratamiento e informar de la evolución y potenciar los hábitos de vida saludables son partes cruciales del apoyo de familiares y amigos.

Además de esto es primordial:

1. Aprender a detectar síntomas de recaída:

A veces son las personas de alrededor las que se dan cuenta de pequeños cambios que avisan de una recaída. Detectarlos es muy importante para tomar las medidas necesarias y que no evolucione hacia algo mucho más grave.

Será útil estar atentos a cambios en el estado de ánimo sin motivos concretos o cambios en el carácter.

Signos de que una fase maníaca se acerca: la disminución de la necesidad de dormir, con aumento del nivel de actividad (Ej. Encontrarse al paciente realizando tareas a altas horas o muy temprano, cuando debería estar durmiendo); el aumento de la irritabilidad, expresada con malas contestaciones o poca tolerancia a situaciones más o menos intrascendentes (que hay que entender como parte de la enfermedad y no como algo personal); un habla excesiva, rápida y en tono alto, con dificultades para escuchar; la aparición de nuevos intereses, proyectos, ideas... de manera repentina, etc.

La pérdida de interés por las cosas que antes más le gustaban es un signo de depresión. Las ideas de muerte son parte de la sintomatología depresiva. Uno se ve sin ganas de nada, sin ilusión y sin fuerzas para lo que debe hacer. Tiene sentimientos de minusvalía, de que es un estorbo o incluso de que tiene la culpa de la infelicidad de quienes le rodean. Cree que eso nunca va a mejorar, de ahí las ideas de muerte. En general, con el tratamiento antidepresivo el paciente mejora y deja de desear la muerte. Ante cualquier sospecha, por tanto, habrá que ponerse en contacto con el psiquiatra. Nos tienen que llamar la atención tanto las amenazas que haga el paciente, como las manifestaciones de intensa desesperanza, maniobras para “arreglar sus asuntos”. Ante estas circunstancias, hay que evitar dejar al paciente solo, ponerse en contacto con su psiquiatra o servicio de urgencias, y poner fuera de su alcance la medicación u otros métodos lesivos.

Puede llegar a un extremo, tanto en las fases maniacas como en las depresivas, en que la contención familiar no sea suficiente: planes de suicidio, gastos incontrolados, conductas muy alteradas o ideas fuera de la realidad... Estas situaciones, por tanto, pueden requerir en un momento determinado un ingreso hospitalario. Es posible, sin embargo, que el paciente no lo acepte: se siente tan “bien”, tan eufórico, que no se nota enfermo (fase maníaca) o, por el contrario, está convencido de que no va servir de nada y lo considera una falsa esperanza de su familia (fase depresiva). Cualquiera de las dos valoraciones es errónea y puede acarrear riesgos importantes para el paciente (de suicidio, de conductas temerarias...) y los demás (de que arruine a la familia, de que se

pelee con alguien como resultado de la irritabilidad...). En este momento se debe tener en cuenta que no tiene capacidad de decidir por sí mismo y solicitar al juez una autorización para actuar en contra de su voluntad y trasladarlo a un hospital. La familia cuando toma esta decisión atraviesa un momento duro, a veces hasta con amenazas e insultos, pero debe tener claro que está luchando contra la enfermedad y no contra el paciente; quien, una vez que mejore y sea capaz de valorar su estado en el momento del ingreso puede incluso agradecer que se tomase esa medida.

2. Manejar el abandono de medicación y el abuso de drogas.

La medicación es lo más importante para evitar las recaídas.

Es conveniente conocer la medicación y establecer un diálogo constructivo sobre ella. Ante las quejas con respecto a efectos secundarios desagradables no minimizar la molestia que puedan suponer para el paciente y animarle a que acuda al médico antes de abandonar la medicación.

Si se niega a tomar las pastillas, puede ser conveniente recordarle que así el riesgo de recaída es alto y puede terminar en un ingreso y estar atentos a posibles recaídas.

En general, el paciente ha de ser responsable de tomar su propia medicación, sobre todo en periodos estables. A medida que tenga recaídas, el mismo se irá concienciando de la importancia que tiene tomarla adecuadamente.

Capítulo IV

“Abordajes terapéuticos en relación al Trastorno Bipolar”

La enfermedad bipolar es un padecimiento crónico que requiere un tratamiento farmacológico de duración indefinida. Sumado a esto, debemos tener en cuenta que podemos encontrar una notable variedad de opciones terapéuticas, incluyendo la posibilidad de realizar también una profilaxis eficaz. El tratamiento farmacológico debe acompañarse de una información exhaustiva acerca de la naturaleza recurrente de la enfermedad y de la importancia del cumplimiento. La falta de conciencia de enfermedad que suele acompañar a los trastornos del ánimo los hace especialmente vulnerables al abandono del tratamiento. Para lograr una adhesión adecuada al tratamiento farmacológico es preciso modificar actitudes hacia la enfermedad y su tratamiento por parte de paciente y familia. Por tal motivo, para que el paciente pueda tener una mejor calidad de vida se le propone un tratamiento integral donde se trabaja con el paciente desde una perspectiva biológica, psicológica y social. Este consiste en la aplicación de estrategias desde una perspectiva multidisciplinar y enfocada en todas las áreas que conforman la vida de la persona. Es decir, trabajar de manera conjunta la parte biológica con el tratamiento farmacológico, la parte individual con la psicoeducación enfocada en el paciente y la familiar con la psicoeducación centrada en las personas que conviven con el afectado o que tienen una relación muy estrecha con el mismo. Una de las principales dificultades en el tratamiento de los trastornos bipolares provienen de las propias dificultades diagnósticas.

Tratamiento farmacológico

Existen tres tipos o grupos fundamentales de tratamientos farmacológicos: estabilizadores del humor, antipsicóticos y antidepresivos; cada uno de ellos con un papel diferente y en distintos momentos de la enfermedad. No debemos olvidar que la persona que tiene un trastorno bipolar debe tomar la medicación correcta prescrita por su psiquiatra y controlada por éste. A veces, existe la tentación de dejar el tratamiento, muchas de las recaídas más graves y que con frecuencia requieren hospitalización son el resultado de este error. Cualquier modificación de la dosis de sus fármacos debe ser consultada con el médico; las retiradas bruscas suponen para la persona un riesgo añadido de recaer mayor del que tendría dejada la enfermedad a su evolución natural.

A continuación incluimos una breve descripción de los principales grupos de medicamentos.

1. Estabilizadores del humor: Tienen la misión de “fortalecer” los mecanismos de regulación del humor, para evitar que se “descontrolen” los sentimientos hacia “demasiada” tristeza o alegría. Como su misión es proteger o prevenir hay que tomarlos diariamente y a largo plazo. Si se dejan de tomar, puede que no se note nada al principio (igual que tardan tiempo en comenzar a hacer efecto, tardan en dejar de hacerlo), pero estamos dejando sin protección nuestro “animostato” (mecanismo regulador del ánimo) y a medio-largo plazo, aumentamos el riesgo de recaída.
2. Antidepresivos: Los más utilizados de este grupo son los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina). Son necesarios para el tratamiento de algunas fases depresivas. Es decir no actúan sobre la tendencia a los altibajos en general, sino sólo sobre los episodios de ánimo bajo, suavizando la profundidad del “bache” depresivo y facilitando que el paciente salga antes del mismo. Hay que tomarlos siempre bajo prescripción médica, puesto que la toma de un antidepresivo tiene para las personas con trastorno bipolar (cuyo ánimo responde exageradamente a los estímulos) el riesgo de desencadenar un episodio maníaco (o viraje a una fase maníaca). Además se deberán ajustar la dosis y la duración del tratamiento a las características de cada persona y vigilar estrechamente la respuesta al tratamiento; por eso es tan importante seguir el consejo médico. Al igual que los medicamentos anteriores, tardan un tiempo en comenzar a hacer efecto, y de forma inmediata solo se notan los efectos negativos, pueden producir molestias de estómago, dolor de cabeza...” que van desapareciendo en el plazo de una semana-diez días (que tarda en “acostumbrarse el cuerpo”) dando paso a los efectos beneficiosos.
3. Antipsicóticos: han demostrado ser fármacos muy útiles tanto para controlar las subidas patológicas del ánimo (episodios maníacos) como para las creencias fuera de la realidad que pueden aparecer en fases graves de depresión o de manía. El tratamiento del trastorno bipolar no es algo estable, como no lo son las manifestaciones clínicas de la enfermedad que pueden variar muchísimo según el paciente esté en una fase u otra e incluso para la misma persona unas fases

maníacas son muy distintas de otras. Puesto que no todos los fármacos son útiles en distintas fases. No es una simple suma de pastillas, entre ellas se complementan para intentar conseguir la máxima reducción de síntomas con los mínimos efectos secundarios.

Por tanto, es muy importante que entre médico y paciente se establezca un diálogo. Poco a poco uno va conociendo mejor los síntomas de la enfermedad y aprende a identificar las pequeñas manifestaciones tempranas que anuncian una descompensación, así como los efectos indeseables de uno u otro medicamento. Cuando no existe una buena comunicación con respecto a estos temas se pueden producir problemas de toma inadecuada que son peligrosos. Para implicarse en el tratamiento es importante conocer correctamente los beneficios y riesgos de cada medicación así como los controles que hay que seguir.

Psicoterapia

Los tratamientos farmacológicos son la herramienta fundamental para el control de la enfermedad, sin embargo, no son suficientes para controlar todos los problemas asociados con el desarrollo de este trastorno y sus consecuencias para la vida de una persona (Hilty 1999). Es muy difícil lograr la prevención satisfactoria de recurrencias mediante el uso de medicación únicamente (Gelemborg 1989; Gitlin 1995). Además, la complejidad y la sofisticación de los interrogantes vinculados al funcionamiento psicológico humano y al desempeño social demandan intervenciones más específicas para abordar aspectos sutiles del enfermo. El tratamiento psicológico permite no sólo aprender a aceptar la enfermedad y sus repercusiones sino también les permite afrontar con entereza las dificultades que comporta la enfermedad, reconocer los síntomas iniciales de una posible descompensación, conocerse mejor, evaluar las creencias sobre su salud y conciencia de su trastorno. Además es muy útil para el cumplimiento tratamiento farmacológico y hábitos de vida saludables para poder obtener una estabilidad en el estilo de vida. Es más, las guías clínicas terapéuticas actuales incluyen la aplicación regular de la psicoterapia como parte integral del tratamiento. Las intervenciones familiares merecen especial atención, ya que pueden ayudar a aliviar la carga de asistencia que recae sobre los familiares y cuidadores, lo que a su vez puede facilitar la tarea de apoyar al paciente. El rol de la familia es importante en la atención

de las personas con trastorno bipolar y un funcionamiento familiar efectivo ayuda a mantener el equilibrio psicológico de las personas.

También es importante recordar que los síntomas subsindrómicos que persisten después de un episodio agudo pueden ser muy difíciles de manejar, aun con el tratamiento farmacológico apropiado, y pueden causar incumplimiento, lo cual afecta la recuperación de las capacidades anteriores y el bienestar (Coryell 1993). Además, parece ser importante con eventos de la vida y el estrés correlacionado para prevenir la repercusión negativa que los mismos pueden tener sobre la enfermedad, especialmente síntomas y episodios depresivos (Johnson 2005; Johnson 2006). Existen pruebas de que los eventos estresantes dentro del medio familiar están conectados con los síntomas del trastorno bipolar y la emoción expresada es una variable de predicción importante de la gravedad de los síntomas (Miklowitz 2005; Kim 2007). El trastorno bipolar puede representar una carga psicológica significativa para los miembros de la familia y otros cuidadores (Perlick 1999).

Las intervenciones psicosociales han sido utilizadas para el trastorno bipolar desde la época del tratamiento prefarmacológico. En los primeros tiempos, en su mayoría no parecieron ser terapias útiles para las personas con este trastorno, probablemente debido a la ausencia de medicación concomitante. Sin embargo, el curso del trastorno bipolar ha cambiado, mediante el uso de tratamientos biológicos adecuados, y varias formas de psicoterapias y métodos psicoeducativos se aplican ahora como tratamiento adyuvante, con éxito más evidente (Huxley 2000; Gonzales-Pinto 2004; Jones 2004). Hoy se emplean diferentes tipos de intervenciones psicosociales individuales, grupales y familiares, con un diseño no específico o un diseño especialmente adaptado para el trastorno bipolar (Jones 2004). La terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal, la terapia de ritmo interpersonal y social, la psicoterapia psicoanalítica, las terapias familiares (basadas en diferentes orientaciones teóricas, entre ellas las teorías psicoanalíticas y sistémicas) (Mikolwitz 1990 ; Huxley 2000 ; Reinares 2002 ; Fristad 2003 ; Jones 2004), y varios tipos de terapias de grupo son ejemplos de las psicoterapias que pueden usarse para tratar a los pacientes bipolares. Los métodos psicoeducativos también pueden utilizar diferentes formatos, de acuerdo con los individuos, grupos de pacientes o contextos familiares. Existe un consenso general de que el trastorno bipolar afecta las relaciones en las familias de los pacientes y que las relaciones familiares también afectan el curso del trastorno bipolar (Reinares 2002). Las intervenciones

familiares parecen ser útiles para el control de la enfermedad (Reinares 2002; Kim 2004)). Bajo el nombre de terapia familiar pueden encontrarse clases muy diferentes de intervenciones, con fundamento en conceptos diversos. Pueden operar como métodos psicoeducativos directos con el objetivo explícito de instruir a los pacientes y los familiares o los cuidadores acerca de las vicisitudes de la enfermedad, o pueden ser modelos de terapia conductual con propósitos más o menos educativos, a menudo con refuerzo de la comunicación y entrenamiento en solución de problemas. Otras terapias pueden implicar esfuerzos por modificar el funcionamiento de todo el grupo familiar, tratándolo como un sistema donde nadie está aislado y nadie es el único poseedor de la enfermedad, como en el caso de los modelos sistémicos de terapia familiar.

Psicoeducación

La psicoeducación es un proceso pedagógico (que se suele integrar con la psicoterapia) para desarrollar una noción operativa de enfermedad. Este proceso tiende primeramente a que sea aceptada la existencia de una enfermedad, a través de un duelo por la salud perdida. Asimismo promueve la aparición de expectativas realistas, que incluyen la posibilidad de futuras crisis; como consecuencia, paciente y familia advierten que para evitar recurrencias de la enfermedad es necesario un tratamiento continuado de mantenimiento, que habitualmente trae aparejados inevitables efectos adversos. Por otra parte, alcanzar una noción operativa de enfermedad involucra un cambio en la imagen de sí mismo que incluya al trastorno, tratando de que la aceptación de ser portador de esta dolencia cause el menor desmedro posible de la autoestima.

Para lograr cambios en las actitudes, la psicoeducación provee información acerca de la enfermedad, tanto al paciente como a quienes lo rodean. La psicoterapia, por otra parte, revisa los significados personales que se atribuyen a distintos aspectos de la enfermedad y su tratamiento, y desarrolla formas más eficaces de enfrentar los factores desencadenantes de los episodios. También es necesaria para recomponer las relaciones que hayan quedado afectadas por los episodios, y la imagen de sí mismo.

La información puede ser provista de diversas formas, e incluso de varias maneras simultáneamente: aclaraciones durante las entrevistas, lectura de artículos o libros, o viendo películas que luego serán comentadas en las entrevistas. La psicoeducación centrada en la familia ha demostrado mejorar la adherencia al tratamiento (Miklowitz, 2003). Al identificar al trastorno bipolar como una anomalía biológica que requiere

tratamiento farmacológico permanente, la psicoeducación enfatiza la necesidad de mantener la adherencia al tratamiento, enseña a los pacientes a reconocer los signos que anticipan la recurrencia y mantener el ritmo sueño-vigilia tan regular como sea posible (Colom, 1998).

Para que la calidad de vida de las personas con trastorno bipolar mejoren se recomienda que:

Cumplan con el tratamiento farmacológico:

Más de un tercio de los pacientes han dejado el tratamiento dos o más veces sin consultar con su médico. Teniendo en cuenta que el abandono de la medicación es, según muchos estudios, la causa más frecuente de recaída y todos los médicos insisten hasta la saciedad en este punto; parecería por la frecuencia de los abandonos que uno tiene que recaer y pasarlo mal, para descubrirlo por uno mismo. La medicación es imprescindible para evitar que la situación se deteriore tanto como para tener que acabar en el hospital, después de haber ocasionado situaciones conflictivas, algunas irreparables.

Los hábitos de vida sean saludables:

La base de la enfermedad es, una sensibilidad especial del “ánimostato” de nuestro organismo, con tendencia a descontrolarse hacia estados extremos y descontrolados, de euforia o depresión.

Se recomienda especialmente y de forma general: *regularidad*, en todos los aspectos, pero sobre todo, en los hábitos de sueño. Dormir menos de siete horas supone un riesgo de sufrir una fase maniaca o hipomaníaca. Y dormir más de diez aumenta las posibilidades de desencadenar un episodio depresivo. Duerma, por tanto, de 6 a 8 horas al día, evitando excepciones.

Evite situaciones de estrés. Procúrese un espacio para sí mismo, rebaje la tensión mediante ejercicio físico moderado o actividades gratificantes y aprenda a relativizar los problemas.

No se someta a dietas excesivas. Aumentan la irritabilidad y la ansiedad y provocan cambios metabólicos y hormonales que pueden desestabilizar el ánimo. Tenga cuidado

con las “pastillas adelgazantes” suelen contener derivados anfetamínicos que pueden provocar un viraje maniaco.

Mantenga un patrón regular de actividad. No se exija demasiado a sí mismo. Intente reducir la tensión en el trabajo.

Evite el consumo de excitantes, como el café, sobre todo por la tarde-noche. Cuanto menos alteremos el patrón de sueño, mejor.

Eviten consumir tóxicos:

El consumo, aunque sea una vez, de determinadas sustancias como la cocaína, anfetaminas, o drogas de diseño, además de las consecuencias generales que tendría para cualquier persona, puede resultar suficiente para causar la descompensación, complicar el curso de la enfermedad o desencadenar la aparición de síntomas psicóticos.

El alcohol o el cannabis (hachís o marihuana) también pueden contribuir a las descompensaciones.

No es extraño que las personas con este problema utilicen, a veces sin ser plenamente conscientes de ello, el alcohol y otras sustancias como una especie de “medicación” que en el momento les ayuda a calmar síntomas ansiosos o depresivos. Sin embargo, diversos estudios demuestran que cuando al trastorno bipolar se añade el consumo de estas sustancias el pronóstico empeora radicalmente.

Autoobservación y reconocimiento de síntomas fomentados en Terapia Psicológica:

Es importante conocerse a uno mismo, observar o recordar cuáles fueron los primeros cambios que se produjeron antes de recaer. Fíjese, por ejemplo, en cuántas horas duerme; la disminución de las horas de sueño con la sensación de que “sobra energía y no necesita dormir” suele ser un síntoma típico que avisa de la aparición de una fase maníaca. Esté atento también a encontrarse más irritable, tolerar peor a sus compañeros y familiares. Ojo a tener muchas ganas de hablar y estar más bromista.

Puede ser útil registrar estas sensaciones en una especie de diario o agenda y puntuar su intensidad de uno a diez.

ESTADO DEL ARTE

Cuando una persona recibe el diagnóstico de una enfermedad mental no solo se ve enfrentada a padecerla sino que esta impacta también emocionalmente a todos los miembros de la familia. La discapacidad asociada a los trastornos mentales es superior a la observada para las enfermedades crónicas. Además de este aspecto, se observa el impacto negativo que la enfermedad mental de uno de sus miembros tiene para la familia, la cual se encarga de llevar a cabo el cuidado del enfermo. La carga familiar puede definirse como la repercusión que puede tener sobre el cuidador la convivencia con un paciente psiquiátrico, y se ha observado que las áreas social, de ocio y económica son las que resultan más afectadas.

Las dificultades en el cuidado de estos enfermos tienden a afectar el equilibrio y la armonía de las familias, lo cual se refleja en cada uno de sus miembros, en un desgaste tanto físico como mental. Hay una tendencia a la aparición de conductas depresivas en la familia y en el cuidador o cuidadores del enfermo.

En 1999, Perlick y su equipo menciona que el 93% de las familias de pacientes con trastorno bipolar sufren sensación de carga relacionado con el trastorno del paciente. La carga familiar se describe como la presencia de problemas, dificultades o acontecimientos negativos que afectan a las vidas de las personas importantes para el paciente, como, por ejemplo, los miembros de su hogar y/o su familia (Platt., 1985). Dicha carga experimentada por los cuidadores informales se puede dividir en dos tipos: la objetiva y la subjetiva. La primera se caracteriza, según Fadden et al., 1987, en una ruptura de la vida familiar observable. Incluye separaciones, divorcios, estigmatización y problemas económicos. El segundo tipo incluye los sentimientos personales derivados de la carga, del estrés, de la infelicidad y del propio trastorno (Grad y Sainbury, 1963; Hoening y Hamilton, 1966, 1969; Platt, 1985; Fadden et al., 1987).

Las expectativas de los cuidadores acerca de la capacidad de control de los síntomas por parte del paciente, llevan a éstos a experimentar una mayor carga y conducen al paciente a un peor pronóstico (Perlick et al., 1999). Por tanto, hacer que los allegados entiendan que la conducta de su familiar está causada por la enfermedad y no por la personalidad del paciente lleva a una disminución en la carga experimentada (Heru et al., 2004). + En el 2001, Perlick apunta que el grado de carga referido por los

cuidadores del paciente bipolar influye en el curso del trastorno del paciente, dependiendo de la fase en la que se encuentre.

El inmenso caudal de dedicación, en tiempo y esfuerzo, que realizan las familias con un miembro diagnosticado con enfermedad mental ha sido durante mucho tiempo poco reconocido y, de cierta manera, ha permanecido en la oscuridad. Los estudios indican que, poco a poco, el cuidador se va convirtiendo en un segundo paciente, pero invisible. Los efectos para el cuidador son más negativos que positivos. La intervención psicosocial disminuye el agotamiento.

Si bien cuidar puede producir fatiga y carga emocional, estudios han revelado que la vivencia del cuidado implica no solo agobio, también puede significar sentimientos de cercanía y maneras nuevas de leer de la enfermedad. En esto influyen los siguientes aspectos familiares: creencias, condiciones familiares y prácticas de cuidado y frente al enfermo mental particularmente, cuidador, entre otros factores. En la literatura se ha evidenciado el impacto que tienen las intervenciones familiares en el entorno, dado que disminuyen las recaídas y hacen más llevadera la carga para el cuidador. El buen acceso para el tratamiento, medicación, intervenciones psicosociales y servicios de rehabilitación aminoran la carga.

El Trastorno Bipolar puede ser motivo de incapacidad laboral absoluta, este hecho unido a los costosos gastos sanitarios que lleva asociados (Wyatt y Henter, 1995; Peele, Xu y Kupfe, 2003) provoca un grave impacto económico sobre su núcleo familiar (Reinares et al., 2006). Además de impedir la incorporación laboral del paciente, perjudica seriamente el desempeño laboral de los cuidadores, y muy especialmente el del cónyuge (Dore et al., 2001; Simon, 2002). Los cuidadores más sobrecargados tienen que gastar más recursos económicos que los que sufren menor sobrecarga (Gianfrancesco, Ruey-hua y Yu, 2005; Perlick et al., 2007) y hay una correlación clara entre el grado de estrés psicológico que sufre el paciente y el impacto económico que genera en el cuidador (Wolff et al., 2006).

Numerosos estudios confirman la elevada incidencia de divorcios, relaciones tempestuosas e insatisfacción conyugal en los matrimonios de los pacientes bipolares (Janowsky, Leff y Eptein, 1970; Hoover y Fitzgerald, 1981; Targum, Dibble, Davenport y Gershon, 1981; Goodwin y Jamison, 1990), incluso cuando el paciente permanece eutímico (Dore et al., 2001; Reinares et al., 2006). Pese al impacto vital que supone

tener que cuidar a una paciente afectado de Trastorno Bipolar algunos autores han encontrado que esto comporta consecuencias positivas para la vida de las personas que sustentan el rol de cuidador generando sentimientos de gratificación, amor, orgullo y compasión (Veltman, Cameron y Steward, 2002; Maskill, Crowe, Luty y Joyce, 2010), e incluso muchos cónyuges afirman que querían seguir cuidando al paciente a pesar de las dificultades (Lam, Donaldson, Brown y Malliaris, 2005).

Debido a las descompensaciones maníacas típicas de esta enfermedad, el paciente puede desarrollar conductas desinhibidas, inapropiadas y peligrosas. Esto hace que sus problemas legales sean mucho más frecuentes que los de la población normal (Calabrese et al., 2003; Quanbeck, 2004). Además independientemente del grado de severidad de la enfermedad es frecuente que el paciente se comporte de manera agresiva y que el cuidador sea el que tenga más probabilidad de ser el objetivo de esta conducta violenta (Dore et al., 2001).

Por todos estos motivos será de suma importancia que a la hora de realizar la anamnesis de cualquier Trastorno Bipolar se tenga en cuenta el medio social en el que se encuentra la persona y, sobre todo, su situación familiar y la necesidad de información y apoyo al cuidador, tanto desde el punto de vista directo, previniendo el estrés y la psicopatología asociada, como general, facilitando recursos sociales y programas de psicoeducación que disminuyan, en la medida de lo posible, la carga del cuidador.

Resulta evidente, por todo lo expuesto, que la enfermedad del paciente y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente. La importancia del estrés ambiental en la evolución del Trastorno Bipolar, la carga experimentada por los familiares que conviven con el paciente y la demanda de las familias de recibir más información sobre el Trastorno Bipolar y para saber elaborar adecuadas estrategias de afrontamiento son algunas de las razones que fundamentan la introducción de intervenciones psicoeducativas centradas en la familia del paciente bipolar (Reinares, Colom, Martínez-Arán, Benabarre y Vieta, 2002a; Perlick et al., 2010). Por otro lado la falta de conocimiento sobre la enfermedad genera a menudo desesperación que puede llevar al desarrollo de concepciones erróneas que animan al abuso de sustancias y al incumplimiento del tratamiento (Vieta et al., 2004). Como actualmente sabemos que las creencias de los familiares acerca del Trastorno Bipolar influyen sobre el nivel de carga que soportan (Perlick et al., 1999b), podemos postular que si modificamos

positivamente dichas creencias el nivel de carga mejorará. Las metas comunes de las intervenciones psicoeducativas incluyen: proporcionar información de la enfermedad y apoyo emocional a los pacientes y sus familias, aumentar el cumplimiento del tratamiento, la profilaxis de recurrencias, evitar el uso de drogas y alcohol, el tratamiento de la ansiedad y del insomnio, administrar estrategias efectivas de afrontamiento, mejorar el funcionamiento social y ocupacional, así como la calidad de vida, de tal forma que también se reduzca el riesgo suicida (Vieta et al., 2005; Colom et al., 2004a).

Hasta la fecha, diversos estudios sugieren que la intervención familiar junto con el tratamiento farmacológico constituye un recurso eficaz para mejorar la evolución de los pacientes bipolares (Colom et al., 2004b). La intervención familiar de tipo psicoeducativo pretende dotar a las familias de una serie de conocimientos que les permitan mejorar su comprensión, así como facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas y optimizar las estrategias de afrontamiento ante el trastorno (Reinares et al., 2002b); dicha intervención es más eficaz en estadios iniciales de la enfermedad por lo que dicho abordaje debe instaurarse cuanto antes (Reinares et al., 2010).

En algunos casos dicha intervención se ha centrado en aquellos periodos en los cuales el paciente tiene más probabilidades de recaer, especialmente los primeros días tras ser dado de alta del hospital (Haas y Clarkin, 1988; Miklowitz, 1988). Aunque actualmente se tiende a intervenir sobre pacientes cuyos síntomas se han estabilizado, actuando especialmente sobre los familiares que tienen un mayor nivel de sobrecarga.

Algunos trabajos han señalado que los efectos beneficiosos de la intervención familiar son: reducción del nivel subjetivo de sobrecarga (Fallon y Pederson, 1985; Reinares et al., 2004), disminución de la sintomatología depresiva de los cuidadores (Perlick et al., 2010); mejora del conocimiento acerca de la enfermedad (van Gent y Zwart, 1991; Bauer, 1997; Bauer, McBride, Chase, Sachs y Shea 1998; Reinares et al., 2004), cambio de las creencias sobre el impacto en sus vidas y la enfermedad (Reinares et al., 2004), reducción del número de recaídas (Miklowitz y Goldstein, 1990; Perry, Tarrier, Morris, McCarthy y Limb, 1999; Miklowitz et al., 2000) y de ingresos hospitalarios (Davenport, Ebert, Adland y Goodwin, 1977); además aumenta el tiempo hasta la recurrencia (Reinares et al., 2010) y mejora el cumplimiento terapéutico (Miklowitz, George,

Richards, Simoneau y Suddath, 2003). Dichas intervenciones también han demostrado su eficacia en programas a corto plazo (Bernhard et al., 2006; Perlick et al., 2010).

Lo que todavía no queda claro es si se debe mezclar a los pacientes y familiares en los grupos psicoeducativos, pero debe señalarse que se ha encontrado eficacia en grupos separados (Reinares et al., 2004; Bernhard et al., 2006).

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Es un estudio bibliográfico, en tanto apunte mediante un rastreo de la bibliografía actual sobre la problemática analizando las diferentes posturas intentando contribuir mediante aportes de la comprensión del problema.

Variables: Se considera como variable en estudio el impacto que se produce a nivel familiar, social, laboral y económico a partir del diagnóstico de Trastorno Bipolar en alguno de los integrantes de la familia.

Unidad de análisis

Universo: Toda la bibliografía existente sobre el diagnóstico de Trastorno Bipolar en uno de los integrantes de la familia.

Población: Materiales publicados por autores nacionales e internacionales de marcada trayectoria en la temática publicada en los últimos diez años.

Corpus: El corpus del presente estudio está integrado por:

- Newman, C. F., Leahy R. F., Beck A. T., Reilly – Harrington N. A., Laszlo G. (2005). El trastorno bipolar, una aproximación desde la terapia cognitiva. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Roca Bennasar. M. Compilador. Cervera Enguix S., Leal Cercós C., Baca Baldomero E., Vallejo Ruiloba J., Cuenca Fernández E. Comité editorial. (1999) Trastornos del humor. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- [s.a]. [199...]. Consideraciones y estrategias terapéuticas en el trastorno bipolar. Disponible en: <http://www.fubipa.org.ar/>
- Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A. [199...]. ¿Qué es el trastorno bipolar?. Barcelona, España: Editorial Janssen-Cilag. Disponible en: [www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastorno-bipolar/2 -
que es el trastorno bipolar.pdf](http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastorno-bipolar/2_-_que_es_el_trastorno_bipolar.pdf)
- Dagmar Holmgren G., Víctor Lermenda S., Clara Cortés V., Isabel Cárdenas M., Karen Aguirre A. y Karem Valenzuela A. (2005).

Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* (43): (4): PP 275-286. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272005000400002&script=sci_arttext&tlng=en

La selección del material se debe a que se considero que son los que pueden aportar la mejor información para obtener los objetivos planteados.

Área de estudio: La investigación se realizó en la ciudad de Rosario. Rosario es una de las más importantes ciudades de Argentina y la principal de la provincia de Santa Fe.

Se alza a orillas del Río Paraná a unos 300 Km. al noroeste de la Capital de la República; Buenos Aires. Se trata de un destacado centro portuario, industrial, comercial y cultural.

Consideración ética: En todo momento se respeto la autoría y no se saco los textos en los contextos de su escritura.

Método: Debido a las características del presente estudio se considera adecuado el uso del Método de Comparación Constante, debido a que se pretende a partir de las macrocategorías de análisis inicialmente planteados, establecer comparaciones entre los diferentes autores tratando de agrupar y tipificar características comunes y divergentes.

Técnica: Vamos a utilizar para abordar la bibliografía el análisis documental mediante recursos de análisis de contenido y análisis de discurso desde una perspectiva etometodológica.

Instrumentos: Guía de preguntas a realizar a los textos:

- ¿Se producen modificaciones en los roles familiares a partir del diagnostico de Trastorno Bipolar en alguno de los integrantes?
- ¿Cuáles son las modificaciones que se producen?
- En relación a lo laboral, ¿cómo impacta este diagnóstico?
- ¿Y en lo social?
- ¿Afecta esta enfermedad a la economía de la familia?
- ¿Se le presenta alguna dificultad a la familia llevar a cabo los cuidados que el enfermo demanda?
- ¿El enfermo percibe estas alteraciones en la familia?

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

En este capítulo se presentará el análisis y la interpretación de los párrafos seleccionados a través de una exploración intensiva del corpus especificado en el marco metodológico.

Los pacientes que padecen este trastorno experimentan unos cambios más frecuentes e imprevisibles en su estado de ánimo, su ideación y su energía y sufren más problemas en su vida cotidiana, con el consiguiente aumento de las consecuencias negativas y del estrés.

Uno de los ejes trabajados en esta investigación es el papel que desempeñan los familiares y otros allegados en el curso del trastorno bipolar.

En relación a los pacientes bipolares, cuando la persona es diagnosticada correctamente, la familia del enfermo empieza a comprender que lo que parecía un comportamiento irresponsable e irracional, en realidad es un trastorno mental que puede estar determinando las conductas incomprensibles para ellos. Al entender la enfermedad, irán desapareciendo la irritación y el resentimiento de los familiares, aunque muy probablemente, queden asuntos sin resolver que deben ser tratados, con el fin de mejorar la comunicación con los familiares y amigos.

Muchos de los autores sostienen que los pacientes bipolares y su familia están en un proceso continuo frente a la resolución de problemas. Si la familia cree que el paciente causa problemas de manera deliberada y maliciosa, se lo echara en cara y sus relaciones se deterioraran. Los familiares deben aprender a expresar sus inquietudes, sus temores e incluso su cólera de una manera constructiva, no estigmatizando al paciente, esto a su vez, ayudara a reducir la tensión en las conversaciones y disminuir los conflictos y los gritos. Los pacientes que intentan superar el estigma que conlleva su trastorno pueden sufrir un grave retroceso si perciben que su propia familia se siente estigmatizada por su presencia. La autoestigmatización reduce la autoestima, alimenta el desánimo, la desesperanza y el retraimiento, e incluso puede hacer que el paciente abandone el tratamiento, aclarar estos sentimientos negativos en el contexto de un grupo de apoyo le ayudara a prevenir problemas que, de lo contrario, podrían pasar inadvertidos. Un claro ejemplo de esto sería el “¡poné voluntad!”. Ante un estado depresivo, el paciente pierde sus ganas de vivir, nada despierta su interés, nada le da placer. Se hunde en un vacío

angustioso de sentimientos de culpa. Cuando la familia trata de ponerlo en actividad, de sacarlo de la cama, lo presiona para que vuelva a ser como antes. Le dice: “¡poné voluntad, depende de vos!”. Lo que esto produce es que el enfermo se sienta incomprendido, ya que sus allegados no entienden lo que le pasa. Además lo hace sentirse más culpable, porque se le transmite que él es el responsable de lo que le sucede, que podría cambiar su situación sólo con proponérselo. (Vaughn CE, 1976)

Lo que de alguna manera resumen los autores es que en cualquiera de los dos estados (manía o depresión), la desdicha puede estar presente. El suicidio, el accidente no querido, la imprudencia fáctica. Pero es en las formas más violentas de la manía en donde claramente el límite con la inseguridad es amenazante. Quienes conviven con él temen la experiencia de descontrol, en la que el paciente se torna agresivo, se fuga, o abusa del alcohol y/o drogas. La enfermedad de los dos polos genera así una oposición, el paciente teme la depresión y percibe que para la familia es un alivio, pero se solaza con la manía que para la familia es un calvario.

Además, en estos episodios, el enfermo tendrá dificultades para prestar atención a los sentimientos y los problemas de sus familiares y amigos. Esto puede acabar siendo causa de resentimientos y enfados por parte de estos. El enfermo tampoco podrá entender la causa de tanto enfado, lo que hará que también se irrite y aumente su nivel de estrés. Como plantea el autor Cetkovich, “cuando una persona está eufórica no se da cuenta de nada”.

Los autores sostienen que cuando uno de los cónyuges enferma, la familia se ve enfrentada a una serie de cambios en cuanto a roles y límites. En este caso la relación tiende a volverse más asimétrica que complementaria ya que en muchos casos el paciente pasa a convertirse en un hijo más para su cónyuge.

El deterioro de la interacción indica dificultades de la familia para adaptarse a la nueva situación, esto es, hacerse cargo de las nuevas tareas y generar las actividades necesarias para afrontarla. Se van a enfrentar de vez en cuando a dificultades en torno a la medicación, problemas con la profesión o estudios, disputas por el control, la autonomía o el espacio personal y acciones impulsivas con malos resultados (Miklowitz y otros, 1988). Los familiares han tenido que ir adquiriendo nuevas normas de convivencia desde el diagnóstico, lo que refleja la necesidad y capacidad de intentar adaptaciones ante circunstancias adversas. Dentro de las principales adaptaciones se destacan: la

redistribución de responsabilidades, la disgregación familiar para evitar sufrimiento y discusiones, procurar tranquilidad en la convivencia, abordar, enfrentar y resolver tempranamente los conflictos, cambio de amistades y otros. Las familias que no realizan ningún tipo de cambio en los estilos de convivencia pueden indicar rigidez o resistencia al diagnóstico y al cambio de estilo de vida.

Estas cuestiones ponen a prueba la capacidad de la familia para afrontar conjuntamente las dificultades. Los familiares pueden ayudarle mucho si son capaces de ofrecerle un entorno estable y afectuoso. Pero si se sienten tan abrumados que son incapaces de darle apoyo, quizá sea más conveniente que el paciente se distancie un poco de ellos.

Muchos de los autores observaron en el cuidador principal del paciente bipolar el impacto que tiene este rol en su bienestar psico-físico. Los miembros de la familia que están a cargo del paciente muestran tener dificultades respecto a los cuidados que el paciente demanda. Presentan cansancio físico y emocional, agotamiento, manifiestan sentimientos de soledad, rechazo y desánimo y se han sentido desamparados frente a la enfermedad de su familiar. Muchos de los cuidadores recurren en alguna oportunidad a un especialista, psiquiatra o psicólogo para que les ayude a sobrellevar la carga emocional derivada de la presencia de la enfermedad en la familia. Además han debido disminuir sus actividades sociales y esto lo atribuyen a lo que reportan como una dependencia emocional muy intensa del paciente bipolar hacia el cuidador y al temor de este último de dejar solo al paciente por sus fluctuaciones de ánimo. También los cuidadores suelen recibir manipulaciones del paciente con el objetivo de atraer atención sobre sí. La pérdida de homeostasis en los roles intrafamiliares, la falta de complementariedad en la relación conyugal, los déficits en la tarea normativa, en el rol de protección y guía del sistema parental y la asimetría en la relación hacia el paciente desemboca en que habitualmente toda la carga del cuidador del paciente tiende a recaer en un solo miembro de la familia, con el consiguiente riesgo de verse fácilmente sobrepasado.

En algunas ocasiones, los autores sostienen que resulta necesario hospitalizar al paciente para evitar las consecuencias negativas que se podrían derivar del episodio, sea porque está deprimido y existe riesgo maniaco grave y no tiene ninguna conciencia de enfermedad o porque presenta síntomas psicóticos. Para la familia constituye una experiencia dura, por lo que debe valorarse la hospitalización como una manera de

proteger la integridad del paciente y evitar complicaciones mayores, que podrían afectar o poner en peligro no solo al propio paciente sino también a su entorno. La familia ha de tener claro que cuando se tramite un ingreso no se está actuando en contra del paciente sino contra la enfermedad. La enfermedad limita la libertad del paciente, por tanto, actuando contra la enfermedad permitiremos que el paciente sea un poco más libre.

En el aspecto social, se genera un círculo negativo que rodea a los trastornos psiquiátricos. Este comporta notables perjuicios al paciente cuya enfermedad ha traspasado los límites de su propia familia. Llegará el día en que se pueda hablar con la misma naturalidad de un trastorno bipolar que de una artrosis, o de un exceso de colesterol. Por desgracia, los trastornos mentales se siguen asociando a la culpa y a la vergüenza. Ante esta percepción social, los autores creen necesario hacer saber al público que nadie tiene la culpa de las enfermedades mentales, incluso del trastorno bipolar. Nadie pide padecer este trastorno ni transmitir la vulnerabilidad genética a su descendencia. Las enfermedades mentales forman parte de la cruda realidad de la vida y no se deben a un defecto en el carácter de nadie. Por ejemplo: Moklowitz y Goldstein (1997) explican que el trastorno bipolar es similar a la diabetes. Las dos enfermedades suponen un desequilibrio bioquímico crónico, las dos generan mucho estrés y una gran preocupación en la vida de los pacientes y de sus familias. Aunque la sociedad aún tiende a ser más comprensiva con los enfermos diabéticos que con los pacientes de trastorno bipolar.

En relación a lo social, los autores sostienen que frente a un paciente bipolar que se encuentra en un estado depresivo o maníaco puede llegar a afectar el vínculo psicosocial. Poseen una gran propensión a destruir con sus comportamientos todo lo que construye (vínculos, trabajo, etc). Cambia rápidamente de postura frente a sus proyectos y afectos. Se debe a la búsqueda de diversidad de experiencias como un alimento del alma, a la complejidad de su mundo personal y a la tendencia a construir vínculos disfuncionales. Están convencidos de que nadie puede saber de sus males y que no hay quien pueda ayudarlo: situación constante de desconsuelo los lleva a excluirse de una vida social activa.

Autores como Lundin (1998) y Jamison (1995) han señalado que para los pacientes de trastorno bipolar es una bendición encontrar amigos, familiares y colegas que les

ofrezcan su apoyo después de saber que sufren el trastorno. También señalan que esto es muy infrecuente y que incluso en círculos sociales y profesionales relativamente benévolo se tiene la impresión de que se juzga a los pacientes a sus espaldas. Las actitudes sociales no están bajo el control de los pacientes, lo que los deja en una posición de relativa impotencia para afrontar la estigmatización con eficacia.

Si bien, el trastorno bipolar tiene una base genética, muchos casos que antes estaban controlados se dispararon por las presiones de la vida cotidiana ya que es “muy sensible al estrés”, porque las personas con trastorno bipolar se descompensan “ante eventos ambientales ya sean positivos o negativos”.

Desde hace unos años se ha producido un incremento del interés por el apoyo social y sus efectos sobre la salud y el bienestar. El principal detonante de esta situación lo constituyen los artículos de Caseel, Caplan y Cobb, quienes subrayan la importancia de las relaciones sociales para el bienestar de los individuos y establecen nexos entre la salud y diversos aspectos de esas relaciones. Gottlieb sostiene que el apoyo social es “información verbal y no verbal, ayuda tangible o acción presentada por íntimos o inferida de su presencia y que tiene efectos beneficiosos conductuales y emocionales en el receptor”. Por otra parte, Lin, Dean y Ensel lo definen como “provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, apartadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”.

El apoyo social fomenta la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés y tiene funciones preventivas. Así que cuanto más apoyo social, menor será el malestar psicológico, y cuanto menos apoyo, mayor será el nivel de trastorno.

Según Vieta Eduard se presenta un problema cuando la persona pierde su trabajo a causa de un trastorno mental, ya que se le hace muy difícil que lo recupere. En el caso de los bipolares, en quienes se observa una recuperación completa tras un episodio, esto es especialmente triste porque muchos de ellos están perfectamente capacitados para volver al trabajo. Los pacientes que presentan la enfermedad ya antes de poder acceder a un puesto de trabajo, tienen después grandes dificultades para conseguirlo, sobre todo si la recuperación del primer episodio ha sido larga y ha interrumpido la secuencia natural estudios-trabajo. A pesar de ello, en la mayoría de los casos la enfermedad no debe suponer un obstáculo insalvable para trabajar como cualquier persona, si bien es cierto que hay pacientes que no pueden hacerlo y deben acogerse a la invalidez o,

incluso, a la incapacidad. Aunque es evidente que la gravedad de la enfermedad es la que condiciona de un modo más importante la capacidad de trabajar; las personas ligeramente ciclotímicas pueden, según el tipo de trabajo, ser incluso más eficaces, creativos y emprendedores que personas más estables o anodinas; al contrario, un paciente que presenta ciclación rápida, ingresos frecuentes en hospitales y síntomas psicóticos variados, es probable que tenga que renunciar al trabajo, al menos hasta que se encuentre un tratamiento que mejore mucho sus síntomas y le proporcione más estabilidad.

Si la enfermedad no se trata a tiempo, conlleva un riesgo notable de problemas laborales, incluso para los pacientes mejor adaptados en este aspecto. No es extraño el caso de una persona que, después de trabajar eficazmente para una empresa durante años, se despida de modo fulminante como consecuencia de errores o despropósitos realizados durante una fase maníaca. En general, la euforia lleva a asumir riesgos excesivos y a gastar más de lo necesario; la depresión, por otro lado, conlleva bajas laborales y un claro descenso de la productividad.

Los pacientes bipolares suelen emprender proyectos que ha concebido de una manera impulsiva y que, por lo tanto, tienen pocas posibilidades de éxito, o pueden empezar nuevos proyectos y dejarlos enseguida para embarcarse en otros.

Autores como Johnson, Sandrow y otros sostienen que al realizar demasiadas actividades puede alimentar aún más los estados maníacos e iniciar un círculo vicioso de malas decisiones, más problemas, más actividades infructuosas y menos reflexión antes de actuar. Al final, el paciente se derrumba preso del agotamiento, cae en la depresión y se encuentra haciendo frente a un montón de problemas nuevos. En estos casos debemos ayudarlos a tomar las cosas con más calma y a reducir su actividad. Deben pensar mejor las cosas o tomarse el tiempo necesario, si es una buena idea, lo seguirá siendo dentro de dos días. Si no lo es, habrá un par de días para pensarlo y ahorrarse muchos problemas. Esto podría ser un buen método de prevención.

En relación a lo económico, algunos autores evaluaron el impacto que este tenía en el trastorno bipolar, pudieron comprobar que este genera repercusiones materiales que afectan la estabilidad financiera del hogar y conlleva cambios en el estilo de vida con respecto a la situación de la familia previa al diagnóstico.

En un estado de manía la persona puede llegar a gastar grandes sumas de dinero (frecuentar hipódromos o casinos, ir de compras, comprar por internet, gastar el todo el dinero de una herencia, etc). En este estado de exaltación e impulsividad, no son conscientes del daño que están causando a otras personas.

Podemos encontrar dos tipos de costos, los costos directos que incluyen: gastos por empleo de recursos médicos (hospitalizaciones, consultas por guardia, tratamiento ambulatorio, tratamiento médico y con otros profesionales del área de salud mental, medicación, etc.) y gastos no médicos relacionados con la enfermedad y realizados por el paciente o su familia (gastos de transporte, modificaciones en el hogar que faciliten la estadía del paciente).

Por su parte, los costos indirectos se asocian con el grado de deterioro de la salud y la manera en que interfiere con las actividades productivas del paciente. La pérdida de productividad se puede ver afectada por la prematura mortalidad, por ejemplo, debido a suicidio por la morbilidad asociada con la patología de base. Agregado a ellos, los gastos en que incurren familiares y amigos del paciente que tienen que dejar de trabajar para dar asistencia al paciente se incluyen entre los costos indirectos. Los costos de asistencia social y legales también entran en la categoría de costos indirectos. Los costos intangibles como dolor, sufrimiento, y deterioro en la calidad de vida son difíciles de cuantificar en términos económicos, y de esta manera con frecuencia no se consideran en los estudios de costos de una determinada enfermedad.

Como fuimos observando, las oscilaciones del estado de ánimo y las conductas negativas que las acompañan suelen crear muchos problemas en todos los niveles de la vida de las personas afectadas:

- o Problemas psicosociales
- o Dificultades laborales
- o Resistencias al tratamiento
- o Mala adhesión terapéutica
- o Estilo de vida irregular (en muchas ocasiones)
- o Abusos de sustancias

- o Problemas familiares y de pareja
- o Desmesura en los gatos

Los pacientes de trastorno bipolar se deben enfrentar continuamente a la discriminación en áreas tan importantes como el empleo, la vivienda o las relaciones personales. A estos problemas se les añade la sensación de culpa y la estigmatización, que cuando son especialmente agudas pueden hacer que se cuiden menos (hasta el extremo de abandonar el tratamiento) y aumentan la probabilidad de suicidio. Por otro lado, también es frecuente que los pacientes se enfrentan a dilemas de carácter práctico y filosófico relacionados con el hecho de revelar su enfermedad a personas importantes en su vida. Esto suele ser una carga insoportable para las personas que lo sufren y para quienes están a su alrededor. Esta enfermedad no solo afecta al paciente sino también a las personas con las que convive, quienes no sólo sufren las consecuencias de la enfermedad sino que también acaban adoptando la función de cuidadores. Son ellos quienes detectan habitualmente las primeras señales de recaída, quienes se responsabilizan del paciente cuando este no tiene consciencia de enfermedad, o los que acaban asumiendo la función de hacerse cargo de un paciente que a menudo no se ha recuperado del todo de la sintomatología que ocasiono el ingreso. Entre la enfermedad y el funcionamiento familiar se puede establecer una relación bidireccional, en la que el trastorno bipolar incide en el funcionamiento familiar y, simultáneamente, dicho funcionamiento afecta al curso del trastorno. Cada episodio de la enfermedad es un acontecimiento estresante tanto para el paciente como para quienes lo rodean, altera el equilibrio familiar e implica la necesidad de recurrir a diversas estrategias de afrontamiento. La negación, la ira, la ambivalencia y la ansiedad (Goodwin y Jaminson, 1990), las resistencias del paciente a la farmacoterapia y la hipervigilancia por parte de los miembros de la familia (Miklowitz y Goldsteil, 1997) son reacciones habituales que experimentan los pacientes y familiares sobre todo al inicio del enfermedad como parte del proceso de aceptación del trastorno y, como tales, deberían ser exploradas.

Cuando los pacientes de trastorno bipolar miran atrás y contemplan el curso de su vida, muchos sienten vergüenza y pesar. Se dan cuenta de que han hecho cosas que han tenido grandes consecuencias y darían lo se fuera para volver al pasado y poder hacerlas de otra forma. Algunas veces recuerdan con demasiada claridad sus imprudencias, sus confusiones y sus fracasos. Pero otras veces solo pueden deducir lo que ha ocurrido al

ver las consecuencias: amigos que no les hablan, facturas que se amontonan, proyectos abandonados. Según Jamison (1995) la persona que se encuentra en un estado maníaco a penas puede recordar lo que ha hecho, pero la inevitable depresión que viene después trae consigo la despiadada capacidad de comprender las consecuencias. Y esto no hace más que intensificar su sensación de culpa y de desesperanza.

El impacto económico del trastorno bipolar, genera repercusiones materiales que afectan la estabilidad financiera del hogar y conlleva cambios en el estilo de vida con respecto a la situación de la familia previa al diagnóstico. Las restricciones impuestas al grupo familiar, constituyen otro factor agravante de las tensiones intrafamiliares lo cual puede a su vez constituir un motivo de desestabilización para el paciente. Aconsejamos que, ante el impulso de realizar gastos importantes, deben posponer cualquier operación económica un mínimo de 24 horas y debe pedir opinión sobre la misma a alguien de confianza.

Las recaídas que se pueden llegar a dar en el curso de la enfermedad aumentan el riesgo de suicidio (Vieta y col., 1999), y puede repercutir negativamente en el funcionamiento laboral, la adaptación social, el nivel económico y el entorno familiar de la persona.

Las personas que están en contacto con el enfermo deben aprender a escuchar lo que la otra persona “realmente” está diciendo. Es posible aprender a tratar sin insultar, culpar o agredir verbalmente. Un buen sistema de apoyo es esencial para el tratamiento, sino los problemas se van haciendo cada vez más grandes, ya que los pacientes y sus familiares suelen ver los problemas de manera totalmente diferentes.

La red de apoyo social es muy importante (Lam y otros, 1999) ya que los pacientes que viven en aislamiento (real o percibido) tienden más a la desesperanza, a recibir menos apoyo para buscar tratamiento y mantenerlo. Un buen sistema de apoyo es esencial para el tratamiento, el bienestar general y la recuperación de cualquier paciente (Johnson, Winett y otros, 1999). Los grupos de apoyo siempre son positivos para cualquier paciente: los participantes le ofrecen su comprensión, puede hablar con libertad de sus problemas en un clima de aceptación y se da cuenta de que no está solo.

Es muy importante que los pacientes de trastorno bipolar acaben aceptando su enfermedad, las limitaciones que impone en su vida y la necesidad de seguir un

tratamiento, pero siendo conscientes de que eso no les impide llevar una vida plena y satisfactoria.

CONCLUSION

El trastorno bipolar, como fue mencionado anteriormente, es una enfermedad crónica producida por una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo. Este trastorno, genera un deterioro funcional en los pacientes que la padece. Como se refleja a lo largo del trabajo, esta enfermedad, no solo tiene implicancias en el funcionamiento familiar, sino también en el ámbito laboral, adaptación social, nivel económico, autoestima, además de otros muchos relacionados con el bienestar y el futuro de los pacientes.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar qué impactos se producen a nivel familiar, laboral, social y económico frente a una persona con trastorno bipolar.

Los hermanos, padres, hijos, cónyuges y amantes de los pacientes de trastorno bipolar también sufren los efectos de este trastorno, unos efectos que se intensifican si conviven cada día con los pacientes o dependen de ellos en algún sentido. Llegamos a la conclusión de que el entorno familiar de la persona enferma suele quedar fuertemente resentido, sobre todo de las recaídas maníacas. El aumento del nivel de estrés en el seno familiar puede, a su vez, repercutir negativamente sobre el curso clínico del afectado, creándose un enfermizo círculo vicioso de difícil solución. En el caso de que sea uno de los cónyuges quien enferma, la familia es la que se va a tener que enfrentar a una serie de cambios en cuanto a roles y límites. De esta forma la relación se va a volver más asimétrica que complementaria ya que en muchos casos el paciente pasa a convertirse en un hijo más para su cónyuge. Esto causa dificultades en la familia para adaptarse a la nueva situación, esto es, hacerse cargo de las nuevas tareas y generar las actividades necesarias para afrontarla.

El aspecto social tiene una fuerte influencia en el trastorno ya que son muy importantes las relaciones sociales para el bienestar de los individuos y establecen nexos entre la salud y diversos aspectos de esas relaciones. Aunque, debemos tener en cuenta que para estas personas no le es fácil encontrar amigos que ofrezcan su apoyo después de saber que sufre el trastorno. Tal vez sea porque, en los momentos de crisis, tendrá dificultades para prestar atención a los sentimientos y los problemas de sus familiares y amigos. Esto puede acabar siendo causa de enojo por parte de estos. Pero, el enfermo tampoco podrá entender la causa de tanto enojo, lo que hará que también se irrite y aumente su nivel de estrés.

En relación a lo laboral, pudimos observar que se presenta una problemática frente a la pérdida o búsqueda de trabajo. El enfermo mental, por su condición, tiene serias barreras de entrada al empleo así como obtener una cierta estabilidad en el mismo. En este sentido, si para cualquier persona la dificultad de acceso o pérdida de empleo condiciona su bienestar psicológico, en el caso del enfermo mental el problema adquiere mayor relevancia, ya que el trabajo, además de medio de subsistencia y de integración social, cumple una más que contrastada función psicoterapéutica. Cotidianamente estas situaciones son generadoras de depresión, ansiedad y baja autoestima. Además la situación de desempleo de un miembro de la unidad familiar altera las relaciones entre ellos. Si el desempleado es cabeza de familia estas alteraciones se ven agravadas.

En cuanto a lo económico llegamos a la conclusión de que la situación económica se va a ver afectada por el incremento en los gastos que requiere el cuidado de una persona que padece este trastorno, esto mismo, directa o indirectamente, repercute en el seno familiar.

En resumen a lo que venimos planteando podemos decir que estas cuatro categorías se fusionan en un denominador común que es este trastorno. Como vemos las personas con trastorno bipolar experimentan un intenso sufrimiento, debido a la destrucción de las relaciones familiares, a los problemas financieros, y a la pérdida de esperanzas y de sus sueños. Se puede establecer una relación de feedback en cuanto a esta enfermedad en sí misma y como estos ámbitos repercuten en ella. Para que exista una estabilidad dentro de este trastorno se necesita un buen ajuste y una integración en estas categorías para que se establezca un vínculo sano desde lo personal hacia todo aquello que lo rodea, ya sea familia, relaciones sociales, trabajo, dinero, entre otros.

Para poder lograr una armonía se recomienda que frente a esta enfermedad se trabaje de manera interdisciplinaria para obtener un mejor resultado, no solo se debería realizar una terapia individual y un tratamiento farmacológico, sino también una psicoterapia familiar que los provea de una psicoeducación la cual les va a permitir conocer las herramientas y recursos disponibles para poder sobrellevar de mejor manera este trastorno.

Las familias deben adquirir nuevas normas de convivencia a partir del diagnóstico, lo que refleja la necesidad y capacidad de intentar adaptaciones ante circunstancias adversas. Dentro de las principales adaptaciones observadas se destacan: la

redistribución de responsabilidades, la disgregación familiar para evitar sufrimientos y discusiones, procurar tranquilidad en la convivencia, abordar, enfrentar y resolver tempranamente los conflictos, cambio de amistades y otros.

Se hace patente que tanto los pacientes como sus familiares necesitan que se les proporcione mayor soporte e información sobre la enfermedad, su etiología, su curso y su tratamiento, para poder facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas. Que el paciente sienta protección y seguridad por parte de su entorno familiar lo estimula y ayuda a contrarrestar los sufrimientos propios de la enfermedad.

Los autores trabajados a lo largo de esta investigación no muestran contradicciones, sino que por el contrario, sostienen todos una misma posición.

En el análisis pudimos comprobar que se cumplen los objetivos planteados al comienzo de este trabajo.

Finalmente cabe señalar que el estudio presenta ciertas limitaciones ya que, al ser bibliográfico, existen ciertas cuestiones más del orden vivencial que se escapan de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Newman, C. F., Leahy R. F., Beck A. T., Reilly – Harrington N. A., Laszlo G. (2005). El trastorno bipolar, una aproximación desde la terapia cognitiva. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Roca Bennasar. M. Compilador. Cervera Enguix S., Leal Cercós C., Baca Baldomero E., Vallejo Ruiloba J., Cuenca Fernández E. Comité editorial. (1999) Trastornos del humor. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Belloch, A. (2008). Trastorno del estado de ánimo: Aspectos Clínicos. Manual de psicopatología (299-340). Madrid, España: Editorial Mc Graw Hill.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Obras completas, volumen XIV (235-258). Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu (1979).
- Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A. [199...]. ¿Qué es el trastorno bipolar?. Barcelona, España: Editorial Janssen-Cilag. Disponible en: http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastorno-bipolar/2_-_que_es_el_trastorno_bipolar.pdf
- González-Pinto, A., Gutiérrez, M., Ezcurra, J. (1999). Trastorno bipolar. Madrid, España: Editorial Grupo Aula Médica.
- Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A. (1999). La malaltia de las emociones: El trastorno bipolar. Barcelona, Madrid: Editorial Columna.
- Vieta, E. (1999). Abordaje actual de los trastornos bipolares. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Vieta, E., Gastó, C. (1997). Los trastornos bipolares. Barcelona, España: Editorial Springer-Verlag.
- Suárez Richards, M. (2000). Trastornos del humor. Introducción a la psiquiatría (289-323). Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos.
- Valdés Alonso, A. (2009). Despido y protección social del enfermo bipolar. Madrid, España: Editorial Reus.
- Holmgren, G., Lendarma, S., Cortés V., Cárdenas, M., Aguirre, A. y Valenzuela, A. (2005). Alteración en el funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. Chile.

Disponible en: <http://www.slideshare.net/vitriolum/alteracin-del-funcionamiento-familiar-en-el-trastorno-bipolar>

[s.a]. [199...]. Setenta respuestas acerca del desorden bipolar y su tratamiento con litio. Disponible en: <http://www.fubipa.org.ar/>

[s.a]. [199...]. Consideraciones y estrategias terapéuticas en el trastorno bipolar. Disponible en: <http://www.fubipa.org.ar/>

[s.a]. [199...]. La bipolaridad como enfermedad de las pasiones. Disponible en: <http://www.fubipa.org.ar/>

[s.a]. [199...]. Comorbilidad con problemas de relación. Disponible en: <http://www.fubipa.org.ar/>

[s.a]. [199...]. Puesta de límites en pacientes con trastorno bipolar. Disponible en: <http://www.fubipa.org.ar/>

Kleinman LS, Lowin A, Flood E. (2003). Los costos del Trastorno Bipolar. *Rev. Costs of Bipolar Disorder*. (21): (9): PP: 601-622. Disponible en: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/psiqweb187.htm>

Reinares, M. y Vieta, E. (2000). Intervenciones terapéuticas centradas en la familia del paciente bipolar. Barcelona, España. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5727>

Gómez E., Londoño C., Builes M., Hernández M., García J., López-Jaramillo C. (2011). Carga familiar en familias antioqueñas del Grupo Psicoeducativo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia que tienen un miembro diagnosticado con trastorno afectivo bipolar. *Rev. Colomb Psiquiat.* (40): (5): PP: 119S-129S. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40s1/v40s1a08.pdf>

[s.a]. [199...]. Guía para los padres con Trastorno Bipolar y las familias y/o cuidadores Disponible en: http://www.cinteco.com/pacientes/material_recomendado/trastorno_bipolar/

[s.a]. [199...]. El trastorno bipolar afecta a la familia del enfermo, a sus amigos y sus allegados. Disponible en: <http://eltrastornobipolar.com/trastorno-bipolar-y-la-familia/>

Dagmar Holmgren G., Víctor Lermenda S., Clara Cortés V., Isabel Cárdenas M., Karen Aguirre A. y Karem Valenzuela A. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* (43): (4): PP 275-286. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272005000400002&script=sci_arttext&tln_g=en

Pujó M. (2008). DSM: Un esperanto instrumental. *Rev. Psicoanálisis y el hospital.* (34): (18).

Justo L., Soares B., Calil H. (2008). Intervenciones familiares para el trastorno bipolar. Disponible en: <http://www.update-software.com>

ANEXO

Párrafo a Interpretar	Categoría	Familia	Laboral	Social	Económico
Se ha encontrado que la calidad de las relaciones con los familiares más cercanos permite predecir el curso del trastorno bipolar (Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder y Mintz, 1988; Priebe, Wildgrube y Muller-Oerlinghausen, 1989). Las recidivas son más frecuentes y la adaptación social es peor cuando los pacientes de trastorno bipolar se enfrentan a un clima familiar crítico y adverso. Al mismo tiempo, se debe tener en cuenta que la presencia del trastorno bipolar en una familia tiene un fuerte impacto en las interacciones de sus miembros.		✓			
Los familiares necesitan alejarse de vez en cuando de los rigores y las tensiones que supone el cuidado del paciente y no deben sentirse culpables si alguna vez desean que ingrese en un hospital para poder descansar un poco.		✓			
Los hábitos de comunicación no cambian con facilidad, sobre todo si el paciente y sus familiares interpretan negativamente sus comentarios respectivos. Estas atribuciones negativas dificultan la comunicación y generan un círculo vicioso de sentimientos negativos que		✓			

alimentan más interpretaciones negativas.				
Cuando se reconoce la importancia de la familia en el tratamiento de pacientes de trastorno bipolar, mejoran las posibilidades de que se produzca un cambio sistémico positivo en la vida de los pacientes.	✓			
Interrupciones del tratamiento generadas por vínculos conflictivos: Las fases del trastorno bipolar se desarrollan dentro de una trama de relaciones; sus consecuencias recaen no solamente sobre el paciente sino también sobre la familia. Dicho de otra manera, la crisis maníaca o depresiva afecta las relaciones del paciente con sus familiares. Cuando la enfermedad aparece en el marco de vínculos conflictivos, es preciso tener en cuenta la posibilidad de que los conflictos actúen como desencadenantes de las crisis.	✓			
Unos niveles bajos de apoyo social y de autoestima tienden a provocar un estado depresivo más que un estado maníaco, y una dedicación excesiva a la consecución de objetivos puede estimular el inicio de un episodio maníaco (Johnson, Meyer, Winett y Small, 2000; Jhonson, Sandrow y otros, 1999; Jhonson, Winett, Meyer, Greenhouse y Miller, 1999).			✓	

Exceso de generosidad, amistad o confianza con personas relativamente desconocidas (promiscuidad sexual, amistades callejeras, prestar dinero a simples conocidos, cordialidad excesiva con las autoridades, querer conocer a personas famosas).			✓	
Los pacientes hipomaniacos y maniacos suelen manifestar unos estados afectivos muy intensos de carácter transitorio, como una irritabilidad profunda y repentina que excede toda justificación o una expansividad emocional que se manifiesta en expresiones impulsivas de afecto hacia otras personas. Si un paciente actúa bajo el influjo de estas emociones corre el riesgo de sentirse humillado o de estropear relaciones importantes.			✓	
La estigmatización que experimentan los pacientes de trastorno bipolar se traduce en diversos problemas que tienen un profundo impacto en sus intentos de recuperación. Por ejemplo, los pacientes se enfrentan a la discriminación en diversos frentes. Según Corrigan (1998), los miembros de la sociedad que no entienden los trastornos mentales o los temen niegan a los pacientes oportunidades relacionadas con la vivienda, el trabajo o los ingresos.			✓	

Diversos estudios confirman el progresivo deterioro social que acompaña, en muchos casos, al curso de la enfermedad, especialmente en los pacientes predominantemente maníacos. La calidad del apoyo social tiene valor predictivo, pudiendo actuar como factor coadyuvante de recaídas, fundamentalmente porque los pacientes con escasos soporte cumple peor el tratamiento y son más vulnerables a los acontecimientos vitales.			✓	
Los pacientes de trastorno bipolar que se encuentran en una fase expansiva suelen creerse capaces de tener planes e ideas apasionantes, rentables y con total garantía de éxito.				
La pérdida del puesto de trabajo, la degradación o la rutina empresarial son también consecuencias de la enfermedad si no se tratan a tiempo. La euforia lleva a contraer riesgos excesivos y gastar más de lo que se tiene; la depresión comporta bajas laborales y un evidente descenso de productividad.		✓		
Los pacientes eufóricos malgastan su dinero, su tiempo y sus esfuerzos. Algunos ejemplos son el paciente que presta grandes sumas de dinero a su hermano <i>playboy</i> para que se lo gaste en juergas o el que dedica todo su tiempo y energía a una causa política o				

humanitaria a expensas de s salud y de su vida social.				
Cuando un paciente de trastorno bipolar consigue un buen trabajo, encuentra un lugar estable y cómodo para vivir o inicia una relación prometedora, puede que se siga preocupando por temor a que una recidiva aguda acabe con todo, o que se pregunte cómo va a explicar su ausencia, cuidar de sus asuntos o conservar el trabajo si se ve obligado a ingresar al hospital.		✓		
Pero lo que no pueden entender los familiares nunca, y será motivo de las peores discusiones, es el derroche de dinero. Las compras impulsivas y los gastos inútiles, propios del estado de manía. En estos casos, el trastorno bipolar afecta a la familia del enfermo enormemente, ya que puede producir importantes desequilibrios económicos. Estos periodos de manía, pueden durar desde unos días hasta más de un mes. Para la familia, puede ser un tiempo agotador. Si no comprenden lo que está ocurriendo, se resentirán y puede ser que se vayan alejando, con irritación y enfado, de la persona bipolar.				✓
Se evaluó la repercusión del costo de la enfermedad en el presupuesto de la familia y la ocurrencia de cambios en la vida familiar a partir de la presencia del				

trastorno bipolar. Todas las familias reportaron a partir del diagnóstico sufrir una menor disponibilidad económica derivada de los costos del tratamiento de la enfermedad lo cual tiene un impacto negativo en la distribución del presupuesto familiar.				✓
--	--	--	--	---