

Ana González Isasi

# TRASTORNO BIPOLAR:

## el enemigo invisible

Manual de tratamiento psicológico

2<sup>a</sup>

EDICIÓN

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

ANA GONZÁLEZ ISASI

**TRASTORNO BIPOLAR:  
EL ENEMIGO INVISIBLE**

**Manual de tratamiento psicológico**

2<sup>a</sup> edición

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA  
DESCLÉE DE BROUWER**

# Índice

---

Agradecimientos . . . . .	11
Prólogo . . . . .	13
Introducción general . . . . .	17
Aspectos clínicos y terapéuticos del Trastorno Bipolar . . . . .	21
1. Concepto del Trastorno Bipolar . . . . .	21
2. Funcionamiento psicosocial en Trastorno Bipolar. . . . .	24
3. Trastorno Bipolar Refractario . . . . .	26
4. Tratamientos psicológicos del Trastorno Bipolar. . . . .	27
5. Modelo de terapia combinada: tratamiento farmacológico + tratamiento psicológico integral. . . . .	32
Concepto y metodología del programa de tratamiento psicológico para Trastorno Bipolar. . . . .	35
1. Justificación del programa . . . . .	35
2. Objetivos del programa . . . . .	36
3. Metodología y evaluación del programa . . . . .	36
4. Número y tipo de pacientes . . . . .	41

5. Contenidos del programa . . . . .	42
6. Organización de las sesiones . . . . .	49
7. Claves para llevar a cabo una terapia de grupo . . . . .	50
Programa de tratamiento psicológico para pacientes con	
Trastorno Bipolar . . . . .	55
Sesión 1 . . . . .	55
Sesión 2 . . . . .	61
Sesión 3 . . . . .	65
Sesión 4 . . . . .	71
Sesión 5 . . . . .	78
Sesión 6 . . . . .	85
Sesión 7 . . . . .	91
Sesión 8 . . . . .	97
Sesión 9 . . . . .	103
Sesión 10 . . . . .	108
Sesión 11 . . . . .	113
Sesión 12 . . . . .	117
Sesión 13 . . . . .	123
Sesión 14 . . . . .	129
Sesión 15 . . . . .	135
Sesión 16 . . . . .	140
Sesión 17 . . . . .	144
Sesión 18 . . . . .	149
Sesión 19 . . . . .	154
Sesión 20 . . . . .	157
Bibliografía . . . . .	
	161
Anexos: Material para el paciente . . . . .	
	171
Técnicas y registros . . . . .	173
Habilidades sociales . . . . .	189

# Prólogo

---

Supongo que todos, alguna vez, habremos jugado al Amigo Invisible. Ese compañero, amigo, novio, tío, primo o demás familia, al que tienes que agradecer en alguna ocasión especial, bien con halagos y afectos, bien con regalos que satisfagan sus deseos, sin que descubra durante ese tiempo tu identidad.

Al Trastorno Bipolar tampoco le importa mucho quién eres. La enfermedad no sabe que vive en tu mente. Es el inquilino que está destruyendo su propia casa. Se mezcla, se confunde contigo, y tú le compras regalos sin saber muy bien sus preferencias. Le haces regalos que crees que le van a gustar para llevarte lo mejor posible con él, a veces aciertas, pero otras veces no.

Le regalas un porro, una copa de vino, una noche sin dormir... El inquilino comienza a meter ruido, mucho ruido. Le regalas una dosis adecuada de serotonina, ocho horas de sueño, una película por la tarde acompañado de los mejores amigos... El inquilino descansa.

Todos conocemos el enfado del Trastorno Bipolar cuando no está satisfecho con sus regalos. Te amarga la vida, no te deja ir a trabajar, te roba las amistades, te aleja de tu familia, te borra de la lista de

actividades favoritas, te encierra en psiquiátricos, anula tu persona, y en las más terribles ocasiones, te quita la vida. Cuando el Trastorno Bipolar no está satisfecho con sus regalos se transforma en Trastorno Bipolar Refractario.

El Trastorno Bipolar es el Enemigo Invisible. Hay que tantear y aprender a darle los regalos más adecuados para que no te moleste. Hay que aprender a manejarlo mientras uno dirige su propia vida.

La respuesta al Trastorno Bipolar tal vez no está en el seguimiento más continuado del paciente (como puede hacer cualquier clínica de pago para clientes de alto standing), tal vez la respuesta al Trastorno Bipolar está en utilizar los recursos de quien es el verdadero experto en su locura, el propio paciente.

En la parábola de “El cojo y el ciego”, el ciego presta sus ojos y el cojo sus piernas para huir juntos del incendio. Podríamos escribir nuestra propia parábola... Juntemos a nuestro cojo, a nuestro manco, a nuestro mudo, a nuestro sordo, a nuestro alegre, a nuestro triste... y a nuestro ciego (en este caso somos nosotros, los psicólogos, psiquiatras y sanitarios, al enfrentarnos a una enfermedad que aún está en tinieblas). Si somos objetivos, ¿qué tenemos? Siete enfermos que nos producen una sobrecarga. ¿Y si somos subjetivos? A lo mejor tenemos en conjunto otro especialista más que nos apoye, con menos conocimientos teóricos que nosotros, pero con muchos más conocimientos prácticos. Un especialista insustituible. Tenemos la capacidad terapéutica del grupo.

*Trastorno Bipolar: el Enemigo Invisible* presenta un programa de tratamiento psicológico en formato grupal para potenciar en la persona aquellos recursos de los que dispone para domesticar el Trastorno Bipolar que vive en su mente.

Apostamos por la necesidad de combinar los tratamientos tradicionales de esta enfermedad con un tratamiento psicológico integral, basado en la psicoeducación y en la terapia cognitivo conductual principalmente, destinado a paliar, en lo posible, el deterioro funcional y la pérdida de habilidades sociales y calidad de vida que sufren estos enfermos.

A la vista de los resultados experimentales que se obtuvieron al evaluar el tratamiento combinado, varios responsables del Servicio Canario de Salud quisieron implantarlo como programa psicológico en esta red sanitaria. Canarias no ha sido la única comunidad autónoma que se ha interesado por esta terapia. De ahí la idea, de convertir aquella experiencia en un manual divulgativo para profesionales, estudiantes, enfermos y familiares.

Ese carácter divulgativo adquiere su dimensión completa con el libro que complementa a éste: *Ojos que sí ven. "Soy bipolar". (Diez entrevistas)* (Editorial Desclée De Brouwer. Colección Serendipity. Bilbao, 2011). En él, los verdaderos protagonistas de esta obra, los afectados por el trastorno que han participado en nuestra experiencia científica, nos desvelan cómo comprender "al bicho" –como ellos lo llaman–, cómo convivir con él, cómo entenderlo. Ellos han aprendido que el Trastorno Bipolar va a ser un inevitable compañero de viaje a lo largo de toda la vida, pero eso no significa que sea él quien señale nuestras rutas sobre el mapa.

# Introducción general

---

El objetivo principal de esta manual es ofrecer un programa de tratamiento psicológico, que junto al tratamiento farmacológico, resulta eficaz, efectivo y eficiente en pacientes con trastorno bipolar o con trastorno bipolar refractario.

El trastorno bipolar se caracteriza por episodios de manía, hipomanía y/o depresión, dejando en muchas ocasiones síntomas subsindrómicos interepisódicos y deteriorando el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de quienes lo padecen.

El tratamiento farmacológico ha sido, hasta hace pocos años, el único tratamiento ofertado a los pacientes con un trastorno bipolar, mostrándose insuficiente en una gran proporción de los casos. La poca adherencia a la medicación pautada, la escasa conciencia de enfermedad y el desconocimiento de los síntomas prodrómicos, así como las limitaciones propias de un tratamiento sólo farmacológico, han sido algunos de los factores principales que han precipitado las recurrencias. Por ello, a nivel clínico se usa frecuentemente el concepto de trastorno bipolar refractario, caracterizándose por las repetidas recaídas, hospitalizaciones, necesidad de continuos cambios de medicación, demandas no programadas y, en último término, por el deterioro en la adaptación general del paciente a la vida cotidiana.

En los últimos años, se ha investigado la influencia de diferentes terapias psicosociales en el trastorno bipolar: la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y del ritmo social, la terapia familiar y otras terapias alternativas. La psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual han sido las que más atención han recibido y las que, en la mayoría de los estudios, han obtenido los resultados más positivos en la reducción de recaídas.

Se ha comprobado que el tratamiento farmacológico es imprescindible siempre, por el papel que los factores biológicos juegan en este trastorno, y que es una de las condiciones para que el tratamiento psicológico sea efectivo. Pero también se ha comprobado que el tratamiento farmacológico, siendo necesario, no es, sin embargo, suficiente.

Todos los estudios, hasta la fecha, se han realizado con pacientes con trastorno bipolar, con fases bien delimitadas y sin cronicidad. También se ha comprobado la necesidad de aplicar el tratamiento psicológico en periodos de eutimia para que éste sea efectivo.

En nuestro caso, aplicamos este programa de tratamiento psicológico en pacientes con trastorno bipolar refractario, eutímicos al inicio del tratamiento o con síntomas subsindrómicos, ya que son los pacientes que más demanda crean a nivel asistencial y que más dificultades presentan en su funcionamiento psicosocial.

En los últimos años, se apostaba por la necesidad de un programa de tratamiento psicológico estructurado que combinara técnicas de distintos modelos. Por ello, nos arriesgamos a diseñar un programa de tratamiento psicológico, para ser aplicado en formato grupal, consistente en veinte sesiones grupales, integrando psicoeducación con terapia cognitivo-conductual, y añadiendo técnicas de la terapia interpersonal y del ritmo social.

Los objetivos conseguidos al aplicar el programa han sido reducir las recaídas de estos pacientes, mejorar su calidad de vida, y mejorar su funcionamiento psicosocial tanto al finalizar el tratamiento, como también en un periodo de seguimiento a lo largo de un año.

Este programa se lleva a la práctica con pacientes en su medio clínico habitual, por lo que puede ser llevado a cabo en todos los hospitales, así como en los centros de salud mental. Este manual expone un programa de tratamiento psicológico para el trastorno bipolar con o sin refractariedad, con el fin de ofrecer a los profesionales un amplio repertorio de estrategias útiles y, sobre todo, con el fin de mejorar la evolución de nuestros pacientes.

# Aspectos clínicos y terapéuticos del trastorno bipolar

---

## 1. Concepto del trastorno bipolar

Becoña y Lorenzo (2001) describen el trastorno bipolar como un trastorno mental grave, recurrente e incapacitante. Se caracteriza por episodios de depresión y manía durante los cuales ocurren cambios extremos en el estado de ánimo, las cogniciones y las conductas. Hay períodos de recuperación y recaída.

El trastorno bipolar I se caracteriza por la existencia de uno o más episodios maníacos o episodios mixtos, siendo frecuente que previamente hayan tenido uno o más episodios depresivos. Se consideran varios subtipos en función del episodio más reciente, como puede ser maníaco único, hipomaníaco, maníaco, mixto, depresivo o no especificado.

El trastorno bipolar II se caracteriza por la existencia de episodios depresivos mayores a lo largo del tiempo junto a episodios hipomaníacos, por lo que tiene que haber la presencia o historia de uno o más episodios de depresión mayor, la presencia o historia de un episodio hipomaníaco y no haber habido ningún episodio maníaco ni mixto.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por la alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos episodios de síntomas depresivos. Son síntomas y no trastorno, por lo que no debe haber habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto.

Recientemente, hay una tendencia a considerar el espectro bipolar, donde los síntomas no son categoriales sino dimensionales. Aunque en la clínica es todo un hallazgo, también supone dificultades para un diagnóstico preciso.

Según Hirschfeld, *et al.* (2003), hasta el 70% de los sujetos con trastorno bipolar reciben un diagnóstico erróneo al inicio de la enfermedad, confundiendo con trastorno unipolar, ansiedad, trastorno de personalidad, abuso de sustancias o trastorno esquizoafectivo.

Aunque la prevalencia reconocida es del 1% en trastorno bipolar, Judd y Akiskal (2002) señalan que puede llegar hasta el 6,3% si se realiza correctamente el diagnóstico.

Lam, *et al.* (1999) asocian la recurrencia de los episodios del estado de ánimo en el trastorno bipolar a eventos vitales, historia de episodios previos, síntomas depresivos, síntomas psicóticos, abuso de sustancias o historia previa de alcoholismo, relaciones familiares conflictivas y síntomas subsindrómicos. También indican la necesidad de detectar los pródromos, señales que preceden a un episodio, con el fin de evitar una recaída. Señalan que los pródromos maníacos son detectados mejor que los pródromos depresivos. Los pródromos de manía son menos sueño, más conductas dirigidas a una meta, irritabilidad, mayor sociabilidad, pensamiento de comenzar a correr, e incremento de optimismo. Los de depresión son pérdida de interés en actividades y en la gente, no ser capaz de dejar de estar preocupado, ansiedad, sueño interrumpido, sentirse triste y ganas de llorar.

El trastorno bipolar es una enfermedad cíclica, de evolución impredecible y con un pronóstico variable. La evolución de estos cuadros va a estar determinada por múltiples factores. En este sentido, el cumplimiento terapéutico se ha considerado como uno de los

principales determinantes del curso de la enfermedad bipolar, puesto que la mala adherencia al tratamiento farmacológico provoca mayor número de recurrencias en estos pacientes (Keck, *et al.*, 1998), con las consiguientes implicaciones tanto en el ámbito personal (consecuencias socio-laborales y psicológicas) como en el económico-sanitario (mayor número de consultas de urgencia, más ingresos hospitalarios...).

La adherencia al tratamiento farmacológico está, a su vez, íntimamente ligada a la conciencia de padecer una enfermedad mental (*insight*), de forma que los pacientes con un *insight* pobre presentan un peor cumplimiento de la medicación. Así, por ejemplo, entre el 40% y el 50% de las personas con esquizofrenia y trastorno bipolar tienen una conciencia de enfermedad inadecuada (Francell, 2001).

Es evidente que nos hallamos ante un trastorno de gran severidad en el que el tratamiento ha sido fundamentalmente farmacológico, siendo el litio la medicación de mantenimiento más frecuentemente utilizada y mejor estudiada. El litio, con una buena adherencia a la medicación, ofrece a largo plazo una importante protección a los pacientes con trastorno bipolar contra el riesgo de suicidio (González-Pinto, *et al.*, 2005). Sin embargo, el grupo de trabajo NIMH de tratamiento del trastorno bipolar (Prien y Potter, 1990) ya había establecido que el litio es inefectivo entre el 20% y el 40% de los pacientes bipolares debido a respuestas inadecuadas o a efectos colaterales. También Dickson y Kendal (1986) encontraron que la profilaxis del litio protegía sólo entre el 25% y el 50% de personas con trastorno bipolar en contra de futuros episodios. A pesar de la introducción de nuevas medicaciones, no se ha mejorado el pronóstico. Las variantes del gen transportador de serotonina son un posible impedimento para la eficacia del litio a largo plazo (Serretti, *et al.*, 2004), aunque se necesitan más estudios para analizar esta asociación. En un estudio reciente, realizado con 91 pacientes durante 15 años, se concluyó que el resultado en general de los pacientes que empezaron el tratamiento profiláctico no fue satisfactorio (Licht, *et al.*, 2008). El litio se ha demostrado eficaz como medida preventiva del trastorno bipolar, pero su efectividad en condiciones de rutina ha sido menos evidente.