

Mónica Ramírez Basco



MANUAL PRÁCTICO DEL
TRASTORNO
BIPOLAR

Claves para autocontrolar las oscilaciones
del estado de ánimo



2ª Edición



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

**Claves para autocontrolar las oscilaciones
del estado de ánimo**

MÓNICA RAMÍREZ BASCO

MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo

- *Romper el círculo de la depresión reiterada*
- *Evitar que la manía nos arruine la vida*
- *Descubrir nuevas formas de afrontar el estrés y la negatividad*
- *Aprender a focalizar nuestros pensamientos y alcanzar nuestros objetivos*
- *Averiguar lo que podemos hacer para prevenir la reaparición de los síntomas*

2ª Edición

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESLÉE DE BROUWER

Título de la edición original:
THE BIPOLAR WORKBOOK.
Tools for Controlling Your Mood Swings.
© 2006, The Guilford Press, New York, USA

Traducción: Francisco Campillo Ruiz

1ª edición: octubre 2008

2ª edición: junio 2010

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2008

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclee.com

info@edesclee.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2266-0

Depósito Legal:

Impresión: Publidisa, S.A. - Sevilla

Índice

Evaluación de nuestros conocimientos sobre el trastorno bipolar	9
---	---

1. Asumir el control de nuestra enfermedad	15
--	----

PASO I: VERLO VENIR

2. Hechos constatados sobre el trastorno bipolar	43
--	----

3. Llevar un registro de nuestra historia personal	69
--	----

4. Idear un sistema de alerta previa	95
--	----

PASO II: TOMAR PRECAUCIONES

5. Volvernos menos vulnerables	121
--	-----

6. Sacarle el máximo partido a la medicación	169
--	-----

7. Superar la gran negación	197
---------------------------------------	-----

**PASO III:
REDUCIR LOS SÍNTOMAS**

8. Reconocer e identificar los errores de pensamiento	217
9. Controlar los pensamientos emocionales	265
10. Frenar la desorganización mental	285

**PASO IV:
EVALUAR LOS PROGRESOS**

11. Introducir cambios para mejor	315
Bibliografía	333

Evaluación de nuestros conocimientos sobre el trastorno bipolar

Decida si cada una de las siguientes frases es *verdadera* o *falsa* rodeando su respuesta con un círculo. Las respuestas correctas se encuentran en las páginas 10-14.

- | | |
|-------------------|--|
| Verdadero o Falso | 1. El trastorno bipolar puede provocar tanto depresión como manía. |
| Verdadero o Falso | 2. Nos podemos sentir deprimidos y maníacos al mismo tiempo. |
| Verdadero o Falso | 3. Los fármacos son necesarios para controlar los síntomas del trastorno bipolar. |
| Verdadero o Falso | 4. Lo único que tenemos que hacer para encontrarnos bien es tomar la medicación todos los días. |
| Verdadero o Falso | 5. No podemos hacer nada para detener un episodio de depresión o de manía, una vez ha comenzado. |
| Verdadero o Falso | 6. La falta de sueño puede desencadenar un episodio de manía. |

- | | |
|-------------------|---|
| Verdadero o Falso | 7. Para hacerle frente al trastorno bipolar, tendremos que renunciar a las cosas más emocionantes de la vida. |
| Verdadero o Falso | 8. Esta enfermedad suele conllevar el abandono de las metas profesionales de quien la padece. |
| Verdadero o Falso | 9. Podemos manejar esta enfermedad nosotros solos. No necesitamos ayuda. |
| Verdadero o Falso | 10. No tenemos ningún trastorno bipolar. Los médicos se han equivocado. |

Respuestas al Test

1. El trastorno bipolar puede provocar tanto depresión como manía.

VERDADERO. La mayoría de las personas que padecen un trastorno bipolar sufren episodios de depresión y de manía a lo largo de su vida. Algunos de ellos sufren más de depresión, mientras que otros pueden sufrir episodios de manía con mayor asiduidad. Los síntomas de cada paciente son ligeramente diferentes. Si queremos saber más cosas acerca de la pauta que pueden seguir nuestros síntomas, leamos los capítulos 3 y 4.

2. Nos podemos sentir deprimidos y maníacos al mismo tiempo.

VERDADERO. Esto se conoce como *episodio mixto*. Durante los episodios mixtos, nos podemos sentir muy agitados, tener pensamientos acelerados y dificultad para estarnos quietos, como en la manía; y a la vez sentirnos decaídos, desesperanzados y tener ideas suicidas, como en la depresión. Los estados mixtos también pueden alternar rápidamente entre la depresión y la manía, prolongándose una y otra de unas horas a unos pocos días. Pueden ser difíciles de diagnosticar porque no se parecen a los episodios característicos de depresión ni de manía. Tenemos más información sobre cómo se realizan los diagnósticos en el capítulo 2.

3. Los fármacos son necesarios para controlar los síntomas del trastorno bipolar.

VERDADERO. A pesar de que muchas personas prefieren “aguantar” los episodios de depresión y de manía sin tomar medicación, está claro que el control de la enfermedad y la prevención de futuras recaídas depende del control eficaz de la medicación. La mayoría de las personas prefieren no tomar medicación y de hecho tienen serios problemas en seguir un régimen farmacológico durante largos períodos de tiempo. El capítulo 6 contiene algunas sugerencias de cara a abordar los problemas relacionados con la medicación.

4. Lo único que tenemos que hacer para encontrarnos bien es tomar la medicación todos los días.

FALSO. Para controlar el trastorno bipolar existen otros muchos factores a tener en cuenta además de tomar la medicación. Desgraciadamente, incluso aunque tomemos la medicación de forma muy regular, existen otros elementos tales como el estrés, una enfermedad o los cambios de estación que pueden provocar una reaparición de los síntomas. Cuando los síntomas vuelven a aparecer, la mayoría de las personas afectadas no logran desenvolverse bien en el trabajo, en casa, o en las relaciones con los amigos. La medicación puede ayudar a controlar los síntomas, pero no resuelve los problemas en el trabajo o en el hogar. Será necesario el entrenamiento en una serie de habilidades especiales de manejo de los síntomas y de la vida en general para rellenar las lagunas que no cubre la medicación. En el capítulo 1 aparece una visión general de las cosas que podemos hacer para ayudarnos a controlar nuestra enfermedad y solucionar los problemas de la vida cotidiana.

5. No podemos hacer nada para detener un episodio de depresión o de manía, una vez ha comenzado.

FALSO. Además de tomar la medicación, hay una serie de cosas que podemos hacer para ayudarnos a controlar los síntomas de la depre-

sión y de la manía. Los capítulos 4 al 10 se ocupan de los métodos que podemos utilizar para cambiar nuestras acciones y nuestros pensamientos de forma que nos permita controlar los síntomas maníacos y los síntomas depresivos. También aprenderemos posibles formas de aceptar la enfermedad y de llevar una vida que nos permita reducir las posibilidades de recaer.

6. La falta de sueño puede desencadenar un episodio de manía.

VERDADERO. La falta de un sueño nocturno regular aumenta el riesgo de una reacción maníaca. Las personas que tienen un trastorno bipolar tienden a ser personas más noctámbulas que diurnas. Pero el trasnochar más de lo habitual y la falta de sueño parecen incitar la aparición de un episodio de manía, o bien agravar la sintomatología maníaca una vez que el episodio ha comenzado. El capítulo 5 presenta algunos métodos para mejorar la regularidad del sueño, además de otras cosas que podemos hacer para vencer la fatiga y el letargo debidos a la falta de sueño.

7. Para hacerle frente al trastorno bipolar, tendremos que renunciar a las cosas más emocionantes de la vida.

FALSO. Existe una concepción errónea muy extendida respecto de que tenemos que llevar una vida muy tranquila y carente de emociones, con importantes restricciones en la actividad, el trabajo y la diversión, para controlar la enfermedad. Raramente es este el caso. Ahora bien, vivir con un trastorno bipolar sí implica ejercer una cierta moderación. Los métodos que se describen en el capítulo 4 para aprender a reconocer cuándo están empeorando los síntomas nos ayudarán a saber cuándo tenemos que aminorar el ritmo y cuándo debemos pedir ayuda. Las estrategias propuestas a lo largo de este manual práctico nos ayudarán a mantener nuestros síntomas a raya. Y las técnicas incluidas en los capítulos 5, 9 y 10 para manejar el estrés, tomar decisiones y establecer unos límites razonables, nos ayudarán a llevar una vida satisfactoria y productiva y a minimizar las intromisiones provocadas por la enfermedad.

8. Esta enfermedad suele conllevar el abandono de las metas profesionales de quien la padece.

FALSO. Muchas personas brillantes y con éxitos tienen un trastorno bipolar. Han aprendido a desenvolverse con la enfermedad y no por ello dejar de alcanzar sus objetivos. Este manual práctico incluye numerosos ejercicios para ayudarnos a sentir que somos nosotros los que controlamos nuestra enfermedad, en lugar de tener la sensación de que es la enfermedad la que nos controla a nosotros. Ello requerirá mucho esfuerzo por nuestra parte, más allá del mero hecho de tomarnos la medicación todos los días. Pero si estamos decididos a salir adelante, la enfermedad no tiene por qué ser un obstáculo.

9. Podemos manejar esta enfermedad nosotros solos. No necesitamos ayuda.

FALSO. Todo el mundo necesita un apoyo, especialmente en aquellos momentos en que estamos luchando con una enfermedad grave. El apoyo puede venir de la familia, los amigos, los compañeros de trabajo o socios, los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos y la Asociación de Ayuda para la Depresión y el Trastorno Bipolar, los grupos de apoyo de Internet y las instituciones sanitarias. El aislarse de los demás suele empeorar las cosas. Con ello tal vez podamos evitar el estrés que se deriva del contacto social, pero también renunciaremos a los beneficios de tener a otras personas con las que poder hablar, que nos ayuden en los momentos de crisis, que nos quieran y nos convenzan de nuestra valía, y que nos puedan dar una razón para vivir. Si tenemos problemas a la hora de relacionarnos con los demás, podemos echarle un vistazo al capítulo 9 y encontraremos algunas indicaciones.

10. No tenemos ningún trastorno bipolar. Los médicos se han equivocado.

QUIZÁS. Si estamos leyendo este libro, es porque nosotros mismos o bien alguien que pertenece a nuestro entorno más próximo, piensa que tenemos un trastorno bipolar. Pero a veces es difícil hacer un

diagnóstico, sobre todo si somos muy jóvenes o tenemos problemas de abuso de sustancias o problemas de alcohol. La información contenida en los capítulos 1, 2 y 3 nos ayudará a decidir si tenemos la enfermedad. Si encajamos en los criterios, pero no nos sentimos capaces de hacerle frente, vayamos al capítulo 7 para ayudarnos a trabajar la aceptación del diagnóstico.

1 Asumir el control de nuestra enfermedad

A lo largo de este capítulo:

- Conoceremos los cuatro pasos para controlar la depresión y la manía.
- Sabremos por qué la medicación por sí sola no basta para controlar la enfermedad.
- Sabremos de qué forma nuestras reacciones a nuestros síntomas pueden beneficiarnos o hacernos daño.
- Descubriremos de qué forma este manual práctico nos ayudará a asumir el control de nuestros síntomas.

Este manual práctico tiene el propósito de guiarnos a lo largo del proceso de aprender lo que podemos hacer, además de tomar nuestra medicación con regularidad, para controlar los síntomas del trastorno bipolar. Son muchas las cosas que podemos lograr. Podemos aprender a disminuir y evitar los síntomas de la depresión, la manía, la hipomanía, la irritabilidad y la ansiedad, además de hacerle frente a las muchas maneras en que la enfermedad puede interferir en nuestra vida. Podemos utilizar este manual práctico por nuestra propia cuenta, hacer que forme parte de nuestra terapia individual o de grupo, o trabajarlo junto con nuestro psiquiatra. Cada capítulo ofrece información, habilidades a desarrollar y ejercicios que pueden ayudarnos a aprender a contender con nuestras emociones, controlar los pensamientos negativos, minimizar los síntomas físicos, abordar los problemas relacionados con la medicación, manejar los problemas de la vida cotidiana y, en general, a hacernos a la idea de tener un trastorno bipolar.

Si nos comprometemos a dedicarle un tiempo a practicar y aprender cada uno de los métodos, los ejercicios contenidos en este manual práctico pueden ayudarnos a conocer la realidad del trastorno bipolar, lograr una mayor estabilidad, descubrir otras formas de evitar que los síntomas vuelvan a aparecer, sacarle más partido a la medicación, y alcanzar nuestros objetivos en la vida.

¿Cómo podemos controlar la enfermedad?

El trastorno bipolar es de naturaleza biológica, pero genera síntomas tanto físicos como psicológicos. Entre los síntomas físicos, encontramos las alteraciones en el sueño, la energía, el apetito y la concentración. Los síntomas psicológicos incluyen cambios a nivel de pensamientos, sentimientos y opciones de actuación. Este manual nos proporcionará un amplio abanico de recursos para controlar nuestras oscilaciones del estado de ánimo y mejorar nuestra calidad de vida mediante el control activo de los síntomas físicos y psicológicos de la depresión y la manía.

El objetivo fundamental de este manual es el de ayudarnos a prevenir la reaparición de la depresión y la manía. Para lograr esto tenemos que aprender dos cosas muy importantes:

- 1. A reconocer los primeros signos que nos advierten de la reaparición de los síntomas físicos y psicológicos del trastorno bipolar.**
- 2. A reaccionar rápidamente para frenar los síntomas antes de que se agraven. Esto significa tomar las medidas necesarias para controlar los síntomas antes de que se conviertan en episodios completos de depresión y de manía, en base a corregir y controlar los problemas de pensamiento, los cambios de actividad, y las alteraciones emocionales provocadas por la enfermedad.**

Las intervenciones que aparecen a lo largo del manual están encaminadas a ayudarnos en cuatro aspectos diferentes del proceso: ver los síntomas venir, tomar nuestras precauciones, reducir los síntomas y evaluar nuestros progresos. El siguiente esquema resume los pasos que podemos dar para controlar las oscilaciones de nuestro estado de ánimo.

Paso nº 1: Verlo venir

¿Cómo?
Conociendo los síntomas



Mediante la gráfica de vida (capítulo 3) y la hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo (capítulo 4).

¿Cómo?
Vigilando el estado de ánimo



Mediante los gráficos del estado de ánimo y los gráficos de los síntomas (capítulo 4).

¿Cómo?
Reconociendo los desencadenantes



Identificando los desencadenantes en nuestra gráfica de vida (capítulo 3).
Revisando la lista de cosas que empeoran la situación (capítulo 5).

Paso nº 2: Tomar precauciones

¿Cómo?

No empeorando la situación



Aprendiendo a dormir lo suficiente (capítulo 5).
Siguiendo la medicación (capítulo 6).
Evitando los desencadenantes de los síntomas (capítulos 5 y 6).

¿Cómo?

Añadiendo aspectos positivos



Aprendiendo a fortalecer nuestras relaciones (capítulos 5 y 8).
Fijándonos unos objetivos personales (capítulo 6).
Trabajando en dirección a la adaptación a la enfermedad (capítulo 7).
Desarrollando hábitos saludables (capítulo 5).

¿Cómo?

Disminuyendo los aspectos negativos



Mediante la solución de problemas (capítulos 5 y 8).
Controlando la preocupación y la rumiación (capítulo 5).
Evitando la sobreestimulación (capítulos 5 y 9).

Paso nº 3: Reducir los síntomas

¿Cómo?

Saliendo de la inactividad



Mediante la programación de actividades.
Desglosando y poniendo en práctica por partes, y mediante una lista "A" y una lista "B" (capítulo 5).

¿Cómo?

Cambiando nuestros pensamientos



Mediante los métodos del *cáptalo, contrólalo, corrígelo* [la triple C] (capítulos 8 y 9).

¿Cómo?

Frenando la desorganización mental



Mediante los métodos del *ralentízalo, focalízalo, estructúralo* (capítulo 10).

¿Cómo?

Reduciendo la hiperactividad



Controlando la sobreestimulación.
Manteniendo a raya el ansia de novedades.
Poniendo límites a la actividad mediante el establecimiento de objetivos.
Tratando de dormir (capítulo 5).

Paso n° 4: Evaluar los progresos

¿Cómo?

Vigilando los cambios en el estado de ánimo y los síntomas



Mediante los gráficos del estado de ánimo (capítulo 4).

Mediante la hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo (capítulo 4).

Preguntándole a otras personas [pidiendo *feedback*] (capítulo 9).

Por qué la medicación no es suficiente

Los fármacos que controlan de manera eficaz los síntomas de la depresión y la manía, las oscilaciones del estado de ánimo, la ansiedad, la irritabilidad y las alteraciones del sueño son la base (la piedra angular) del tratamiento de enfermedades como el trastorno bipolar. El trastorno bipolar es una enfermedad de naturaleza biológica que genera alteraciones en el procesamiento cerebral de ciertas sustancias químicas que nuestro cuerpo produce de manera natural. Los fármacos tienen el propósito de corregir este problema mediante la administración de estas sustancias químicas o neurotransmisores cuando su producción natural es insuficiente, o bien ayudando a nuestro cerebro a utilizarlas de un modo más eficaz. Sin la medicación, los enfoques psicológicos como los presentados en este manual práctico podrían demostrar ser mínimamente eficaces. Incluso con la ayuda de la medicación, al igual que la mayoría de las personas que tienen un trastorno bipolar también nosotros tendremos probablemente que hacer algo más para lograr el mayor control posible sobre nuestros síntomas y para prevenir las recaídas.

- Necesitaremos intervenciones adicionales en los períodos en los que no estemos tomando nuestra medicación con regularidad, o en los que la medicación no esté demostrando ser plenamente eficaz. La mayoría de las personas con trastorno bipolar tienen problemas a la hora de tomar su medicación de forma regular, sobre todo cuando los síntomas de la enfermedad mejoran o cuando los efectos secundarios de la medicación son desagradables.

- Necesitamos conocer la forma de minimizar el estrés, contender con los cambios de estación y evitar la falta de sueño – factores todos ellos que pueden hacer que los síntomas vuelvan a manifestarse, incluso aunque tomemos la medicación todos los días.

- Necesitamos disponer de modos eficaces y saludables de controlar los síntomas en lugar de ceder a la tentación de recurrir al alcohol o las drogas ilegales para ayudarnos a dormir, a calmarnos o a modificar nuestro estado de ánimo. El alcohol y las drogas ilegales no suelen estar exentos de peligros si se combinan con la medicación psiquiátrica, y pueden interferir en la potencia de algunos fármacos.

- Necesitamos disponer de métodos para analizar y regir nuestro estilo de vida de manera que éste no nos conduzca a una falta de sueño, una alimentación deficiente o a adoptar unas conductas insanas que podrían incrementar el riesgo de recaída.

- Podemos encontrar que, en ciertos momentos, hay una parte de nosotros que se niega a aceptar la idea de que tenemos esta enfermedad, no quiere tomar la medicación, o se muestra reacia a introducir los cambios en el estilo de vida que podrían ayudarnos a reducir o eliminar los síntomas. Al mismo tiempo, otra parte de nosotros sabe lo que debemos hacer para cuidar de nosotros mismos. Necesitamos aprender estrategias para poner en orden nuestros sentimientos respecto de la enfermedad y del tratamiento cuando percibamos un conflicto de este tipo.

- La depresión y la manía pueden perjudicarnos a la hora de organizar nuestros pensamientos, tomar decisiones y solucionar problemas. Necesitamos aprender la forma de frenar la desorganización mental que no nos deja pensar con claridad.

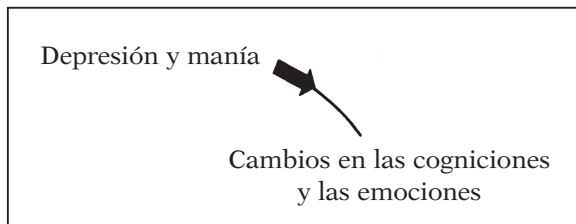
- La medicación puede hacer que los síntomas desaparezcan, pero si tenemos problemas económicos, legales o familiares debidos al trastorno bipolar, estos problemas seguirán presentes aunque los síntomas hayan mejorado. Necesitamos encontrar la forma de resolver los problemas que nos estresan de manera que podamos mejorar nuestra calidad de vida.

Afortunadamente, existen métodos que podemos aprender para llenar las lagunas que la medicación no cubre. En este manual práctico se explican algunas estrategias para controlar los síntomas, prevenir las recaídas y solucionar problemas. El dominio de estas estrategias nos ayudará a adaptarnos a nuestra enfermedad, nos dará una razón para seguir el tratamiento farmacológico, y evitará que los altibajos interfieran en nuestra vida.

Los altibajos del trastorno bipolar

Existen muchos factores diferentes que pueden desencadenar la depresión y la manía en las personas que tienen un trastorno bipolar, pero a veces pueden aparecer sin ninguna razón específica en absoluto. En cualquier caso, una vez que se ha iniciado un episodio, nuestra propia reacción puede hacer que los síntomas mejoren o empeoren. La razón es la siguiente.

La depresión y la manía generarán **cambios en nuestros procesos de pensamiento y en nuestras emociones**, como ilustra el diagrama. Nuestros pensamientos –lo que pensamos y el modo en que lo hacemos– también se conocen como *cogniciones*. Rellenaremos la hoja de trabajo 1.1 para acordarnos de las emociones y las cogniciones que tenemos durante los períodos de depresión y de manía.

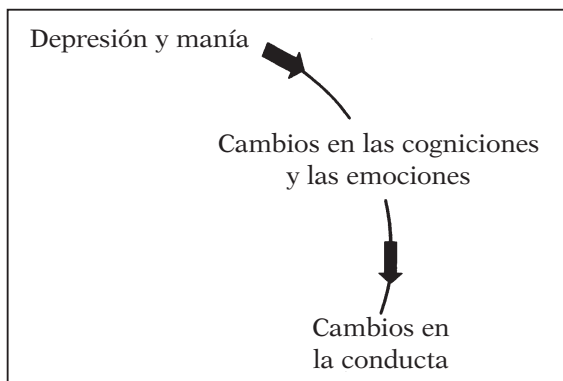


La depresión y la manía afectan a los pensamientos y los sentimientos

Hoja de trabajo 1.1: Cogniciones y emociones

Emociones	Cogniciones
Los cambios emocionales conllevan sentimientos como la tristeza, la desesperación y la ansiedad, o sentirse a tope, eufórico o irritable. Estas emociones suelen ser intensas y duran días, semanas o meses seguidos. Son algo más que reacciones a experiencias emocionantes o perturbadoras.	Tanto el contenido como nuestros procesos de pensamiento pueden cambiar durante los episodios de depresión y de manía. Los cambios en el contenido se refieren a aquello en lo que pensamos durante los episodios. Por ejemplo, cuando estamos deprimidos tenemos más pensamientos negativos, y cuando estamos maníacos se nos pueden ocurrir ideas nuevas y emocionantes. Los procesos de pensamiento que se ven modificados son la velocidad del pensamiento, el nivel de concentración, la claridad de los pensamientos y la capacidad de tomar decisiones.
<i>Rodee con un círculo las palabras que se correspondan con lo que siente durante la depresión o la manía:</i> triste vacío decaído solo preocupado ansioso tenso nervioso irritable disgustado enfadado eufórico exaltado a tope feliz en éxtasis	<i>Rodee con un círculo las palabras que se correspondan con sus cambios cognitivos durante la depresión o la manía:</i> Cambios en los procesos: lento confundido olvidadizo falta de juicio indeciso perplejo poco realista ofuscado creativo acelerado Cambios en el contenido: negativo desesperanzado autocrítico paranoide nuevos proyectos optimista

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.



Los pensamientos y los sentimientos afectan a la conducta

Los cambios en las emociones y en los procesos de pensamiento **afectan a la conducta**. Pueden **teñir el tipo de acciones** que decidimos adoptar, como seguir de marcha hasta muy tarde porque nos sentimos fabulosos y no queremos que se acabe el día, comenzar un proyecto nuevo porque tenemos un montón de ideas nuevas, o evitar la relación con otras personas porque nos sentimos mal y no queremos que los demás nos vean deprimidos. En el siguiente ejercicio (hoja de trabajo 1.2), trataremos de ordenar las emociones, los pensamientos y las acciones que se podrían corresponder durante los episodios de depresión y de manía.

La cualidad de nuestras acciones puede cambiar cuando estamos deprimidos o maníacos. Cuando estamos maníacos podemos ser más desorganizados o saltar rápidamente de una actividad a otra. Cuando estamos deprimidos podemos movernos con mayor lentitud de lo habitual.

Hoja de trabajo 1.2: Estados de ánimo, pensamientos y acciones

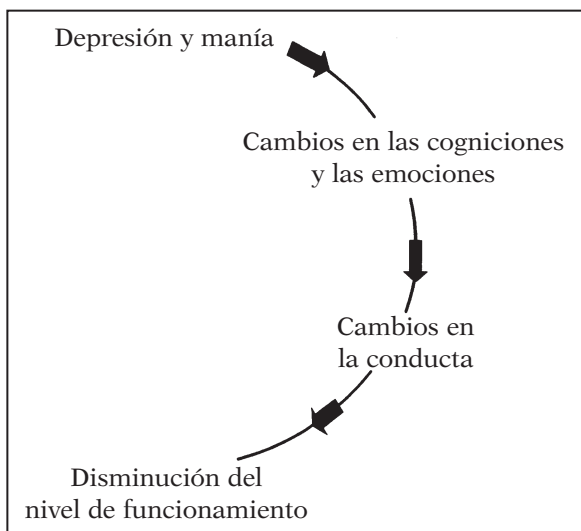
Estado de ánimo	Pensamientos	Acciones
Triste	<i>He tenido la mejor idea de mi vida.</i>	Decide no ir a la fiesta.
Nervioso	<i>No puedo hacer nada para solucionar el problema.</i>	Le contesta bruscamente a un amigo.
Eufórico	<i>Me pone de los nervios.</i>	Abandona.
Irritable	<i>Me quedaré paralizado y no sabré qué decir.</i>	Sale del trabajo antes de hora para emprender un proyecto nuevo.

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

No pasará mucho tiempo antes de que **los cambios en la modalidad y la cualidad de las conductas afecten a nuestra capacidad para desenvolvernó con eficacia** en el hogar, en el trabajo o en las situaciones sociales, tal y como muestra el diagrama. A continuación, tenemos algunos ejemplos:

- Pasar a la acción antes de pensar bien las cosas puede llevar a cometer errores de juicio o bien a tomar decisiones dudosas.
- La lentitud de movimientos y la fatiga pueden interferir en el cumplimiento de las obligaciones.
- Tirar la toalla implica que los problemas podrían quedar sin resolver.
- Empezar demasiados proyectos a la vez implica no terminar nada.
- Abandonar el trabajo antes de la hora alegando cansancio podría conducir a una reprimenda por parte de los superiores.
- Evitar el contacto con la gente significa perder la oportunidad de pasárselo bien.
- Contestarle con brusquedad a la gente puede ser una fuente de conflictos y dañar las relaciones.

Cuando nuestros niveles de funcionamiento decaen y no somos capaces de contrarrestarlo, es habitual que aparezcan problemas.



Los cambios en la conducta afectan al nivel de funcionamiento

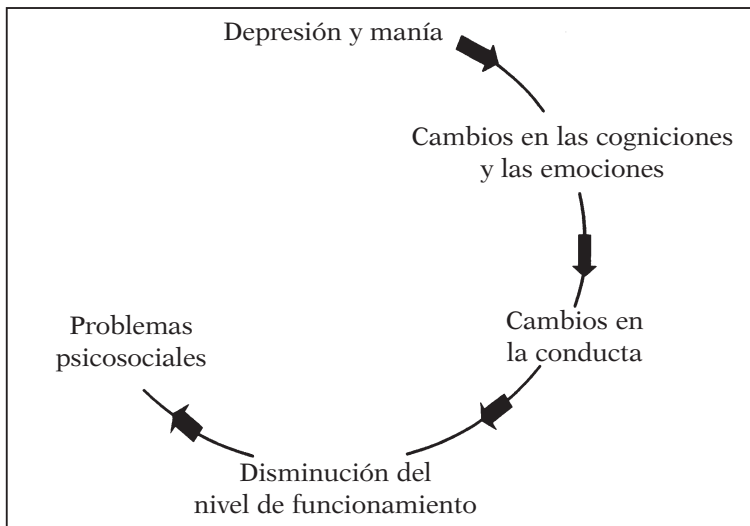
Respuestas a la hoja de trabajo 1.2

Estado de ánimo	Pensamientos	Acciones
Triste	He tenido la mejor idea de mi vida.	Decide no ir a la fiesta.
Nervioso	No puedo hacer nada para solucionar el problema.	Le contesta bruscamente a un amigo.
Eufórico	Me pone de los nervios.	Abandona.
Irritable	Me quedaré paralizado y no sabré qué decir.	Sale del trabajo antes de la hora para emprender un proyecto nuevo.

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Por ejemplo, una disminución del rendimiento laboral puede conducir a un despido. El incumplimiento de nuestras responsabilidades familiares puede generar conflictos con nuestros padres o nuestros cónyuges, crear tensiones en nuestra relación de pareja o interferir en la comunicación familiar. La impulsividad y la falta de acierto en la toma de decisiones pueden generar problemas económicos y problemas de relación. En la tabla de la página 26, aparecen algunos de los problemas más característicos.

¿Cuáles de los problemas que hemos tenido a lo largo de nuestra vida pensamos que podrían atribuirse al hecho de tener un trastorno bipolar? Estos problemas podrían estar generados directamente por los síntomas del trastorno tal y como hemos descrito anteriormente, o podrían haber sido provocados de forma indirecta cuando la manía y la depresión nos impidieron afrontar las dificultades asociadas a la vida cotidiana. En la hoja de trabajo 1.3, redactaremos un pequeño listado de los tipos de problemas que hemos tenido a lo largo de nuestra vida y que pensamos que se podrían deber al trastorno bipolar. Este listado nos ayudará a tener un mayor control sobre nuestros síntomas en dos sentidos. Uno, si vemos que vuelven los viejos problemas, ello puede ser una señal de que ha llegado el momento de pasar a la acción para controlar nuestros síntomas. Dos, si nos concentramos en las habilidades que nos ayudan a prevenir la aparición de nuevos problemas, podemos reducir el estrés que a su vez podría generar una recaída.



La disminución del nivel de funcionamiento genera problemas

Problemas generados por la disminución del nivel de funcionamiento

<i>Cambios en el funcionamiento</i>	<i>Posibles problemas</i>
Obrar sin pensar y errar en la toma de decisiones	Dejar un trabajo sin tener otro, cuando no nos lo podemos permitir
Incumplir las obligaciones propias de nuestra condición	Despreocuparse del bienestar de los hijos
Malgastar el dinero, no pagar las facturas	Desahucio del hogar, embargo de bienes
Discutir con los compañeros de trabajo en lugar de solucionar los problemas con calma	Despido laboral
Beber en exceso o consumir drogas ilegales	Problemas legales, problemas de salud, problemas familiares

Hoja de trabajo 1.3: Problemas asociados al trastorno bipolar

Problemas de relación:

Problemas laborales:

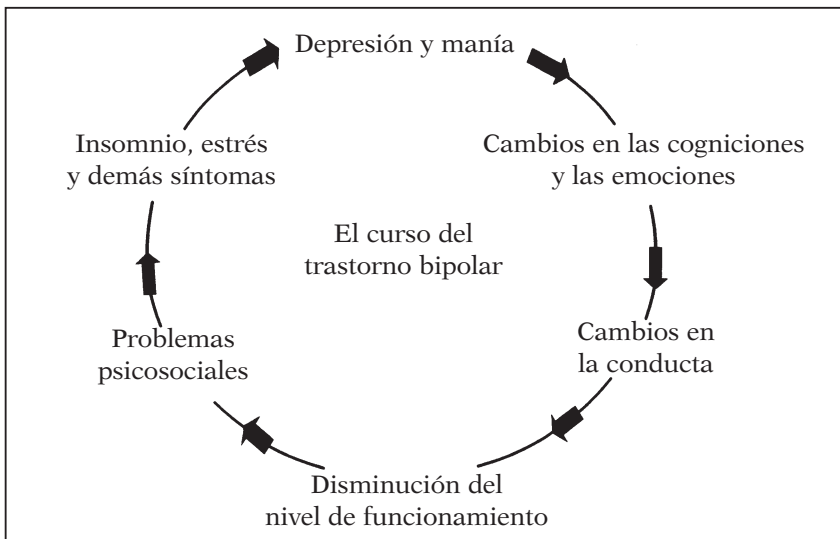
Problemas académicos:

Problemas legales:

Problemas económicos:

Problemas familiares:

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.



Modelo cognitivo-conductual del trastorno bipolar

El hecho de tener que afrontar una serie de problemas le generará estrés a cualquier persona pero, dado que nosotros tenemos un trastorno bipolar, los riesgos en nuestro caso son mayores. Por las noches, nuestras preocupaciones en torno a los problemas pueden interferirnos el sueño, y la falta de sueño puede llevar a la manía. El intento de aliviar el estrés bebiendo alcohol puede hacer empeorar la depresión, y también puede interferir el sueño. La fatiga debida a la falta de sueño puede generar un deterioro adicional en nuestro rendimiento laboral, disminuir la motivación para abordar los problemas, y llevarnos a darnos por vencidos y ceder a la depresión. **Todo lo cual puede hacer que los síntomas depresivos y maníacos empeoren, perpetuando de este modo el ciclo.**

Terapia cognitivo-conductual del trastorno bipolar

Esta descripción puede dar la impresión de que el ciclo de los síntomas y los problemas asociados al trastorno bipolar es arrollador e imposible de controlar, pero de hecho es posible aprender algunas estrategias efectivas para dominar la enfermedad. Este manual nos brinda las claves para controlar nuestras oscilaciones del estado de ánimo, que se enseñan habitualmente dentro de la terapia cognitivo-conductual o TCC. La TCC es una modalidad de psicoterapia orientada a la adquisición de determinadas habilidades y que nos enseña la forma de resolver nuestros problemas de pensamiento, de controlar nuestras emociones y de afrontar nuestros síntomas y nuestros problemas vitales de un modo más eficaz. A lo largo de este manual, encontraremos los medios de los que se sirven los terapeutas cognitivo-conductuales para ayudar a las personas a afrontar la depresión y la manía. Su fundamento es el siguiente.

La directriz general consiste en lograr que lleguemos a conocernos a nosotros mismos y nuestros síntomas lo suficientemente bien como para saber cuándo están volviendo a aparecer, y aprender una serie de habilidades cognitivo-conductuales para dominarlos. El resultado final, si hacemos todo lo que esté en nuestra mano para

controlar nuestros síntomas y trabajamos codo a codo con nuestro médico para encontrar la medicación más apropiada, es que tendremos períodos de enfermedad más cortos y períodos de bienestar más largos.

A lo largo de este manual aprenderemos posibles formas de romper el ciclo de la depresión y la manía con la ayuda de una serie de medios que nos permitan controlar los síntomas en cada uno de los puntos de la secuencia. Primero tenemos que aprender a reconocer en qué punto nos encontramos dentro del ciclo de cambios en nuestros pensamientos, emociones, acciones y funcionamiento. Lo lograremos desarrollando un sistema de alerta previa, utilizando la metodología descrita en los capítulos 3 y 4. A continuación, tendremos que aprender posibles formas de controlar las oscilaciones del estado de ánimo y los cambios a nivel de pensamiento que parecen venir en primer lugar dentro del curso de la depresión y la manía. Ello se puede lograr aprendiendo los métodos descritos en los capítulos 8 y 9 para evaluar nuestros pensamientos y eliminar cualquier posible distorsión en nuestra forma de pensar. Con ello, lo normal es que nuestro ánimo deprimido, eufórico e irritable disminuya en intensidad. En el capítulo 10 aprenderemos a bajar el ritmo y a ordenar de una forma más sistemática nuestros pensamientos, de manera que podamos tomar buenas decisiones y abordar más eficazmente los cambios que estamos viviendo. Con ello, lo normal es que nos sintamos menos ansiosos, irritados y desbordados. Tomados en su conjunto, los métodos utilizados para controlar los cambios cognitivos y emocionales que aparecen en la depresión y en la manía, nos ayudarán a romper el ciclo. Los síntomas mentales y emocionales se irán reduciendo, y las probabilidades de que afecten negativamente a nuestra conducta también se reducirán.

Otra forma de salir del círculo del trastorno bipolar consiste en controlar las conductas que podrían estar agravando los síntomas. Dichas conductas incluyen no acostarse en toda la noche, beber en exceso, evitar el contacto con la gente, o aplazar la solución de problemas. En el capítulo 5 aprenderemos diferentes estrategias para arreglárnoslas mejor, tomar medidas positivas, solucionar proble-

mas, evitar descontrolarnos y salir de los aplazamientos indefinidos y del letargo. Cuando logremos cambiar nuestras acciones, tendremos una mejor opinión de nosotros mismos y nos sentiremos más esperanzados respecto de nuestra capacidad para afrontar nuestra enfermedad. Los cambios a nivel de conducta contribuyen a mejorar los síntomas cognitivos y emocionales de la depresión y de la manía. Y viceversa: cuando nuestro estado de ánimo y nuestra actitud mejoran, emprenderemos conductas más productivas.

Si únicamente nos damos cuenta de que nos encontramos en medio de un ciclo de depresión o de manía después de un cambio a peor en nuestros pensamientos, sentimientos y acciones, podemos aprender a abrirnos camino para encontrar la forma de salir del episodio tomando la medicación de forma más regular, y dando una serie de pasos para evitar agravar la situación. Los métodos de la TCC explicados en los capítulos 5 y 6 nos ayudarán a retomar nuestra dirección cuando nos sintamos descontrolados y tengamos problemas para tomar la medicación que nuestro médico nos ha recetado. Si logramos volver a cogerle el tino, podemos recuperar el control sobre nuestros pensamientos, sentimientos y acciones.

Tal vez podamos descubrir que nuestra forma de actuar durante los períodos de depresión o de manía, ha generado más problemas o ha aportado más estrés a nuestra vida. Sufrir demasiado estrés empeora nuestro estado de ánimo, nos interfiere el sueño, y mantiene vivas la depresión y la manía. Para romper el ciclo, tendremos que aprender las estrategias para manejar el estrés explicadas en los capítulos 5 y 10. Dichas estrategias nos ayudarán a resolver nuestras dificultades de manera que podamos disminuir nuestras preocupaciones y dormir mejor por las noches.

Cuando se combinan con una utilización eficaz de la medicación, dichas estrategias cognitivo-conductuales nos pueden ayudar a controlar nuestra enfermedad de forma que podamos alcanzar nuestros objetivos y llevar una vida satisfactoria y provechosa.

Cómo utilizar este manual

Este manual fue redactado pensando en cuatro tipos de lectores. El primero lo componen aquellas personas que han recibido su diagnóstico recientemente y todavía no saben gran cosa respecto de su enfermedad. **Los objetivos para estas personas recién diagnosticadas son:**

- 1. Comprender mejor la enfermedad.**
- 2. Aprender la forma de sacarle partido a la medicación.**
- 3. Aprender a vivir con los síntomas y a controlarlos.**

El segundo tipo de persona para el que está pensado este manual lleva ya un tiempo luchando con el trastorno bipolar sin tener la impresión de haber alcanzado una estabilidad. **Los objetivos para estas personas experimentadas que continúan esforzándose por lograr una mayor estabilidad son:**

- 1. Sacarle más partido al tratamiento farmacológico.**
- 2. Aprender habilidades para controlar las oscilaciones del estado de ánimo.**
- 3. Lograr una mayor aceptación de la enfermedad y del tratamiento.**

El tercer tipo de persona con trastorno bipolar que constituye el centro de interés de este libro ya ha encontrado un régimen de medicación eficaz y quiere aprender más cosas para poder mantener la estabilidad. **Los objetivos para ayudar a esta persona a mantener la estabilidad son:**

- 1. Conocer sus vulnerabilidades.**
- 2. Prevenir las recaídas.**
- 3. Fortalecer sus relaciones.**
- 4. Encontrar un propósito en la vida.**

El cuarto tipo de lector es familia de alguien que padece un trastorno bipolar y quiere aprender qué puede hacer para ayudar. Estas personas pueden ofrecer su apoyo, brindar su colaboración,

o ayudarle a la persona que tiene la enfermedad a acordarse de practicar los métodos aprendidos. **Los objetivos para los familiares son:**

- 1. Tratar de comprender la naturaleza del trastorno bipolar.**
- 2. Reconocer los signos de la reaparición de los síntomas.**
- 3. Aprender a alentar el tratamiento y no interferir en él.**

Si nos encontramos en uno de estos cuatro grupos, podemos trabajar los contenidos de este libro de principio a fin, o bien saltar directamente a las secciones del manual que nos conciernen. Otra forma de utilizar este manual es echándole un vistazo al cuadro de las páginas 34-35 y eligiendo los aspectos o las áreas que se apliquen en nuestro caso. Leeremos estas secciones en primer lugar antes de pasar a leer las demás.

Este manual está ordenado de manera que podemos empezar por una información general sobre el trastorno bipolar en los capítulos 1 y 2, procediendo a continuación a elaborar nuestra propia historia personal en relación con los síntomas y el tratamiento. Los ejercicios de los capítulos 3 y 4 nos ayudarán a desarrollar nuestro propio sistema de alarma anticipada, para que podamos reconocer la reaparición de la depresión, la manía, la hipomanía o los estados mixtos desde el primer momento. Esto nos proporcionará un punto de partida a la hora de hacer algo para evitar que los síntomas evolucionen.

Desde el capítulo 5 y a lo largo del resto del manual encontraremos diversos métodos para prevenir y controlar los síntomas de la depresión y la manía. El capítulo 6 nos ayudará a sacarle el máximo partido a nuestro tratamiento farmacológico, y el capítulo 7 nos servirá de ayuda si tenemos problemas para aceptar el diagnóstico de trastorno bipolar y todo lo que supone lidiar con la enfermedad. Los capítulos 8 y 9 ofrecen estrategias para combatir los pensamientos negativos y para evitar que el pensamiento maníaco nos acarree problemas. El capítulo 10 nos ayudará a abordar la falta de concentración, las dificultades para ordenar los pensamientos, la toma de decisiones y la sobreestimulación mental.

Ejemplos: La experiencia de otras personas con trastorno bipolar

A lo largo del presente manual encontraremos ejemplos acerca de cómo han respondido otras personas con trastorno bipolar a los ejercicios y las estrategias aquí propuestos. Estas personas representan a los tres primeros tipos de lectores descritos anteriormente. Tommy tiene 21 años y le acaba de ser diagnosticado un trastorno bipolar, de manera que es un buen ejemplo del primer grupo. Amanda tiene 32 años y lleva varios años con un trastorno bipolar, pero todavía no ha encontrado la forma de controlar sus síntomas. Amanda correspondería al segundo grupo. Paul tiene 23 años y le diagnosticaron un trastorno bipolar cuando era un niño. Lleva muchos años trabajado estrechamente con su psiquiatra y lleva un régimen farmacológico muy bueno para controlar sus síntomas la mayor parte del tiempo. Raquel tiene 45 años y es la que tiene más experiencia con la enfermedad. Ya ha pasado por los procesos de adaptación que otros están ahora empezando a hacer, ha asumido que tiene un trastorno bipolar y se siente estable la mayor parte del tiempo. Raquel y Paul pertenecen al tercer grupo de lectores, aquellos que ya han logrado una cierta estabilidad. El hecho de acceder a un conocimiento particular de aquello por lo que han tenido que pasar cada una de estas personas y de cómo han utilizado los métodos contenidos en este libro nos ayudará a saber cómo podrían aplicarse las experiencias de estas personas a nuestro propio caso a medida que vamos trabajando los distintos ejercicios.

Tommy es un estudiante universitario muy luchador. Hasta el momento ha tenido dos episodios de manía. El primer episodio fue leve y no duró mucho tiempo. Le diagnosticaron un trastorno bipolar tras su segundo episodio porque los síntomas fueron lo suficientemente graves como para necesitar hospitalización. La policía le llevó a urgencias después de que estrellara su coche contra una farola. Su extraña actitud hizo que la policía pensara que había estado tomando drogas además del alcohol que encontraron en el coche. En la sala de urgencias, el médico se dio cuenta de que en realidad Tommy estaba maníaco. No colaboró gran cosa en el hospital y con la ayuda de sus padres, que pensaban que el problema de su hijo era el alcohol y nada más, le dieron el alta sin prescribirle ninguna medicación. Desgracia-

¿Por dónde empiezo?

Comprensión del trastorno bipolar

- | | |
|--|----------------------------|
| ¿Necesita más información sobre la naturaleza del trastorno bipolar y su tratamiento? | Lea los capítulos 1 y 2 |
| ¿Tiene problemas para asumir que tiene un trastorno bipolar? | Lea los capítulos 2, 4 y 7 |
| ¿Siente rabia por el hecho de tener la enfermedad y de tener que tomar una medicación? | Lea los capítulos 6 y 7 |
| ¿Se siente deprimido por tener un trastorno bipolar? | Lea los capítulos 7, 8 y 9 |

Conocimiento de los síntomas

- | | |
|---|-------------------------|
| ¿Es consciente de los factores que influyen en las oscilaciones de su estado de ánimo? | Lea el capítulo 4 |
| ¿Cree que es consciente de la singularidad de sus síntomas de depresión, manía, hipomanía y estados mixtos? | Lea los capítulos 3 y 4 |
| ¿Duda a veces de si sus síntomas están volviendo a aparecer o no? | Lea el capítulo 4 |
| ¿Hace a veces cosas que pueden provocar un empeoramiento de su estado de ánimo o de sus síntomas? | Lea los capítulos 4 y 5 |

El día a día

- | | |
|--|-------------------|
| ¿Tiene problemas para dormir con regularidad? | Lea el capítulo 5 |
| ¿Se encuentra sobreestimulado por el ruido, la gente o el exceso de actividad? | Lea el capítulo 5 |

El tratamiento farmacológico

- | | |
|--|-------------------------|
| ¿Tiene problemas para tomar la medicación a diario? | Lea el capítulo 6 |
| ¿Se olvida de tomar la medicación o sencillamente ha decidido que no quiere tomarla? | Lea los capítulos 6 y 7 |

Pensamientos negativos

- | | |
|--|-------------------------|
| ¿Es usted demasiado negativo, autocrítico o pesimista? | Lea los capítulos 8 y 9 |
| ¿Le resulta fácil reconocer sus fallos y le es difícil reconocer sus puntos fuertes? | Lea los capítulos 8 y 9 |
-

¿Por dónde empiezo?

¿Piensan los demás que asume usted demasiados riesgos? ¿Tiene usted problemas para darse cuenta en ese mismo momento, pero lo ve claramente después?	Lea los capítulos 8 y 9
¿Se precipita al sacar conclusiones, o realiza conjeturas que demuestran no ser ciertas posteriormente?	Lea los capítulos 8 y 9

Claridad mental y concentración

¿Tiene dificultad para concentrarse?	Lea el capítulo 10
¿Se distrae con facilidad?	
¿Es usted poco metódico?	Lea el capítulo 10
¿Tiene problemas para tomar decisiones?	Lea el capítulo 10

Problemas de relación

¿Está aislado socialmente?	Lea el capítulo 5
¿Tiene dificultades para solucionar sus problemas con los demás?	Lea el capítulo 10
¿Le altera la gente?	Lea los capítulos 8 y 9

Manejo del estrés

¿Le cuesta ralentizar la mente y relajar el cuerpo?	Lea los capítulos 5 y 10
¿Se siente desbordado fácilmente por las tareas que tiene por delante e incapaz de pasar a la acción?	Lea los capítulos 5 y 10

damente, Tommy no hizo sino empeorar. A la semana siguiente, sus padres acordaron con el médico de cabecera, después de meditarlo detenidamente, su ingreso en un hospital psiquiátrico, porque no paraba de “decir locuras” de que era un discípulo de Dios y de que veía ángeles volando por su habitación. Una vez en el hospital, comenzó a tomar un estabilizador del estado de ánimo, además de un antipsicótico. A las pocas semanas, comenzó a parecerse más a como era él antes, pero no acababa de comprender lo que le había pasado. A lo largo de todo el manual, iremos encontrando ejemplos de los esfuerzos de Tommy por trabajar a fondo los ejercicios.

Al igual que la mayoría de las personas al poco de ser diagnosticadas, Tommy no sabía gran cosa del trastorno bipolar, pero sí estaba totalmente seguro de que no era su caso. Hojeaba el libro de cuando en cuando leyendo los pasajes que más llamaban su atención, pero no llegaba a trabajar de lleno la totalidad del programa. Su psiquiatra le animó a leer el manual con más atención y aprender qué podía hacer para controlar sus síntomas. Tommy leyó los primeros capítulos, dedicados a la enfermedad, pero no estaba dispuesto a aceptar la idea de que tenía un trastorno bipolar. Su madre estaba muy preocupada por él y frustrada por la falta de esfuerzo de su hijo por educarse respecto de su enfermedad. Leyó detenidamente el manual práctico además de otros muchos libros sobre el trastorno bipolar para poder entender lo que le pasaba a su hijo. Animó a Tommy a leer el capítulo 7, sobre el tema de la negación, y a hablar de ello detenidamente con ella y con el médico. Después de leerlo, Tommy seguía sin estar totalmente convencido de tener un trastorno bipolar, porque todavía no había tenido las suficientes experiencias con la enfermedad. Por otro lado, no quería volver al hospital, así que aceptó leer el manual poco a poco. Algunos de los ejercicios no le parecía que tuvieran que ver con él, porque todavía no había pasado por un período de depresión grave, pero sí reconoció los síntomas de la manía enumerados en los capítulos 3 y 4, e hizo algún esfuerzo por seguir las directrices descritas en el capítulo 5 para evitar su reaparición. Tommy utilizaba el manual práctico como un libro de referencia. Cada vez que tenía nuevas experiencias que pudieran estar asociadas al trastorno bipolar, trataba de encontrar un ejercicio que guardara alguna relación. Releía las reflexiones que había anotado en él y añadía nuevas intuiciones [*insights*]. Algunas de estas notas han sido incluidas en el manual práctico para poner de manifiesto cómo podría abordar las tareas propuestas en él alguien que acaba de recibir el diagnóstico de trastorno bipolar.

Amanda es un buen ejemplo de aquellas personas que conocen los muchos altibajos del trastorno bipolar, pero no se sienten capaces de controlarlo. Es una enfermera de 32 años de edad que tuvo su primer episodio de depresión mayor en el instituto, y su primer episodio maníaco en la escuela de enfermería unos 6 años atrás, y ha

tenido otros períodos de depresión, manía e hipomanía y ha estado bajo los cuidados de un psiquiatra esporádicamente durante muchos años. Además, Amanda ha recibido terapia de apoyo para lidiar con los períodos de ánimo bajo. Sabe que tiene un trastorno bipolar y quiere hacer todo lo que esté en su mano para controlarlo, por el bien de su familia. Se vuelve extremadamente irritable con su marido cuando se pone maníaca, lo cual ha afectado gravemente a su matrimonio. Sufre depresión leve la mayor parte del tiempo y tiene problemas en mantener su casa limpia y en orden, cumplir con su trabajo en el hospital y cuidar de su hija de 5 años. Ha perdido empleos por sus faltas de asistencia durante sus épocas de depresión, y ha abandonado empleos porque su irritabilidad y su impulsividad durante los períodos maníacos han acabado por imponerse.

Amanda decidió utilizar este manual tras un período de depresión que verdaderamente la asustó. Se sorprendió pensando que la vida no valía la pena y que no había ninguna esperanza de que fuera a mejorar en un futuro. Esta no era su actitud habitual, y cuando salió de la depresión le afectaba enormemente el haberse permitido pensar de una forma tan distorsionada. No dejaba de pensar: “¿Y si hubiera llegado a hacer algo acorde con aquella forma de pensar?”. Amanda estaba ahora dispuesta de buen grado a trabajar diligentemente todos los ejercicios del manual. Al leer los capítulos 3 y 4, reconoció sus síntomas y se dio cuenta de que las estrategias que había utilizado para hacerles frente anteriormente eran deficitarias. Hizo los ajustes en su estilo de vida y en su forma de reaccionar que se recomiendan en el capítulo 5. Amanda estaba particularmente interesada en aprender a controlar sus pensamientos distorsionados, de modo que trabajó concienzudamente y con detenimiento cada uno de los ejercicios de los capítulos 8, 9 y 10. Ya había trabajado hacía años la negación de su enfermedad, pero necesitaba que la ayudaran para poder tomar la medicación con más regularidad. Quería que el tratamiento farmacológico fuera eficaz, pero siempre parecían interponerse los efectos secundarios y demás problemas. Amanda utilizó los métodos del capítulo 6 para encontrar la forma de ser más constante a la hora de tomar la medicación. Estaba cansada de todos aquellos altibajos en su vida y cada vez que aprendía

un nuevo ejercicio para abordar los pensamientos distorsionados, los cambios de conducta y las oscilaciones del estado de ánimo, sentía que tenía un mayor control sobre su enfermedad y sobre su vida. Los ejemplos de Amanda aparecen a lo largo de todo el manual. Si pensamos que nuestro caso se parece al de ella, prestemos especial atención a la forma como realizó Amanda cada uno de los ejercicios.

Paul y Raquel son dos buenos ejemplos de personas que han aprendido muchas cosas respecto de cómo manejar el trastorno bipolar. Ambos han tenido malas experiencias con la depresión y no quisieran volver a caer. Paul tiene sólo 23 años, pero su trastorno bipolar comenzó a manifestarse cuando estaba en primaria y ha pasado por tantos tratamientos farmacológicos que es prácticamente un experto en la materia. Jamás pasó por un período de negación como Tommy, porque cuando era niño sus padres le explicaron la enfermedad que tenía y cómo podía ayudarle la medicación. Muy pronto vio que se sentía mejor con la medicación que sin ella y que las cosas iban mejor en la escuela y con sus amigos cuando él estaba más estable. A pesar de que Paul sabía mucho de los fundamentos biológicos del trastorno bipolar y era muy constante con la medicación, no sabía gran cosa respecto de la forma en que sus propias reacciones tenían también un efecto sobre sus síntomas. Quería aprender qué podía hacer para evitar una escalada virulenta de los síntomas sin necesidad de estar teniendo que tomar fármacos adicionales, lo que había sido siempre su estrategia hasta el momento. Paul se limitó a hojear los tres primeros capítulos, porque ya había leído mucho sobre la enfermedad, al igual que sus padres. No pensaba que necesitara los capítulos 6 y 7 porque ya había aceptado su enfermedad y tomaba su medicación de forma bastante regular. Lo que quería aprender eran los métodos del capítulo 5 para reducir la vulnerabilidad a las recaídas controlando sus acciones, y las estrategias de los capítulos 8, 9 y 10 para reconocer sus errores de lógica y para abordar los períodos de desorganización mental que venía sufriendo intermitentemente desde que era un niño. Le prestó escasa atención al capítulo 4 cuando lo leyó por primera vez, pero después de trabajar los otros capítulos volvió al capítulo 4 para aprender más cosas respecto de cómo podía reconocer los síntomas cuan-

do todavía fueran leves y estuvieran justamente empezando a reaparecer. Aunque se conocía a sí mismo bastante bien, no siempre reconocía sus síntomas hasta que no eran graves y claramente perceptibles para los demás.

La idea de que podía contribuir a controlar sus síntomas e incluso prevenir su reaparición cambiando sus reacciones, le pareció atractiva. Lo tomó como un reto personal, y decidió hacer todo lo posible para mantener estable su estado de ánimo. A lo largo de todo el manual aparecen ejemplos de cómo trabajó Paul cada uno de los ejercicios.

Raquel tiene 45 años y ha dado con un régimen farmacológico que le va bien. Rara vez tiene síntomas graves y, en el caso de que aparezcan, introduce algunos ajustes en la medicación y en sus acciones para controlarlos. Se le da muy bien mantener a raya la irrupción de la manía, pero todavía puede sentirse desbordada por el estrés, lo que habitualmente le conduce a la depresión. Lleva buena parte de su vida luchando contra la baja autoestima y cuando las cosas van mal tiende a atribuirse la culpa, se siente desesperanzada, y lo afronta comiendo en exceso, metiéndose en la cama, o negándose a relacionarse con los demás. Quería aprender a controlar lo que pensaba que eran reacciones exageradas al estrés. Lo que más atrajo a Raquel fueron las secciones del manual que se concentraban más en los síntomas de la depresión. Al igual que Amanda, Raquel tenía un problema con los pensamientos negativos ya no sólo cuando estaba deprimida, sino también cuando su nivel de estrés era elevado. Raquel puso más empeño en los ejercicios de los capítulos 5, 8 y 9 que en los restantes. Se quedó asombrada de ver, en el capítulo 5, las muchas cosas que había estado haciendo y que probablemente habían contribuido a empeorar su depresión. También aprendió a aumentar el número de experiencias positivas en su vida y a salir del bache del letargo y de la dilación.

Raquel también estaba muy interesada en aprender a reconocer cuándo sus emociones teñían sus pensamientos, y cómo evitarlo o, cuanto menos, hacerle frente. Siempre había tenido la sensación de que su actitud se volvía excesivamente pesimista cuando estaba deprimida, pero antes de leer el capítulo 8 pensaba que ella era la

única persona a la que le pasaba eso. Reconoció los errores de pensamiento que cometía con más frecuencia y aprendió los métodos descritos en los capítulos 8 y 9 para corregirlos. A lo largo de todo el manual aparecen sus respuestas a los ejercicios para darnos una idea de cómo aprendió Raquel a controlar sus reacciones al estrés.

¿Podemos hacerlo por nuestra propia cuenta?

El aprendizaje de los métodos presentados en este manual es solamente una parte de lo que necesitamos para controlar nuestra enfermedad. Otro objetivo importante es tener un médico de confianza que nos ayude a encontrar la medicación adecuada en nuestro caso. Nuestro médico tiene que ser alguien con quien podamos ser honestos en relación con nuestros síntomas y nuestra adherencia al tratamiento farmacológico y del que podamos recibir un *feedback* sincero.

La mayoría del esfuerzo para controlar nuestra enfermedad tiene que venir de nosotros. Podemos recibir consejos, indicaciones y fármacos de otras personas, pero somos nosotros los que tenemos que ponernos manos a la obra. Tenemos que vivir con nosotros mismos día a día, vigilar los signos de una posible reaparición de los síntomas, y actuar para prevenirlo. Los demás pueden apoyarnos, animarnos y ayudarnos, si estamos dispuestos a permitirselo, **pero somos nosotros los que tenemos que hacernos cargo.**

¿Y después?

Ahora que tenemos una idea de cómo aprender a tener un mayor control sobre nuestra enfermedad, es hora de ponernos a trabajar. En el siguiente capítulo, comenzaremos a aprender a reconocer los síntomas en base a aumentar nuestro conocimiento sobre las características específicas de la depresión y la manía que nos han llevado al diagnóstico de trastorno bipolar. Si ya estamos plenamente familiarizados con los criterios diagnósticos de la depresión y la manía, tal vez nos interese pasar directamente al capítulo 3 y aprender a hacer gráficas de nuestra historia personal.

I VERLO VENIR

2

Hechos constatados sobre el trastorno bipolar

A lo largo de este capítulo:

- **Averiguaremos cómo se diagnostica el trastorno bipolar.**
- **Conoceremos los síntomas de la depresión mayor.**
- **Nos familiarizaremos con la definición de manía y de episodios mixtos.**
- **Veremos de qué forma las drogas ilegales, los fármacos y las enfermedades orgánicas generan síntomas similares.**

Este capítulo nos ofrece alguna información básica sobre el trastorno bipolar, incluido su diagnóstico y otros trastornos relacionados. Si bien la descripción que se ofrece del trastorno no puede sustituir a una evaluación exhaustiva realizada por un profesional especializado*, sí nos dará una idea de los parámetros en los que se basan los médicos para decidir si tenemos esta enfermedad o no.

¿En qué se basa nuestro diagnóstico de trastorno bipolar?

El trastorno bipolar está englobado en una categoría diagnóstica más amplia, compuesta por los trastornos del estado de ánimo, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR [texto revisado]) publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en el año 2000. Los criterios del DSM-IV-TR para realizar estos diagnósticos se han ido modificando a medida que los investigadores y los profesionales han ido perfeccionando su comprensión sobre la naturaleza de las diferentes enfermedades mentales. Cada una de estas revisiones representa un paso adelante, debido a que incorpora nueva información científica acerca de cada trastorno recopilada desde que la versión anterior fue redactada. Los criterios diagnósticos del DSM incluyen un listado de los síntomas que caracterizan a cada trastorno, así como unos parámetros tempo-

*. A lo largo del libro me referiré a nuestro “médico” o nuestro “terapeuta”. Pero en el caso de cualquier persona con un trastorno bipolar, el personal sanitario o los profesionales encargados de realizar los diagnósticos psiquiátricos, recetar fármacos y hacer psicoterapia pueden ser psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeras, orientadores profesionales autorizados, terapeutas de pareja y de familia, orientadores especializados en la dependencia de sustancias químicas, médicos de familia/ médicos de atención primaria, psicólogos internos, trabajadores sociales internos, orientadores internos, médicos residentes, trabajadores contratados y/o asistentes sociales individualizados.

Para favorecer el hecho de que este texto sea sencillo y directo –a pesar del hecho de que existan tantos tipos diferentes de profesionales que prestan sus cuidados a las personas con trastorno bipolar– utilizaré el término “médico” para referirme a las personas que receten fármacos, y “terapeuta” para referirme a las personas que hagan psicoterapia en cualquiera de sus múltiples variantes. Se entiende que la misma persona también puede ser responsable de la medicación y de la psicoterapia.

rales que indican durante cuánto tiempo han debido estar presentes dichos síntomas antes de poder hacer un diagnóstico.

Para todos los trastornos psiquiátricos, los síntomas específicos tienen que confluír en el tiempo. Por ejemplo, si nuestros síntomas maníacos incluyen el hablar rápido, la hiperactividad y el estado de ánimo eufórico, dichos síntomas deben presentarse simultáneamente y tener una duración lo suficientemente larga como para poder considerarse clínicamente importantes. Esta norma tiene la función de evitar que los profesionales diagnostiquen como verdaderos síntomas ciertas sensaciones y actitudes que todo el mundo sufre de vez en cuando. Por ejemplo, algunas personas hablan rápido. Todos los miembros de su familia hablan rápido o viven en una región en la que todos los habitantes lo hacen. En este caso, hablar rápido no sería un síntoma de nada necesariamente. Con la hiperactividad pasa algo similar. Si somos unas personas tranquilas y acostumbradas a niveles bajos de ruido y de actividad, alguien lleno de energía e impaciente puede parecernos hiperactivo, en lugar de simplemente más activo que nosotros. Además, las personas tienden a sentirse eufóricas durante cortos períodos de tiempo cuando las cosas les van bien, sin por ello ser maníacas. **Pero si los síntomas del trastorno bipolar:**

- se manifiestan a la vez,
- nos hacen ser o sentirnos diferentes de lo habitual,
- no vienen motivados por ningún evento o circunstancia específicos,
- persisten de varios días a varias semanas, y
- han comenzado a causarnos algunos problemas,

probablemente sean clínicamente significativos, en otras palabras, pueden indicar que tenemos un problema psiquiátrico que necesita atención.

Realizar un diagnóstico correcto del trastorno bipolar es como montar un puzzle. Es preciso recopilar y revisar la información. Tras ensamblar las piezas del puzzle, el profesional buscará elementos de referencia a los que nuestro cuadro se asemeje. Por ejemplo, podría comparar nuestras experiencias con las de otras personas que sufren trastornos del estado de ánimo para ver si existen algunas similitudes.

Para recabar pistas, es probable que el profesional nos haga algunas preguntas en relación con posibles cambios en nuestro estado de ánimo, nuestra conducta y nuestros procesos de pensamiento. Podría interesarse, además, por nuestra forma de desenvolvernos en casa y en el trabajo, por cualquier problema nuevo que tengamos, cualquier enfermedad orgánica que haya podido ser causante de los síntomas que padecemos, o por nuestro consumo de alcohol y de drogas ilegales. Los profesionales querrán tener una idea acerca de cómo éramos antes de que los síntomas empezaran a manifestarse. En este punto, será especialmente útil que nuestros familiares o amigos, o las personas de nuestro entorno más próximo puedan expresar su opinión acerca de cómo éramos antes y los aspectos en los que hemos cambiado. Si el profesional sospecha que tenemos un problema médico no relacionado con el trastorno bipolar que podría estar provocando estos síntomas, cabe la posibilidad de que nos pida que nos hagamos algunas pruebas de laboratorio como, por ejemplo, un análisis de sangre. Es posible que también nos formule algunas preguntas sobre los antecedentes psiquiátricos dentro de nuestra familia, dado que estos trastornos tienden a heredarse a través de generaciones sucesivas. Si nuestra madre padeció un trastorno del estado de ánimo y un tío también, existe la probabilidad de que el nuestro sea un caso similar. Los antecedentes familiares son otra de las piezas del rompecabezas. Finalmente, un profesional experimentado que esté familiarizado con el trastorno bipolar realizará algunas observaciones respecto de lo que pueda apreciar en nuestro estado de ánimo, nuestra conducta, nuestra forma de hablar y nuestros procesos de pensamiento. Con esta información en mano, el profesional revisará las directrices para el diagnóstico del trastorno bipolar contenidas en el DSM-IV-TR para comprobar si nos ajustamos a los criterios.

¿Qué es la manía?

Para recibir el diagnóstico de trastorno bipolar, el DSM dice que debemos haber padecido **al menos un episodio de manía** en el que los síntomas no fueron provocados por el consumo de alcohol, drogas, fármacos así como por ningún trastorno médico de otro tipo. En

el cuadro con los criterios para el diagnóstico de manía que aparece en la página siguiente, haremos una cruz para señalar si padecemos actualmente o hemos padecido alguna vez cada uno de los síntomas que en él se enumeran. Si no estamos seguros, revisaremos la información acerca de cada uno de los síntomas que encontraremos en las páginas siguientes, y volveremos al cuadro general para marcar nuestras respuestas. Al completar el cuadro podemos ver si estamos maníacos actualmente o lo hemos estado anteriormente.

Los síntomas individuales que componen los criterios del DSM-IV-TR para un **episodio maníaco** aparecen enmarcados a lo largo de las páginas siguientes. La explicación de cada uno de los síntomas aparece a continuación de cada recuadro.

Período definido caracterizado por un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que se prolonga durante un mínimo de una semana o bien requiere hospitalización.

Esto va más allá de estar simplemente de muy buen humor. Significa sentirse en la cima del mundo, como si fuera imposible sentirse mejor, o sentirse “colocado” sin haber tomado ninguna droga. O bien podemos mostrar una irritabilidad tal que nos ponemos a discutir con la gente, nos metemos en peleas o no nos aguantamos ni a nosotros mismos [estamos a la que salta]. Esta euforia o esta irritabilidad difieren de nuestro estado de ánimo normal, y se prolongan durante todo el día durante varios días, en lugar de ser únicamente una reacción a experiencias puntuales que puedan tener lugar en nuestra vida.

Están presentes tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es irritable, en lugar de elevado o expansivo).

Debemos tener varios síntomas simultáneamente para que el profesional pueda estar seguro de que se trata verdaderamente de un problema clínicamente significativo. Cada uno de los elementos de la lista es algo que han vivido muchas personas, aunque no tengan un

Criterios para el diagnóstico de manía

<i>Síntomas de la manía</i>	<i>Lo tuve anteriormente</i>	<i>Lo tengo ahora</i>	<i>No estoy seguro</i>
1. Período definido caracterizado por un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que se prolonga un mínimo de una semana o bien requiere hospitalización.			Vaya a la página 47.
2. Autoestima exagerada o grandiosidad.			Vaya a la página 49.
3. Disminución de la necesidad de dormir.			Vaya a la página 49.
4. Más hablador de lo habitual o sentirse compelido a no dejar de hablar.			Vaya a la página 50.
5. Fuga de ideas o sensación subjetiva de que los pensamientos van muy rápido.			Vaya a la página 50.
6. Distractibilidad.			Vaya a la página 51.
7. Aumento de la actividad dirigida a la consecución de objetivos (ya sea a nivel social, laboral / académico o sexual) o agitación psicomotriz.			Vaya a la página 51.
8. Excesiva implicación en actividades placenteras que tienen una alta probabilidad de tener unas consecuencias desagradables.			Vaya a la página 52.
<i>Tuvo o tiene cinco de los síntomas anteriores al mismo tiempo, y uno de ellos es el criterio n° 1 (sólo cuatro si el criterio n° 1 corresponde a un estado de ánimo elevado o expansivo, en lugar de irritable) Y</i>			
No se trata de un episodio mixto Y			Vaya a la página 53.
Los síntomas debilitan el funcionamiento normal o bien requieren una hospitalización Y			Vaya a la página 53.
Los síntomas no se deben a una afección orgánica, abuso de sustancias, o fármacos.			Vaya a la página 54.
Cuanto menos cinco de los síntomas estuvieron presentes y se cumplían el resto de condiciones.	Episodio maniaco anterior	Episodio maniaco actual	

Adaptado (con autorización) del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4ª ed., texto revisado (DSM-IV-TR). Copyright 2000, Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

trastorno bipolar. Si sólo estuvieran presentes uno o dos de los síntomas, no se consideraría un problema y probablemente no llegarían a interferir en nuestro funcionamiento cotidiano.

La razón por la que se requieren cuatro síntomas si presentamos un estado de ánimo irritable, en lugar de elevado o expansivo, es porque la irritabilidad, los problemas de sueño y las dificultades de concentración también aparecen en la depresión. Exigir cuatro síntomas ayuda a los profesionales a estar más seguros de que efectivamente se encuentran ante un episodio de manía.

Autoestima exagerada o grandiosidad.

Tener una autoestima exagerada no significa simplemente sentirnos mejor porque hemos salido de la depresión. Este exceso va más allá de lo que podríamos considerar normal. Podemos vernos pensando que somos mejores, más listos, más creativos y más atractivos que nadie. O bien podemos llegar a pensar que nuestras ideas son las más brillantes que se han concebido jamás, que es imposible sacarles ningún pero, y que gracias a ellas estamos destinados a hacernos ricos. Obviamente, todas estas aseveraciones podrían ser ciertas, pero si no existe evidencia alguna que lo respalde o nadie comparte nuestra opinión, o si normalmente manifestamos una autoestima mucho más baja, el hecho de sentirnos de esta forma se puede considerar un síntoma. La grandiosidad es el exceso de confianza llevado a tal nivel que no nos permite diferenciar lo que es real de lo que no lo es.

Disminución de la necesidad de dormir.

Si presentamos este síntoma, nos sentiremos descansados aunque por las noches durmamos menos tiempo de lo habitual. Podemos tener dificultades para conciliar el sueño pero, una vez que lo logramos, dormimos menos horas de lo habitual en nuestro caso. También es común despertarse mucho más pronto de lo habitual y permanecer en vela sin poder volver a dormimos. Si habitualmente dormimos 7 u 8 horas cada noche, es posible que esta cantidad se vea

reducida a 4 o 5 horas. A algunas personas les resulta totalmente imposible conciliar el sueño cuando están maníacos. Lo que hace de esto un síntoma de la manía es que parecemos disponer de la energía suficiente para todo el día, aunque hayamos dormido menos. En este sentido, se diferencia del insomnio que tienen algunas personas cuando están estresadas o deprimidas. En estos casos, la falta de sueño hace que la persona se sienta extenuada. En el caso de la manía, hay veces en que la persona en cuestión no siente la necesidad de dormir hasta que no lleva varios días sin hacerlo.

Más hablador de lo habitual o sentirse compelido a no dejar de hablar.

Este síntoma es más fácilmente perceptible para los demás que para la persona que lo tiene. Es posible que no tengamos la impresión de que estamos hablando rápido. De hecho, puede parecernos que son los demás quienes están hablando más lento de lo habitual. Lo que sí podemos percibir es que nos atropellamos al hablar, o que se nos traba la lengua porque vamos demasiado rápido. Lo que puede ser más evidente son los comentarios de otras personas respecto de que estamos hablando demasiado, saltando de un tema a otro, o interrumpiendo a los demás cuando intentan tomar la palabra.

Fuga de ideas o sensación subjetiva de que los pensamientos van muy rápido.

Cuando la aceleración del pensamiento es leve, puede parecernos simplemente que nos rondan por la cabeza más ideas o pensamientos de lo habitual. En un principio, estos pensamientos pueden parecernos más penetrantes o creativos, o bien pueden darnos la sensación de que verdaderamente comprendemos cosas que hasta ahora se nos escapaban. A medida que este síntoma va avanzando, podemos observar que nos cuesta concentrarnos. Muchas personas afectadas de trastorno bipolar se quejan de que pierden la capacidad de mantener una coherencia a nivel de pensamiento. Pierden el hilo con mucha facilidad, lo que les provoca una gran frustración. También

pueden tener dificultades en comunicar sus ideas a los demás. En el caso más extremo, puede llegar a parecer que los pensamientos discurren a una velocidad tal que es imposible comentarlos en voz alta. Hay un momento en el que dejan de tener sentido y ya no parecen creativos ni brillantes. Nos bombardean la mente, haciéndonos difícil mantener una conversación o incluso conciliar el sueño por las noches. Podemos querer “desconectarlos”, como quien apaga un aparato de radio, pero nos costará detenerlos.

Distraibilidad.

La distraibilidad es un síntoma muy molesto que interfiere en la capacidad de concentración, en la toma de decisiones, la organización y la finalización de tareas. Cuando este síntoma se manifieste, veremos que los estímulos externos distraen nuestra atención, como el ruido, las luces, la gente o las actividades que se desarrollen a nuestro alrededor. También pueden distraernos los procesos internos de pensamiento, como las ideas, los recuerdos, el impulso a emprender actividades diferentes, o los remordimientos. Los demás pueden ver que parecemos iniciar proyectos y actividades, pero nos distraemos y pasamos a otra cosa sin acabar antes lo que habíamos empezado. Tal vez nos movamos mucho de acá para allá, aunque sin avanzar gran cosa porque los estímulos internos y externos nos distraen continuamente de lo que estamos haciendo y dirigen nuestra atención hacia algo diferente.

Aumento de la actividad dirigida a la consecución de objetivos (ya sea a nivel social, laboral / académico o sexual) o agitación psicomotriz.

Motivadas por la afluencia de ideas y el nivel de energía mayores de lo habitual, muchas personas se vuelven más atareadas y más activas físicamente cuando están maníacas. Si previamente hemos atravesado un episodio depresivo que nos ha hecho retrasarnos en nuestras tareas u otras responsabilidades, recibiremos con entusiasmo las cantidades adicionales de energía y de motivación que acompa-

ñan al comienzo de una fase maníaca. Sentiremos el impulso de hacer más cosas y que disponemos de la energía necesaria para hacerlas. Los problemas aparecen cuando los pensamientos rápidos y la distraibilidad nos impiden acabar lo que hemos empezado, o bien cuando el juicio debilitado nos conduce a hacer cosas que podrían acarrear problemas serios o que podrían exceder lo que podemos controlar. A veces la actividad comienza con un deseo de cambio, como un corte de pelo, la redistribución de los muebles, o la búsqueda de un nuevo empleo. Si el cambio es grande y lo hacemos de forma impulsiva como, por ejemplo, dejando nuestro trabajo y emprendiendo una carrera en otro ámbito, ello puede generar nuevos problemas y más estrés.

Agitación psicomotriz es un término utilizado para describir otra forma de aumento de la actividad. En este caso, no se trata de actividad dirigida a un objetivo, sino más bien de un exceso de energía nerviosa. Podemos manifestar dificultades en permanecer sentados y quietos durante un rato, o sentirnos incómodos e irritados si nos vemos forzados a hacerlo. Esta sensación de desasosiego puede manifestarse al principio bajo la forma de pequeños movimientos repetitivos tales como hacer ruidos con los pies o morderse las uñas, pero habitualmente se amplifican hasta movimientos mayores como andar de un lado para otro, balancearse, o emprender otro tipo de acción que nos ayude a quemar parte de este exceso de energía nerviosa.

Excesiva implicación en actividades placenteras que tienen una alta probabilidad de tener unas consecuencias desagradables.

Generalmente, este es el síntoma que llama la atención de los familiares, amigos, agentes de policía y personal sanitario. Puede consistir en correr por las calles gastándonos unas cantidades que no podemos permitirnos, comprar cosas que no necesitamos, o ver que hemos comprado varias unidades de los mismos artículos sin ningún motivo en particular. Conducir demasiado rápido o correr más riesgos en la carretera de lo que suele ser habitual en nosotros es otra de las formas que este síntoma suele adoptar. Ello puede y

suele conllevar multas por exceso de velocidad, arrestos o accidentes. El beber en exceso y el consumo de drogas ilegales, así como el despliegue de una actividad sexual mayor de lo habitual son otras de las manifestaciones de este síntoma. Durante los episodios de manía no es inusual interesarse por actividades sexuales que se considerarían fuera de nuestro carácter habitual.

No se trata de un episodio mixto.

Un episodio mixto es aquel en el que alternamos entre la depresión y la manía en el curso de unas horas o de unos pocos días, o bien tenemos síntomas de depresión y síntomas de manía simultáneamente. Ello se suele manifestar en forma de hiperactividad y agitación junto con pensamientos negativos e irritabilidad. Se trata de un estado extremadamente desagradable, sin las alegrías momentáneas que pueden acompañar a la manía eufórica. Un episodio mixto no es un episodio maníaco pero, debido a que los síntomas se solapan, se pueden confundir fácilmente. Por ejemplo, si nos encontráramos atravesando un episodio mixto del tipo caracterizado por las fluctuaciones rápidas entre la depresión y la manía, y un profesional nos viera durante las pocas horas en las que nos estuviéramos sintiendo maníacos en lugar de deprimidos, nos podrían diagnosticar erróneamente de manía.

Este criterio se incluyó para recordarles a los profesionales que deben ser exhaustivos en sus evaluaciones y permanecer atentos a la posibilidad de que pudiera tratarse de un episodio mixto.

Los síntomas debilitan el funcionamiento normal o bien requieren una hospitalización.

La hipomanía es un estado de manía menos grave (*hipo-* significa “menos que” o “por debajo de”). Los episodios hipomaníacos generan la mayoría de los mismos síntomas que acabamos de describir. Pero, cuando se encuentran en este estado, la mayoría de las personas continúan siendo plenamente conscientes de los cambios que están atravesando y no llevan a la práctica las ansias o los impulsos

que les pasan por la cabeza. La mayor diferencia entre la manía y la hipomanía estriba en la magnitud del daño o el deterioro que generan. La manía se suele diagnosticar cuando los síntomas están presentes y son lo suficientemente graves como para generar problemas significativos o bien son de una gravedad tal que podríamos necesitar hospitalización por nuestra propia seguridad. Estos problemas pueden incluir el endeudamiento por gastos en juergas, promiscuidad sexual que genera problemas de relación o problemas de salud, conducción temeraria que acaba en accidentes, el abandono impulsivo de un empleo sin un proyecto para tener de qué vivir, o el abandono del hogar y el incumplimiento de nuestras responsabilidades. Por contraste, durante un episodio hipomaniaco podemos tener los síntomas enumerados en la manía y sentir también el deseo de huir, de gastar dinero, o de tener una aventura, pero no perdemos el control y no lo materializamos.

Cuando los síntomas maniacos son lo bastante graves como para requerir hospitalización, ello se suele deber a que estamos demasiado enfermos como para tomar la medicación por nuestra cuenta, tenemos impulsos suicidas, estamos demasiado perturbados como para hacernos cargo de nuestras necesidades más elementales, no podemos dormir y a consecuencia de ello estamos enfermado físicamente, nos olvidamos de comer y estamos mal alimentados, o estamos enormemente irritables y amenazamos con hacer daño a otras personas. Habitualmente, si hemos padecido un episodio de manía con anterioridad, es posible que seamos conscientes de que en este estado no podemos arreglárnoslas en casa nosotros solos, necesitamos tomar pastillas para poder dormir, no tenemos la mente lo suficientemente clara como para administrarnos la medicación por nosotros mismos, o puede que temamos hacer una estupidez o algo peligroso, y hacernos daño a nosotros mismos o a los demás. En estos casos, cabe la posibilidad de que nosotros mismos solicitáramos nuestra propia hospitalización. Pero suelen ser los familiares o los amigos los que reconocen la gravedad de los síntomas y llaman para pedir ayuda.

Los síntomas no se deben a una afección orgánica, abuso de sustancias, o fármacos.

Si tuvimos los síntomas de la manía, pero fueron provocados por un problema médico, por una medicación, o por el consumo de sustancias psicoactivas, nuestro diagnóstico sería lo que se conoce como *trastornos del estado de ánimo debidos a una afección orgánica* o un *trastorno del estado de ánimo debido al abuso de sustancias*. Estos casos no se consideran verdaderos episodios de manía. Si esta fue la única ocasión en la que estuvimos maníacos, no satisfaceríamos los criterios para el diagnóstico de trastorno bipolar. Pero no es extraño encontrarse con personas que han tenido un episodio maníaco verdadero en una época de su vida y otro episodio maníaco debido a una afección orgánica en un momento diferente de su vida. En este caso, el diagnóstico sigue siendo el de trastorno bipolar, pero el tratamiento pasaría por solucionar la afección médica causante de los síntomas en lugar de limitarse a tratar los síntomas maníacos.

- Las *afecciones orgánicas* que pueden generar síntomas similares a la manía incluyen enfermedades neurológicas degenerativas como la enfermedad de Huntington o la esclerosis múltiple, los derrames cerebrales, las deficiencias vitamínicas, el hipertiroidismo, ciertas infecciones y algunos cánceres.
- Las *sustancias cuyo abuso* puede generar síntomas similares a la manía son el alcohol, las anfetaminas, la cocaína, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos.
- Los *fármacos* que pueden generar síntomas similares a la manía incluyen los antidepresivos de todos los tipos, los corticoesteroides, los esteroides anabolizantes, los antiparkinsonianos y algunos descongestionantes.

¿Qué es la depresión mayor?

La mayoría de las personas que tienen un trastorno bipolar han sufrido episodios de depresión, además de episodios de manía. Existen muchas formas y subtipos de depresión, pero la que tienen las

personas con trastorno bipolar es la llamada *depresión mayor*. El adjetivo *mayor* no pretende implicar que la depresión en cuestión sea terrible o la modalidad más grave; se utiliza simplemente para diferenciar esta depresión diagnosticable [i.e., que satisface los criterios del DSM-IV-TR] de las depresiones *menores* que todo el mundo tiene. Los profesionales del ámbito clínico suelen referirse a la depresión mayor que aparece en las personas con un trastorno bipolar como *depresión bipolar*; y la llaman *depresión unipolar* en el caso de las personas que jamás han tenido un episodio de manía o hipomanía. El término *unipolar* significa “un extremo”. Esto quiere decir que vivimos los “bajos” de la depresión mayor, pero jamás tenemos los “altos” de la manía. *Bipolar* significa “dos extremos” –hacia arriba y hacia abajo [superior e inferior, máximo y mínimo]. Ello quiere decir que hemos vivido los “altos” de la manía en algún momento de nuestra vida, además de los “bajos” de la depresión mayor.

Los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de depresión mayor aparecen enumerados en la tabla de la página siguiente. Haremos una señal junto a cada uno de los síntomas que tengamos actualmente o que hayamos tenido en el pasado. Si no estamos seguros respecto de alguno de ellos, revisaremos la explicación correspondiente al síntoma en cuestión en las secciones siguientes.

Los síntomas individuales que componen los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de un episodio de depresión aparecen en los distintos recuadros a lo largo de las páginas 58-67. Tras cada uno de los recuadros, se ofrece una explicación de cada síntoma.

Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio respecto del funcionamiento anterior. Uno de los cinco síntomas debe ser el estado de ánimo deprimido o la pérdida del interés y del placer.

Hay varios elementos dentro de este criterio general que merece la pena destacar.

- Primero, los cinco síntomas deberán estar presentes al mismo tiempo. Ello se debe a que cada uno de estos síntomas de depresión

Criterios para el diagnóstico de depresión mayor

<i>Síntomas de la depresión mayor</i>	<i>Lo tuve anteriormente</i>	<i>Lo tengo ahora</i>	<i>No estoy seguro</i>
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.			Vaya a la página 58
2. Acusada disminución del interés o del placer en relación con todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.			Vaya a la página 59.
3. Pérdida significativa de peso en ausencia de ninguna dieta, aumento de peso, pérdida de apetito, o aumento del apetito, que persiste casi todos los días.			Vaya a la página 60.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.			Vaya a la página 60.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotriz casi todos los días.			Vaya a la página 61.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.			Vaya a la página 62.
7. Sentimientos de inutilidad o bien de culpa excesiva o inapropiada.			Vaya a la página 63.
8. Disminución de la capacidad de pensar o indecisión, casi todos los días.			Vaya a la página 63.
9. Pensamientos reiterados sobre la muerte, ideas de suicidio sin un plan específico, intentos de suicidio, o planes específicos de suicidio.			Vaya a la página 65.
<i>Tuvo o tiene cinco de los síntomas anteriores al mismo tiempo, y uno de los síntomas es el criterio n° 1 o el criterio n° 2 Y</i>			
Los síntomas debilitan el funcionamiento normal o bien requieren una hospitalización Y			Vaya a la página 65.
Los síntomas no se deben a una afección orgánica, abuso de sustancias, o fármacos.			Vaya a la página 66.
No se trata de una reacción de duelo.			
Cuanto menos cinco de los síntomas estuvieron presentes y se cumplan el resto de condiciones.	Episodio anterior de depresión mayor	Episodio actual de depresión mayor	

Adaptado (con autorización) del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4ª ed., texto revisado (DSM-IV-TR). Copyright 2000, Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

mayor tomados por separado es algo que muchas personas sienten de vez en cuando aunque no estén deprimidos. Para asegurarse de que los síntomas son indicativos de una depresión mayor, varios de ellos tienen que estar presentes simultáneamente [aparecer juntos durante el mismo período de tiempo].

- Segundo, los síntomas deben durar un mínimo de dos semanas para poder considerarlos clínicamente importantes. Ello evita que los profesionales del ámbito clínico cometan el error de diagnosticar una depresión cuando podría tratarse únicamente de una reacción normal al estrés, de una variabilidad anímica provocada por fluctuaciones hormonales, o de síntomas generados por una dolencia médica pasajera.

- Tercero, los síntomas deben diferir claramente de lo que suele ser habitual en la persona en cuestión. Este aspecto puede resultar engañoso, dado que algunas personas llevan deprimidas tanto tiempo que se ha convertido en algo normal para ellos, o bien se han olvidado de en qué consiste la normalidad. Decididamente, no es normal tener cinco o más síntomas de depresión al mismo tiempo. Para resolver esta cuestión, tal vez podríamos necesitar más información como, por ejemplo, los antecedentes familiares de depresión o de trastorno bipolar.

- Cuarto, uno de los cinco síntomas tiene que ser el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés [apatía y/o anhedonia]. Esta norma se incluyó porque la depresión mayor se vive principalmente como un cambio a nivel de emoción y de deseo. Si nos sentimos contentos y tenemos los otros síntomas físicos de la depresión mayor, es probable que nuestra salud esté afectada por un problema de otra índole como, por ejemplo, un trastorno tiroideo, una diabetes mal controlada, o un virus.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.

La cualidad del estado de ánimo deprimido puede variar enormemente de una persona a otra. Unas personas se sienten tristes y con ganas de llorar, como se podrían sentir si estuvieran haciendo un

duelo [pasando por un proceso de duelo]. Otras sienten un vacío, una soledad, o una oscuridad que no se pueden comparar a ninguna otra tristeza que hayan podido sentir jamás. Otros se sienten faltos de emoción o neutros. No es infrecuente que el estado de ánimo deprimido se mezcle con irritabilidad, agresividad o ansiedad, especialmente en los hombres, y en los niños y adolescentes. En el caso de las formas más graves de depresión mayor que no mejoran fácilmente con medicación, el ánimo triste no se eleva ni tan siquiera cuando sucede algo bueno. Las personas que sienten este nivel de tristeza dicen que racionalmente saben que está pasando algo bueno, pero no sienten ninguna alegría o felicidad por dentro. Otros tienen la capacidad de reaccionar momentáneamente cuando suceden cosas buenas. Es lo que llamamos *estado de ánimo reactivo*. Estas personas cobran ánimo mientras el acontecimiento favorable está teniendo lugar como, por ejemplo, durante una celebración, cuando oyen una buena noticia, o cuando les visita un ser querido. Pero cuando el acontecimiento favorable finaliza, su estado de ánimo vuelve rápidamente a la tristeza.

Acusada disminución del interés o del placer en relación con todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

Al preguntarles por este síntoma, la mayoría de las personas deprimidas dicen que llevan un tiempo que no tienen energías para hacer nada agradable o interesante. Esto hace que les resulte difícil saber si han perdido el interés o si simplemente están demasiado cansados o desmotivados como para participar en ninguna actividad. La pérdida del interés o del placer no se limita a los grandes momentos, como las vacaciones o las fiestas. Suele ser evidente en los momentos de la vida cotidiana, lo que incluye disfrutar del trabajo menos de lo habitual, y no tener ganas de jugar con los hijos, ni de ver a los amigos, o dedicar tiempo a las aficiones. Cuando disminuyen el placer y el interés, la mayoría de las personas advierten que no contestan a las llamadas telefónicas de los amigos, no leen tanto como de costumbre, no quieren realmente oír hablar de lo que hacen

los demás, y disfrutan poco o nada con la comida, la televisión o el cine. Es importante diferenciar entre la pérdida del interés y del placer, y la pérdida de energía. Cuando se trata de un problema de motivación y de interés [y no de energía], no existe ningún deseo de participar en actividades [de hacer nada], aunque tengamos la energía para hacerlo.

Pérdida significativa de peso en ausencia de ninguna dieta, aumento de peso, pérdida de apetito, o aumento del apetito, que persiste casi todos los días.

Lógicamente, parece que la disminución del apetito debería llevar a perder peso, y el aumento del apetito debería llevar a ganar peso, pero esto no siempre es así por una serie de razones. Podemos perder el apetito y comer de todas formas. De hecho, cuando las personas se sienten decaídas, es frecuente que coman cosas para consolarse [*comfort foods*], esto es, cosas que habitualmente les hacen sentirse mejor. Los dulces, cosas suaves que se comen con facilidad, o alimentos del tiempo de nuestra niñez son ejemplos de alimentos que hacen las veces de consuelo. Otra forma que este síntoma puede adoptar es disfrutar de la comida menos de lo habitual o perder el gusto por determinadas cosas, aunque la cantidad ingerida pueda no variar. Algunas personas sienten el impulso de comer [una oleada de apetito] cuando se deprimen, y se sorprenden comiendo aunque no tengan hambre.

Comer en exceso puede obviamente provocar un aumento de peso, pero la disminución de la actividad que se deriva de la pérdida de interés o de la disminución de la energía puede reducir la quema de calorías y hacer que también se gane peso, aunque la cantidad de calorías siga siendo aproximadamente la misma. En el caso de los niños y los adolescentes, el peso podría no variar en absoluto; pero ello se puede seguir considerando un síntoma porque, a medida que crecen, se espera que aumenten proporcionalmente de peso.

Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

Existen tres tipos esenciales de insomnio. Uno es el llamado *insomnio inicial*. Ello ocurre cuando tenemos más dificultades de lo normal para conciliar el sueño. Menos de 30 minutos para caer dormido es la cantidad de tiempo que se considera generalmente como normal, dando por sentado que nos hemos acostado a nuestra hora habitual. El insomnio inicial es tan frustrante que algunas personas lo manejan retrasando la hora de acostarse hasta que no se encuentran extremadamente exhaustos, o emprendiendo cualquier otra actividad como leer, ver la televisión o navegar por Internet hasta que se sienten lo suficientemente cansados como para caer dormidos. Cuando finalmente apagan la luz para dormir, puede que caigan dormidos rápidamente, pero mucho más tarde de su hora habitual de dormirse.

El segundo tipo, conocido como *insomnio intermedio*, es el que ocurre cuando nos despertamos durante la noche y tenemos dificultades para volver a dormirnos. Cuando el insomnio intermedio es grave, las personas se despiertan varias veces durante la noche. Cuando consiguen dormirse, su sueño es intermitente [a rachas] y no es reparador. Se despiertan cansados. Despertarse para ir al baño, beber agua o identificar un ruido que nos despertó, no se considera insomnio si podemos volver a dormirnos rápidamente.

El tercer tipo de insomnio es el llamado *insomnio final o despertar precoz*. Ocurre cuando nos despertamos de mañana una hora o más antes de lo previsto y no podemos volver a dormirnos. Muchas personas tienen un sistema interno y se despiertan sin necesidad de usar un despertador, o justo antes de que el despertador esté a punto de sonar. Se considera insomnio final sólo si nos despertamos mucho antes de lo habitual.

La *hipersomnia* es el problema inverso, dormir mucho más de lo normal. La hipersomnia puede incluir acostarse mucho antes de lo habitual, echarse varias siestas a lo largo del día, o sentirse adormilado a lo largo de todo el día a pesar de haber dormido bastante. En el caso de la hipersomnia, el sueño suele ser bastante sano, pero genera problemas porque dormimos en lugar de hacer otras actividades, tales como relacionarnos con los demás, hacer los quehaceres rutinarios [las labores de la casa], o divertirnos.

Agitación o enlentecimiento psicomotriz casi todos los días.

La agitación psicomotriz incluye inquietud, el moverse de acá para allá, y en general la dificultad en estarse quieto [sentarse sin moverse] durante largos períodos de tiempo. Podemos ver que nos levantamos y nos ponemos a dar vueltas en el trabajo con más frecuencia de lo habitual, nos cuesta mantenernos sentados durante una película entera en el cine, o que preferimos movernos a estar inactivos, a pesar de estar cansados. Si no cedemos al impulso de movernos de acá para allá, podemos sentirnos irritables, perder la atención o la concentración, o sentir que no nos aguantamos ni a nosotros mismos.

El enlentecimiento psicomotriz puede incluir la lentitud en los movimientos, en los pensamientos, o en el habla. Algunas personas dicen sentir como si fueran a cámara lenta. Les lleva más tiempo acabar sus tareas. Literalmente andan más lentos de lo habitual y se pasan sentados y quietos largos períodos de tiempo. La lentitud en el habla puede incluir tener dificultad en encontrar las palabras que queremos decir, hablar despacio, o tardar más tiempo del habitual en responder a las preguntas. Da la sensación de que las ruedas mentales de nuestro cerebro van muy despacio. Si habitualmente nos movemos y hablamos rápido, puede que sea más difícil detectar el enlentecimiento psicomotriz, sobre todo si el enlentecimiento nos acerca más a la forma de moverse y hablar de la persona normal. Probablemente advertiremos que no estamos tan agudos, ágiles o perspicaces como de costumbre, pero puede que los demás no adviertan la diferencia.

Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

La pérdida de energía es una de las primeras cosas que la gente percibe cuando se están deprimiendo. Se cansan más fácilmente de lo habitual, se quedan sin fuerzas para llevar a cabo las actividades normales. Incluso habiendo dormido lo suficiente, la depresión puede hacer que nos sintamos cansados, pero si se acompaña de insomnio, la falta de energía es más grave. Como dijimos antes, en el apar-

tado dedicado a la pérdida del interés y del placer, es fácil confundir la falta de motivación y la falta de energía. Puede que tengamos el deseo, pero nos falta la energía física para llevar a cabo nuestra rutina normal. Las personas que tienen este síntoma dicen que quieren limpiar la casa, lavar el coche o salir a comprar, pero no tienen la suficiente energía como para hacerlo por sí solos.

Sentimientos de inutilidad o bien de culpa excesiva o fuera de lugar.

Algunas personas son siempre muy duras consigo mismas. Dicen que tienen una baja autoestima, sienten que no alcanzan a realizar todo su potencial, o se ponen unos listones excesivamente altos que les cuesta satisfacer. Esto no es lo mismo que la sensación de inutilidad. La inutilidad es cuando sentimos que valemos menos que los demás como seres humanos. Pensamos que estamos simplemente haciendo bulto y que nuestra existencia carece de sentido. Esto es mucho peor que lo que normalmente consideramos como autoestima baja o exceso de autocrítica. Las personas que tienen este síntoma dicen que no son nada, que no valen nada y que no son dignos de que nadie les quiera, y los ánimos de los demás no les hacen cambiar de opinión.

La culpa excesiva hace referencia a cuando nos culpamos de cosas importantes que no son de nuestra entera responsabilidad, sin ver la complejidad de la situación o la responsabilidad compartida de los demás. La culpa excesiva también puede incluir insistir en los remordimientos por cosas que ocurrieron hace ya mucho tiempo y que no se pueden cambiar, solucionar, ni corregir. Ello no se debe confundir con la conciencia y el pesar normal por algunas decisiones que hemos tomado en la vida. Las personas con un sentimiento excesivo de culpa se culpan de cosas sobre las que no tenían ningún control, o bien los errores o los fallos les parecen tan inaceptables que los están rumiando constantemente durante meses o incluso años seguidos. Parecen llevar una lista mental de errores y crímenes que jamás podrán ser perdonados ni olvidados. Habitualmente suelen ser capaces de perdonar los pecados de los demás y excusar sus

faltas pero tienen un doble rasero y no pueden eximirse de sus propias culpas.

Disminución de la capacidad de pensar o indecisión, casi todos los días.

A las personas que padecen problemas de concentración e indecisión les resulta difícil leer o seguir el argumento de una película o el desarrollo de un programa de televisión. Tienen que releer párrafos de un relato de un periódico o una revista, porque pierden el hilo. A veces esto se debe a que su mente divaga hacia cuestiones, ideas, personas o hechos relacionados, o a que su mente se ve invadida por pensamientos negativos y preocupaciones.

Una de las formas en que la capacidad de decidir se puede ver afectada es que no podemos ordenar nuestros pensamientos como para poder definir el problema con claridad o tomar en consideración todas las opciones que tenemos. Otra razón es que se deslizan sigilosamente las dudas respecto de nosotros mismos y nos entra el temor de tomar una mala decisión. Nos decimos a nosotros mismos que no tomar ninguna decisión es mejor que tomar una mala decisión y sufrir las consecuencias. A veces la toma de decisiones se convierte en un problema porque los pensamientos negativos y desesperanzados que acompañan a la depresión hacen que todas las alternativas parezcan poco razonables o insostenibles. Muchas veces tenemos que lidiar a la vez con múltiples problemas y buscamos una solución que pueda resolver varias cuestiones a la vez y arreglarnos la vida [poner todos los aspectos de nuestra vida en su sitio]. Esto es más una fantasía que una realidad, porque es excepcional que podamos resolver todos nuestros problemas con una sola cosa. El buscar la “respuesta correcta” o la “mejor solución” puede impedirnos elegir y materializar una alternativa. Si vemos que esto se está convirtiendo en una norma en nuestro caso, probablemente tengamos este síntoma.

No son sólo las grandes decisiones las que pueden ser difíciles de tomar cuando estamos deprimidos. Las decisiones más pequeñas respecto de qué nos vamos a poner, qué vamos a comer o qué vamos a hacer primero también pueden parecernos más complicadas, más difíciles o más gravosas de lo habitual. Podemos sorprendernos

mirando fijamente dentro del frigorífico durante largos períodos de tiempo y al final no coger nada porque no podemos decidirnos. Podemos quedarnos de pie delante del armario y no saber qué ponernos incluso después de habernos probado varias cosas diferentes. Podemos sorprendernos cambiando los canales de la televisión varias veces, y no encontrar nada que nos interese. Puede darnos la impresión de que existen demasiadas alternativas y demasiadas decisiones que tomar, y que seríamos más felices con tan sólo que alguien tomara algunas de estas decisiones por nosotros.

Pensamientos reiterados sobre la muerte, ideas de suicidio sin un plan específico, intentos de suicidio, o planes específicos de suicidio.

Cuando la depresión es grave y nada parece poder mejorarla, la gente piensa en la muerte como una alternativa. Sufren y creen que la forma de acabar con el dolor es dejar de existir. Es una fantasía peligrosa que muchas personas comparten. A veces estos pensamientos son muy específicos, e incluyen un plan específico para matarse e ideas específicas respecto de cuándo lo van a hacer. Pero lo más frecuente es que las ideas de suicidio sean más vagas o generales. No hay ningún plan y la persona está bastante segura de que no lo va a hacer, pero el hecho de pensar en esta posibilidad le proporciona cierta paz, como si ello quisiera decir que hay una manera de salir de la turbación. Otras formas que este síntoma puede adoptar incluyen los deseos de desaparecer, de dormirse y no despertarse jamás, o de contraer una enfermedad incurable que se nos lleve rápidamente. Una forma más leve consiste en que nos trae sin cuidado si seguimos vivos o nos morimos, o en creer que la vida no merece la pena.

Los síntomas debilitan el funcionamiento normal o bien requieren una hospitalización.

Los síntomas de la depresión deben ser molestos o interferir con nuestro nivel de funcionamiento habitual para poder ser considerados clínicamente significativos. A veces este criterio es difícil de satisfacer en personas cuyo nivel de funcionamiento es muy elevado.

Estas interferencias les hacen bajar a un nivel inferior, pero siguen estando en bastante buena forma como para seguir adelante un día y otro día. En estos casos, el criterio se satisface cuando las personas se sienten extraordinariamente perturbadas por los síntomas, o bien el esfuerzo adicional por salir adelante está empezando a agotarlos, o ven que están perdiendo su capacidad de “fingir”.

Los síntomas no se deben a una afección orgánica, abuso de sustancias, o fármacos.

Al igual que sucede con cualquier otra afección psiquiátrica, es importante no confundir la depresión mayor con los síntomas provocados por algún otro proceso biológico como, por ejemplo, una afección o una enfermedad orgánica, el tratamiento farmacológico de la misma, o bien un efecto secundario del abuso de sustancias.

- Las *afecciones médicas* que pueden confundirse con la depresión incluyen enfermedades neurológicas tales como la enfermedad de Parkinson, derrames cerebrales, deficiencias vitamínicas, problemas endocrinos tales como el hipotiroidismo, infecciones, hepatitis, mononucleosis o cáncer.
- Las *sustancias cuyo abuso* puede generar síntomas de depresión incluyen el alcohol, las anfetaminas, la cocaína, los alucinógenos, los opiáceos, los sedantes, o los inhalantes.
- Los *fármacos* como los antihipertensivos, los anticonceptivos orales, los esteroides anabolizantes, los agentes anticancerígenos, los analgésicos, y la medicación para el corazón también pueden generar síntomas similares a la depresión.

No se trata de una reacción de duelo.

El *duelo* es otra palabra para referirse al dolor o la pena después de una pérdida. Es normal tener algunos de los síntomas de la depresión tras sufrir una gran pérdida. La pérdida más común es la muerte de un ser querido, pero las pérdidas también pueden incluir un divorcio, una mudanza, la pérdida de un empleo, o la pérdida de una mascota. Tristeza, ganas de llorar, ansiedad, problemas de sueño y

pérdida de energía o de apetito son los síntomas más comunes. Habitualmente estos síntomas comienzan a remitir en unas semanas y han desaparecido en gran medida a los dos meses de la pérdida. El duelo, sin embargo, puede convertirse en un episodio de depresión mayor si persiste más de dos meses o si los síntomas se agravan e interfieren con nuestra capacidad de hacernos cargo de nuestras responsabilidades. Las personas que han tenido una depresión mayor anteriormente tienen un riesgo mayor de deprimirse clínicamente después de sufrir una pérdida. Los criterios de los que se valen los profesionales del ámbito clínico para diferenciar entre el duelo (a veces llamado también *duelo no complicado*) y la depresión mayor tienen que ver con el tipo y la gravedad de los síntomas experimentados. Cuando una persona empieza a tener ideas de suicidio, se siente inútil, va más lenta física y mentalmente, comienza a oír voces o a ver visiones y no puede desenvolverse con normalidad en su casa o en su trabajo, ya no podemos hablar de duelo. El diagnóstico es depresión mayor.

➡ *¿Y después?*

Los criterios diagnósticos expuestos en este capítulo nos han dado una idea acerca del modo en que los profesionales en el ámbito clínico diagnostican un trastorno bipolar. Además de los síntomas que configuran las directrices diagnósticas, existen otros muchos síntomas más sutiles de depresión y de manía. A medida que vayamos conociendo mejor los signos de que nuestros síntomas pueden estar reapareciendo, tendremos mayores probabilidades de atajarlos antes de que se agraven. El siguiente paso consiste en utilizar la información recopilada a lo largo de este capítulo para hacer una gráfica de vida que refleje la evolución de nuestro trastorno bipolar. Una vez que tengamos un cuadro más general, podremos identificar algunas pautas que nos ayudarán a predecir cuándo podría volver a aparecer el siguiente episodio de depresión o de manía. Si podemos verlo venir y actuamos con rapidez, tendremos mayores posibilidades de evitar que los síntomas se escapen de nuestras manos.

3

Llevar un registro de nuestra historia personal

A lo largo de este capítulo:

- Haremos nuestra propia gráfica de vida.
- Aprenderemos a identificar algunas pautas importantes durante el curso de nuestra vida con el trastorno bipolar.
- Realizaremos predicciones sobre futuros episodios de depresión y de manía.
- Comenzaremos a llevar un diario de nuestras experiencias con el tratamiento farmacológico.

Tanto si nos han diagnosticado recientemente como si llevamos un tiempo lidiando con la enfermedad, es natural que tratemos de encontrarle un sentido a las experiencias que se suceden en nuestra vida, a los diferentes altibajos, a los momentos decisivos y a los problemas. Si llevamos tiempo con el trastorno bipolar, podemos tener la sensación de que los episodios de depresión y de manía van prácticamente seguidos, y se mezclan de tal modo con los diferentes acontecimientos de nuestra vida, los diferentes tratamientos y demás esfuerzos por modificar nuestro estado de ánimo, que resulta difícil distinguir qué es cada cosa. Por ejemplo, ¿nos deprimimos porque bebíamos o bebíamos porque nos sentíamos deprimidos y no podíamos dormir? ¿Fue el estrés a raíz de la ruptura de una relación el que precipitó un estado maníaco, o fue el estado maníaco el que nos hizo actuar de una forma que provocó la ruptura de la relación? ¿Fue la medicación la que desencadenó en nosotros un episodio de manía cuando nos estábamos sintiendo deprimidos, o fue simplemente el curso natural de la enfermedad? Estas preguntas son difíciles de responder, pero muy a tener en cuenta.

Cuando conozcamos mejor nuestra propia historia personal con el trastorno bipolar, tendremos los rudimentos de un mapa que nos ayudará a prevenir episodios futuros o a controlar el curso de nuestra enfermedad. Si ya hemos tenido varios episodios, podemos aprender de dichas experiencias qué tipo de factores son los que nos hacen más vulnerables a la depresión o a la manía. Con esta información al alcance, podemos tomar precauciones para evitar estos desencadenantes o, cuanto menos, estar mejor preparados para manejarlos cuando aparezcan. Si sabemos reconocer los síntomas de la depresión o de la manía cuando son leves, podremos verlos venir y atajarlos antes de que empeoren. Y si tenemos una idea clara acerca del modo en que nos afecta la medicación, nos resultará más fácil comentarle nuestras necesidades a nuestro médico cuando los síntomas comienzan a manifestarse o a la hora de diseñar un plan preventivo para las primeras fases de reaparición de un nuevo episodio de depresión o de manía. Cuanto mejor nos conozcamos, mejor preparados estaremos para asumir el control de nuestra enfermedad.

Las gráficas de vida

Uno de los métodos para ayudarnos a encontrarle un sentido a los acontecimientos de nuestra vida relacionados con el trastorno bipolar es la utilización de una gráfica de vida. Este método fue diseñado por el Dr. Robert Post en el Instituto Nacional de Salud Mental, y ha demostrado ser una herramienta fundamental en la investigación del inicio y la interrupción de los tratamientos farmacológicos para el trastorno bipolar. Las gráficas de vida se utilizan también para ayudar a los profesionales a hacer diagnósticos correctos. Se trata de dibujar una línea del tiempo e ir situando sobre ella los diferentes acontecimientos de nuestra historia personal relacionados con el trastorno bipolar, tales como los períodos de enfermedad y los períodos de bienestar, los diferentes tratamientos, hospitalizaciones, experiencias vitales de primera magnitud, afecciones orgánicas y los períodos de consumo excesivo de alcohol o abuso de sustancias. Esta secuencia de acontecimientos es muy útil para los médicos o terapeutas a la hora de detectar las diferentes causas y efectos de la depresión y la manía, identificar los desencadenantes de las recaídas, y ver qué tratamientos han sido eficaces o ineficaces para controlar los síntomas o prevenir las recaídas.

El valor fundamental de conocer nuestras pautas habituales es el de situarnos en una mejor posición para predecir el momento en que podría desencadenarse un nuevo episodio, con objeto de poder tomar precauciones para evitar que suceda. Esto puede resultar difícil si sólo hemos tenido unos pocos episodios hasta el momento y no tenemos la suficiente experiencia con la enfermedad como para identificar las posibles pautas. Pero la persona recién diagnosticada se encuentra en una posición aventajada para empezar a trazar una gráfica de vida e ir completándola con el tiempo. El recuento actualizado de los diferentes episodios de depresión y de manía siempre será mucho más exacto que un balance reconstruido de memoria.

Otra de las ventajas de hacer nuestra gráfica de vida es que podemos acceder mejor a la visión de conjunto. Si nos ocurre como a otras muchas personas con trastorno bipolar, es posible que tengamos que lidiar con tal cantidad de altibajos diarios que nos resulte muy difícil

discernir episodios claramente delimitados de depresión y de manía. Cuando nuestra vida, con sus altos y sus bajos, transmite una impresión borrosa, podemos tener la sensación de que no podemos controlarla. El análisis más detenido de las posibles pautas nos dará algunas ideas respecto de cómo podemos controlar esta enfermedad, en lugar de sentirnos fuera de control.

Preparación previa para hacer nuestra gráfica de vida

Antes de comenzar a dibujar nuestra gráfica de vida, hay algunos aspectos que nos podría ser útil conocer.

- Las gráficas de vida del trastorno bipolar muestran los períodos de depresión, manía, hipomanía y estados mixtos. Estos períodos de enfermedad son lo que llamamos *episodios*.
- Un episodio es un período único de depresión, manía o hipomanía de principio a fin. Ello significa que no tuvimos ningún síntoma antes de que el episodio comenzara y que nos sentimos bien después de que los síntomas desaparecieran.
- Los episodios pueden durar de varias semanas a varios meses. En algunos casos, los síntomas pueden persistir durante años si no son debidamente tratados.
- La mayoría de las personas con trastorno bipolar tienen varios episodios de depresión, manía, estados mixtos e hipomanía a lo largo de su vida, a veces con intervalos de años de absoluto bienestar entre los episodios.
- Los episodios pueden iniciarse a raíz de un estrés muy elevado o de un cambio en nuestra vida. Pero también pueden aparecer sin ningún tipo de razón en absoluto.

El proceso de elaboración de una gráfica de vida no distingue únicamente entre períodos de depresión y de manía, sino también entre períodos en los que nos sentimos normal, sin síntomas, y períodos en los que nos sentimos sintomáticos. Si, al igual que Raquel, disfrutamos de largas temporadas asintomáticas, puede que tengamos una idea clara de aquello a lo que nos referimos cuando hablamos de una sensación de normalidad. Pero si nos parecemos más a Paul, que

parece tener multitud de pequeños altibajos entre episodios inequívocos de depresión y de manía, tal vez nos hayamos olvidado de cómo somos cuando estamos normales. O podemos sentirnos como Amanda, que a veces piensa que sentirse mal es lo normal en ella. Antes de empezar a elaborar nuestra gráfica de vida, pensemos un momento en qué sentimos cuando no tenemos síntomas y anotemos nuestras reflexiones en la hoja de trabajo 3.1.

El ejemplo de gráfica de vida que aparece en la parte inferior de la página siguiente corresponde a Raquel, de 45 años, casada y madre de dos hijos, y con un trastorno bipolar.

Raquel vivió su primer episodio depresivo cuando tenía 15 años, tras la muerte en accidente de coche de su mejor amiga. A pesar de que duró casi un año, Raquel fue capaz de salir a flote y acabar el instituto. Cuando tenía 19 años, tuvo su primer episodio de manía tras el nacimiento de su hija. El tocólogo pensó que su nerviosismo y su incapacidad para conciliar el sueño se debían al reajuste hormonal habitual tras un parto, y pensaron que no necesitaría tratamiento. Desgraciadamente, tras unas pocas semanas de síntomas maníacos cayó en una depresión grave. Comenzó a asustarse por los pensamientos suicidas que le rondaban por la cabeza, por lo que decidió acudir al médico, que le recetó antidepresivos. La medicación pareció actuar y la depresión desapareció al cabo de unos seis meses. Una vez que volvió a sentirse normal, dejó de tomar la medicación. Dos años más tarde, a los 21, Raquel tuvo su tercer episodio depresivo. Rompió con su novio a raíz de enterarse de que la había engañado con otra mujer. Pensó que se sentiría mejor cuando el ex novio se fuera de casa pero desgraciadamente los síntomas de depresión continuaron incluso después de la partida de su ex. Raquel volvió a ver a su médico y éste le recetó el mismo antidepresivo que había tomado antes, pero esta vez el resultado fue diferente. A los pocos días tan solo de estar tomando la medicación, se sintió muchísimo mejor. Al principio parecía un milagro, pero a medida que su estado de ánimo siguió elevándose se puso hiperactiva, no sentía la necesidad de dormir, y no paraba de hablar. Su madre llamó al médico y unos días más tarde fue hospitalizada a causa de su estado maníaco. Tras evaluar a Raquel e informarse de su reacción a los antidepresivos, el psiquiatra diagnos-

Hoja de trabajo 3.1: Qué es normal para mí

Normal para mí es:

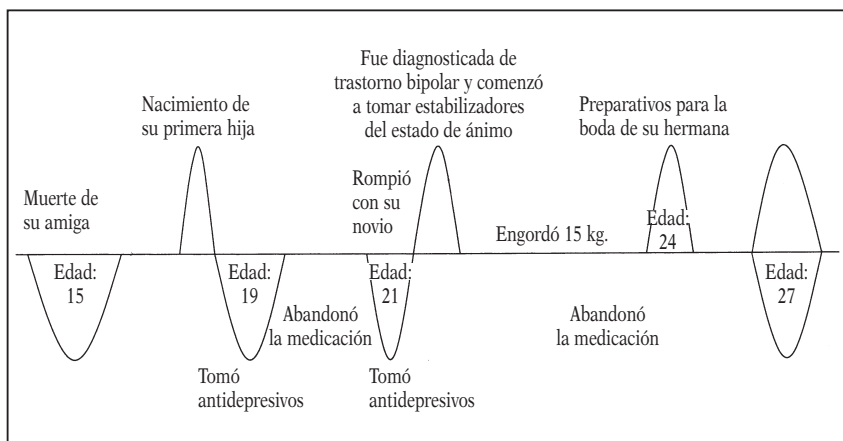
Estado de ánimo:

Nivel de energía:

Actitud:

Acciones:

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.



Gráfica de vida de Raquel—Parte 1

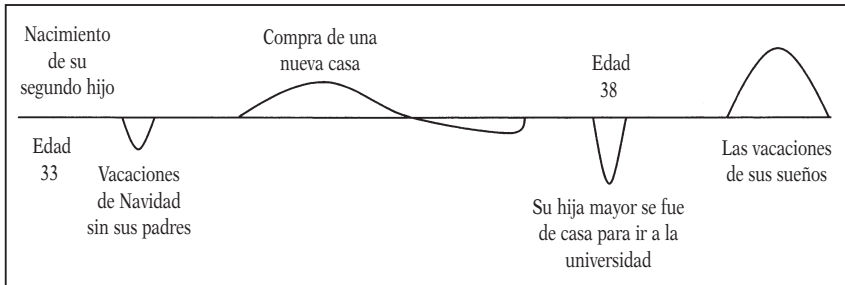
ticó la afección como un trastorno bipolar. Prescribió una medicación para estabilizar el estado de ánimo y ayudarla a dormir. Volvió a casa tras 5 días en el hospital y siguió tomando la medicación intermitentemente durante varios años, pero logró que no la volvieran a internar y evitó las recaídas graves de depresión y de manía hasta que abandonó la medicación después de muchos años, a raíz de disgustarse por su aumento de peso.

Todo comenzó el día en que Raquel salió a comprar un vestido para la boda de su hermana. Se miró al espejo y al ver que había engordado unos 15 kg. desde que estaba tomando la medicación, decidió dejarla. Unas semanas más tarde, empezó a perder peso y a sentirse mejor de lo que lo había estado en muchos meses. Esta sensación de bienestar empezó a crecer tan paulatinamente en un principio, que apenas pudo apreciarla ella misma ni los demás. Al sentirse con más energías podía hacer más cosas con su hija, limpiar la casa y ayudar en los preparativos de la boda. Se compró un ordenador nuevo y aprendió por su cuenta a utilizar varios programas de ofimática. Cada noche esperaba a que su hija dejara libre el ordenador para ponerse a jugar y a escribir correos electrónicos a sus amigos. Estaba encantada de poder contactar con personas a las que no veía desde los tiempos de la facultad. Como tenía poco tiempo para ella durante el día, se dedicaba a estar delante del ordenador hasta altas horas de la madrugada, a pesar de que tenía que levantarse temprano para atender a su hija.

Raquel fue perdiendo más y más horas de sueño a medida que el tiempo iba pasando. La falta de sueño transformó la despabilación en hiperactividad. Se mostraba muy desorganizada y hablaba tan rápido que sus propios familiares no podían entenderla. Cuando su madre le llamó la atención respecto de estos síntomas, Raquel admitió que se estaba sintiendo maníaca. Con la ayuda del médico, Raquel fue ingresada nuevamente. Aunque se recuperó, le cogió odio a su estancia en el hospital y se juró a sí misma y a sus familiares que en lo sucesivo no dejaría la medicación para no tener que volver jamás. Varios años después, volvió a interrumpir su tratamiento con litio, desatendiendo los consejos de su psiquiatra, y el cuadro volvió a repetirse. Esta vez los síntomas evolucionaron hacia un episodio mixto.

La gráfica de vida muestra un diagrama de la historia de Raquel a lo largo de una línea del tiempo. Muestra una secuencia de acontecimientos que ilustran el modo en que fue evolucionando su enfermedad, los factores que la ayudaron a mejorar, tales como la medicación y la hospitalización, y los factores que la hicieron empeorar, tales como el parto de su hija, el estrés sentimental y las interrupciones en la toma de los estabilizadores del estado de ánimo. El ver su gráfica de vida le ayudó a Raquel a comprender cómo empezaban y acababan sus episodios, y cómo podía ayudarle la medicación. Tomó la decisión de seguir el tratamiento con regularidad durante todo el tiempo que hiciera falta para evitar tener otro episodio maníaco. La gráfica de vida que sigue a este período de tiempo aparece en la figura de la página 77.

Raquel se casó y tuvo un segundo hijo, sin presentar depresión ni manía postparto. Su médico y ella habían concebido un plan para interrumpir la medicación antes de quedarse embarazada y durante el primer trimestre de gestación. Retomó la medicación cuando el médico decidió que ya no sería un riesgo para el bebé. Tuvo un breve período de bajón durante las vacaciones porque echaba de menos a sus padres, que se habían ido a vivir a otro estado el año anterior. La emoción y el estrés generados por la compra de su primera casa determinaron una nueva serie de oscilaciones del estado de ánimo pero jamás volvió a estar plenamente maníaca ni deprimida. Cuando su hija mayor se fue de casa para ir a estudiar a la universidad se sintió muy deprimida durante varias semanas, aunque gracias a unas sesiones adicionales de psicoterapia pudo volver a seguir adelante enseguida. Recientemente, Raquel hizo el viaje de su vida, una semana a Nueva York con su marido. Estuvo eufórica durante toda la semana y varias semanas después, pero no hipomaníaca. Mantuvo su compromiso de seguir la medicación y aprendió a identificar la reaparición de los síntomas. Veía a su médico y a su terapeuta cuando lo necesitaba y evitó recaer plenamente en la depresión y en la manía.



Gráfica de vida de Raquel—Parte 2

Cómo hacer nuestra propia gráfica de vida

Utilizaremos copias de la hoja de trabajo 3.2 o bien una hoja de papel para hacer un primer borrador antes de dibujar la versión definitiva en nuestro manual práctico. Dibujaremos una línea que divida la hoja en dos por la mitad. Esta será nuestra línea del tiempo. Los segmentos que siguen el largo de esta línea representan los períodos en que nos sentimos bien. Lo que aparece dibujado por debajo de la línea refleja los períodos de depresión. Lo que aparece dibujado por encima de la línea representa los períodos de manía. La figura de la página 79 brinda una serie de ejemplos de cómo podemos dibujar los episodios de depresión y de manía en nuestra gráfica de vida.

- **Paso 1: Dibujar los episodios de depresión y de manía.**

Normalmente, lo más fácil es empezar por el presente y continuar hacia atrás siguiendo la línea del tiempo. Por ejemplo, si actualmente nos encontramos en un episodio de depresión que comenzó el pasado diciembre, dibujaríamos un episodio depresivo como los que aparecen en la figura de la página 79 sin que la línea vuelva a alcanzar el nivel normal. Marcaremos “diciembre” en la gráfica donde comienza el episodio y la fecha de hoy donde nos encontramos ahora. Si hemos tenido depresiones mayores o episodios maníacos anteriores, los dibujaremos a lo largo de la línea y reflejaremos las fechas aproximadas en las que ocurrieron. Si no recordamos la fecha, trataremos de hacer memoria y pensar en la edad que teníamos por aquel entonces. Si llevamos mucho tiempo teniendo un trastorno bipolar, es posible

Hoja de trabajo 3.2: Gráfica de vida

La línea representa el paso del tiempo desde el comienzo de la enfermedad hasta el presente. Utilizaremos los episodios de muestra que aparecen en la figura de la página 79 para dibujar nuestra pauta de depresión y de manía a lo largo del tiempo.

Manía

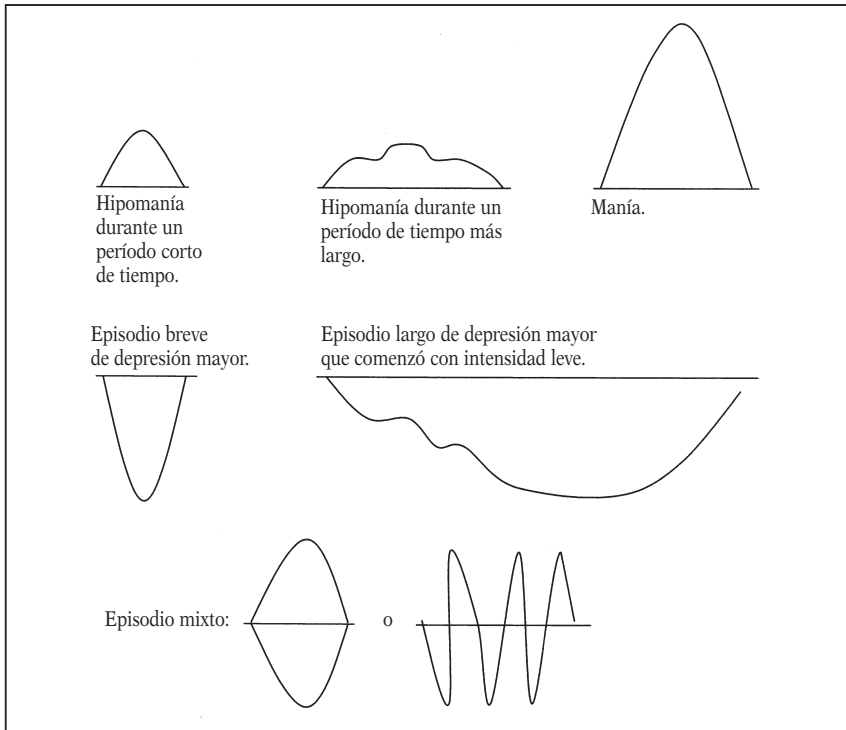


Tiempo



Depresión

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

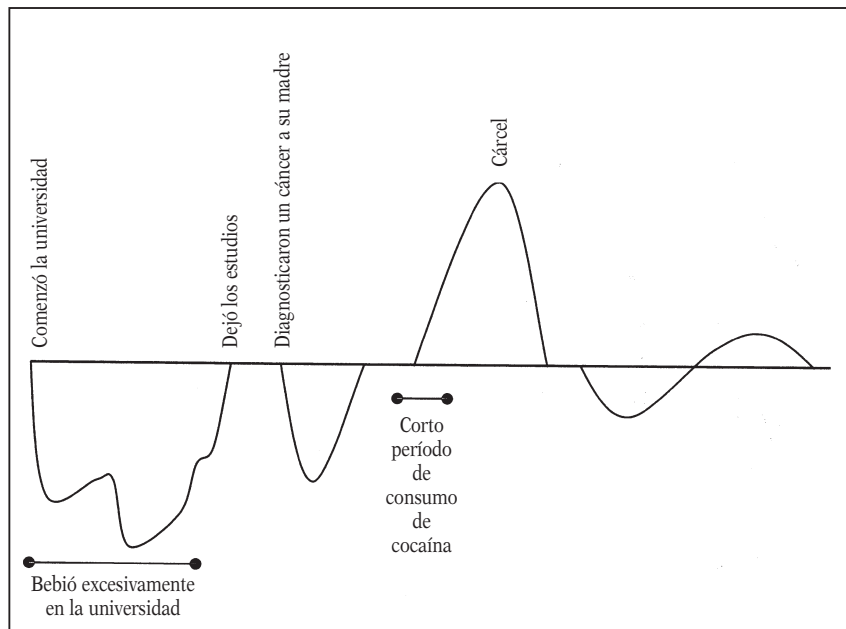


Ejemplos de episodios para nuestra gráfica de vida

que no recordemos todas las veces que hemos estado enfermos. En ese caso, lo más sencillo es hacer una gráfica de vida únicamente de los últimos años.

- **Paso nº 2: Añadir los períodos en los que bebimos en exceso o en los que puede que consumiéramos drogas ilegales.** Podemos añadir esto en la línea del tiempo de la forma que más nos guste. La opción más fácil podría ser la de marcar estos períodos de tiempo bajo los diferentes episodios de depresión, manía, hipomanía o episodios mixtos, como en el ejemplo propuesto en la figura de la página siguiente.

- **Paso 3: Marcar sobre la línea los momentos en los que ocurrieron acontecimientos importantes en nuestra vida.** Los acontecimientos importantes incluyen comenzar o acabar los estudios, pérdidas, cambios de trabajo, matrimonio, hijos, cambios de residen-



Períodos de abuso del alcohol o de sustancias en la gráfica de vida

cia y accidentes. No olvidemos incluir los problemas médicos importantes como la diabetes o la hipertensión, así como lesiones, operaciones quirúrgicas o cualquier problema físico que consideremos molesto o importante.

- **Paso nº 4: Incluir la información sobre los períodos de tratamiento.** Cada vez que fuimos hospitalizados, marcaremos el período dentro de la gráfica de vida con una **H**. Si fuimos atendido en el servicio de urgencias, marcaremos **UR** en la línea del tiempo. Añadiremos los momentos en los que seguimos una medicación y aquellos en los que dejamos de tomarla. Si los recordamos, escribiremos los nombres de los fármacos que estábamos tomando.

Si necesitamos ayuda para completar nuestra gráfica de vida, le mostraremos el borrador a nuestro médico y le pediremos que nos ayude a añadir la información relativa al tratamiento farmacológico y las fechas de cada uno de los episodios. Es posible que tenga-

mos algún familiar o amigo que recuerde las fechas aproximadas y nos pueda ayudar a incluir estos detalles.

- **Paso 5: Anotar en nuestra gráfica de vida otros problemas psicológicos que podemos haber tenido.** Es bastante común tener problemas psicológicos o psiquiátricos de otro tipo, además del trastorno bipolar. De hecho, la mayoría de las personas con un trastorno bipolar tienen como mínimo otro trastorno diferente. Los más frecuentes son el alcohol y el abuso de sustancias, pero también son bastante habituales los trastornos de ansiedad y los trastornos de la alimentación. Los trastornos de ansiedad que podemos haber tenido a lo largo de nuestra vida incluyen crisis de angustia [ataques de pánico], fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, y fobias simples como el miedo a las alturas. Los trastornos de la alimentación pueden incluir anorexia, bulimia, y los atracones. Si no estamos seguros de si hemos tenido o no alguna de estas afecciones, podemos preguntarle a nuestro médico o a nuestro terapeuta.

¿En qué se traduce todo esto?

Tras completar nuestra gráfica de vida, llega el momento de analizar la visión de conjunto. A continuación, encontraremos una lista de preguntas que nos podemos hacer en relación con las posibles pautas que veamos.

- **¿Aparece alguna pauta evidente de episodios depresivos o episodios maníacos en nuestra gráfica de vida?** ¿Parecen venir siempre en la misma época del año? A esto se le llama *patrón estacional*. Los episodios que comienzan aproximadamente por la misma época del año y terminan aproximadamente por la misma época del año sugieren que nuestra enfermedad es sensible a los cambios de estación. El patrón estacional más común consiste en deprimirse a finales del otoño y durante el invierno, cuando los días son más cortos y las noches más largas. En primavera, cuando los días se van haciendo más largos y las noches más cortas, suelen aparecer la hipomanía y la manía. Si observamos en nuestra gráfica de vida un patrón estacional, podemos predecir cuándo va a tener lugar probablemente

el próximo episodio. Podemos prepararnos para prevenir la reaparición de los síntomas o, cuanto menos, para detectarlos en su fase más temprana. Repasaremos nuestra gráfica de vida y reflejaremos nuestras observaciones en la hoja de trabajo 3.3.

• **¿Aparece alguna relación entre la aparición de acontecimientos estresantes y el comienzo de la depresión o de la manía?**

No es extraño que los primeros episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos o mixtos aparezcan a raíz de un acontecimiento estresante o que altere nuestra vida. Pueden ser acontecimientos externos, como la muerte de un familiar, o bien internos, como una lesión o una enfermedad médica [orgánica, somática]. Sin embargo, después de los episodios iniciales es menos probable que los siguientes episodios estén ligados a acontecimientos estresantes. Ello no significa que los acontecimientos estresantes dejen de ser molestos. Sólo quiere decir que existen otras muchas razones para la reaparición de los síntomas. Uno de los objetivos de los restantes capítulos de este libro será el de identificar nuestros desencadenantes únicos que generan la reaparición de la depresión o la manía. Anotaremos nuestras impresiones iniciales en relación con estos posibles desencadenantes individuales en las hojas de trabajo 3.4 y 3.5

• **¿Aparece alguna relación entre los tratamientos farmacológicos y los episodios clínicos?** En nuestra gráfica de vida, podemos observar que la medicación se inició a raíz de un episodio y nos ayudó a controlar los síntomas. El inicio del tratamiento pudo tener lugar durante un ingreso en el hospital, en el servicio de urgencias o durante una visita regular a nuestro médico. Es posible que algunos fármacos fueran más eficaces que otros. Es muy importante saber qué fármacos son más eficaces en nuestro caso, además de saber cuáles no son eficaces y cuáles fueron los que provocaron unos efectos secundarios especialmente desagradables. Más adelante en este mismo capítulo (página 92), aparece la hoja de trabajo 3.8, llamada “Evolución de la medicación”, para llevar un registro de nuestras reacciones a la medicación.

Otra pregunta que tenemos que hacernos respecto de la medicación y de nuestra gráfica de vida es si estábamos tomando alguna

Hoja de trabajo 3.3: Patrones estacionales en la depresión y la manía

¿Qué pautas puedo observar en mis episodios de depresión y de manía?

¿Pautas estacionales?

¿Tiene algo que ver con el clima?

¿Los síntomas aparecen asociados a acontecimientos normales?

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 3.3 de Amanda

¿Qué pautas puedo observar en mis episodios de depresión y de manía?

¿Pautas estacionales?

Parece que siempre me deprimó más por el tiempo de Acción de Gracias [finales de noviembre] y me pongo maníaca por Semana Santa. Jamás me había parado a pensar que fuera algo estacional, pero puede que sí.

¿Tiene algo que ver con el clima?

Normalmente comienza a nevar a finales de noviembre. Pensé que sería la tensión de las vacaciones y el estar metida en casa lo que me deprimía.

¿Los síntomas aparecen asociados a acontecimientos normales?

Las vacaciones.

Hoja de trabajo 3.4: Situaciones que desencadenan la depresión

Situaciones que parecen desencadenar la depresión

¿Problemas de relación?

¿Pérdidas?

¿Cambios en mi vida?

¿Enfermedad o nacimiento de un hijo?

¿Otros factores?

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 3.4 de Raquel

Situaciones que parecen desencadenar la depresión

¿Problemas de relación?

Las discusiones con mi marido me deprimen.

¿Pérdidas?

Cuando mi mejor amiga murió tuve mi primera depresión grave.

¿Cambios en mi vida?

Los que ya enumeré.

¿Enfermedad o nacimiento de un hijo?

He tenido depresión y manía después de dar a luz. No voy a tener más hijos, así que esto ya no va a ser un problema.

¿Otros factores?

Los días de lluvia.

Hoja de trabajo 3.5: Situaciones que desencadenan la manía**Situaciones que parecen desencadenar la manía**

¿Vacaciones?

¿Cambios de horario?

¿Mudarse de barrio?

¿Salir mucho de fiesta?

¿Otros factores?

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 3.5 de Tommy**Situaciones que parecen desencadenar la manía**

¿Vacaciones?

No.

¿Cambios de horario?

La verdad es que no.

¿Mudarse de barrio?

No.

¿Salir mucho de fiesta?

Puede ser.

¿Otros factores?

Estar varios días sin dormir.

medicación regularmente antes de que comenzara cada uno de los episodios. La causa más común de recaída en el trastorno bipolar es una adherencia débil al tratamiento farmacológico. Adherencia débil significa no tomar la medicación como se prescribió, saltarse dosis, reducir la cantidad o dejarla totalmente. A pesar de que pudiéramos tener muy buenas razones para alterar el régimen de medicación por nuestra propia cuenta, con ello podemos aumentar el riesgo de recaída. Los capítulos 6 y 7 nos ayudarán a sacarle el máximo partido a la medicación y a saber cómo lidiar con los aspectos más desagradables del tratamiento médico. Tomaremos algunas notas en la hoja de trabajo 3.6 sobre cualquier posible relación entre tomar o no tomar la medicación, y la reaparición de los síntomas.

Tommy, Paul, Amanda y Raquel han pasado todos ellos por ciertos momentos en su vida en los que no tomaron la medicación que les habían prescrito. La primera vez que le diagnosticaron a Tommy un trastorno bipolar, no se lo creyó. Mientras estaba en el hospital, tomó

Hoja de trabajo 3.6: Tratamiento farmacológico y síntomas

Volviendo a la gráfica de vida, ¿puede ver alguna relación entre el tratamiento farmacológico y los síntomas?

¿Funciona mejor cuando toma la medicación?

¿Va mejor cuando está en tratamiento?

¿Coincide que no está bajo tratamiento cuando aparecen los síntomas?

¿Aparecen los síntomas cuando deja el tratamiento?

¿Le provocan manía los antidepresivos?

la medicación tal como se lo dijeron, pero tan pronto como volvió a su casa y se quedó solo dejó de tomarla. Sus padres le preguntaban por la medicación porque veían que todavía no se comportaba como solía hacerlo antes. Tommy mentía y decía que la estaba tomando, y sus padres le creían. Al cabo de unas semanas, Tommy estaba otra vez maníaco y tuvo que ser hospitalizado. Tommy fue ingresado cuatro veces en 7 meses, y cada una de estas hospitalizaciones duraba más que la anterior. Su gráfica de vida muestra que a las pocas semanas de dejar la medicación, se ponía maníaco. Todavía es joven y no ha dejado la medicación desde el último ingreso. Pero puede volver a tener problemas si deja otra vez la medicación para ver qué pasa.

Paul comenzó a tomar medicación para el trastorno bipolar cuando todavía era niño. La aceptación de su diagnóstico jamás fue un problema. Sus padres le dijeron lo que tenía y le daban su medicación. La tomó regularmente hasta que llegó al instituto. Desde los 14 a los 15 años, Paul y sus padres estaban discutiendo constantemente el tema de la medicación. Paul ya no aceptaba las directrices de sus padres a propósito de muchas cosas, incluido el tomar la medicación. Se rebeló y se negó a tomarla durante meses seguidos. Lo que le hizo retomar el tratamiento fue un episodio de depresión grave. Siempre le hizo falta la medicación para salir de ella. Durante su penúltimo año de instituto se emborrachó y trató de quitarse la vida. Dirigió su coche contra un árbol a toda velocidad y sufrió muchas lesiones. La cirugía, la fisioterapia y la medicación le ayudaron a volver a la normalidad. Paul no quería tener otra vez esos niveles de depresión, y aprendió que el abandono de la medicación significaba que la depresión acabaría por volver. Su gráfica de vida reflejaba que antes de sus peores períodos de depresión, había interrumpido la medicación.

Amanda es, de todos, la que más problemas ha tenido en seguir la medicación. Aunque no siempre lo admite, “ensaya de varias maneras” con la medicación constantemente. Experimenta por su propia cuenta aumentando o reduciendo las dosis, tomando suplementos naturales de vez en cuando, y dejando totalmente algunos de los fármacos. También es la que ha tenido más problemas en controlar los síntomas de la depresión y la manía. Sobre todo, desde que se hizo enfermera y estudió farmacología, ha pensado muchas veces que sabía más que los

médicos sobre cómo controlar su enfermedad y alteraba la medicación de la forma que le parecía mejor. A veces hacía algunos cambios que parecían ayudarle, y otras veces le hacían empeorar.

A Amanda le repugna de hecho la idea de tener que tomar medicinas, porque le recuerda que padece un trastorno bipolar y que no es “normal”. Como sabe que está metida en esta enfermedad de por vida, atraviesa períodos llenos de rabia, especialmente cuando su trastorno parece interferir su vida o le impide alcanzar sus objetivos. En momentos, Amanda juega con la medicación, intentando que los fármacos sean más tolerables. Cuando los síntomas se agravan más allá de lo que es capaz de controlar por sí sola, llama a su médico para que la ayude. Ha recibido varias reprimendas por parte de varios médicos diferentes a lo largo de los años por no tomar la medicación de forma regular, por esperar hasta el último minuto para llamar pidiendo ayuda, y por no afrontar el hecho de tener un trastorno bipolar. Amanda reacciona habitualmente a estas reprimendas cambiando de médico y repitiendo la misma pauta una vez más.

Amanda encontró dificultades a la hora de hacer una gráfica de vida, porque había padecido muchos altibajos más pequeños entre los grandes episodios de depresión y de manía. Cuando trataba de ajustar la medicación a sus síntomas, no se acordaba de lo que había tomado en realidad o de lo que le habían recetado. Amanda decidió que, dado que estaba tratando de pasar página e intentando hacerse cargo de su enfermedad, haría una gráfica de vida que empezara en este momento y mostrara sus progresos en un futuro. Encontró un médico que le caía bien y se comprometió a seguir sus instrucciones durante como mínimo los dos próximos años, y cuando no estuviera de acuerdo lo discutiría con él detenidamente.

- **¿Coinciden aproximadamente los períodos de excesos con el alcohol o de abuso de sustancias con los episodios de depresión o de manía?** Resulta complicado responder a la pregunta de qué fue lo primero, si los síntomas relacionados con el estado de ánimo o el alcohol o el consumo de drogas. En el apartado del capítulo 2 dedicado al diagnóstico aparece una lista de sustancias cuyo abuso puede generar síntomas de depresión y de manía. Lo que sabemos sobre la investigación acerca de este tema es que en el caso de muchas

personas los síntomas de depresión o de manía aparecieron en primer lugar. Si no sabíamos que teníamos un trastorno bipolar, puede que buscáramos otras formas de sentirnos mejor al margen de la medicación. Ello pudo haber incluido el consumo de alcohol o de drogas ilegales. Haremos algunas anotaciones sobre nuestras experiencias en relación con este aspecto en la hoja de trabajo 3.7.

Las personas que han pasado por esto dicen que empezaron a beber porque no podían dormir, y si bebían lo bastante conseguían quedarse sin sentido, o que vieron que la marihuana les hacía más tolerable la agitación y la irritabilidad que sentían y que conseguían ralentizar los pensamientos acelerados. Tommy jura que estudia más cuando fuma hierba. Desgraciadamente, cuando se “coloca” con asiduidad también se olvida de tomar la medicación y reaparecen los síntomas de la manía. Entonces va al médico, vuelve a tomar la medicación y su estado de ánimo se estabiliza durante un tiempo hasta que vuelve nuevamente a fumar marihuana de forma regular.

Hoja de trabajo 3.7: Alcohol, drogas y síntomas

Mirándolo retrospectivamente, ¿recuerda cuándo comenzó a beber o a consumir drogas?

¿Es posible que estuviera sufriendo una depresión por aquel tiempo?

¿Recuerda si se sentía menos deprimido o irritable cuando bebía o se “colocaba”?

¿Podría haber estado tratando de automedicarse?

En general, ¿en qué sentido se puede decir que han coincidido los períodos de consumo de alcohol o de drogas con los episodios de depresión o de manía? ¿Existe alguna relación evidente?

Evolución de la medicación

Probablemente ya habremos descubierto que cuando visitamos a un nuevo médico o terapeuta, o a uno conocido al que hace tiempo que no visitamos, habitualmente quiere saber qué medicación estamos tomando, por qué la hemos cambiado y cómo nos sentimos. La típica persona que está siendo tratada de un trastorno bipolar toma varios fármacos diferentes y habitualmente ha pasado por otros varios ensayos diferentes con otros fármacos. Se han ido modificando las dosis, y la medicación se ha abandonado y después se ha vuelto a retomar. Todo ello puede resultar muy desconcertante y difícil de recordar. El formulario para el registro cronológico de la medicación propuesto en la hoja de trabajo 3.8 es una forma de mantenernos al tanto de nuestros tratamientos farmacológicos y de sus efectos. Disponemos de espacios para anotar lo que hemos estado tomando, sus efectos, cualquier efecto secundario que haya podido tener, por qué se cambió y el médico que lo facilitó. Podemos empezar a llevar este registro desde este momento, anotando la medicación actual y añadiendo los cambios que puedan acontecer, o tratar de volver atrás y anotar la información referente a nuestras anteriores experiencias con la medicación. También podemos registrar en esta hoja de trabajo los fármacos no psiquiátricos. La mayoría de los médicos querrán tener información acerca de todos los medicamentos que estamos tomando. Podemos hacer copias de las hojas en blanco, si lo necesitamos, y llevar la lista con nosotros cuando vayamos a ver a nuestro médico o nuestro terapeuta. Les ayudará a comprender aquello por lo que hemos pasado y cómo pueden ayudarnos, y el hecho de llevarla encima será mucho menos molesto que tratar de confiar en nuestra memoria. En la primera fila de la hoja de trabajo aparece un ejemplo práctico.

¿Y después?

Tras hacer nuestra gráfica de vida y haber comenzado a identificar algunas pautas, ya estamos camino de crear un sistema de alerta personalizado. Recordemos que uno de los objetivos más

importantes de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno bipolar es el de detectar los síntomas cuando están justamente empezando a reaparecer, de manera que podamos tomar medidas para impedir que vayan a más. Cuanto más sepamos de la evolución de nuestros síntomas, más preparados estaremos para verlos venir la próxima vez. En el capítulo siguiente comenzaremos a perfeccionar nuestro sistema de alarma anticipada mediante el aprendizaje de distintos procedimientos para registrar los cambios diarios en el estado de ánimo, los procesos de pensamiento, los síntomas físicos y la conducta. Incluso si ya tenemos mucha experiencia con el trastorno bipolar y conocemos bien nuestros síntomas, sería una buena idea trabajar todos los ejercicios del siguiente capítulo.

Hoja de trabajo 3.8: Evolución de la medicación

Fecha	Nombre del fármaco	Dosis y régimen	¿Efectos secundarios?	¿Le ayudó?	Razón para cambiarlo	Médico que lo recetó
1/1/05	Litio	300 mg 3 comprimidos por la mañana y por la tarde	Diarrea Aumento de peso	Sí	La depresión empeoró y engordé demasiado	Dr. Smith

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 3.8: Evolución de la medicación (cont.)

Fecha	Nombre del fármaco	Dosis y régimen	¿Efectos secundarios?	¿Le ayudó?	Razón para cambiarlo	Médico que lo recetó

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

4

Idear un sistema de alerta previa

A lo largo de este capítulo:

- Comenzaremos a perfilar un sistema personalizado de alarma anticipada.
- Haremos una hoja-resumen de nuestros síntomas.
- Aprenderemos a vigilar nuestros síntomas utilizando gráficas del estado de ánimo.
- Aprenderemos a reconocer los primeros signos de reaparición de los síntomas.

Como tal vez ya sepamos, los síntomas del trastorno bipolar pueden ir y venir a lo largo de toda la vida. Pero hay algunas cosas que podemos hacer para controlar los síntomas graves e incluso prevenir su reaparición. Para ello, debemos ser capaces de reconocer el momento en que los síntomas están empezando a aparecer. Un sistema de alarma anticipada puede alertarnos para que utilicemos los métodos de la TCC [terapia cognitivo-conductual] junto con la medicación, a fin de detener los síntomas antes de que se agraven. Tanto si nos han diagnosticado recientemente como si llevamos ya un tiempo con la enfermedad, podemos beneficiarnos de tener un sistema de alerta previa, aun en el caso de que nuestros períodos de manía o de depresión sean poco frecuentes y estén muy distanciados en el tiempo.

Conocernos a nosotros mismos

Los síntomas de la depresión y la manía son obvios y fáciles de reconocer cuando son graves, pero también suelen darse signos sutiles de que nuestro estado de ánimo está cambiando mucho antes de que los demás puedan darse cuenta. **El objetivo consiste en aprender a reconocer estos cambios sutiles tan pronto como podamos.** Cuanto antes los reconozcamos, antes podemos tomar medidas para detenerlos.

Por ejemplo, mucho antes de que nos encontremos en pleno episodio de manía, tal vez podamos advertir algunos cambios más sutiles. Podemos ponernos más irritables y tensos de lo normal, mostrando de un día para otro cada vez menos paciencia con los demás. El ruido puede molestarnos cada vez más. Y nuestro sueño puede ir empeorando lentamente, desde un insomnio leve hasta una incapacidad total para conciliar el sueño.

Síntomas de manía

A continuación, aparece una tabla que enumera los síntomas más comunes de la manía en sus formas leves, moderadas y graves. Señalaremos rodeando con un círculo los síntomas que hemos tenido.

Síntomas más comunes de manía

Forma leve del síntoma	Forma moderada del síntoma	Síntoma maníaco grave
Todo parece molestarle; impaciencia o ansiedad	<i>Se pone agresivo con más facilidad</i>	Irritabilidad*
Más feliz de lo habitual; actitud positiva	<i>Aumento de las risas y las bromas</i>	Estado de ánimo eufórico; sentirse en la cima del mundo
Más hablador; mayor sentido del humor	<i>Con ganas de relacionarse y de hablar con los demás</i>	Habla nerviosa o rápida
Más ideas; agudeza y rapidez mental; se desconcentra	<i>Pensamiento desorganizado, disminución de la concentración</i>	Pensamientos acelerados
Más seguro de sí mismo de lo habitual; menos pesimista	<i>Creerse muy listo e ingenioso, sin miedo de probar, excesivamente optimista</i>	Grandiosidad –delirios de grandeza
Ideas creativas; diversidad de intereses; la posibilidad de cambiar suena bien	<i>Planea hacer cambios; desorganizado en su forma de obrar, bebe o fuma más</i>	Actividad desorganizada; empieza más cosas de las que acaba
Azogado; conductas nerviosas, como morderse las uñas.	<i>Inquieto, prefiere el movimiento a las actividades sedentarias</i>	Agitación psicomotriz; no puede estar quieto
No es tan eficaz en el trabajo; tiene problemas para concentrarse en las tareas	<i>No termina las tareas, llega tarde al trabajo, molesta a los demás</i>	No puede hacer sus actividades habituales en el trabajo o en casa
Se siente incómodo con otras personas	<i>Suspica</i>	Paranoide
Aumento del interés sexual	<i>Fantasías sexuales, busca o se fija en los estímulos sexuales</i>	Aumento del impulso sexual, busca la actividad sexual, es más promiscuo
Le distraen los ruidos y le molesta la gente; pierde el hilo del discurso	<i>Los ruidos le parecen más intensos, los colores más brillantes y la mente divaga con facilidad; necesita un ambiente más silencioso para poder mantener la concentración</i>	Distraibilidad** –tiene que hacer un gran esfuerzo para concentrarse o bien no puede concentrarse en absoluto

* *N. del T.*: En el sentido (a diferencia de su acepción más benigna en español) de una excitación (nerviosismo), exasperación y excandescencia claramente anormales o excesivas.

** *N. del T.*: En el sentido (a diferencia de su acepción más benigna en español) de un aturdimiento y confusión claramente anormales o excesivas, por el lado de la perturbación mental, la “ausencia” mental [distante, ausente] y el “enloquecimiento”.

Síntomas de depresión

Es probable que nos resulte más sencillo reconocer el inicio de la depresión que el inicio de la manía. Mucho antes de que los demás puedan darse cuenta, notaremos que nuestro ánimo va decayendo, que nuestra actitud se va volviendo más negativa, y que nuestro deseo o nuestro interés por hacer cosas va declinando.

Por ejemplo, antes de que la depresión sea tan grave que no queramos salir de la cama, podemos tener algunos síntomas más leves que nos sugieren que estamos entrando en otro episodio. Podemos ver que rechazamos las oportunidades de relacionarnos y que nuestras actividades habituales nos parecen desagradables o bien una molestia. Quizás empecemos a interesarnos por actividades más solitarias, como ver la televisión o leer. Es posible que empecemos a descuidar las labores del hogar, a dedicarle menos tiempo a nuestro aspecto, y a ir más lentos en general.

A continuación, aparece una tabla que enumera los síntomas más comunes de la depresión en sus formas leves, moderadas y graves. A medida que vamos leyendo, señalaremos rodeando con un círculo los síntomas que hemos tenido anteriormente.

Síntomas más comunes de depresión

Forma leve del síntoma	Forma moderada del síntoma	Síntoma depresivo grave
Ánimo triston, bajo, o neutro	<i>Llora con más facilidad</i>	Tristeza grave
No tiene ganas de relacionarse	<i>Se relaciona menos con los demás</i>	Falta de interés por las actividades habituales
Las actividades habituales son menos divertidas de lo esperado	<i>Se divierte hasta que la actividad concluye</i>	Disminución del placer
Tiende a echarse más la culpa cuando las cosas van mal; ve los propios fallos	<i>Autocrítico</i>	Sentimientos de culpa excesivos e inapropiados
Tiene menos hambre de lo habitual; puede saltarse alguna que otra comida y no sentir hambre	<i>Comer le resulta menos placentero</i>	Disminución del apetito [no le apetece comer]

Síntomas más comunes de depresión (cont.)

Forma leve del síntoma	Forma moderada del síntoma	Síntoma depresivo grave
La ropa comienza a quedarle grande; ligera pérdida de peso (e.g., unos 2 kg.)	<i>Pérdida de peso notable</i>	Pérdida de peso significativa
El sueño parece menos reparador; le da vueltas a las cosas cuando se acuesta; tarda un poco más de lo habitual en dormirse	<i>Tarda mucho más en dormirse; se despierta a intervalos breves durante la noche</i>	Insomnio-conciliar el sueño cuesta un verdadero esfuerzo; se despierta durante la noche y no puede volver a dormirse
Pérdida de interés en actividades como la lectura; se frustra con las actividades que son muy lentas	<i>Tiene que releer las cosas; no puede focalizar bien sus pensamientos</i>	Deterioro de la capacidad de concentración
Sensación de lentitud en los movimientos; siente que le falta agudeza mental	<i>La lentitud de movimientos es apreciable por los demás; largas pausas antes de contestar a las preguntas</i>	Retardo psicomotriz
Deseos de acabar con el dolor; pensamientos de salir corriendo; pesimista	<i>Piensa que la vida no merece la pena; desesperanza; no concibe que pueda llegar a sentirse mejor</i>	Ideas o tentativas de suicidio; nos trae sin cuidado morirnos
Dudas respecto de uno mismo; cierta autocrítica	<i>Baja autoestima; no le gusta su físico; se siente un fracasado</i>	Sensación de inutilidad

Los síntomas relacionados con el estado de ánimo

Muchas de las personas que han pasado por numerosos episodios de depresión y de manía tienen dificultades en distinguir los síntomas de la depresión de los síntomas de la manía. Ello se debe a que existen algunos síntomas que son comunes a ambos estados, tales como tener problemas para dormir o estar irritables. También, cuando las personas están teniendo una reaparición de los síntomas, se sienten simplemente mal en general y temen lo que se les viene por delante. **La razón de que sea importante diferenciar el comienzo de la manía y el comienzo de la depresión es que los tratamientos que aplicaremos en uno y otro caso van a ser diferentes.**

El objetivo de la hoja de trabajo 4.1 es ayudarnos a distinguir entre los síntomas de la depresión y los síntomas de la manía. Esta hoja de

Hoja de trabajo 4.1: Hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo

Categoría	Cuando estoy maníaco	Cuando estoy deprimido	Cuando me siento bien
Estado de ánimo			
Actitud hacia uno mismo			
Seguridad en uno mismo			
Actividades habituales			
Actividad social			
Hábitos de sueño			
Apetito/Hábitos alimenticios			
Concentración			
Velocidad de pensamiento			
Creatividad			
Interés por divertirse			
Inquietud			
Sentido del humor			
Nivel de energía			
Cómo le afecta el ruido			

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo tiene tres columnas a rellenar –la primera para describir cómo somos cuando estamos maníacos, la segunda para los síntomas depresivos, y la tercera para describir cómo somos cuando no tenemos síntomas. Reflexionaremos sobre cada una de las categorías de síntomas y describiremos en qué aspectos difiere cuando estamos maníacos, cuando estamos depresivos y cuando nos sentimos bien. Por ejemplo, ¿Qué ánimo tenemos cuando estamos deprimidos? ¿Estamos tristes o melancólicos? ¿En qué se diferencia de cuando estamos maníacos? ¿Nos sentimos contentos o irritables? ¿Cuál es nuestro estado de ánimo habitual cuando no tenemos demasiados síntomas? ¿Solemos estar habitualmente de muy buen humor? ¿Somos excéntricos o extravagantes por naturaleza? ¿Nos sentimos aburridos la mayor parte del tiempo?

Incluso en el caso de síntomas como el insomnio, que aparecen durante la depresión y también durante la manía, es probable que podamos diferenciar entre ambos tipos de falta de sueño. En el caso de la depresión, podemos tener problemas para conciliar el sueño aunque estemos agotados. Cuando nos levantamos a la mañana siguiente, seguimos cansados. En el caso de la manía, podemos tener demasiada energía como para tranquilizarnos y dormirnos, y cuando nos despertamos a la mañana siguiente, puede que nos sintamos descansados y dispuestos a volver a la carga.

Intentaremos rellenar la hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo (hoja de trabajo 4.1) con nuestros propios ejemplos. Podemos volver nuevamente a los elementos que rodeamos con un círculo en las tablas de síntomas maníacos y síntomas depresivos más comunes. Tratemos de evitar limitarnos a escribir “bien” o “mal” en cada una de las categorías de la hoja de trabajo. En su lugar, trataremos de describir más detalladamente los síntomas. Por ejemplo, en la categoría de “estado de ánimo” describiremos la clase de ánimo que tenemos cuando nos sentimos deprimidos (e.g., melancólico, triste, desesperanzado, enfadado, ansioso, aburrido o desgraciado). En la categoría de “hábitos de sueño”, detallaremos el número de horas que dormimos o qué tipo de problemas de sueño tenemos (e.g., no nos podemos dormir, nos despertamos muchas veces, nos despertamos demasiado pronto y no podemos volver a dormirnos).

Cuando hayamos terminado de completar nuestra hoja de trabajo, le pediremos a nuestros familiares o amigos que compartan sus impresiones respecto de cómo piensan que cambiamos cuando nos deprimimos o nos ponemos maníacos. Añadiremos estos síntomas a la lista. Es posible que seamos incapaces de rellenar todas las categorías en un solo día, pero a medida que vayamos conociendo más cosas de nosotros mismos en terapia, volveremos a la hoja de trabajo y anotaremos los síntomas que hemos empezado a percibir.

Paul está muy familiarizado con sus síntomas. Ha leído mucho sobre el tema, y ha tenido ocasión de beneficiarse de la terapia además de contar con un buen psiquiatra que le dedicó mucho tiempo a Paul y a sus padres cuando fue diagnosticado por primera vez. Asiste a reuniones de grupos de apoyo para adolescentes y adultos jóvenes y cree que es un experto en la materia. En las páginas 104-105 aparece su hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo a modo de ejemplo.

Formas de utilizar la hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo

Sugerencia nº 1

Los síntomas que hemos enumerado son nuestros signos de alerta de que la depresión o la manía pueden estar reapareciendo. Estos son los síntomas que habrá que vigilar con regularidad. Si advertimos cualquiera de estos signos de alerta, pediremos ayuda a nuestro médico y tomaremos las precauciones que hemos aprendido para mantener nuestros síntomas bajo control.

Sugerencia nº 2

Podemos llevar una copia de nuestra hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo a nuestro médico y a nuestro terapeuta. Ello les ayudará a comprendernos mejor y a reconocer algunos cambios acontecidos en nosotros mismos de los que podemos no habernos dado cuenta.

Hoja de trabajo 4.1 de Paul

Categoría	Cuando estoy maníaco	Cuando estoy deprimido	Cuando me siento bien
Estado de ánimo	<i>Irritable</i>	<i>Triste</i>	<i>Contento</i>
Actitud hacia uno mismo	<i>Soy el único que tiene cerebro.</i>	<i>Me doy asco.</i>	<i>Me doy un aprobado.</i>
Seguridad en uno mismo	<i>Muy seguro de mí mismo.</i>	<i>Seguridad nula.</i>	<i>Creo que soy capaz de muchas cosas.</i>
Actividades habituales	<i>Empiezo las cosas pero no las acabo.</i>	<i>Me tumbo en la cama o veo la TV.</i>	<i>Trabajar. Limpiar la casa. acer ejercicio.</i>
Actividad social	<i>No soporto estar rodeado de gente.*</i>	<i>No quiero que nadie me vea.</i>	<i>Voy a ver a los amigos y a la familia.</i>
Hábitos de sueño	<i>4 horas cada noche.</i>	<i>Duermo constantemente.</i>	<i>7-8 horas de sueño.</i>
Apetito/Hábitos alimenticios	<i>Me olvido de comer.</i>	<i>No tengo hambre.</i>	<i>Me gusta comer.</i>
Concentración	<i>No puedo retener los contenidos.</i>	<i>Me quedo mirando fijamente las páginas, pero no me entero.</i>	<i>Bastante buena. Puedo leer el periódico.</i>
Velocidad del pensamiento	<i>Rápido y desorganizado.</i>	<i>Mi mente es lenta y perezosa.</i>	<i>Suelo pensar con rapidez.</i>
Creatividad	<i>Muy creativo hasta que rebaso el límite.</i>	<i>Ningún pensamiento creativo.</i>	<i>Puedo ser creativo en casa.</i>
Interés por divertirse	<i>Me interesa mucho.</i>	<i>Ningún interés. No me divierte nada.</i>	<i>Cierto interés.</i>
Inquietud	<i>Me cuesta mucho quedarme quieto.</i>	<i>No quiero levantarme del sofá.</i>	<i>Me gusta tener cosas que hacer y moverme.</i>
Sentido del humor	<i>Más sarcástico.</i>	<i>No hay nada divertido.</i>	<i>Me gusta contar chistes.</i>
Nivel de energía	<i>Alto. Pero es una energía nerviosa.</i>	<i>Ninguna.</i>	<i>Suficiente como para hacer las cosas.</i>
Cómo le afecta el ruido	<i>El ruido me pone de los nervios.</i>	<i>No oigo lo que está pasando a mi alrededor.</i>	<i>No suele molestarme.</i>

* N. del T.: Por la sobreestimulación irritante (maníaca) que ello puede generar.

Hoja de trabajo 4.1 de Paul (cont.)

Categoría	Cuando estoy maniaco	Cuando estoy deprimido	Cuando me siento bien
Impresiones acerca del futuro	<i>Todo es posible.</i>	<i>No hay futuro.</i>	<i>No estoy seguro de lo que me deparará el mañana.</i>
Pautas en el habla	<i>Hablo rápido y sin parar.</i>	<i>Tengo dificultades en expresarme o no digo nada.</i>	<i>Hablo bastante, pero no interrumpo a los demás</i>
Capacidad de tomar decisiones	<i>Tomo decisiones impulsivamente.</i>	<i>No puedo tomar decisiones.</i>	<i>Puedo tomar buenas decisiones.</i>
Interés por los demás	<i>No me preocupan los demás.</i>	<i>Me preocupa lo que los demás puedan pensar de mí.</i>	<i>Soy atento con los demás.</i>
Pensamientos acerca de la muerte	<i>Pienso más en Dios.</i>	<i>El mundo estaría mejor sin mí.</i>	<i>No pienso en ello.</i>
Capacidad de desenvolverse	<i>Al máximo durante un tiempo.</i>	<i>Puedo desenvolverse haciendo un gran esfuerzo.</i>	<i>Me desenvuelvo con normalidad.</i>
Otras áreas: <i>Impulso sexual</i>	<i>No puedo dejar de pensar en el sexo.</i>	<i>No me interesa.</i>	<i>Me interesa muy de cuando en cuando.</i>

Sugerencia n° 3

Podemos darles una copia de la hoja de trabajo a los familiares que vivan con nosotros y que pueden ayudarnos a vigilar nuestros síntomas.

Sugerencia n° 4

Si pensamos que podemos estar teniendo una reaparición de los síntomas, pero no estamos seguros, podemos repasar la lista de la hoja de trabajo para ver cuántos de estos síntomas estamos teniendo. Si tenemos algunos síntomas leves, haremos lo que podamos por impedir que vayan a más.

Sugerencia n° 5

He aquí una serie de preguntas que podemos hacernos. Si la respuesta a alguna de ellas es afirmativa, tomaremos medidas para solucionar el problema y evitar que el síntoma empeore.

- *¿He estado tomando la medicación con regularidad y en la dosis correcta? En caso negativo, ¿cómo puedo retomar el tratamiento?*
- *¿He estado durmiendo lo suficiente por las noches? ¿Qué ajustes debo hacer para dormir mejor?*
- *¿Estoy haciendo algo que pudiera hacer empeorar la situación? De ser así, ¿Qué cambios necesito introducir?*
- *¿Están empeorando los síntomas de día en día? ¿Qué puedo hacer para solucionarlo?*
- *¿Necesito ayuda? ¿A quién debo llamar?*
- *¿Hay algo que pudiera hacer hoy mismo para ayudarme a sentirme mejor? ¿Puedo cambiar mis pensamientos negativos, bajar el ritmo, descansar, o tomar alguna medida positiva para avanzar en dirección a solucionar algún problema?*
- *¿Debo empezar a vigilar mi estado de ánimo diariamente?*

Si no estamos seguros de cómo hacer estos cambios para controlar los síntomas, pasaremos directamente a leer los otros capítulos para encontrar algunas sugerencias. También podemos volver atrás y revisar el cuadro “¿Por dónde empiezo?” del capítulo 1 (páginas 34-35). Este cuadro nos puede remitir a los capítulos específicos que podrían sernos de utilidad.

¿Por qué precisamente a mí?

Si llevamos años luchando con las oscilaciones del estado de ánimo, puede que nos resulte difícil distinguir lo que somos nosotros verdaderamente de lo que es la enfermedad. Pensemos en cómo somos cuando nos sentimos bien –esto es, cuando no estamos maníacos ni deprimidos. Tenemos habilidades, talentos, intereses, actitudes y hábitos que no tienen que ver con el trastorno bipolar. Las preguntas de la hoja de trabajo 4.2 que aparece en la página siguiente nos ayudarán a identificar nuestro verdadero yo.

Es posible que a veces no seamos conscientes de que estamos bajo los efectos de los síntomas de la depresión o la manía, pero sí podemos darnos cuenta de que hemos cambiado nuestro estilo de vida o nuestra rutina, o de que no estamos manejando las riendas de nuestra vida de la forma habitual. A propósito de cada una de las preguntas que respondimos en la hoja de trabajo 4.2, pensaremos en qué sentido podemos diferir cuando nos ponemos maníacos o cuando nos deprimimos. Anotaremos estas reflexiones en la hoja de trabajo 4.3.

Amanda sigue luchando por conseguir un mayor control sobre sus síntomas. De hecho, los síntomas se manifiestan tan a menudo que ya no está segura de cómo es cuando está normal. Se empleó a fondo para rellenar la hoja de trabajo 4.3, pero no cree que exista una clara diferencia entre cómo se desenvuelve cuando está deprimida o cuando está maníaca, porque tiende a tener una mezcla de las dos cosas. Sí es consciente de que no se desenvuelve como antes cuando tiene oscilaciones del estado de ánimo.

Hoja de trabajo 4.2: Nuestro verdadero yo

¿Cuál es su pauta habitual de sueño?

¿En qué suele emplear el tiempo?

¿Cómo se maneja habitualmente con el estrés?

¿Se siente herido con facilidad?

¿Qué tal se lleva con los demás?

¿Se suele alterar con la gente?

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Podemos utilizar esta lista de la misma forma que utilizamos la hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo (hoja de trabajo 4.1). Podemos revisarla periódicamente para ver si estamos comportándonos como lo hacemos habitualmente o de la forma que lo hacemos cuando estamos enfermando. Si estamos actuando de un modo fuera de lo común, podemos cambiarlo intentando llevar las cosas más como lo hacemos habitualmente, tomar medidas para controlar nuestros síntomas utilizando los ejercicios que estamos aprendiendo en este manual práctico y seguir las directrices de nuestro médico para controlar el avance de los síntomas con la ayuda de la medicación.

Hoja de trabajo 4.3: Cambios que experimentamos cuando reaparecen los síntomas

	Cuando está maníaco	Cuando se deprime
¿Cuál es su pauta habitual de sueño? estrés?		
¿En qué suele emplear el tiempo? estrés?		
¿Cómo se maneja habitualmente con el estrés?		
¿Se siente herido con facilidad?		
¿Qué tal se lleva con los demás?		
¿Se suele alterar con la gente?		

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Vigilar nuestro estado de ánimo

Existen varias razones por las que vigilar nuestro estado de ánimo y demás síntomas con regularidad. La primera vez que hagamos este ejercicio, el propósito será el de volvernos más receptivos a los cambios diarios en el estado de ánimo y el de averiguar si existe algún factor específico que parece afectar a nuestro estado de ánimo. Por ejemplo, ¿tendemos a deprimirnos en los días de lluvia o cuando no tenemos nada que hacer? ¿Empezamos a tener un subidón o a ponernos maníacos cuando hay demasiado ruido o agitación a nuestro alrededor o cuando no hemos dormido lo suficiente?

Podemos seguir la pista de la manía, la hipomanía o la depresión vigilando nuestro estado de ánimo de forma regular o bien observando la posible aparición de otros signos o síntomas que marcan el inicio de un episodio. Lo primero que advierten algunas personas son algunos cambios en sus hábitos de sueño. A otros les resulta más difícil concentrarse. Otros notan que se enfadan más fácilmente con los demás.

Hoja de trabajo 4.3 de Amanda

	Cuando está maníaca	Cuando se deprime
¿Cuál es su pauta habitual de sueño?	<i>Me quedo despierta hasta muy tarde.</i>	<i>Me voy a la cama inmediatamente después de cenar pero no consigo conciliar el sueño.</i>
¿En qué suele emplear el tiempo?	<i>Limpio la casa, me pongo al día con la ropa sucia, voy a trabajar, salgo por la noche.</i>	<i>Veo la televisión metida en la cama, cuando no estoy trabajando.</i>
¿Cómo se maneja habitualmente con el estrés?	<i>Cuando estoy exaltada no me doy cuenta del estrés.</i>	<i>Mal. Evito hacer cosas que sean estresantes.</i>
¿Se siente herido con facilidad?	<i>No.</i>	<i>Lloro por la menor cosa, pienso que no le caigo bien a la gente.</i>
¿Qué tal se lleva con los demás?	<i>Soy el alma de la fiesta, el centro de atención. Hago reír a la gente.</i>	<i>Mi familia me irrita con facilidad y tiendo a contestarles mal. Se mantienen a distancia.</i>
¿Se suele alterar con la gente?	<i>Me puedo irritar con la gente estúpida.</i>	<i>Todo el mundo me pone de los nervios.</i>

Hoja de trabajo 4.4: Primeros signos de alarma de depresión o de manía

Revise sus respuestas a la hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo (hoja de trabajo 4.1) y seleccione los síntomas de depresión y de manía que es probable que advierta primero. Utilice esta hoja de trabajo para anotar dichos síntomas.

¿Qué cambios suele advertir primero cuando se está deprimiendo?

¿Qué cambios suele advertir primero cuando se está poniendo maníaco?

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Cuando se está deprimiendo, Paul pasa más tiempo de lo habitual en la cama. Raquel se pone sentimental, y rompe a llorar cuando ve los anuncios de la televisión. Cuando se está poniendo maníaco, Tommy no está seguro de lo que le pasa porque lleva poco tiempo con el trastorno bipolar, pero sus amigos le han contado que cuando está maníaco quiere estar de fiesta toda la noche. Su madre dice que lo nota porque se mete más con ella. Amanda sabe que se está poniendo maníaca cuando tiene la casa limpiísima.

Gráficos del estado de ánimo

En las páginas 112-114 encontraremos tres copias de un gráfico del estado de ánimo (hoja de trabajo 4.5). Este gráfico tiene por objeto que podamos evaluar nuestro estado de ánimo todos los días a lo largo de una semana. La escala de la primera columna va desde +5 en el punto más alto, que representa la manía grave, hasta -5 en el punto más bajo, que representa la depresión grave. La puntuación de 0 en el medio representa un estado de ánimo neutro, ni bueno ni malo.

Hoja de trabajo 4.5: Gráfico del estado de ánimo

Semana de:			Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
Maníaco	Plan								
+5 Incapaz de dormir, psicótico	<i>Ir al hospital</i>		•	•	•	•	•	•	•
+4 Maníaco, capacidad de juicio mermada			•	•	•	•	•	•	•
+3 Hipomaníaco	<i>Llamar al médico</i>		•	•	•	•	•	•	•
+2 Demasiado excitado y lleno de energía	<i>Tomar medidas</i>		•	•	•	•	•	•	•
+1 Contento, en plena forma	<i>Vigilarlo atentamente</i>		•	•	•	•	•	•	•
0 Normal			•	•	•	•	•	•	•
-1 Decaído, en baja forma	<i>Vigilarlo atentamente</i>		•	•	•	•	•	•	•
-2 Triste	<i>Tomar medidas</i>		•	•	•	•	•	•	•
-3 Deprimido	<i>Llamar al médico</i>		•	•	•	•	•	•	•
-4 Paralizado			•	•	•	•	•	•	•
-5 Con impulsos suicidas	<i>Ir al hospital</i>		•	•	•	•	•	•	•
Deprimido									
¿Qué fue lo que motivó el giro en el estado de ánimo?									

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 4.5: Gráfico del estado de ánimo

Semana de:		Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
Maníaco	Plan							
+5 Incapaz de dormir, psicótico	<i>Ir al hospital</i>	•	•	•	•	•	•	•
+4 Maníaco, capacidad de juicio mermada		•	•	•	•	•	•	•
+3 Hipomaníaco	<i>Llamar al médico</i>	•	•	•	•	•	•	•
+2 Demasiado excitado y lleno de energía	<i>Tomar medidas</i>	•	•	•	•	•	•	•
+1 Contento, en plena forma	<i>Vigilarlo atentamente</i>	•	•	•	•	•	•	•
0 Normal		•	•	•	•	•	•	•
-1 Decaído, en baja forma	<i>Vigilarlo atentamente</i>	•	•	•	•	•	•	•
-2 Triste	<i>Tomar medidas</i>	•	•	•	•	•	•	•
-3 Deprimido	<i>Llamar al médico</i>	•	•	•	•	•	•	•
-4 Paralizado		•	•	•	•	•	•	•
-5 Con impulsos suicidas	<i>Ir al hospital</i>	•	•	•	•	•	•	•
Deprimido								
¿Qué fue lo que motivó el giro en el estado de ánimo?								

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 4.5: Gráfico del estado de ánimo

Semana de:		Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
Maníaco	Plan							
+5 Incapaz de dormir, psicótico	<i>Ir al hospital</i>	•	•	•	•	•	•	•
+4 Maníaco, capacidad de juicio mermada		•	•	•	•	•	•	•
+3 Hipomaníaco	<i>Llamar al médico</i>	•	•	•	•	•	•	•
+2 Demasiado excitado y lleno de energía	<i>Tomar medidas</i>	•	•	•	•	•	•	•
+1 Contento, en plena forma	<i>Vigilarlo atentamente</i>	•	•	•	•	•	•	•
0 Normal		•	•	•	•	•	•	•
-1 Decaído, en baja forma	<i>Vigilarlo atentamente</i>	•	•	•	•	•	•	•
-2 Triste	<i>Tomar medidas</i>	•	•	•	•	•	•	•
-3 Deprimido	<i>Llamar al médico</i>	•	•	•	•	•	•	•
-4 Paralizado		•	•	•	•	•	•	•
-5 Con impulsos suicidas	<i>Ir al hospital</i>	•	•	•	•	•	•	•
Deprimido								
¿Qué fue lo que motivó el giro en el estado de ánimo?								

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Rodearemos con un círculo cada día el punto correspondiente a la valoración que describa mejor nuestro estado de ánimo. Al final de la semana, uniremos los puntos para ver cómo ha ido fluctuando nuestro estado de ánimo. En la mitad inferior del gráfico, anotaremos cualquier posible circunstancia que pudiera estar relacionada con algún cambio en nuestro estado de ánimo. Tal vez nos olvidamos de tomar la medicación durante unos días, no pudimos dormir, o estuvimos bajo los efectos de un estrés enorme. Estas pistas nos ayudarán a comprender las causas de nuestros cambios en el estado de ánimo y de la reaparición de nuestros síntomas.

Se incluyen varias copias para nuestro uso. En caso de necesitarlo, podemos hacer copias adicionales de los gráficos del estado de ánimo y añadirlas a nuestro manual práctico.

Gráficos de los síntomas

A algunas personas les resulta más fácil vigilar los síntomas físicos, los hábitos de sueño o los cambios de pensamiento que vigilar el estado de ánimo. Escojaremos un síntoma que veríamos cambiar si estuviéramos entrando en un episodio de depresión o de manía y lo anotaremos en el gráfico de los síntomas (hoja de trabajo 4.6). He aquí algunos ejemplos habituales:

Vigilar los cambios en el *nivel de energía*:

- +5 = energía desaforada, no puede estarse quieto.
- 0 = niveles normales de energía.
- 5 = carencia total de energía, no puede moverse.

Vigilar los cambios en la *capacidad de concentración*:

- +5 = tenemos tantos pensamientos que no podemos hablar.
- 0 = niveles normales de concentración.
- 5 = nuestro pensamiento va extremadamente lento.

Vigilar los cambios en la *autoestima*:

- +5 = *me veo como si fuera Dios.*
- 0 = la autoestima está bien.
- 5 = *me doy asco, no valgo nada.*

Tras escoger un síntoma, anotaremos una palabra que describa cómo sería dicho síntoma en cada uno de los niveles, de -5 a +5. Por ejemplo, si decidimos medir los cambios en el nivel de energía, podemos escribir “cansado” junto a -2 y “subidón” junto a +2. Vigilaremos estos cambios cada día y los anotaremos en el gráfico.

Formas de utilizar los gráficos del estado de ánimo y los gráficos de los síntomas

- El objetivo primordial de los gráficos del estado de ánimo es identificar las posibles reiteraciones al nivel de los síntomas cuando comienzan a manifestarse. Esto se puede conseguir siendo conscientes de los cambios leves en el estado de ánimo. Si convertimos en un hábito el valorar nuestro estado de ánimo todos los días, sabremos cuándo aparecen los cambios y si son reacciones a acontecimientos puntuales o son cambios más persistentes que apuntan a una reaparición de los síntomas.

- Después de haber adquirido más experiencia en seguir la pista de nuestros síntomas, podemos utilizar estos gráficos únicamente cuando sospechemos que nuestros síntomas están reapareciendo. Vigilaremos nuestro estado de ánimo y demás signos llamativos diariamente hasta que se hayan estabilizado.

- La eficacia de los cambios de medicación puede vigilarse con la ayuda del gráfico del estado de ánimo. Podemos realizar un seguimiento de nuestro estado de ánimo a medida que vamos aumentando, reduciendo o cambiando la medicación para identificar el efecto sobre nuestro estado de ánimo u otros síntomas. Tomaremos notas en el gráfico a medida que vamos cambiando las dosis, para ayudarnos a nosotros y a nuestro médico a vigilar los efectos.

- Los gráficos del estado de ánimo son muy útiles para comunicarle a nuestro médico cómo nos ha ido en el intervalo, sobre todo si pasan varias semanas entre las visitas. Realizaremos un seguimiento diario de nuestro estado de ánimo y tomaremos notas en el gráfico respecto de cualquier circunstancia que asociemos a la mejoría o el empeoramiento de nuestro estado de ánimo. Esto nos ayudará a nosotros y a nuestro profesional de la salud a comprender mejor las fluctuaciones de nuestros síntomas y ver lo que se podría hacer para minimizar las oscilaciones que sean extremas o persistentes.

Hoja de trabajo 4.6: Gráfico de los síntomas

Semana de:		Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Maníaco	Plan							
+5	<i>Ir al hospital</i>	•	•	•	•	•	•	•
+4		•	•	•	•	•	•	•
+3	<i>Llamar al médico</i>	•	•	•	•	•	•	•
+2	<i>Tomar medidas</i>	•	•	•	•	•	•	•
+1	<i>Vigilarlo atentamente</i>	•	•	•	•	•	•	•
0		•	•	•	•	•	•	•
-1	<i>Vigilarlo atentamente</i>	•	•	•	•	•	•	•
-2	<i>Tomar medidas</i>	•	•	•	•	•	•	•
-3	<i>Llamar al médico</i>	•	•	•	•	•	•	•
-4		•	•	•	•	•	•	•
-5	<i>Ir al hospital</i>	•	•	•	•	•	•	•
Deprimido								
¿Qué fue lo que motivó el cambio?								

- Cuando veamos a un nuevo médico o terapeuta, podemos ayudarle a conocernos mejor a nosotros y conocer mejor la pauta que siguen nuestros síntomas vigilando nuestro estado de ánimo y llevando los gráficos a cada una de las visitas. Esto nos hará más fácil comunicar lo que haya podido pasar en el intervalo entre visitas, en lugar de tener que confiar exclusivamente en nuestra memoria.

¿Y después?

Si hemos trabajado todos los ejercicios propuestos a lo largo de este capítulo, tendremos ya nuestro sistema de alerta previa. El siguiente paso consiste en poner en práctica nuestro plan de vigilancia. Practicaremos lo que hemos aprendido mediante la utilización regular de los gráficos del estado de ánimo y de la hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo. Dado que es fácil distraerse con las ocupaciones y olvidarse de vigilar los síntomas, algunas personas colocan notas en sus lugares de trabajo, en el frigorífico o en el espejo del cuarto de baño a modo de recordatorio. Si la privacidad no nos supone un problema, lo mejor es poner nuestra hoja de trabajo en un lugar en el que podamos verla todos los días.

Ha llegado el momento de ir al paso nº 2 y aprender a tomar precauciones para evitar la recaída. A lo largo del siguiente capítulo conoceremos las distintas cosas que pueden hacer que la depresión y la manía empeoren, y cómo evitarlas. Incluso las personas que tienen mucha experiencia con el trastorno bipolar encuentran útiles estas directrices. Procedamos a dar el siguiente paso para aprender a prevenir la reaparición de la depresión y la manía.

II TOMAR PRECAUCIONES

5

Volvemos menos vulnerables

A lo largo de este capítulo:

- Sabremos qué conductas pueden hacer que empeore la manía y la depresión.
- Encontraremos nuevas formas de aumentar el contacto con los demás y el apoyo de los demás.
- Introduciremos algunas mejoras en nuestros hábitos de alimentación y en nuestros hábitos de sueño.
- Reduciremos la sobreestimulación.
- Dejaremos de aplazar las tareas inacabadas.
- Haremos que las tareas que nos desbordan nos sean más manejables.

Este capítulo se divide en tres partes: (1) cómo no empeorar la situación una vez han aparecido los síntomas, (2) cómo potenciar los aspectos positivos en nuestra vida y (3) cómo disminuir y controlar los aspectos negativos. Si acabamos de ser diagnosticados, probablemente no tendremos la suficiente experiencia con la enfermedad como para saber la clase de cosas que pueden hacer que la depresión y la manía empeoren o mejoren. La lectura de este capítulo nos ayudará a reconocer el tipo de problemas que iremos encontrando en el camino y las precauciones que podemos tomar para mejorar nuestra calidad de vida. También podemos releer este capítulo ocasionalmente, cuando nos encontremos con los síntomas y no estemos seguros de qué hacer.

Las personas más experimentadas, pero que todavía luchan por obtener y mantener el control sobre los síntomas, querrán trabajar metódicamente en los diferentes ejercicios propuestos a lo largo de este capítulo. Estos ejercicios encajan particularmente en este caso.

Si tenemos la impresión de que nuestra enfermedad es bastante estable, probablemente habremos observado que ya hemos hecho muchas de las cosas que proponemos en este capítulo. Si este es nuestro caso, puede que queramos volver a realizar estos ejercicios cuando tengamos una reaparición de los síntomas, como una forma de recordar cómo podemos volver a recuperar el control.

Cómo *no* empeorar la situación

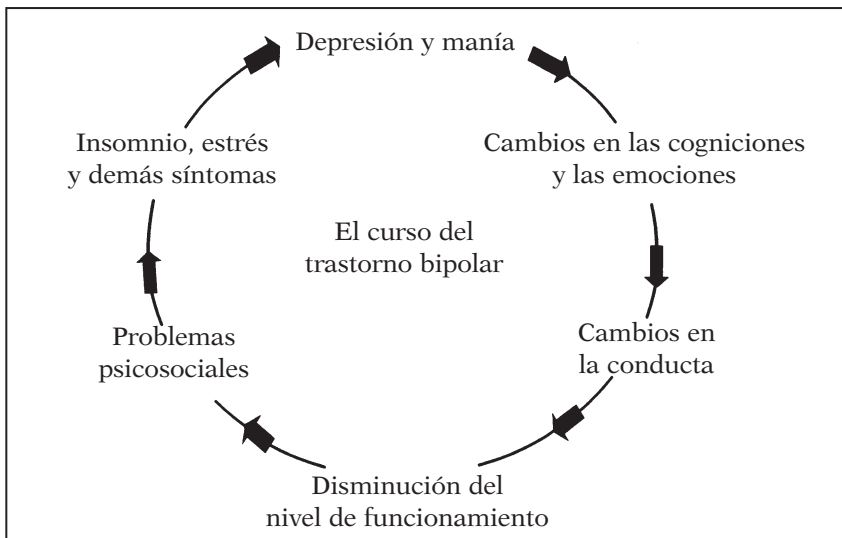
En el primer capítulo de este manual práctico explicamos el modelo cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno bipolar. Ha llegado el momento de poner en marcha este modelo.

El curso del trastorno bipolar

Cuando sufrimos depresión, manía, hipomanía o un estado mixto, experimentamos cambios en nuestro estado de ánimo, nuestras pautas de pensamiento, nuestras acciones y nuestro funcionamiento físico. Estos cambios parecen ir acumulándose unos sobre otros, generando una perturbación cada vez mayor. Con la intención de refrescar nuestra memoria, el diagrama titulado “El curso del tras-

torno bipolar” nos muestra el modo en que un episodio de depresión o de manía puede generar cambios en nuestros pensamientos y en nuestro estado de ánimo.

Los estados de ánimo en los que predomina la tristeza suelen ir acompañados de pensamientos negativos respecto de uno mismo, el mundo y el futuro. Los estados de ánimo eufóricos suelen coincidir con pensamientos optimistas, elevada autoestima e ideas creativas respecto de posibles nuevas actividades y aventuras. Los estados de ánimo caracterizados por la irritabilidad favorecen la suspicacia y los pensamientos negativos en relación con otras personas. Los cambios en nuestros pensamientos y nuestros sentimientos afectarán a nuestra conducta. Cuando nos sentimos deprimidos y tenemos un bajo concepto de nosotros mismos, nos enlenteceremos o nos volveremos menos activos. Cuanto más empeore nuestro estado de ánimo y más negativa se vuelva nuestra actitud, menos activos nos mostraremos en casa, en el trabajo y en nuestras relaciones con los demás. Sentiremos instintivamente el impulso a apartarnos o retraernos de los demás, y no querremos que nos molesten. Tomaremos algunas notas en la hoja de trabajo 5.1 sobre la forma en que cambia nuestra conducta cuando nos estamos deprimiendo.



Modelo cognitivo-conductual del trastorno bipolar

Es posible que seamos incapaces de apreciar los cambios en nuestra conducta cuando comienza un episodio de manía, aunque las demás personas, especialmente aquellas más próximas a nuestro entorno, sí serán capaces de reconocerlos a menudo. Si nuestro estado de ánimo se vuelve más eufórico o más irritable, ello suele venir acompañado de un aumento de la actividad. Nos referimos a una incapacidad para mantenerse quieto, a una tendencia a cambiar frecuentemente de actividad o a asumir riesgos innecesarios. Cuando la manía es leve, la mayoría de las personas sienten el deseo de hacer más cosas de lo habitual o realizar cambios en su rutina, y a veces logran resistirse a estos impulsos, forzándose a sí mismos a acabar las tareas que han empezado. Anotaremos los cambios a nivel de conducta que experimentamos cuando estamos maníacos en la hoja de trabajo 5.2.

Hoja de trabajo 5.1: Cambios conductuales durante la depresión

Cuando estoy deprimido, he notado los siguientes cambios en mi conducta:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 5.2: Cambios conductuales durante la manía

Cuando me estoy poniendo más maníaco, he notado los siguientes cambios en mi conducta:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Los cambios en nuestros pensamientos, sentimientos y acciones durante los episodios de depresión y de manía pueden comenzar a interferir en nuestra vida, en el caso de que nos impidan seguir nuestra rutina habitual o cumplir con nuestras responsabilidades. Una vez que nuestro funcionamiento diario comienza a decaer, no tardarán en aparecer problemas mayores. Estos problemas nos pueden mantener despiertos durante la noche, y generarnos una gran cantidad de estrés, lo que a su vez empeora los síntomas de la depresión o de la manía.

El objetivo de este manual es enseñarnos una serie de habilidades para poder romper este ciclo, de manera que los cambios en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas puedan volver a normalizarse antes de que lleguen a interferir en nuestra capacidad de desenvolvernos, generar mayores problemas y agravar el estrés.

Cómo no empeorar la situación

Al igual que hay muchas cosas que podemos hacer para sentirnos mejor, siempre hay cosas que pueden hacer que empeoren nuestros síntomas. Además de aprender nuevas estrategias para mitigar los síntomas de la depresión o de la manía, podemos tratar de controlar los factores que es probable que empeoren la situación. Probablemente, la línea de actuación será diferente para la depresión y para la manía.

¿Qué es lo que hace que empeore la depresión?

La respuesta a esta pregunta será probablemente diferente para cada una de las personas que tienen un trastorno bipolar. Pero son muchas las personas que han comprobado que el estrés, la inactividad, el retraerse de los demás y el enrabietarse consigo mismos parecen siempre agravar su desgracia.

Sentirnos desbordados

Los problemas laborales, familiares o de salud pueden aparecer de manera impredecible. Si ya estamos deprimidos, es fácil que nos estresemos excesivamente cuando descubrimos que tenemos otro

problema más que resolver. De hecho, incluso cuando el problema es manejable, no es extraño que cuando pensamos en todo lo que tenemos que hacer nos sintamos tan desbordados que nuestras habilidades de afrontamiento se malogren. En este caso, ya no se trata únicamente de tener un problema que agrava nuestra depresión. Es el hecho de que, a nuestro juicio, este problema se vuelve abrumador, incontrolable, y constituye una evidencia adicional de que nuestra vida es un desastre. Para evitar que las cosas empeoren, tenemos que tratar de no aglutinar todos nuestros problemas en una única catástrofe enorme. Tenemos que tratar de ver cada problema individualmente, solucionándolos de uno en uno, o recibiendo ayuda de los demás para solucionarlos de uno en uno. Más adelante en este mismo capítulo aparecen algunas instrucciones respecto de cómo hacerlo.

Aislarnos de los demás

Aunque nuestro instinto nos empuje a retraernos o aislarnos de los demás cuando nos encontramos deprimidos, esta es probablemente una de las peores cosas que podemos hacer. Necesitamos los beneficios de relacionarnos con los demás. Cuando estamos solos, es más fácil darle vueltas a las cosas, que nos permitamos preocuparnos menos de nuestra higiene personal, y acabemos desaprovechando los aspectos positivos que se derivan de estar con otras personas. No hay nadie a quien podamos hablarle de nuestros problemas, nadie que nos haga reír o que nos haga olvidar nuestras preocupaciones, ni nadie que nos anime o que nos dé esperanzas. La solución evidente consiste en obligarnos a relacionarnos con nuestros familiares, amigos, compañeros de trabajo u otras personas de nuestro entorno. Llamaremos por teléfono, aceptaremos las propuestas para quedar con los demás, comeremos con la familia e iremos a trabajar para poder estar rodeados de gente positiva. No siempre es fácil obligarse a realizar estos esfuerzos cuando estamos deprimidos, por supuesto, razón por la cual este capítulo sugiere algunas ideas para ayudarnos a retomar el contacto con los demás. Los capítulos 8 y 9 proponen ejercicios para controlar los pensamientos negativos que podrían disuadirnos de relacionarnos con la gente.

Rabia

Si hemos atravesado períodos de depresión anteriormente, es fácil que nos enfademos con nosotros mismos cuando reaparecen los síntomas. Pero el enfadarnos por estar deprimidos hará únicamente que nos sintamos peor. Deprimirnos por el hecho de que atravesamos otro episodio depresivo agrava la desgracia, haciendo que sea más difícil que salgamos del episodio. Es normal enfadarse por tener un trastorno bipolar y verse obligado a pasar otra vez por la depresión. Tenemos derecho a estar enfadados, frustrados o decepcionados. Pero lo mejor será reconocer nuestro disgusto y a continuación distanciarnos de ello lo bastante como para poder ponernos a trabajar para sacarnos del apuro. El seguir enfurecido no hace más que añadir leña al fuego. Los ejercicios propuestos en este capítulo nos ayudarán a trabajar nuestra rabia. En el capítulo 7 hablaremos específicamente de la rabia en relación con el hecho de tener un trastorno bipolar.

Estímulos negativos

Las películas con temas o argumentos trágicos, las canciones tristes, los problemas de otras personas, pensar en el pasado, las noticias de la televisión, y las personas con actitudes, habla, expresiones faciales y conductas negativas, todo ello puede empeorar la depresión.

Otras muchas cosas pueden agravar la depresión. Nos tomaremos un momento para anotar en la hoja de trabajo 5.3 las cosas que sabemos que empeoran nuestra depresión. Pensemos en la forma en que determinadas personas pueden hacer que nos sintamos peor, como también lo pueden hacer los cambios en la rutina, las conductas auto-destructivas, o el no tomar ninguna medida positiva. Estas son las cosas que debemos evitar cuando pensamos que están volviendo los síntomas de la depresión.

Entre los factores más frecuentes que empeoran la manía están la falta de sueño, la sobreestimulación, saltarse la medicación, el consumo de drogas estimulantes o de alcohol, y el tratar de mantener o prolongar el subidón.

Hoja de trabajo 5.3: Cosas que hacen empeorar la depresión

Cosas que pueden hacer que la depresión empeore	Qué voy a hacer para solucionarlo

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 5.3 de Amanda

Cosas que pueden hacer que la depresión empeore	Qué voy a hacer para solucionarlo
<i>Pensar en el pasado.</i>	<i>Cocinar algo para distraerme.</i>
<i>Ponerme a repasar mis defectos y mis fallos. Ver películas tristes en la televisión.</i>	<i>Pensar en mis hijos. Levantarme de la cama, apagar la TV y ponerme a hacer algo en otra habitación de la casa.</i>
<i>Recibir “consejos” de mi madre.</i>	<i>Filtrar las llamadas. Llamarla cuando me sienta mejor.</i>
<i>Beber vino.</i>	<i>Ir a una reunión extra de Alcohólicos Anónimos si lo necesito.</i>

¿Qué es lo que hace que empeore la manía?

Mantener el subidón

El disfrute del subidón antes de que se escape de nuestras manos es la razón de que algunas personas se sientan movidas a prolongarlo. Su esperanza es poder seguir hipomaníacos evitando que se convierta en un episodio maníaco pleno. Desgraciadamente, rara vez suele ser este el caso. La hipomanía suele evolucionar habitualmente hacia la manía, y la manía suele venir seguida de una caída brusca y grave en la depresión. Aunque la mayoría de la gente diría que a la larga no vale la pena correr el riesgo, el intento de saborear y disfrutar del subidón sigue siendo una de las cosas más habituales que la gente suele hacer y que inevitablemente agravan la situación. En el capítulo 10 hablaremos de las estrategias para tomar buenas decisiones respecto de aferrarnos a la sensación de euforia o controlar nuestros síntomas. En el capítulo 7 tendremos la oportunidad de analizar nuestros sentimientos respecto de asumir el control de nuestra enfermedad. Los ejercicios propuestos en estos capítulos nos ayudarán a evitar hacer cosas que nos puedan hacer sentirnos peor cuando vemos avanzar la manía.

Falta de sueño

La falta de sueño es un síntoma de la hipomanía y de la manía, pero también es lo que parece agravar el problema. Los estudios sobre las pautas de sueño en los trastornos del estado de ánimo ponen de manifiesto que la falta de sueño puede abocar a una persona con trastorno bipolar a la manía. La falta de sueño puede estar provocada por los viajes, pensar en los problemas a la hora de dormir, trabajar hasta tarde [hacer horas extras], los ruidos molestos en medio de la noche, o dedicarse demasiado a divertirse en horas de dormir. La falta de sueño por estas razones puede derivar rápidamente en insomnio, donde el problema es que no podemos conciliar el sueño. La mayoría de los investigadores del sueño recomiendan acostarse y levantarse aproximadamente a la misma hora todos los días. Para prevenir que nuestros síntomas empeoren, seguiremos estas sencillas normas: evi-

haremos traspasar, planificaremos nuestros viajes con objeto de asegurarnos un buen sueño nocturno, y resolveremos nuestras preocupaciones antes de irnos a la cama. Aprenderemos cómo hacer todo esto en las restantes secciones de este capítulo.

Saltarse la medicación

El no tomar la dedicación puede decididamente empeorar las cosas. Los problemas relacionados con la medicación se abordan en el próximo capítulo. Si no estamos convencidos de que necesitamos seguir la medicación o si pensamos que necesitamos cambiarla, lo hablaremos detenidamente con nuestro médico antes de hacer nada. Recordemos que los síntomas del trastorno bipolar pueden alterar nuestra forma de pensar y desanimarnos respecto de tomar la medicación. El capítulo 6 nos sugiere algunas ideas para sacarle el máximo al tratamiento farmacológico.

Exceso de estimulación

El exceso de ruido, agitación, luz, actividad y cambios pueden generar una sobreestimulación. Abordaremos estas fuentes de sobreestimulación en la tercera parte de este capítulo. De momento, anotaremos en la hoja de trabajo 5.4 nuestras reflexiones respecto de los factores que pueden hacer que empeore la manía.

Ha pasado mucho tiempo desde que Raquel sufrió su último episodio maníaco completo, pero de vez en cuando se siente ligeramente maníaca o hipomaníaca. En la página siguiente aparecen sus ideas para evitar que sus síntomas maníacos empeoren luego de aparecer.

Hoja de trabajo 5.4: Cosas que pueden hacer empeorar la manía

Cosas que pueden hacer que la manía empeore	Qué voy a hacer para solucionarlo

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 5.4 de Raquel

Cosas que pueden hacer que la manía empeore	Qué voy a hacer para solucionarlo
<i>Comprar en grandes centros comerciales, especialmente durante las rebajas.</i>	<i>Evitar las grandes superficies cuando estoy maníaca o limitarme a comprar únicamente artículos de primera necesidad.</i>
<i>Navegar en Internet hasta altas horas de la noche.</i>	<i>Revisar el correo electrónico por las mañanas o conectarme a la red justo después de cenar.</i>
<i>Las reuniones familiares. Hay demasiada gente y demasiado ruido.</i>	<i>Cuando me sienta sobreestimulada, irme a una habitación más tranquila durante un rato o salir de la reunión antes.</i>

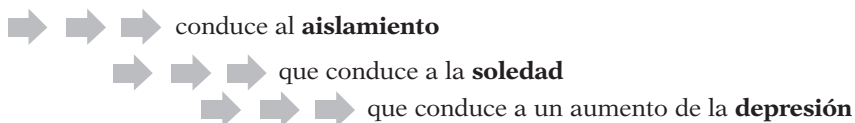
Aumentar los aspectos positivos

Cuando estamos tratando de hacer cambios en nuestra vida y controlar las oscilaciones en nuestro estado de ánimo, es mucho más fácil añadir aspectos positivos que eliminar los aspectos negativos. Por ejemplo, siempre resultará más fácil escoger un nuevo hábito saludable y añadirlo a nuestra rutina, que abandonar un hábito perjudicial. Tras dominar la sección anterior y saber lo que tenemos que hacer para que las cosas no empeoren, concentraremos nuestra atención en tratar de aumentar los aspectos positivos en nuestra vida. Ello incluye las relaciones positivas, las experiencias positivas, la mejora del sueño y el desarrollo de hábitos saludables.

Tener más relaciones

Cuando nos deprimimos, puede que no nos apetezca estar con nadie. Puede parecernos demasiada molestia, la gente puede parecernos pesada o indiferente, o tal vez no queramos que sepan lo que nos pasa. Quizás nos angustiamos por cómo nos vamos a comportar o cómo nos van a tratar los demás. Aunque el guardarnos las cosas para nosotros mismos sea un impulso natural, también es probablemente una de las peores cosas que podemos hacer cuando estamos deprimidos. El aislamiento genera soledad. La soledad aviva la depresión. La depresión hace que queramos aislarnos todavía más. Ello puede convertirse en un círculo vicioso. Mientras estamos solos tenemos demasiado tiempo para regodearnos en nuestra desgracia, no tendremos a nadie que nos pueda disuadir de nuestros pensamientos negativos, y nos perderemos oportunidades de reírnos. A pesar del hecho de que nuestros familiares o nuestros amigos no siempre lleven la razón, los necesitamos para que nos apoyen o, cuanto menos, para distraernos de nuestro dolor.

La depresión



La solución consiste en hacer lo contrario de lo que nos apetece hacer. En lugar de apartarnos de la gente, nos acercaremos a los demás. Les haremos saber que nos sentimos en baja forma. Llamaremos a un amigo, un familiar, alguien de nuestra parroquia, un miembro de nuestro grupo de apoyo, un compañero de trabajo, nuestro terapeuta o nuestro médico, o un vecino. No nos escondamos. Dejemos que los demás se acerquen a nosotros y nos ofrezcan su ayuda. Puede que no sean capaces de resolvernos los problemas, pero pueden estar a nuestro lado para darnos la fuerza adicional que tal vez necesitemos para solucionar nuestros propios problemas.

Mentalizarnos de relacionarnos

Para convencernos de relacionarnos cuando nuestro instinto nos dice que nos mantengamos apartados, tenemos que pensar en las razones por las que puede que sea bueno relacionarnos con los demás. Pensemos en experiencias anteriores en las que nos sentimos bien estando con otras personas, o que nos ayudaron de alguna forma. Tal vez el revivir este tipo de experiencias podría motivarnos a repetirlas más a menudo. Registraremos en la hoja de trabajo 5.5 los aspectos positivos que hemos derivado de relacionarnos con los demás en otro tiempo, y que nos darían una buena razón para relacionarnos en el presente.

Adquirir hábitos saludables

En la hoja de trabajo 5.6 enumeraremos los hábitos saludables que ya tenemos y aquellos que nos gustaría adquirir o fortalecer. Incluiremos también mejores formas de manejar nuestros síntomas, de organizar nuestra vida y de disfrutar más de la vida.

Hoja de trabajo 5.5: Razones para relacionarse con la gente

Cuando me relaciono con los demás, obtengo los siguientes beneficios:

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 5.5 de Paul

Cuando me relaciono con los demás, obtengo los siguientes beneficios:

Me olvido transitoriamente de mis problemas.

Puede que me hagan reír.

Puedo salir de mí mismo durante un rato.

Después me alegro siempre de haberlo hecho.

Hoja de trabajo 5.5 de Amanda

Cuando me relaciono con los demás, obtengo los siguientes beneficios:

Me recuerdan que puedo contar con ellos si lo deseo.

Compruebo la realidad de mi forma de pensar excesivamente negativa. Mi familia me dice que no soy tan inútil como me creo y que no estoy sola en mi desgracia.

Ir a la iglesia junto con otras personas me da esperanza.

Hoja de trabajo 5.6: Hábitos saludables

Hábitos saludables que practico habitualmente:

Hábitos saludables que tengo que fortalecer:

Nuevos hábitos saludables que me gustaría adquirir:

Hábitos saludables que solía practicar y que me gustaría retomar:

Hoja de trabajo 5.6 de Tommy

Hábitos saludables que practico habitualmente:

Hago ejercicio muy a menudo.

Evito comer patatas fritas.

Hábitos saludables que tengo que fortalecer:

Levantarme a tiempo para ir a clase.

Acostarme más temprano.

Nuevos hábitos saludables que me gustaría adquirir:

Leer más.

Beber con menos frecuencia.

Dejar de coleccionar multas por exceso de velocidad.

Hábitos saludables que solía practicar y que me gustaría retomar:

Comer sano.

Hacer todos los ejercicios para casa.

Asistir a todas las clases.

Controlar el peso

El aumento de peso es una de las quejas más habituales entre las personas que toman medicación para el trastorno bipolar. Pero no toda la culpa la tiene la medicación. Es fácil adquirir unos malos hábitos alimenticios y dejar de hacer ejercicio de forma regular. La medicación puede hacernos ansiar alimentos poco saludables, y la depresión puede hacernos buscar el placer en la comida. Pero una vez comencemos a tomar alimentos con alto contenido en grasas o en azúcar y a dejar a un lado las opciones más saludables, resulta fácil engancharse a ellos. Algunas personas tratan de justificar sus malos hábitos alimenticios diciendo que, dado que tienen que cargar con un trastorno bipolar, están en su derecho de disfrutar de los alimentos que les gustan. Otros dicen que la comida es el único placer que tienen en la vida. Ninguna de estas ideas sería tan mala si estos alimentos que nos resultan tan placenteros no nos hicieran aumentar de peso.

La dieta y el ejercicio pueden ser una buena idea, pero muchas personas lo descartan. Cuando su médico les habla de empezar una dieta o un plan de ejercicio, puede que inicialmente se resistan y planteen unas objeciones como las que se presentan en la hoja de trabajo 5.7. Señalaremos rodeando con un círculo las que se apliquen a nuestro caso.

Es cierto que cambiar nuestros hábitos de alimentación puede suponer un gran reto y que hacer ejercicio puede resultar duro. Pero la mayoría de las personas quieren encontrarse en buena forma para poder hacer más cosas y sentirse mejor consigo mismas. Si seguimos la lógica de que es más fácil añadir un aspecto positivo que eliminar un aspecto negativo, podemos introducir algunos cambios positivos en nuestros hábitos alimenticios y nuestra actividad que podrían ayudarnos a controlar nuestro peso. Comenzaremos con un hábito positivo hasta que logremos dominarlo, y a continuación pasaremos a desarrollar otro. Cuando nos sintamos más seguros de que podemos hacer cambios, comenzaremos a eliminar aspectos negativos. La tabla que aparece en la página siguiente contiene una lista de aspectos positivos que podemos añadir y que nos ayudarán a avanzar en dirección a unos hábitos más saludables a nivel de alimentación y de actividad. A medida que vamos leyendo la lista, pensaremos en cuáles seríamos capaces de hacer.

Si pensamos que la mejora de nuestros hábitos de alimentación y de actividad está por encima de nuestras posibilidades, saltaremos directamente a la sección que aparece más adelante en este mismo capítulo titulada “Sentirnos desbordados” (página 152) y realizaremos el ejercicio consistente en desglosar la tarea antes de ponerla en práctica por partes. Nos ayudará a resolver el problema de por dónde empezar.

Una vez que hemos adquirido unos hábitos saludables, tal vez estemos en mejores condiciones de abandonar algunos hábitos insanos. La hoja de trabajo 5.8 contiene una lista de hábitos negativos cuya eliminación podemos tomar en consideración. Trataremos de adoptar alguna de las sugerencias alternativas, y asegurarnos de dominarla antes de pasar a otra.

Hoja de trabajo 5.7: Obstáculos para controlar el peso

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • No sé cómo seguir una dieta. • Odio hacer ejercicio. • No me veo capaz de seguir una dieta precisamente ahora. • No quiero ponerme a dieta. • Me estresará demasiado. | <ul style="list-style-type: none"> • No tengo dinero para comprar alimentos dietéticos. • No puedo permitirme la cuota del gimnasio. • No debería importar tanto que esté gordo. • Lo he intentado y no puedo. • Me encantan los dulces. |
|---|---|

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Añadir los siguientes elementos positivos para controlar el peso y ponerse en forma

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Leer un libro de dietética. • Apuntarse a un programa [e.g., <i>Weight Watchers</i>] de vigilancia de peso. • Leer la información nutricional que aparece en las etiquetas de los alimentos. • Elegir alimentos que sean más saludables para nosotros. • Añadir una pieza de fruta a la comida del mediodía. • Elegir una verdura que nos guste comer. | <ul style="list-style-type: none"> • Cocinar uno mismo más a menudo. • Pasear todos los días. • Fregar los suelos, cortar el césped, rastrillar las hojas. • Ver algún programa de gimnasia en la TV y probar a seguirlo. • Pasear al perro más lejos de lo habitual. • Llevar un podómetro [un cuentapasos]. • Jugar con un niño pequeño. |
|---|---|

Es fácil pensar en los programas de dieta en términos de todo o nada: o hacemos todo lo que dice –introducir todos los cambios positivos, renunciar a los alimentos “malos”, comer siguiendo un horario regular, seguir el programa a rajatabla– o no lo hacemos en absoluto. Lidar con un trastorno bipolar ya es suficientemente duro. Tratar de seguir una dieta al 100% puede brindarnos los mejores resultados, pero es demasiado difícil, no lo aguantaremos. La hoja de trabajo 5.9 incluye algunas ideas generales que pueden ayudarnos a mejorar nuestros hábitos alimenticios. Haremos una señal (✓) junto a los que ya seguimos y dos señales (✓✓) junto a los que queremos probar.

Hoja de trabajo 5.8: Eliminar hábitos negativos para controlar el peso y ponernos en forma

Haga una señal junto a aquellos elementos que le podrían ir bien.

- No tenga comida basura en casa. Si quiere permitirse un capricho, salga y compre una única ración. Si lo tiene a mano, le será más difícil resistirse.
- Eche un vistazo al carro de la compra antes de pasar por caja. Mire cuántos productos estaba a punto de comprar que podrían considerarse insanos. Si hay varios, quite algunos. Al dependiente de la tienda no le importará volver a colocarlos en su sitio.
- Trate de pasar sin comer dulces durante unos días hasta que no tenga tanta ansia de ellos.
- Cambie las bebidas refrescantes ricas en azúcar por bebidas dietéticas o agua.
- Pruebe a quitar el pan de una de las comidas.
- Coma alimentos a la plancha en lugar de fritos.
- Calcule la cantidad de dulces que come al día y póngase el reto de reducirla a la mitad.

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 5.9: Formas de mejorar nuestros hábitos alimenticios

- Piénselo antes de comer. Elija lo que sea mejor para usted.
- Utilice otros recursos. No tiene por qué hacerlo solo. Pida ayuda.
- Apúntese a un grupo de personas que estén luchando por el mismo objetivo que usted.
- Haga todo lo que pueda y siempre que pueda, en lugar de enfocarlo en términos de todo o nada.
- Márquese una serie de pequeños objetivos personales en lugar del objetivo amplio de perder peso.
- Recuerde que una única comida o un único día de comer mal no va a echar por tierra todos los proyectos. Sencillamente, comprométase a hacerlo mejor al día siguiente.
- La pérdida de peso requiere tiempo. No espere cambios de la noche a la mañana y a continuación se desanime al ver que no aparecen inmediatamente.
- Antes de comprar alimentos calificados de *bajos en grasas*, lea la etiqueta y compare las calorías y los hidratos de carbono con los de la versión normal.
- Antes de comer, pregúntese cuánta hambre tiene verdaderamente. Si es sólo aburrimiento y no hambre lo que siente, póngase a hacer otra cosa. Si está alterado y no tiene en realidad ningún hambre en absoluto, utilice alguno de los otros métodos propuestos en este manual para ayudarlo a sentirse mejor. Si lo que tiene es sed, beba algo y a continuación vuelva a valorar el hambre que tiene. Si *de verdad* tiene hambre, coma una cantidad acorde con la cantidad de hambre que siente. A veces bastará con una pequeña cantidad de comida. Recuerde, puede guardar las sobras para más tarde.

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Dormir bien por las noches

Otro aspecto positivo a añadir a nuestra vida sería dormir lo suficiente. La tabla que aparece más abajo muestra una lista de estrategias que podemos utilizar para asegurarnos de dormir bien por las noches. Si hacemos todo lo que podemos para dormir bien y seguimos teniendo insomnio, hablemos con nuestro médico sobre la posibilidad de tomar algo que nos ayude a dormir.

¿Y si no me puedo dormir?

Al igual que hay cosas que podemos hacer para ayudarnos a dormir bien, existen otra serie de cosas que probablemente *no* debemos hacer. Cosas que pueden interferir en el dormir bien por las noches aparecen enumeradas en la tabla de la página siguiente.

Indicaciones para dormir bien

- *Sea regular en sus horarios.* Trate de acostarse y levantarse aproximadamente a la misma hora todo los días, incluso los fines de semana.
 - *Dormir es una “actividad” nocturna.* Evite dormir durante el día y quedarse despierto hasta muy tarde por las noches. Si ya tiene invertido el ciclo de sueño-vigilia, elabore junto con su médico un plan para recuperar un sueño normal.
 - *Reserve la cama como un lugar para dormir.* Habitúese a ver la TV, comer, leer, o revisar las facturas en otra habitación, en la mesa, o en un sofá. Enséñele a su cuerpo a asociar el acostarse con dormir.
 - *Siéntase cómodo.* Haga del lugar donde duerme un sitio agradable eligiendo almohadas, mantas y ropa de dormir que le hagan sentirse bien.
 - *Desconéctese antes de acostarse.* Comience a prepararse para dormir por lo menos una hora antes de acostarse, acallando el entorno y tranquilizando la propia mente.
 - *Evite los estimulantes que puedan mantenerle despierto.* Una taza caliente de cacao o de café, unos cigarrillos o algún postre podrían sonar bien antes de acostarse, pero para las personas sensibles a la cafeína, la nicotina o el azúcar, pueden hacer que resulte más difícil conciliar el sueño. Si tenemos algún problema digestivo, las cenas a última hora o los platos muy condimentados pueden alterarnos el estómago y mantenernos despiertos.
-

Cosas que NO debemos hacer si no dormimos bien

- *Cafeína.* No se prepare una taza de café. La cafeína puede mantenernos despiertos. Si le encanta tomarse una taza de café caliente en una noche fría, compre café descafeinado para la tarde y para la noche.
 - *Internet.* Evite levantarse de la cama para conectarse a Internet. En lugar de entrarle sueño, lo más probable es que estimule el cerebro y se mantenga despierto.
 - *Televisión y lectura.* Si va a ver la televisión o a leer un libro, elija algo que no sea probable que le mantenga despierto. Un buen libro aburrido o una reposición en televisión serán suficientes. Evite los programas en los que aparezca gente discutiendo, películas melodramáticas o de suspense, violencia, o los documentales dramáticos sacados de la vida real.
 - *Labores domésticas.* No se levante a limpiar la casa. Aunque queden cosas por hacer rondándole por la cabeza, el proceso de realizar una labor física en mitad de la noche nos tensará los músculos en lugar de relajarlos. Para estar lo suficientemente alerta mentalmente como para hacer las labores domésticas, tenemos que mantenernos despiertos. Ello frustra el objetivo de dormir bien por las noches.
 - *Ejercicio.* Probablemente no es una buena idea levantarse de la cama para ponerse a hacer ejercicio, aunque sepa que el ejercicio físico puede ayudarle a sentirse cansado. La actividad física puede sobreestimar la mente y el cuerpo. Si el hacer ejercicio suele ser bueno en su caso, prográmesse un tiempo para entrenar antes de irse a la cama.
-

No nos alarmemos

La ansiedad y el sueño no suelen llevarse bien. Si comenzamos a preocuparnos o incluso a asustarnos porque no somos capaces de dormirnos, sólo conseguiremos que nos cueste más dormirnos. El sueño aparece de forma automática. No es algo a lo que podamos obligar fácilmente a nuestro cuerpo, de modo que cuanto más tratemos de convencernos de dormirnos, más tiempo puede que tardemos. El no poder dormirnos puede hacer que nos sintamos frustrados e incluso sacarnos de quicio. Las emociones fuertes como éstas no ayudan a la hora de dormir.

Relajar nuestro cuerpo

La mente y el cuerpo actúan unidas para ayudarnos a conciliar el sueño. Si nuestra mente está demasiado ocupada como para apaciguarnos, podemos favorecer la relajación mental tratando de relajar nuestro cuerpo. Comenzaremos por los dedos de los pies y

seguiremos en dirección a la cabeza. Nos concentraremos en liberarnos de la tensión en cada uno de los músculos y en conseguir que nuestro cuerpo se sienta cómodo. Trabajaremos cada uno de los pies independientemente, luego cada una de las piernas, y así sucesivamente. Asegúremonos de relajar completamente los músculos de la cara, especialmente la frente, la mandíbula y los ojos. Tras haber relajado nuestro cuerpo de los pies a la cabeza, contaremos lentamente hasta diez y con cada número trataremos de dejarnos llevar y de relajarnos un poco más. Buscaremos cualquier posible resto de tensión y lo liberaremos. Si nos atrae este tipo de estrategia, podemos probar con el ejercicio de relajación más elaborado que aparece en el capítulo 10.

¿Demasiado despiertos como para dormirnos?

Si estamos demasiado despiertos como para conseguir conciliar el sueño, quizá sería mejor que nos levantemos de la cama y tratemos de hacer algo relajante, como ver la televisión, leer un libro, o cualquier otra actividad que habitualmente nos ayude a relajarnos o nos cansé mentalmente.

Reducir los aspectos negativos

Ahora que hemos aprendido a no empeorar las cosas cuando aparecen los síntomas y que hemos elaborado un plan para añadir aspectos positivos a nuestra vida, es el momento de dirigir nuestra atención hacia la eliminación de aspectos negativos. Esta sección contiene algunas directrices y sugerencias para reducir las preocupaciones y las rumiaciones, abordar el exceso de estimulación, superar el letargo y controlar los impulsos maníacos a la novedad y la actividad.

Preocupaciones y rumiaciones nocturnas

Mientras empezamos a relajar nuestro cuerpo para conciliar el sueño, a veces nuestra mente divagará por los diferentes acontecimientos que han tenido lugar en el día, conversaciones con otras per-

sonas o problemas que tenemos por delante. Parece algo involuntario. Los pensamientos nos vienen a la cabeza sin más, y una idea va conduciendo a otra. Al poco nos podemos encontrar más despiertos mentalmente que antes de irnos a la cama. Si tenemos con frecuencia este tipo de experiencia en el momento de dormir, es hora de probar una estrategia diferente. Estos son los cinco pasos para controlar las preocupaciones y las rumiaciones nocturnas.

- **Paso nº 1: Dedicar un rato a repasar el día**, nuestras preocupaciones y nuestros problemas antes de acostarnos, si es posible más de una hora antes de acostarnos. A Raquel le gustaba reservar un tiempo antes de ver las noticias de la noche. Viendo el telediario le resultaba más fácil olvidarse del día y prepararse para irse a dormir.

- **Paso nº 2: Hacer una lista.** Cuando empezamos a pensar en cosas que nos preocupan, las anotaremos. Si las vemos escritas, no tendremos que retenerlas en la mente. Esta es una de las listas de Raquel:

Lista de repaso del día de Raquel

Me levanté demasiado tarde.

Mi jefe estaba de mal humor.

El perro no se comió toda la comida.

La falda me apretaba demasiado. Estoy volviendo a engordar.

Recoger la ropa de mi marido de la limpieza en seco.

Llamar a mi madre este fin de semana y tratar de subirle el ánimo.

No olvidar devolver los DVDs al videoclub.

- **Paso nº 3: Priorizar.** Procederemos a colocar los diferentes elementos de nuestra lista por orden de importancia. En ocasiones, las pequeñas cosas pueden parecer muy importantes porque han ocurrido más recientemente o porque fueron muy molestas. Trataremos de que el orden de nuestras preocupaciones refleje la importancia de los distintos elementos dentro de nuestro marco general. Así es como priorizó Raquel los elementos de su lista:

- (1) *Me levanté demasiado tarde.*
- (9) *Mi jefe estaba de mal humor.*
- (6) *El perro no se comió toda la comida.*
- (5) *La falda me apretaba demasiado. Estoy volviendo a engordar.*
- (8) *Recoger la ropa de mi marido de la limpieza en seco.*
- (7) *Llamar a mi madre este fin de semana y tratar de subirle el ánimo.*
- (10) *No olvidar devolver los DVDs al videoclub.*

Raquel se saltó los números del 2-4 y le concedió al segundo elemento un valor de 5, para acordarse de que el siguiente elemento en orden de importancia no era demasiado importante dentro del marco general. Levantarse a su hora sí era importante porque haría que el resto del día fuera más tranquilo. El resto de los elementos, del 5 al 10, no eran tan importantes para Raquel y ciertamente no valía la pena perder el sueño por ellos.

• **Paso nº 4: Elaborar un plan de acción** para aquellos elementos que más nos preocupan. Pensemos en algo que podamos hacer mañana para dar un primer paso en dirección a una solución, aunque sólo sea dedicarle un tiempo a pensarlo un poco más, hablarlo con alguien o informarnos más sobre el tema. No tenemos por qué sentirnos obligados a resolver todos los grandes problemas a la vez. Pensemos en un primer paso lógico tomando en consideración nuestras diferentes opciones y elijamos una que pueda ayudarnos a alcanzar nuestros objetivos. Reflejaremos nuestro plan por escrito de manera que no tengamos que retenerlo en la memoria. Raquel escribió algunas ideas a propósito de los elementos de su lista que pensaba que podía controlar:

- (1) *Me levanté demasiado tarde. Poner el despertador quince minutos antes.*
- (9) *Mi jefe estaba de mal humor. No puedo hacer nada.*
- (6) *El perro no se comió toda la comida. Decirles a los niños que nos le den de comer entre horas.*
- (5) *La falda me apretaba demasiado. Tengo que suprimir el pan durante una temporada.*

- (8) Recoger la ropa de mi marido de la limpieza en seco. *Decirle que vaya él.*
- (9) Llamar a mi madre este fin de semana y tratar de subirle el ánimo. *Puede que no consiga hacer que se sienta mejor.*
- (10) No olvidar devolver los DVDs al videoclub. *Dejarlos en el coche antes de que se me olvide.*

• **Paso nº 5: Detener el pensamiento.** Si lo que estamos rumiando no es muy importante o está fuera de nuestro control, pero nos sigue viniendo a la cabeza, podemos decirnos: “¡Para!” Usaremos un tono decidido con nosotros mismos, aunque sólo sea para nuestros adentros. Recordémonos que la rumiación es un desperdicio de energía. Redirigiremos nuestros pensamientos y nuestras energías hacia algo que merezca la pena o que esté dentro de lo que podemos controlar. Si esto no funcionara, trataremos de pensar en algo más placentero, como recordar un paseo por el parque o la última vez que vimos una hermosa puesta de sol.

Exceso de estimulación

Existen dos fuentes de estimulación que pueden hacer que la manía y la hipomanía empeoren. El primer grupo incluye la estimulación procedente del entorno, como el ruido, y el segundo es la estimulación interna que se deriva de la abundancia de pensamientos o de ideas. El exceso de estimulación externa puede hacer que nos sintamos irritables o ansiosos. Puede agravar los pensamientos acelerados y hacer que nos resulte más difícil concentrarnos. El exceso de estimulación puede mantenernos despiertos por la noche. Incluso cosas positivas, como la gente riéndose y divirtiéndose, pueden sobreestimarnos mentalmente en ocasiones. La tabla que aparece al comienzo de la página siguiente enumera algunas de las cosas de nuestro entorno que pueden estimularnos excesivamente.

A veces, nuestros propios pensamientos y actividades pueden estimularnos excesivamente. Por ejemplo, cuando comienzan a aparecer los síntomas de la manía o de la hipomanía, podemos tener más ideas de lo habitual y también ser más creativos. Cuanto más pensemos

Fuentes de sobreestimulación procedentes del entorno

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| • Ruido | • Risas muy sonoras |
| • Desorden | • Música muy alta |
| • Agitación | • El sonido del teléfono |
| • Demasiada gente | • Niños jugando |
| • El tráfico en la carretera | • Terapia de grupo |
-

las ideas nuevas, más nos estimularemos. Ciertas emociones como la alegría y el entusiasmo parecen intensificar el proceso, sobre todo si tratamos de llevar a la práctica las ideas nuevas. Cuanto más nos emocionemos, más rápido fluirán nuestras ideas. Esto puede hacer que nos sintamos bien de hecho, hasta que la estimulación se vuelve excesiva, nos vienen más ideas de las que podemos manejar, y empezamos a sentirnos agitados o agotados. Desgraciadamente, es difícil detener el proceso una vez que ha llegado demasiado lejos. Ejemplos de cosas que pueden sobreestimarnos internamente aparecen enumerados en la tabla que se muestra más abajo.

Ejemplos de sobreestimulación interna

- Pensamientos acelerados
 - Rumiar el pasado
 - Hacer planes para emprender nuevas actividades o aventuras
 - Darle vueltas a pensamientos o ideas creativos
 - Repetirse las cosas para retenerlas en la memoria, en lugar de registrarlas por escrito
 - Comenzar nuevos proyectos
 - Recordar viejas historias del pasado, sobre todo de acontecimientos cargados emocionalmente
-

Reducir la estimulación ambiental

El primer paso para reducir el exceso de estimulación consiste en **reconocer** lo que está pasando. Puede que nos demos cuenta de que nos sentimos tensos, ansiosos o inestables, pero no siempre podemos reconocer el origen de estas sensaciones. Amanda siente cómo se va poniendo cada vez más tensa cuando los niños están corriendo y dando gritos por la casa. El segundo paso consiste en **identificar** la fuente del estímulo. ¿Se trata de algo de nuestro entorno o de algo dentro de nosotros? En el caso de Amanda, son sus hijos. El tercer paso consiste en **tomar medidas**. Amanda puede encauzar en otra dirección las actividades de los niños de manera que no hagan tanto ruido, o puede salir de la habitación hasta que se sienta más capaz de manejar la situación.

Si la fuente de sobreestimulación es algo de nuestro entorno, busquemos la forma de acallarlo o de distanciarnos de ello. Ello puede implicar bajar el volumen de la televisión o de la radio, alejarse de la multitud, o pedirles a los niños que jueguen a algo más tranquilo. Busquemos un lugar tranquilo donde podamos ordenar nuestros pensamientos y tranquilizarnos. Podemos ir a otra habitación, pasear tranquilamente, apagar la luz y echarnos, o sentarnos en el coche durante un rato.

Si la fuente de sobreestimulación es un ambiente desordenado, podemos salir de él o podemos tratar de arreglarlo. Para arreglarlo, iremos directamente a la sección, “Sentirnos desbordados” (página 152). Aplicaremos el procedimiento paso a paso para ganar control sobre nuestro entorno, arreglando las cosas de una en una.

Reducir la estimulación interna

La estimulación externa es más fácil de controlar que la interna por muchos motivos. Podemos alejarnos de un entorno ruidoso, pero no podemos alejarnos tan fácilmente de una mente ruidosa. Para reducir la estimulación interna, tenemos que encontrar el modo de relajar nuestra mente o de ordenar nuestros pensamientos. El objetivo es el de ralentizar nuestros procesos mentales, de manera que no sean tan excesivamente estimulantes. Aquí tenemos algunas sugerencias:

- **Rodearnos de un ambiente más tranquilo.** Tomar medidas para que nuestro entorno sea más tranquilo es un buen primer paso. Si hay menos ruido en el exterior, habrá menos confusión dentro de nuestra cabeza. Sigamos las instrucciones de la sección anterior para reducir la estimulación externa.

- **Tranquilizarnos.** La sobreestimulación mental parece estar avivada por las emociones fuertes tales como la ansiedad o el entusiasmo. Podemos hacer algún ejercicio de relajación para reducir la tensión de nuestro cuerpo, distraernos durante un rato escuchando música relajante, o descansar durante un rato con las piernas en alto. Cualquier cosa que hayamos comprobado que nos relaja o que nos ayuda a desconectar cuando estamos estresados puede normalmente reducir la sobreestimulación mental.

- **Organizarnos.** Uno de los síntomas de la hipomanía y de la manía es tener un número cada vez mayor de ideas respecto de nuevas actividades o aventuras. A veces sentimos una oleada de motivación que nos empuja a querer ocuparnos de los quehaceres domésticos que teníamos descuidados, iniciar una labor creativa, o introducir un cambio en algún aspecto de nuestra vida. Puede darnos la impresión de que una idea nueva conduce a otra sin más. Esto puede parecer bien, sobre todo si hemos estado deprimidos recientemente y nuestros pensamientos han ido lentos o nuestra motivación ha sido baja. Pero si no le ponemos un límite a la estimulación interna, puede llegar a un punto en el que tengamos demasiadas ideas y nuestros pensamientos se vuelvan desorganizados y agotadores. Para controlar el impulso a seguir cada una de las ideas nuevas que nos vengan a la mente, probaremos a hacer el siguiente ejercicio de establecimiento de objetivos con el fin de organizarnos.

Establecimiento de objetivos

Cuando nos sintamos sobreestimulados o desbordados por el exceso de ideas o el exceso de cosas que hacer, podemos utilizar la hoja de trabajo 5.10 para ayudarnos a ordenar nuestros pensamientos. En el momento en que la manía y la hipomanía comienzan a manifestarse, puede dar la sensación de que todas las ideas nuevas tienen una alta prioridad. Podemos pasar de un proyecto a otro,

empezando muchos pero acabando pocos. Cada actividad puede parecernos razonable de hacer, pero si tratamos de hacer demasiadas cosas, con ello nos sobreestimularemos.

Utilizaremos la hoja de trabajo para el establecimiento de objetivos para anotar todas las posibles actividades que nos vengan a la mente. Entre ellas, podemos reseñar las cosas que tenemos que hacer, las que queremos hacer y aquellas otras que llevamos aplazando desde hace tiempo. Una vez las hayamos escrito todas, trataremos de ver si cada uno de los elementos de la lista tiene una prioridad alta (**A**), media (**M**) o baja (**B**). En la hoja de trabajo, encontraremos una columna específicas A, M y B junto a cada uno de los elementos. Rodearemos con un círculo la que se aplique a nuestro caso. Una *prioridad alta* puede significar que la tarea en cuestión es importante o que conlleva un plazo de finalización inmediato. Las tareas de alta prioridad podrían incluir el pago del alquiler o la reposición de la medicación. Las tareas de *baja prioridad* son aquellas que pueden esperar. No habrá ninguna consecuencia si no las hacemos inmediatamente como, por ejemplo, ver una película determinada o reorganizar el armario ropero. Las tareas de baja prioridad también incluyen aquellas cosas que tendrían sólo pequeñas consecuencias si no las hacemos como, por ejemplo, ir a la tienda a comprar leche. En este caso nos gustaría hacerlo si tuviéramos tiempo, pero no es una emergencia. Las tareas de *prioridad media* son aquellas que se encuentran entre las tareas de prioridad alta y las tareas de prioridad baja.

Cuando hayamos terminado nuestra lista y hayamos valorado nuestras prioridades, revisaremos la lista. Si hemos marcado demasiadas tareas con la valoración de prioridad alta, consideremos de nuevo si se trata de cosas que tenemos que hacer absolutamente de inmediato o que pueden esperar hasta que tengamos más tiempo. De primeras, es fácil pensar que todo tiene una prioridad alta, aunque no sea así.

Seleccionaremos aquellos elementos que tengan verdaderamente una prioridad alta, y los colocaremos en el orden según queramos llevarlos a cabo, asignando un 1 al elemento más importante y con la prioridad más alta, un 2 al segundo elemento más importante, y así sucesivamente. Anotaremos estos números en la columna llamada "Orden de prioridades".

**Hoja de trabajo 5.10: Hoja de trabajo
para el establecimiento de objetivos**

Actividades, responsabilidades e intereses actuales	Prioridad			Orden de prioridades
	Alta	Media	Baja	
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 5.10 de Paul

Actividades, responsabilidades e intereses actuales	Prioridad			Orden de prioridades
	Alta	Media	Baja	
<u>Acabar de leer el nuevo libro</u>	A	M	(B)	_____
<u>Pagar el alquiler</u>	(A)	M	B	<u>1</u>
<u>Devolverle la llamada a mi madre</u>	A	(M)	B	_____
<u>Cambiar el aceite del coche</u>	A	(M)	B	_____
<u>Pedirle a Alice que salga conmigo el viernes</u>	(A)	M	B	<u>3</u>
<u>Ingresar dinero en el banco</u>	A	(M)	B	_____
<u>Averiguar los códigos del nuevo videojuego</u>	A	M	(B)	_____
<u>Buscar trabajo</u>	A	(M)	B	_____
<u>Llamar para que me arreglen el ordenador</u>	(A)	M	B	<u>7</u>
<u>Hacer la compra</u>	A	(M)	B	_____
<u>Comprar tabaco</u>	(A)	M	B	<u>8</u>
<u>Renovar las recetas</u>	A	(M)	B	_____
<u>Lavar la ropa sucia</u>	(A)	M	B	<u>4</u>
<u>Ir a la facultad</u>	A	(M)	B	_____
<u>Arreglar la ventanilla del coche</u>	(A)	M	B	<u>5</u>
<u>Conseguir el número de teléfono de Alice</u>	(A)	M	B	<u>2</u>
<u>Acabar el trabajo para clase</u>	(A)	M	B	<u>6</u>
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____
_____	A	M	B	_____

A continuación viene la parte más difícil. Tenemos que obligarnos a hacer las cosas de una en una, empezando por aquélla a la que le hemos asignado la máxima prioridad. A pesar de que nuestro instinto pueda llevarnos a saltar de una actividad a otra, nos comprometeremos a acabar lo que estamos haciendo antes de pasar a lo siguiente.

Sentirnos desbordados

- ¿Sabemos exactamente lo que tenemos que hacer, pero no somos capaces de ponernos manos a la obra?
- Cuando empezamos a abordar una tarea difícil, ¿pensamos inmediatamente en todo lo que conlleva su realización y nos sentimos agotados y desanimados antes incluso de empezar?
- ¿Nos parece más de lo que podemos hacer en estos momentos?
- ¿Nos conduce ello a demorarnos y aplazar las cosas mucho más tiempo del que deberíamos?

Si nos parece que este es nuestro caso, es probable que nos sintamos desbordados con demasiada facilidad. Abandonar o evitar totalmente nuestras obligaciones normalmente hace que cada vez nos quedemos más atrás. El saber que nuestras obligaciones se van amontonando puede empeorar nuestra depresión, sobre todo si ello hace que nos sintamos mal con nosotros mismos. El proceso funciona de la siguiente manera:

- Cuando nos sentimos desbordados, solemos decirnos a nosotros mismos: “No puedo con ello” y nos sentimos extremadamente tensos. Cuando dejamos a un lado una tarea, nos estamos diciendo: “Estarás mejor ahora que te lo has quitado de encima”, y nos sentimos más relajados.
- Sin querer nos estamos enseñando que realizar tareas duras es estresante o perjudicial y que al dejarlas de lado nos sentimos mejor. Ello se traduce en que la próxima vez que nos veamos enfrentados con un problema difícil, será más probable que huyamos de él en lugar de afrontarlo.

- A lo largo del proceso comenzamos a perder la confianza en nosotros mismos.
- Cuando la seguridad en nosotros mismos es baja, es menos probable que nos obliguemos a hacerle frente a las situaciones estresantes.
- Mientras tanto, los problemas o las tareas pueden ir agrandándose y haciéndose cada vez más difíciles de manejar.
- Todo esto hace que nos sintamos más deprimidos.

La mejor forma de manejar esta situación es desglosándola y llevándola a cabo por partes.

Cómo desglosar una tarea y ponerla en práctica por partes

La manera de abordar esta sensación de desbordamiento y avanzar en dirección al logro de nuestros objetivos consiste en cambiar la forma de enfocar la tarea o el problema. Tanto si se trata de limpiar una casa que tenemos abandonada desde hace meses, ponernos al día en los papeles de la declaración de la renta o buscar trabajo, podemos desglosar una labor enorme y abrumadora en partes más pequeñas y más manejables. Todo depende de cómo lo enfoquemos.

Si al observar el desorden de nuestra vivienda lo contemplamos como una zona catastrófica cuya limpieza nos llevará semanas, puede parecernos una tarea demasiado extenuante como para ponernos manos a la obra. Si queremos trabajar, pero nos ponemos a pensar en todas las cosas que debemos hacer previamente para prepararnos, encontrar algún puesto vacante, y convencer a alguien de que nos contrate, la enorme magnitud de la tarea podría frenarnos en seco. Cuando estamos deprimidos, si nuestra motivación es baja no sabemos cómo empezar. Si nuestra capacidad de concentración se encuentra mermada, puede que no podamos mantener la atención lo suficiente como para organizarnos. Si nuestros niveles de energía son bajos, puede que nos sintamos demasiado cansados como para hacer nada. Todos estos factores tomados conjuntamente contribuyen a que nos sintamos completamente desbordados.

Depresión + tarea compleja = sentirnos desbordados

Si el solucionar un gran problema nos haría sentirnos mejor, probaremos a seguir los pasos propuestos en el siguiente apartado para descomponer las tareas complejas en partes más pequeñas y más manejables y abordarlas paso a paso.

Cómo desglosar

• **Paso nº 1: No decirnos que tenemos que hacerlo todo de una vez.** Es posible que prefiramos solucionarlo todo en un solo día, pero puede que no sea razonable. Anotaremos algunas advertencias u observaciones dirigidas a nosotros mismos en la hoja de trabajo 5.11 que pudieran ayudar a marcarnos unos objetivos más realistas para finalizar nuestras tareas.

Amanda es un tanto perfeccionista y espera poder con todo todas las veces. Cuando ha tratado de decirse que lo mejor era hacer una pequeña cantidad de trabajo cada vez, no le salió bien porque otra parte de ella le respondía diciendo que *debía* ser capaz de conseguir hacerlo todo. De hecho, solía poder hacer grandes tareas domésticas en un solo día cuando no estaba muy deprimida. Si somos como Amanda, puede que tengamos que trabajar la posibilidad de concedernos alguna licencia [no ser tan hacendosos]. Es mejor hacer las cosas poco a poco, que no hacer nada en absoluto. Algo es mejor que nada. Trataremos de recordarlo cuando nuestro perfeccionismo nos ponga el listón demasiado alto.

Hoja de trabajo 5.11: Una sola cosa a la vez

Cosas que puedo decirme a mí mismo para hacer las cosas de una en una:

(e.g., *Aunque no pueda hacerlo todo, hacer algo es mejor que no hacer nada*)

- **Paso nº 2: Anotar todos los pasos pertinentes** para solucionar el problema o finalizar la tarea correspondiente. Puede que no nos guste escribir las cosas, pero el hecho de sacarlo de nuestra cabeza y ponerlo en el papel nos ayudará a sentirnos menos desbordados. Tratemos de escribir nuestras ideas en la hoja de trabajo 5.12 y veamos si funciona en nuestro caso.

A Paul le resultó útil la idea de escribir una lista con los pasos necesarios para ponerse al día con un trabajo de investigación que debía entregar en clase. Cuando lo desglosó, le pareció más manejable.

Amanda, por su parte, empezó a escribir los pasos necesarios para limpiar la casa y se sintió desbordada por la cantidad de cosas que tenía que hacer. Dejó la lista y empezó a limpiar la casa sin más. En su caso le fue mejor pasar directamente al tercer paso.

- **Paso nº 3: Elegir un punto de partida.** El primer paso podría ser obvio, pero en la mayoría de los casos hacer algo, aunque nos saltemos el orden, es mejor que no hacer nada. Si sentimos el impulso de dar más de un solo paso, tratemos de resistirnos. Si nos ponemos a hacer demasiadas cosas, nos volveremos a sentir totalmente desbordados otra vez. Elegiremos un primer paso y lo anotaremos en la hoja de trabajo 5.13. El hecho de verlo escrito puede ayudarnos a mantener nuestro compromiso con nosotros mismos.

Raquel solía retrasarse en el pago de sus facturas de cuando en cuando. Le repugnaba siempre la tarea porque le recordaba que tenían muy poco dinero. Dado que con frecuencia evitaba pagar las facturas, no tenía un sistema organizado para ordenar las facturas, saber dónde estaba su talonario de cheques, o los plazos de vencimiento de cada una de ellas. Había pensado en intentar elaborar un sistema, pero le llevaría más tiempo del que quería dedicarle a la tarea. En lugar de ello, encontró el talonario de cheques y se dedicó a ir pagando las facturas a ratos a lo largo del día a medida que las iba encontrando. Raquel sabía que ésta no era la forma más eficaz de abordar la cuestión, pero al menos consiguió hacerlo.

Hoja de trabajo 5.12: Pasos a dar

Los pasos que quiero dar son:

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 5.13: El primer paso

Voy a empezar por:

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Cómo poner en práctica

- **Paso nº 1: Elegir un día y una hora para empezar.** Nos pondremos una fecha para dar el primer paso de nuestra tarea. Escogaremos un momento que sea realista, en el que no haya probabilidad de que nos vayan a interrumpir constantemente, ni tampoco sea probable que nuestras restantes obligaciones nos vayan a interferir. Deberá ser un momento en que sea probable que dispongamos de tiempo y energías.

- **Paso nº 2: Dar el primer paso** incluso si no estamos de humor, no nos sentimos motivados, o se nos ocurren una docena de cosas que preferiríamos hacer. Digámonos a nosotros mismos que avanzar un poquitín es mejor que no avanzar nada en absoluto.

Son muchas las personas que se quejan de que se sienten desmotivadas y desinteresadas a la hora de hacer tareas desagradables, sobre todo cuando el solo hecho de pensar en ello les hace sentirse desbordados. Aplazan las cosas hasta que no se sientan motivados a actuar, pero la motivación raramente llega. No hay ninguna fórmula mágica para elevar la motivación o para obligarnos a pasar a la acción. En última instancia, sólo es cuestión de optar por el hecho de que lo mejor para nosotros es hacer algo. Damos el primer paso a pesar de todas nuestras resistencias y de todas nuestras excusas, porque estamos convencidos de que es lo que tenemos que hacer. Llegado ese momento, ignoraremos las emociones negativas que nos paralizan y nos limitaremos a empezar de alguna forma. Una vez que nos veamos haciendo algo, empezaremos a recuperar la motivación.

- **Paso nº 3: Tachar cada paso de la lista a medida que los vamos llevando a cabo.** Démonos una palmadita en la espalda o concedámonos algún capricho por haber hecho algo. Evitemos el decirnos que no tiene importancia porque todavía nos quedan muchas más cosas por hacer. Tenemos que hacer que el esfuerzo merezca la pena [merezca una recompensa]. Si somos de esas personas que se sienten motivadas por el alivio que sentimos cuando tenemos algo hecho, la finalización de una tarea podría ser en ese caso la única recompensa que necesitamos. Si la labor que estamos tratando de llevar a cabo nos resulta difícil y no nos reporta un gran placer, tendremos que encontrar otra forma de darnos un refuerzo positivo por haberlo hecho. Este es un paso muy importante porque nos da una razón para continuar con el siguiente paso de la tarea. Pensemos en una posible recompensa que nos podríamos dar. No tiene porqué ser un premio de la envergadura de un viaje a Disneylandia. Permitirnos un descanso, comernos un helado, ver nuestro programa favorito de televisión o darnos un baño de espuma, todo ello puede ser gratificante. Planificaremos por anticipado nuestra recompensa y la escribiremos en la hoja de trabajo 5.14 para ayudarnos a acordarnos de hacerlo.

- La recompensa de Raquel por pagar todas las facturas consistió en tomarse una taza de té y pintarse las uñas.
 - La recompensa de Amanda por dar el primer paso hacia sus objetivos es darse un respiro de sus autocríticas por sus atrasos.
 - La recompensa de Paul por terminar su trabajo para clase consistirá en tomarse su postre favorito después de cenar.
- **Paso nº 4: Seleccionar la siguiente parte** de la tarea que hay que hacer y programar un plazo para hacerla. Repetiremos los pasos 1 al 4 hasta que lo hayamos hecho. Cuando hayamos terminado nuestra tarea, nos concederemos algún mérito o recompensa, o se lo comunicaremos orgullosos a alguien que comprenda el valor de lo que hemos sido capaces de hacer.

No valorar los logros

Raquel espera mucho de ella misma, incluso cuando se siente deprimida. No se concede ninguna licencia por encontrarse baja de energías a veces o tener problemas para concentrarse. Raquel utiliza el método del paso a paso que acabamos de describir cuando se siente desbordada y estancada, pero cuando finaliza cada parte, en lugar de felicitarse, se critica duramente por no haber conseguido hacerlo más rápido o mejor.

Hoja de trabajo 5.14: Posibles recompensas

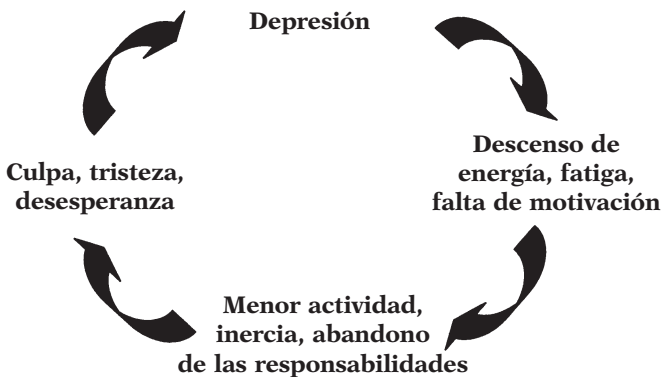
Cuando sea capaz de pasar a la acción, me daré a mí mismo la siguiente recompensa:

Arremeter contra nosotros mismos después de lograr algo no es la mejor manera de motivarnos. Si estuviéramos enseñando a otra persona –por ejemplo, un niño o un estudiante– no le regañaríamos por no haber acabado las tareas antes o mejor. Si lo hicieramos, el niño o el estudiante dejaría de hacer nada que le pidiéramos. Nosotros no somos muy diferentes.

Las personas con un trastorno bipolar que también tienen rasgos perfeccionistas pueden hacerse mucho daño negándose a animarse y a elogiarse hasta que no han logrado superar un listón muy elevado. Cuando estamos luchando con las oscilaciones de nuestro estado de ánimo y demás síntomas del trastorno bipolar, la perfección es muy difícil de lograr. Si esto nos suena familiar, tratemos de no ir contra nosotros mismos esperando más de lo que sería razonable. A veces tenemos que darnos una palmada en la espalda por el solo hecho de levantarnos por la mañana, porque hay veces que el conseguir sacarnos de la cama es un logro de primera magnitud.

El ciclo del letargo

Cuando estamos deprimidos es fácil que quedemos atrapados en un ciclo letárgico. La depresión suele generar un descenso de energía, hacer que nos fatiguemos más fácilmente y que perdamos el interés por nuestras actividades habituales. Cuando hacemos menos cosas, nos sentimos peor. Al sentirnos peor, la depresión se acrecienta.



Para vencer el letargo, debemos encontrar un modo de romper el ciclo. En los siguientes apartados se describen dos métodos para romper el ciclo del letargo encontrando la forma de pasar a la acción. Al igual que el ejercicio anterior, estos dos nuevos métodos [programación de actividades y lista A/lista B] tienen que ver con simplificar lo que tenemos que hacer de manera que no nos sintamos tan desbordados, y a continuación proceder paso por paso.

Si llevamos un tiempo estancados en este ciclo letárgico, podría parecernos particularmente difícil encontrar la forma de salir. Probablemente, únicamente pasaremos a la acción si tenemos una razón verdaderamente buena para hacerlo. Por ello, antes de comenzar a trabajar los siguientes ejercicios, nos detendremos un minuto y pensaremos en las razones que podríamos tener para romper el ciclo del letargo y pasar a la acción. Anotaremos nuestras razones para pasar a la acción en la hoja de trabajo 5.15. Entre las razones de Amanda figuran que tiene que cuidar de sus hijos, que está cansada de ser una miedica, y que se siente mejor con ella misma cuando hace algo que no sea estar tirada en el sofá. Las razones de Paul para salir del bache de la inactividad son que tiene un montón de cosas que hacer, cosas que no harán sino empeorar cuanto más las siga abandonando, y que además le repugna sentirse diferente del resto de la gente. Raquel rara vez suele volver a caer en estos baches desde que ha aprendido a controlar sus síntomas, pero cuando ha estado aletargada anteriormente necesitaba salir de semejante situación porque aunque no estuviera haciendo nada, no podía dejar de pensar en que tenía que levantarse y hacer algo. Podía parecer que estaba descansando, pero la sensación de culpa y la autocrítica le permitían cualquier cosa menos descansar.

Planificación de actividades

A algunas personas les resulta útil seguir un horario cuando están deprimidas, inactivas o faltas de organización. Si no tenemos un horario regular de actividades, como el marcado por el trabajo o el estudio, es fácil que desperdiciemos un montón de tiempo sin hacer nada en absoluto. El problema de no hacer nada es que podríamos estar perdiéndonos cosas que nos harían sentirnos mejor con nosotros mismos o darnos una sensación de logro. También podríamos estar

Hoja de trabajo 5.15: Razones para pasar a la acción

Mis razones para pasar a la acción son:

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

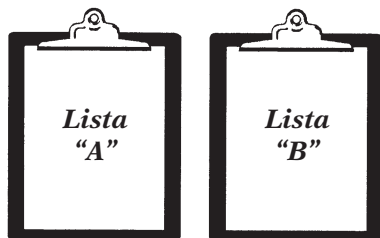
perdiéndonos oportunidades de divertirnos. Realizar actividades agradables puede levantar el ánimo. En ese caso, la mayoría de las veces nos sentiremos con más energía y más motivados para cuidar de otros aspectos de nuestra vida.

La hoja de trabajo 5.16 está dividida en dos partes: un horario de actividades de domingo a martes y otro de miércoles a sábado. Podemos hacer un horario para toda la semana o planificarnos de día en día. Para sacarle el máximo partido a los horarios de actividades, reservaremos un rato la noche antes para planificar el día siguiente. Si sabemos lo que vamos a hacer mañana, evitaremos perder el tiempo e impediremos que la falta de motivación acabe dominándonos totalmente. En el cuadro siguiente aparecen enumeradas algunas indicaciones para organizar nuestro horario de actividades.

Indicaciones para organizar nuestro horario de actividades

- Marque a qué hora tiene previsto levantarse y acostarse cada día.
- Anote las actividades que tienen un horario regular, como el trabajo o las citas, reuniones, compromisos, etc.
- Planifique como mínimo una pequeña actividad placentera cada día.
- Programe un tiempo para realizar una tarea [obligación, empresa] cada día .
- Sea realista a la hora de planificarse. No programe demasiadas cosas.

La lista “A” y la lista “B”



Un método de planificación más sencillo que la programación de actividades consiste en hacer cada día una pequeña lista con las cosas que tenemos que hacer sin más remedio y otra con las que nos gustaría hacer si dispusiéramos del tiempo y de las energías. Las cosas que tenemos que hacer conformarán nuestra lista “A”. No debemos anotar más que unas pocas cosas cada día en esta lista. Los elementos que componen la lista “A” son cosas que no pueden esperar, como pagar una factura, ir a comprar o acudir a una cita.

Los elementos que componen la lista “B” incluyen cosas que nos gustaría hacer si tuviéramos tiempo. No son cosas que tengamos que hacer sin más remedio en ese día, pero si nuestro tiempo y nuestra energía nos lo permiten, nos gustaría hacerlas verdaderamente. Ello puede incluir hacer un recado con tiempo de sobra en lugar de esperar al último minuto, o renovar las recetas antes de tomar el último comprimido. Los elementos de la lista “B” también pueden ser actividades de esparcimiento, como ir a ver a un amigo, dedicarnos a una afición, o leer un libro por puro placer. No debemos anotar más que unas pocas cosas cada día en esta lista “B”, sobre todo si es probable que nuestra lista “A” ya nos lleve un montón de tiempo.

El objetivo es tratar de acabar las actividades de la lista “A” antes de empezar las actividades de la lista “B”. Al igual que el ejercicio para el establecimiento de objetivos, esto nos permitirá hacer las cosas más importantes en primer lugar, solucionar los problemas más urgentes y tener una sensación de logro. Cualquiera de los elementos restantes podemos dejarlos para el día siguiente.

He aquí un ejemplo de las listas “A” y “B” que Paul confeccionó tras hacer la hoja de trabajo para el establecimiento de objetivos.

Hoja de trabajo 5.16: Horario de actividades, de domingo a martes

Ponga una x en el cuadro correspondiente tras finalizar cada tarea

Hora	Fecha: _____ Domingo	Lunes	Martes
9:00 A.M.	☐	☐	☐
10:00	☐	☐	☐
11:00	☐	☐	☐
12:00 P.M.	☐	☐	☐
1:00	☐	☐	☐
2:00	☐	☐	☐
3:00	☐	☐	☐
4:00	☐	☐	☐
5:00	☐	☐	☐
6:00	☐	☐	☐
7:00	☐	☐	☐
8:00	☐	☐	☐
9:00	☐	☐	☐

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 5.16: Horario de actividades, de miércoles a sábado

Ponga una x en el cuadro correspondiente tras finalizar cada tarea

Hora	Fecha: _____ Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
9:00 A.M.	☐	☐	☐	☐
10:00	☐	☐	☐	☐
11:00	☐	☐	☐	☐
12:00 P.M.	☐	☐	☐	☐
1:00	☐	☐	☐	☐
2:00	☐	☐	☐	☐
3:00	☐	☐	☐	☐
4:00	☐	☐	☐	☐
5:00	☐	☐	☐	☐
6:00	☐	☐	☐	☐
7:00	☐	☐	☐	☐
8:00	☐	☐	☐	☐
9:00				

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Mi lista “A”Cosas que necesito hacer hoy

1. Pagar el alquiler.
2. Pedirle a la amiga de Alice que me dé su número de teléfono.
3. Pedirle a Alice que salga conmigo el viernes.

Mi lista “B”Cosas que me gustaría hacer cuando acabe mi lista “A”

1. Poner una lavadora de ropa sucia.
2. Llamar al taller para que me arreglen la ventanilla del coche.
3. Revisar el trabajo de investigación que tengo que entregar en clase la semana que viene.

El deseo de cambio

Es normal querer cambiar algo en nuestra vida de cuando en cuando. Todos sentimos alguna vez el impulso de cambiar de peinado, de mudarnos a otro lugar, pintar la casa, recolocar los muebles, aprender una afición nueva, cambiar de trabajo, o alguna otra manera de hacer nuestra vida un poco más interesante. No hay nada malo en cambiar. Puede ser algo negativo, sin embargo, si tratamos de hacer demasiados cambios a la vez –por ejemplo, cuando empezamos muchos proyectos pero acabamos muy pocos. La hipomanía y la manía tienden a avivar el impulso de cambiar, y pueden hacer que las personas pasen a la acción sin pensar las cosas detenidamente. Si nos distraemos con facilidad, podemos empezar a hacer algún cambio en nuestra casa, como recolocar los muebles, pero algo diferente llama nuestra atención, como ponernos a ordenar los álbumes de fotos o limpiar un armario por dentro. Antes de poder concluir la segunda tarea, una tercera puede venirnos a la mente, sobre todo si estamos en la fase de la hipomanía en que se nos ocurren un montón de ideas creativas. Si pudiéramos ocuparnos de todos los cambios que iniciamos, probablemente no habría ningún problema. Desgraciadamente, cuando nos distraemos o cuando tenemos demasiadas ideas, pode-

mos empezar a desorganizarnos y terminar por sentirnos desbordados por todas las cosas que tenemos que hacer. Si la depresión sigue a un período hipomaniaco o maniaco, estos proyectos o tareas inacabadas, el desorden generado a nuestro alrededor, los gastos excesivos en los materiales necesarios para hacer los cambios que pretendíamos, todo ello podría hacer que nos sintiéramos todavía peor.

Existen algunas estrategias para hacerle frente al impulso de cambiar. Una es dejar pasar un tiempo entre tener una idea y llevarla a la práctica. Durante esta pausa disponemos de un tiempo para hacernos algunas preguntas, como:

- *¿Deseo realmente hacer este cambio?*
- *¿Merece la pena el tiempo y la energía?*
- *¿Cómo de grande es el esfuerzo que estoy dispuesto a realizar?*
- *¿Alguien más piensa que es una buena idea?*
- *¿Estoy teniendo un impulso indiscriminado de cambiar, o realmente estoy insatisfecho con las cosas como están?*

Si creemos que el deseo de cambio está motivado por la hipomanía o la manía, otra estrategia sería tomar las precauciones necesarias para controlar los síntomas y a continuación preguntarnos si verdaderamente hay algún pequeño cambio que podemos hacer para satisfacer dicha necesidad. En lugar de comprar un coche nuevo, ¿bastaría con lavar y encerar el que ya tenemos? En lugar de mudarnos de casa, ¿hay algún cambio que podríamos hacer para que nuestro viejo apartamento resultara más atractivo o estuviera mejor ordenado? ¿Podemos recolocar las cosas para aprovechar mejor el espacio en lugar de irnos a un lugar más grande? Si sentimos el impulso de cambiarnos el color de pelo, podemos escoger un tinte provisional que se vaya con un lavado si cambiamos de opinión. En lugar de elegir un corte de pelo muy arriesgado, podemos tratar de peinarnos de otra forma o de pedirle a un amigo o a un buen peluquero que nos ayude. Si lo que queremos es un cambio de imagen, podemos partir de la ropa que ya tenemos en lugar de comprar cosas nuevas. Si necesitamos accesorios, podemos ir a una tienda de saldos o de reventa antes de gastar un dinero del que luego nos podríamos arrepentir. Si

queremos hacer cambios más importantes tales como cambiar de novio, de novia, de amante, o de cónyuge, leeremos primero el capítulo 9. A lo largo de dicho capítulo aprenderemos a bajar el ritmo, focalizar nuestra atención y tomar buenas decisiones.

¿Y después?

Este capítulo estaba repleto de información acerca de cosas que podemos hacer para prevenir la reaparición de los síntomas o para impedir que se agraven una vez han comenzado a manifestarse. Comprobaremos la utilidad real de estas estrategias cuando consigamos llevarlas a la práctica en nuestra vida cotidiana. Hay un montón de cosas que tenemos que acordarnos de hacer, por lo que es posible que tengamos que volver a leer este capítulo cuando pensemos que los síntomas están reapareciendo, y seguir las instrucciones que se apliquen a nuestra situación en ese momento. Para facilitarnos las cosas, podemos elegir trabajar los distintos aspectos de uno en uno como, por ejemplo, regular el sueño o evitar la sobreestimulación.

Una de las mejores precauciones que podemos tomar para controlar el trastorno bipolar es la de ser constantes con la medicación. Este es el punto débil de muchas personas. Por ello, el siguiente capítulo está dedicado completamente a las cuestiones relacionadas con el tratamiento farmacológico. Tanto si hemos decidido no tomar ninguna medicación en absoluto como si somos absolutamente constantes a la hora de tomarla, probablemente nos resulte muy sugerente el capítulo 6.

6

Sacarle el máximo partido a la medicación

A lo largo de este capítulo:

- **Aprenderemos a evaluar nuestras creencias respecto de tomar medicación para el trastorno bipolar.**
- **Conoceremos cuáles son los factores que nos impiden tomar la medicación con regularidad.**
- **Nos serviremos de los contratos conductuales para elaborar un plan personal de tratamiento.**
- **Sabremos lo que debemos hacer en el caso de que queramos descansar de la medicación.**

Si nos han diagnosticado un trastorno bipolar, es más que probable que nos hayan recetado una medicación que nos ayude a controlar nuestros síntomas. Tomar la medicación para una enfermedad como esta no es como tomar medicamentos para combatir un resfriado, o una infección, ni para sobrellevar un dolor o una molestia. A continuación tenemos una serie de datos esenciales sobre el tratamiento farmacológico del trastorno bipolar:

- **Hecho constatado nº 1: La medicación es necesaria para controlar plenamente los síntomas de este trastorno y para prevenir su reaparición una vez que han remitido.** Se han llevado a cabo un número considerable de investigaciones sobre el tratamiento de la depresión y la manía dentro del ámbito del trastorno bipolar, y los resultados ponen de manifiesto reiteradamente que las personas afectadas por este trastorno tienden a desenvolverse mejor con la medicación que sin ella. Procederemos a reflejar la intensidad de nuestra creencia en este dato en la hoja de trabajo 6.1.

- **Hecho constatado nº 2: A la mayoría de las personas que tienen un trastorno bipolar no les gusta tomar la medicación. Además, la mayoría de ellos atraviesan épocas en las que deciden abandonarla por completo, la toman de forma menos regular, o modifican las tomas por su propia cuenta con el fin de hacerla más tolerable.** La investigación sobre la adherencia al tratamiento farmacológico del trastorno bipolar muestra que la mayoría de las personas que tienen un trastorno bipolar toman parte de la medicación la mayor parte del tiempo y la totalidad de la medicación durante sólo algún tiempo. Un grupo más reducido de estas personas toma toda la medicación durante todo el tiempo, sobre todo las personas que también son organizadas y constantes en otros aspectos de su vida. Y también hay algunas personas que dejan completamente de tomar toda la medicación. A lo largo de toda una vida de lidiar con el trastorno bipolar es probable que pasemos por momentos en los que tomaremos menos medicación de la que nuestro médico desearía o la tomaremos de una forma menos regular de la que nos prescribieron. Revisaremos la hoja de trabajo 6.2 y marcaremos las respuestas que se apliquen a nuestro caso.

Hoja de trabajo 6.1: Nivel de creencia en el dato nº 1

¿Hasta qué punto está convencido del dato nº 1?

0%	50%	100%
No me lo creo en absoluto	Todavía no estoy seguro	Sé que es verdad

Si no está firmemente convencido de este dato, ¿qué haría falta para convencerle?

¿Cómo podría recabar la información que necesita para sopesar esta idea?

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

- **Hecho constatado nº 3: La mayoría de los fármacos prescritos para controlar los síntomas del trastorno bipolar no hacen efecto si no se toman de forma muy constante y a unas dosis lo bastante altas como para lograr un efecto positivo.** Tal vez pueda parecer obvio, pero debido a que las oscilaciones del estado de ánimo van y vienen, es fácil suponer que la medicación se puede utilizar de forma intermitente.

Tommy cuestionó la opinión de su médico cuando éste insistió en que debía seguir tomando Depakine [anticonvulsivante] y litio [anti-maníaco, estabilizador del estado de ánimo] incluso después de que la manía hubiera remitido.

No entiendo por qué tengo que tomarlos. Tuve una infección de garganta bastante grave el año pasado y estuve tomando dos antibióticos diferentes hasta que logré vencerla. Pero una vez que desapareció la infección, no tuve que seguir tomando más antibióticos por la sola razón de evitar la posibilidad de coger otra. ¿Por qué tengo entonces que seguir tomando el litio? Me hace sentirme cansado, apenas puedo concentrarme en clase, y además ya no estoy maníaco.

Hoja de trabajo 6.2: Mi pauta de medicación

Haga una marca (✓) junto a las categorías que describan mejor su pauta actual de medicación

- Tomo todos los fármacos todos los días y a la misma hora cada día.
- Tomo algunos de los fármacos todos los días.
- Tomo todos los fármacos casi todos los días.
- Intento tomar la medicación todos los días, pero con frecuencia se me olvida.
- He dejado de tomar algunos de los fármacos por mi propia cuenta.
- No estoy tomando actualmente ninguna medicación para el trastorno bipolar.

Estoy satisfecho con mi forma de tomar la medicación actualmente.

Sí () No ()

En caso negativo, ¿qué es lo que no le satisface de su pauta actual?

Me gustaría introducir algunas mejoras en mi forma de tomar la medicación.

Sí () No ()

En caso afirmativo, ¿qué mejoras le gustaría introducir?

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Tommy realizó una interesante objeción que a nivel superficial no parece ilógica. Su médico le explicó que el trastorno bipolar no es una infección ni un virus que desaparece sin más. Los fármacos controlan los síntomas y pueden ayudar a evitar que reaparezca la manía y la depresión, pero no solucionan el problema biológico subyacente que genera los síntomas. En este sentido, es similar a tener una diabetes. Los diabéticos toman su medicación para controlar los síntomas de la diabetes, pero por ahora no existe una cura definitiva.

A Tommy le habían explicado todo esto anteriormente y parece comprenderlo teóricamente, pero no está dispuesto a aceptar plenamente que tiene una enfermedad mental crónica. Siguió el tratamiento mientras se encontraba mal, pero jamás se había imaginado que tendría que tomar la medicación durante el resto de su vida.

¿Estaríamos de acuerdo con Tommy? Él no se traga la idea de que podría tener que tomar la medicación de manera ininterrumpida durante el resto de su vida. Procedamos a tomarnos un minuto para considerarlo detenidamente y pasemos a responder a las preguntas formuladas en la hoja de trabajo 6.3.

• **Hecho constatado n° 4: Tomar diariamente la medicación para el trastorno bipolar no tiene que ver sólo con las pastillas, sino también con aceptar un destino que podríamos no estar dispuestos a asumir.** Amanda sigue resistiéndose a esta idea. Su lado más intelectual comprende que padece una enfermedad que requiere tratamiento. Está cansada de bregar con la enfermedad y con los médicos, y desea verdaderamente tener un poco más de estabilidad en su vida. A su lado más emocional, sin embargo, esto le parece inaceptable. Está enfadada por el hecho de tener esta enfermedad cuando ninguna de sus hermanas la tiene. Está enfadada con su madre por haberle transmitido unos genes “de mala calidad”. Se siente frustrada con los psiquiatras porque no son capaces de encontrar una cura. Recientemente, en una reunión de su grupo de apoyo, Amanda llegó a decir lo siguiente:

No es justo. No debería ser así. ¿Por qué tengo que ser yo la que tiene que vivir con esto? ¿Por qué tengo que tomar tantos medicamentos cuando a otras personas les basta con tomar uno solo? ¿Por qué no son capaces de encontrar una cura? Me repugna tomar medicinas. Ni tan siquiera una aspirina. Soy enfermera. Se supone que soy yo la que ayuda a los demás, en lugar de ser yo misma la paciente. ¡Esto no tiene nada que ver con lo que me había imaginado!

Raquel se encontraba en la misma reunión y le respondió lo siguiente:

Tienes razón al decir que no es justo. Nunca será justo que unas personas tengan que sufrir más que otras. Y también es frustrante que parezca que los científicos están cada vez más cerca de encontrar una cura para tantas otras enfermedades, pero sean incapaces de dar con una para ésta. Estoy de acuerdo en que no

Hoja de trabajo 6.3: Nivel de creencia en el dato nº 3

¿Hasta qué punto está convencido del dato nº 3?

0%	50%	100%
No me lo creo en absoluto	Todavía no estoy seguro	Sé que es verdad

Si no está firmemente convencido de este dato, ¿qué cree que sería más correcto decir a propósito de tomar la medicación?

¿Qué haría falta para que cambiara de opinión?

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

debería ser así. Tienes derecho a estar furiosa. Pero, ¿y después qué haces? Yo estuve muchos años furiosa después de que me diagnosticaran un trastorno bipolar. Y me enfurecí todavía más cuando a mi nieta le diagnosticaron lo mismo. Le eché la culpa a los médicos, a Dios, y a mí misma. Lloré, recé para que desapareciera o para que fuera un error, e incluso traté de fingir que no era verdad. Pero a pesar de todas mis quejas, y de mi rabia y de mis lágrimas, las rachas de depresión no dejaron de volver. El hecho de seguir furiosa no me llevó demasiado lejos. Lo que me dio la oportunidad de vivir una nueva vida fue arreglármelas con el problema lo mejor que pude siguiendo las indicaciones de mi médico. Tienes que verlo desde una perspectiva más amplia, Amanda. Pregúntate qué es lo que piensas hacer cuando dejes de llorar o cuando se te pase la rabia. Pregúntate qué es lo que puedes hacer para que el mañana sea mejor.

Pensemos en los comentarios de Amanda y de Raquel y anotemos algunas observaciones sobre nuestra propia opinión en la hoja de trabajo 6.4.

Hoja de trabajo 6.4: Nuestra visión respecto de tener un trastorno bipolar

¿Qué piensa de la actitud de Amanda?

¿Cuál es su opinión sobre el consejo de Raquel?

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

• **Hecho constatado nº 5: La mayoría de la gente no son imparciales respecto de las enfermedades mentales o de aceptar a las personas que tienen una enfermedad mental.** Amanda es enfermera, pero a sus amigos les dice que preferiría tener una diabetes en lugar de un trastorno bipolar. Seguiría teniendo que tomar una medicación durante el resto de su vida, y modificar también su estilo de vida, pero por lo menos nadie pensaría que estaba “loca”. La sociedad va cambiando lentamente y empezando a comprender que las enfermedades mentales son enfermedades como las que afectan a cualquier otro órgano del cuerpo. Sin embargo, nuestra civilización no ha evolucionado lo suficiente todavía como para aceptar plenamente a las personas con enfermedades mentales. El hecho de tener una enfermedad mental puede que no nos vuelva más abiertos de mente. Incluso las propias personas que tienen un trastorno bipolar pueden tener prejuicios contra las personas que tienen otro tipo de enfermedades mentales. Si pensamos que tener una enfermedad mental es inaceptable o una debilidad de carácter, o que las enfermedades mentales no son verdaderas enfermedades, nos costará mucho aceptar nuestro propio trastorno. Si no podemos aceptar que es una realidad, nos parecerá poco menos que imposible aceptar el tratamiento que requiere. Reflexionemos un momento sobre esto antes de responder a las preguntas de la hoja de trabajo 6.5.

Hoja de trabajo 6.5: Nuestra opinión sobre las enfermedades mentales

Cuando se encuentra con personas afectados por enfermedades mentales en la consulta de su médico u otros lugares, ¿qué piensa de ellos?

¿Piensa de igual modo acerca de usted mismo?

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

• **Hecho constatado n° 6: La mayoría de los fármacos no les funcionan igual a todas las personas. No siempre es posible saber de antemano si un fármaco va a ser eficaz o no en nuestro caso,** y pocas personas dan con la combinación más eficaz de fármacos a la primera. Estos hechos pueden hacer que nos resulte muy difícil seguir probando con distintas medicaciones hasta que nuestro médico encuentre la más conveniente en nuestro caso, porque mientras estamos probando estos diferentes fármacos, seguimos padeciendo las molestias causadas por los síntomas. Además, los cambios de medicación también pueden ser caros, y no todos los seguros sanitarios cubren los medicamentos que puede que nuestro médico quiera que probemos. Se requiere una enorme paciencia por nuestra parte para seguir este método de ensayo y error. A largo plazo suele merecer la pena, pero lo normal es que tengamos nuestras dudas durante el proceso. En la hoja de trabajo 6.6 anotaremos cómo nos las hemos arreglado hasta el momento con los cambios de medicación.

• **Hecho constatado n° 7: Si dejamos de tomar la medicación para el trastorno bipolar, tenemos un alto riesgo de recaer y de**

Hoja de trabajo 6.6: Reflexiones sobre cómo seguir la medicación

Si ha tenido que probar muchas medicaciones diferentes antes de encontrar la que mejor le iba, ¿qué hizo para no darse por vencido a lo largo de un proceso tan frustrante?

Si volviera a encontrarse en esta misma situación, ¿qué le gustaría recordarse a usted mismo respecto de los beneficios de seguir el tratamiento, incluso en el caso de que hubiera que cambiar la medicación o añadir otros fármacos?

Si actualmente está en el proceso de tratar de encontrar la medicación más adecuada, ¿cuáles son sus razones para mantenerse firme? ¿Qué consejo le daría a otras personas que están en esta misma situación?

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

sufrir todas las consecuencias de una depresión grave o un episodio grave de manía. El abandono de la medicación es la causa más frecuente de recaída en el trastorno bipolar. Unas veces los síntomas vuelven a manifestarse inmediatamente, pero otras pueden tardar un tiempo. Son estos retrasos los que nos dan la impresión de que verdaderamente no necesitamos la medicación. Si no estamos seguros de si esto se puede aplicar a nuestro caso, volveremos atrás y revisaremos la gráfica de vida que hicimos en el capítulo 3. Trataremos detenidamente de encontrar una relación entre los períodos en los que interrumpimos la medicación y los períodos en los que reaparecieron los síntomas.

- **Hecho constatado nº 8: Si dejamos de tomar la medicación para el trastorno bipolar y más adelante probamos a retomarla de nuevo cuando reaparecen los síntomas, puede que no tengan el mismo efecto.** La investigación sobre las gráficas de vida que mencionamos en el capítulo 3 mostraba que cuando los estabilizadores del estado de ánimo, como el litio, se interrumpían y se retomaban más adelante, resultaban ser menos eficaces o totalmente ineficaces en lo relativo a controlar los síntomas. Muchas investigaciones demuestran que ocurre otro tanto igualmente con los antidepresivos.

Siendo un adolescente, en cierta ocasión Paul les planteó el siguiente razonamiento a su médico y a sus padres:

Si los episodios de depresión y de manía aparecen sólo de vez en cuando junto con períodos intercalados de un estado de ánimo normal, ¿no podría ser que durante estos períodos intermedios no necesitara la medicación? Si estuviera cinco años sin tener otro episodio de manía, serían cinco años que podría descansar de la medicación.

En teoría, Paul no estaría equivocado, pero dado que la reaparición de la depresión y la manía no siempre es predecible y habitualmente tampoco suele seguir una pauta uniforme, no podemos saber cuándo sobrevendrá el próximo episodio. Lo que sí sabemos es que, en ausencia de un tratamiento farmacológico regular, a medida que la persona va envejeciendo, el tiempo entre los episodios mórbidos se acorta y cada uno de estos episodios depresivos o maníacos tiende a alargarse. Fueron necesarias unas cuantas experiencias más de depresión grave, para que Paul estuviera dispuesto a reconocer esto.

- **Hecho constatado nº 9: Incluso si nos hemos hecho a la idea de tener un trastorno bipolar y accedemos a tomar la medicación con regularidad, existen una serie de factores que nos pueden impedir seguir el régimen de tratamiento que nuestro médico nos prescribió.**

A veces se trata de **razones prácticas**, como:

- *Se me acabó la medicación.*
- *Olvidé tomarla.*
- *No tengo dinero para comprar las medicinas.*
- *No tengo forma de ir a la farmacia a recoger las medicinas.*

A veces se trata de **razones familiares**, como:

- *A mi madre le preocupa que tome la medicación.*
- *A mi hermano le hicieron reacción estos medicamentos, y por eso me da miedo tomarlos.*
- *Mi familia no entiende por qué tengo que tomar ningún medicamento.*

A veces, la razón por la que algunas personas no toman su medicación con regularidad estriba en la **propia medicación**, como:

- *Hace que me pase todo el día adormilado.*
- *Me hace engordar.*
- *Son demasiadas pastillas diferentes.*

A veces la gente tiene sus motivos o **razones personales** para no querer tomar ninguna medicación en absoluto, como:

- *No me gusta tener que depender de ninguna medicación.*
- *Tengo miedo de engancharme a la medicación.*
- *Me siento bien. Ya no necesito tomarla.*
- *La verdad es que no me ayuda.*

En ocasiones, los motivos de no tomar la medicación de la forma prescrita tienen algo que ver **con el médico o con la institución sanitaria**, como:

- *Tengo la impresión de que el médico no me acaba de comprender.*
- *El médico se tomó mi visita con prisas y no le dedicó el tiempo suficiente a escucharme.*
- *No me gusta el médico que me ha tocado, ni la enfermera, ni la clínica.*
- *No estoy de acuerdo con las ideas del médico.*

A lo largo de los siguientes apartados describiremos una serie de estrategias para ayudarnos a seguir la medicación con la mayor regularidad posible, y con la mayor frecuencia posible. El capítulo 7 nos ayudará a trabajar nuestras vacilaciones en lo relativo a aceptar el diagnóstico de trastorno bipolar, para que este obstáculo deje de interponerse en el tratamiento farmacológico.

Planificación previa con ayuda de los contratos conductuales

Un contrato conductual es una estructura que permite establecer unos objetivos terapéuticos, previendo los factores que podrían interferir nuestros avances y eliminándolos o aprendiendo a afrontarlos en el caso de que se presenten. Los objetivos a abordar en el contrato conductual pueden incluir hacer lo que esté en nuestra mano por tomar la medicación con regularidad y de la forma como nos la prescribieron, además de reunir la autodisciplina necesaria para practicar los ejercicios de este libro o bien seguir los consejos de nuestro terapeuta o de nuestro orientador. Cuando hacemos un contrato con nosotros mismos, nos estamos comprometiendo a seguir un plan que nos ayudará a tener un mayor control sobre nuestra enfermedad.

El contrato conductual presentado en la hoja de trabajo 6.8 se compone de **tres partes**. En la **primera parte**, formularemos nuestros objetivos en relación con el tratamiento. Ello incluye el plan para tomar la medicación, utilizar los métodos propuestos en este libro, y la participación en modalidades de tratamiento de cualquier otro tipo que hayamos decidido comenzar. Estas modalidades pueden incluir la psicoterapia individual o grupal, y la asistencia a grupos de apoyo tales como los de Alcohólicos Anónimos [*Alcoholics Anonymous*, www.AA.org] o la Asociación de Ayuda para la Depresión y el Trastorno Bipolar [*Depression and Bipolar Support Alliance*, www.DBSAlliance.org].

En la **segunda parte** del contrato conductual podemos hacer un listado de las cosas que nos pueden impedir que alcancemos nuestros objetivos, como las enumeradas en la sección anterior correspondiente al hecho constatado nº 9. Ello nos ayudará a planificar por anticipado los momentos en los que podamos desviarnos de los objetivos del tratamiento.

Hoja de trabajo 6.7: Obstáculos a la adherencia

Vuelva a repasar el listado que aparece en la página 179 y **haga una señal** junto a las razones que ha podido tener para no seguir la medicación que le prescribieron desde que lleva recibiendo tratamiento para el trastorno bipolar. **Rodee con un círculo las dificultades que todavía sigue encontrando** actualmente cuando intenta tomar la medicación con la mayor regularidad posible.

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Si sabemos qué es lo que puede interferir con nuestros objetivos, podemos elaborar un plan para evitar dichos obstáculos o para abordarlos una vez que aparezcan. En la **tercera parte** del contrato conductual elaboraremos un plan para abordar cada uno de los obstáculos para el tratamiento que enumeramos en la segunda parte del contrato.

Parte I: Nuestros objetivos

En la parte I de nuestro plan personal de tratamiento, escribiremos las medicaciones que tenemos el proyecto de tomar de forma regular. Especificaremos las dosis y los momentos del día en que tenemos intención de tomarlas.

Además de tomar la medicación, probablemente tengamos algunos objetivos personales que nos gustaría alcanzar como parte de nuestra terapia o de nuestro plan de autoayuda. Nuestros objetivos pueden incluir conseguir abandonar una conducta, cambiar una conducta, o bien aprender alguna cosa nueva. A veces nuestros objetivos personales también pueden incluir relacionarnos mejor con los demás. Tratemos de ser lo más específicos posible. Por ejemplo, no nos marquemos el objetivo de “ser mejor persona”. Esto es demasiado general. En su lugar, pensemos en algo concreto en lo que nos gustaría cambiar. Tal vez queramos vencer la tendencia a dejar las cosas para mañana, o encontrar un trabajo, controlar la agresividad, o bien comunicarnos de una forma más asertiva con los demás. Todos estos podrían ser objetivos de tratamiento razonables.

Parte II: Los obstáculos

Pensemos en las veces que anteriormente pudimos habernos saltado la medicación deliberadamente, o que se nos olvidó accidentalmente, se nos acabó, o decidimos dejarla a pesar de que a nuestro médico no le pareciera acertado. En la parte II del plan de tratamiento, anotaremos los factores que pueden habernos impedido seguir el plan de tratamiento. Revisaremos el listado de obstáculos que aparece en el apartado correspondiente al hecho constatado n° 9 y en la parte II del contrato conductual pondremos por escrito aquellos obstáculos que se puedan aplicar a nuestro caso. A continuación aparecen algunas preguntas para ayudarnos a recordar los factores que podrían habernos impedido tomar la medicación anteriormente de acuerdo con nuestras propias intenciones o tal como nuestro médico nos había recomendado. Añadiremos también a la parte II otros factores que pudieran ser pertinentes.

- ¿Qué clase de factores puede habernos influido en nuestra decisión de interrumpir la medicación?
- ¿Nuestro estado de ánimo o nuestra actitud han tenido algo que ver? De ser así, ¿qué clase de estado de ánimo o de síntomas pudieron hacer que quisiéramos saltarnos las dosis o dejarlas por completo?
- ¿Nos animó alguien a dejar de tomar la medicación?
- ¿Tenemos algunas características o debilidades personales que podrían haber hecho que siguiéramos el tratamiento con menos regularidad? ¿Por ejemplo, facilidad para olvidarnos, falta de organización o impaciencia?
- ¿Nos confiamos excesivamente en que podíamos desenvolvernos sin necesidad de ninguna medicación?
- ¿Teníamos una actitud negativa hacia la medicación o sencillamente nos cansamos de tomarla?

Hoja de trabajo 6.8: Mi plan personal de tratamiento

MI CONTRATO CONDUCTUAL

Parte I: Mis objetivos

Tengo el propósito seguir este plan para tomar la medicación tan a menudo como pueda:

Tipo de medicación	Dosis	Cuándo la voy a tomar

Mis otros objetivos de cara al tratamiento son los siguientes:

Terapia:

Plan de autoayuda:

Parte II: Los obstáculos

Es posible que los siguientes factores me estén impidiendo tomar la medicación con regularidad:

Parte III: El plan

Ahora que conocemos los posibles peligros [que nos impiden seguir la medicación], ha llegado el momento de elaborar un plan respecto de cómo vamos a abordar cada uno de los escollos, en el caso de que se presenten. Si disponemos de un plan previo, estaremos mejor preparados para atajar los problemas relacionados con la medicación antes de que interfieran con nuestros avances y nuestra recuperación.

Las secciones que siguen ofrecen algunas posibles sugerencias en relación con los problemas más frecuentes asociados a tomar la medicación con regularidad. Elegiremos las soluciones que se adapten mejor a nuestro caso o bien las modificaremos con objeto de ajustarlas a nuestra propia situación. Escribiremos las ideas que se nos ocurran para hacerle frente a dichas situaciones en la parte III de nuestro contrato conductual.

“A veces me olvido de tomar la medicación. ¿Qué debo hacer?”

Sugerencia n° 1

Tomar siempre la medicación a la misma hora todos los días. Convertirlo en una rutina, de la misma forma que nos calzamos todos los días o nos lavamos los dientes.

Sugerencia n° 2

Utilizar un pastillero con compartimentos para la medicación. Mirar el pastillero a medio día para asegurarnos de que nos hemos tomado la medicación. Dejar el pastillero en un lugar que sea probable que tengamos que ver todos los días. Si lo vemos, será más probable que nos tomemos la medicación.

Sugerencia n° 3

Escribir una nota para acordarnos de tomar la medicación. Poner la nota en un lugar que veamos todos los días. Algunos de los lugares más habituales para colocar las notas que sirven de recuerdo incluyen el frigorífico, al lado del espejo del cuarto de baño, o dentro del coche.

Sugerencia n° 4

La mayoría de la gente lleva una rutina diaria o una serie de hábitos diarios. Algunos ejemplos de rutinas o hábitos diarios incluyen:

- Levantarse a la misma hora todos los días.
- Lavarse los dientes por la mañana.
- Tomarse el café de la mañana.
- Vestirse para el día.
- Ver determinados programas de TV.

Una forma de acordarnos de tomar la medicación con regularidad sería tomarla en el mismo momento que hacemos alguna de las otras rutinas o hábitos diarios. Por ejemplo, podemos tomarnos la medicación junto con el café de las mañanas.

**“No creo que siga necesitando tomar estas medicinas.
¿Qué debo hacer?”**

Sugerencia n° 1

Antes de decidir dejar de tomar la medicación, hablar con nuestro médico respecto de lo que nos preocupa. Algunas medicaciones deben tomarse diariamente aunque nos sintamos mejor. El propósito de estas medicaciones es prevenir la reaparición de los síntomas. Si ahora nos sentimos bien, probablemente sea porque la medicación está actuando.

Sugerencia n° 2

El impulso a dejar de tomar la medicación y tener la impresión de que ya no la necesitamos, podría en realidad ser un signo de que la enfermedad está empeorando. Para estar seguros, antes de dejar cualquier medicación, hay que hablarlo con nuestro médico. Asegurémonos de que estamos tomando una buena decisión. El deseo de dejar de tomar la medicación a veces es una señal de que los síntomas están reapareciendo o empeorando.

Si estamos deprimidos, podemos tener la impresión de que la medicación no nos está ayudando, de que nada nos puede ayudar. A veces las personas se sienten desesperanzadas o desbordadas y no saben qué hacer. Pueden acabar por pensar que es mejor que dejen de tomar la medicación.

Esta forma de pensar es en realidad un signo de que la depresión se está agravando. No sería el mejor momento para dejar de tomar la medicación, sino que sería el momento de ir a ver a nuestro médico y pedirle ayuda.

Si nos estamos poniendo maníacos, podemos sentirnos extraordinariamente bien, mejor de lo habitual, y pensar que ya no necesitamos ninguna medicación. A esto se le llama *hipomanía*. Es la primera fase de la manía. La hipomanía puede transformarse muy rápidamente en manía, sobre todo si dejamos de tomar la medicación. Antes de tomar la decisión de dejar la medicación, pedirle a otra persona que nos dé su opinión respecto de cómo nos ve.

“Algunas personas de mi familia no creen que deba tomar ninguna medicación. ¿Qué debo hacer?”

Cuando los familiares nos desaniman respecto de tomar la medicación, ello suele deberse a que les preocupa o les inquieta algo relacionado con los fármacos. A veces las personas oyen algunas historias sobre la medicación que les asustan. En su intento de protegernos, es posible que nos digan que no las tomemos, o bien que cuestionen la necesidad que tenemos de tomarlas.

El problema habitual es que puede que los familiares no comprendan nuestra enfermedad ni el sentido de tomar la medicación. Puede que necesiten más información o una educación por parte de nuestro médico o de nuestro terapeuta.

A continuación tenemos algunas posibles formas de facilitarles la información que necesitan.

Sugerencia n° 1

Pedirles a algunos de los miembros de nuestra familia que nos acompañen a la próxima cita con el médico. Si sólo un miembro de

nuestra familia puede venir a nuestra cita, elegir uno que pueda hablar con las restantes personas de la familia y comunicar lo que haya podido averiguar durante la visita.

Decirle a nuestro médico que nuestra familia está preocupada por el hecho de que estemos tomando una medicación. El médico le ayudará a nuestra familia a comprender mejor nuestra enfermedad y explicará el propósito de la medicación. Nuestros familiares tendrán la oportunidad de hacer preguntas sobre sus preocupaciones o sus miedos.

Sugerencia n° 2

Pedirle a nuestro médico que nos facilite alguna información por escrito respecto de nuestra enfermedad y su tratamiento. Darle esta información a nuestros familiares.

Sugerencia n° 3

Invitar a nuestros familiares a ir con nosotros a una reunión de grupos de apoyo, tales como las que organizan la Asociación de Ayuda para la Depresión y el Trastorno Bipolar [*Depression and Bipolar Support Alliance, DBSA*] o la Asociación Nacional de Enfermos Mentales [*National Alliance of the Mentally Ill, NAMI*]. Estos grupos facilitan información a los familiares respecto de las enfermedades mentales y de sus tratamientos.

Sugerencia n° 4

Agradecerles a nuestros familiares su preocupación. Decirles dónde pueden recibir más información respecto de nuestro tratamiento. Hacerles saber que hemos decidido tomar la medicación para controlar nuestros síntomas.

“No me gusta cómo me siento cuando me tomo la medicación”

Los efectos secundarios son una de las razones más habituales de que la gente deje de tomar la medicación. En el caso de muchos fármacos, los efectos secundarios son transitorios. Aparecen al comien-

zo de tomar la medicación o al cambiar la dosis. Si nos saltamos la medicación durante unos días y empezamos a tomarla otra vez desde el principio, los efectos secundarios pueden volver a aparecer. A veces los efectos secundarios de la medicación pueden persistir incluso después de llevar un tiempo tomando la medicación.

Sugerencia n° 1

Decirle a nuestro médico cómo nos sentimos con la medicación. Preguntarle si las molestias son consecuencia de la medicación o un problema totalmente independiente. Si tenemos algunos efectos secundarios, preguntarle cuánto tiempo es probable que vayan a durar y si se puede hacer algo para paliarlos. Seguir los consejos del médico. Si esperamos un tiempo razonable y seguimos sintiéndonos molestos, hablar nuevamente con nuestro médico.

Sugerencia n° 2

Dado que los médicos están más familiarizados que nosotros con los efectos secundarios de la medicación, es posible que no le preocupen tanto como a nosotros cuando aparecen. Los médicos pueden evaluar nuestro problema y decirnos que los síntomas desaparecerán. Si nos parece que adolece de una falta de preocupación o que con demasiada rapidez ha dejado a un lado nuestras quejas, decirle al médico serenamente lo que pensamos. Preguntarle por qué no parece preocuparle. Asegurarnos de que hemos dejado bien claro lo molestos que son los efectos secundarios.

Sugerencia n° 3

Si no es probable que los efectos secundarios vayan a desaparecer, considerar si los beneficios que nos reporta la medicación pueden merecer que hagamos el esfuerzo de tolerar los efectos secundarios. Si la medicación evita que nos deprimamos o nos pongamos maníacos, tal vez merezca la pena tolerar los desagradables efectos secundarios. Cuando nos sentimos bien, es fácil que nos concentremos en los efectos secundarios y que nos parezcan la cosa más desagradable de nuestra vida. Cuando teníamos unos síntomas graves, nos sentíamos tan

mal que tal vez los efectos secundarios no nos importaran demasiado. Pensarlo detenidamente antes de abandonar la medicación.

“Me da miedo tomar medicinas”

Es normal que nos den miedo los tratamientos nuevos. Nos podemos preguntar si nuestro diagnóstico es correcto y si la medicación que nos prescribieron es verdaderamente la mejor opción en nuestro caso. Si hemos oído hablar de que otras personas han tenido malas experiencias con la medicación, puede que nos preocupe que pudiéramos tener también una experiencia negativa.

Sugerencia n° 1

Hacerle a nuestro médico todo tipo de preguntas sobre la medicación. Empezar por algunas de las siguientes:

- *¿Por qué eligió esta medicación en particular en mi caso?*
- *¿Podría tener efectos secundarios negativos? De ser así, ¿cuáles serían?*
- *¿Qué debo hacer si empiezo a notar los efectos secundarios?*
- *¿Con quién debo ponerme en contacto? ¿Debo dejar la medicación inmediatamente?*

Sugerencia n° 2

Hablar con otras personas que han tomado la misma medicación y les ha ido bien. Preguntarles acerca de las cosas que nos preocupan.

Si algunas de las situaciones descritas anteriormente se aplican a nuestro caso, podemos añadir algunas de las sugerencias para afrontarlo a la parte III de nuestro contrato conductual. Para ayudarnos a empezar, presentamos el contrato conductual de Amanda a modo de ejemplo. Amanda lleva muchos años teniendo dificultades en seguir la medicación con regularidad. Quiere llevar una vida más estable y está ansiosa por poner de su parte para conseguir que se haga realidad. Lleva luchando con la aceptación de su enfermedad, pero tiene la sensación de que va saliendo del apuro y ahora está en mejores condiciones de poder hacerle frente.

Después de redactar nuestro propio contrato conductual, le daremos una copia a nuestro médico y a nuestro terapeuta. Colocaremos una copia para nosotros mismos en un lugar en que lo podamos ver de vez en cuando. Nos haremos el propósito de revisar el plan periódicamente.

Si se presentan otras situaciones que hacen que pensemos en dejar la medicación o bien reducir las dosis, lo añadiremos a nuestro plan, lo hablaremos con nuestro médico o nuestro terapeuta y trataremos de encontrar la forma de evitar que nos interfieran en nuestros objetivos.

Le dedicaremos un tiempo a revisar nuestros objetivos. Amanda ha decidido que va a revisar el plan antes de cada cita con su psiquiatra. Raquel lleva la misma medicación desde hace años y no tiene problemas en seguir tomándola. Revisa su plan cuando tiene que ver a su médico cada 6 meses. Paul tiene su plan metido en el ordenador a la manera de un salvapantallas. El plan aparece de cuando en cuando para recordarle sus objetivos. Lo pone al día con regularidad. Tommy no acaba de sentirse totalmente en condiciones de hacer un contrato conductual. Necesita un tiempo para seguir trabajando la aceptación de su enfermedad antes de estar dispuesto de buen grado a comprometerse a largo plazo con un tratamiento. Tommy pasará directamente al capítulo 7 y dejará para más adelante la posibilidad de retomar la idea de hacer un contrato conductual.

Qué debemos hacer si de verdad queremos descansar de la medicación

- Hablarlo detenidamente con nuestro médico. Discutir los pros y los contras de llevarlo a cabo.
- Estar seguros de que la reducción de la medicación es una idea razonable y no una idea maníaca. Si no estamos seguros, revisemos la “hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo” que rellenamos en el capítulo 4, para ver si tenemos algún síntoma de manía o de depresión. De ser así, postpondremos nuestro plan hasta que los síntomas se estabilicen y lo volveremos a reconsiderar.

Hoja de trabajo 6.8 de Amanda

Parte I: Mis objetivos

Tengo el propósito seguir este plan para tomar la medicación tan a menudo como pueda:

Tipo de medicación	Dosis	Cuándo la voy a tomar
<u>Litio</u>	<u>900 mg</u>	<u>Por la noche</u>
<u></u>	<u></u>	<u></u>
<u></u>	<u></u>	<u></u>
<u></u>	<u></u>	<u></u>

Mis otros objetivos de cara al tratamiento son los siguientes:

Terapia:

Ver a mi terapeuta con regularidad durante un mínimo de 6 meses y analizar detenidamente
juntos esta hoja de trabajo.

Plan de autoayuda:

Iré a las reuniones de AA como mínimo dos veces a la semana aunque no crea que lo necesite.
También iré a las reuniones de los grupos de apoyo un mes sí y otro no. Me reservaré un tiempo
todas las semanas para hacer los ejercicios de este manual práctico.

Parte II: Los obstáculos

Es posible que los siguientes factores me estén impidiendo tomar la medicación con regularidad:

<u>Perder la paciencia por recuperarme</u>	<u>Enfadarme con el médico</u>
<u>tan lento</u>	<u></u>
<u>Aumento de peso</u>	<u></u>
<u></u>	<u></u>

Hoja de trabajo 6.8 de Amanda (cont.)

Es posible que los siguientes factores me estén impidiendo participar en la terapia o utilizar otros métodos de autoayuda:

Estar demasiado ocupada como para

asistir a las reuniones de grupo

No tener un momento tranquilo en casa

para hacer los ejercicios de este libro

Parte III: El plan

Lo que sigue es mi plan para vencer los obstáculos enumerados en la parte II:

Cuestión	Plan
<i>Impaciencia:</i>	<i>Recordar que los progresos requieren su tiempo. Esperar varias semanas o meses hasta ver algún progreso en lugar de tomar ninguna decisión sobre la medicación de un día para otro. Aferrarme al plan de seguir con este psiquiatra por lo menos dos años.</i>
<i>Aumento de peso:</i>	<i>Empezar desde ya mismo un plan para controlar el peso. Dar un paseo por los alrededores como solía hacer antes. Renunciar definitivamente a las galletas.</i>
<i>Enfadarme con el médico:</i>	<i>Cuando me enfado, hablarle de ello como una adulta, en lugar de dejar el tratamiento. Si me cuesta actuar así, le puedo pedir a mi terapeuta que me ayude.</i>
<i>Demasiado ocupada:</i>	<i>Reservar un tiempo para ayudarme a mí misma. Concederme a mí misma una prioridad mayor de la que me he venido dando anteriormente. Si puedo reservar un tiempo para pasar la aspiradora, también puedo dedicarle un tiempo a ocuparme de mis cosas.</i>
<i>No tener un momento tranquilo:</i>	<i>Puedo encontrar un tiempo, si quiero. Puedo ir a trabajar media hora antes y sentarme en la cafetería, donde se está muy tranquilo, o puedo dedicarle un tiempo el sábado por la mañana, antes de que se levanten los niños.</i>

- Pedirle a nuestro médico que nos aconseje respecto de cómo disminuir la medicación en lugar de dejarla totalmente.
- Decidir conjuntamente cómo sabremos si los síntomas están reapareciendo. Podemos llevar un “gráfico del estado de ánimo” (capítulo 4) durante la transición.
- Revisar semanalmente la “hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo” para valorar nuestros síntomas.
- Prometernos que haremos lo que sea mejor para nosotros, aunque eso signifique que nuestro proyecto de dejar la medicación no salió adelante.
- Vernos regularmente con nuestro médico o nuestro terapeuta para revisar nuestros progresos.
- Si reaparecen los síntomas, vernos con nuestro médico tan pronto como podamos para decidir qué hacer.
- Considerar la posibilidad de que aunque podamos pasarnos actualmente sin la medicación, puede que tengamos que volver a tomarla en el caso de que reaparezcan los síntomas.
- Estar seguros de que el dejar la medicación compensa correr el riesgo de recaer.

¿Y después?

Una de las precauciones más importantes que podemos tomar es trabajar junto con nuestro médico para encontrar el régimen de medicación que sea mejor en nuestro caso y seguirlo. La mayoría de las personas con un trastorno bipolar se resisten a la idea de tomar medicación en algún momento de su vida. Así que es una suerte que hayamos pasado ya por ello, o nos lo encontraremos en un futuro. Si actualmente nos sentimos bien con la medicación, pero vemos que más adelante nos entran nuestras dudas, podemos volver a leer detenidamente este capítulo. Tal vez pueda ayudarnos a solucionar los problemas.

Algunos profesionales piensan que cuando no queremos tomar la medicación, en realidad estamos negando que tenemos un trastorno bipolar. Si bien puede que esta no sea siempre la

razón, sí es una posibilidad. En el próximo capítulo comprobaremos en qué punto nos encontramos dentro del proceso de adaptación a tener un trastorno bipolar.

7

Superar la gran negación

A lo largo de este capítulo:

- Trabajaremos la negación respecto de tener un trastorno bipolar.
- Conoceremos las distintas fases del proceso de adaptación al diagnóstico de trastorno bipolar.
- Sabremos dónde nos encontramos dentro del proceso de adaptación.
- Tendremos más datos respecto de los posibles errores en el diagnóstico de trastorno bipolar.

Es muy difícil hacerse a la idea de que tenemos una enfermedad mental que requiere tratamiento. Algunas personas necesitan años para aceptar medianamente incluso la idea de pararse a considerar la posibilidad de un tratamiento. El hecho de estar leyendo este libro significa que ya hemos dado algunos pasos en dirección a afrontar la idea de que tenemos una enfermedad mental. Hemos vencido la gran “N” de la negación.

La negación puede adoptar muchas formas. Puede incluir el desacuerdo o el rechazo del diagnóstico, a pesar de tener la evidencia suficiente de su presencia, o bien negarse a tomar la medicación indicativa de una enfermedad específica como, por ejemplo, negarse a tomar litio porque no pensamos que tengamos ningún trastorno bipolar. Algunas personas con un fuerte sentido de la negación estarían más dispuestas a tolerar los síntomas y las consiguientes alteraciones en el curso de la vida antes que aceptar el diagnóstico de trastorno bipolar y tomar ninguna medicación.

La negación también puede llevarnos a aceptar el diagnóstico, pero restándole importancia a la gravedad de la enfermedad. Puede llevarnos a sobrevalorar nuestra capacidad de afrontar el problema y minimizar el impacto negativo que nuestra enfermedad tendrá sobre los demás.

Muchas personas dan por supuesto erróneamente que si dejamos de negar que tenemos una enfermedad mental, ello indica que hemos logrado aceptarla y que ya estamos dispuestos de buen grado a colaborar con el tratamiento. No es tan sencillo. Elisabeth Kübler-Ross describe las cinco fases del duelo por el sufrimiento de una pérdida. Dichas fases incluyen: negación, rabia, regateo, depresión y aceptación. Cuando recibimos el diagnóstico de trastorno bipolar, es posible que tengamos que pasar por unas fases similares a medida que vamos haciendo el duelo por la pérdida de nuestra vida anterior y vamos aceptando el reto de abordar nuestra enfermedad y su tratamiento.

Pensamientos automáticos y acciones

En la hoja de trabajo 7.1 aparecen algunos ejemplos de las cosas que las personas se dicen a sí mismas a medida que van atravesando

cada una de las fases del proceso de afrontar el diagnóstico de trastorno bipolar. Estas declaraciones se corresponden aproximadamente con las cinco fases que describe Kübler-Ross en el proceso de adaptación a la pérdida –negación, rabia, regateo, depresión y aceptación. Pasemos a comprobar aquellas fases que hayamos podido vivir anteriormente y tratemos de identificar la fase en la que nos encontramos ahora.

Debajo de cada fase hay un espacio para que pongamos por escrito los pensamientos que se nos han pasado por la cabeza y nuestras acciones más características a lo largo de cada una de las fases del proceso de adaptación. Dado que a veces las personas pueden retroceder a fases anteriores del proceso, estas descripciones pueden ayudarnos a reconocer cuando hemos perdido lo que llevábamos avanzado y tenemos que abrirnos camino nuevamente en dirección a aceptar nuestra enfermedad.

La adaptación a la enfermedad es un proceso continuo

Muchas de las personas que tienen un trastorno bipolar podrían decir que jamás se han hecho plenamente a la idea de tener una enfermedad mental crónica. Con el tiempo, cada vez le dan menos vueltas. Se resisten menos al tratamiento. Pero jamás llegan a sentirse verdaderamente conformes ni llegan al punto en el que ya no les importa el hecho de tener que seguir una medicación. La aceptación jamás es total, pero es posible llegar al punto en el que podamos vivir nuestra vida a pesar de tener un trastorno bipolar. Puede que la vida jamás llegue a ser exactamente de la forma como nos habíamos imaginado que sería, pero eso es así para la mayoría de nosotros. Jamás sabemos qué giros ni qué cambios va a tomar nuestra vida. Es excepcional tenerlo todo perfectamente atado sin que aparezca ningún bache en el camino. Y si bien es cierto que las personas obligadas a vivir con una enfermedad crónica lo tienen mucho más difícil, también es posible adaptarse, ajustarse y aceptar el trastorno bipolar y la necesidad de un tratamiento.

Hoja de Trabajo 7.1: Fases de la adaptación al trastorno bipolar

Fase	Pensamientos automáticos	Acciones
Negación	- No es mi caso. El especialista se ha equivocado. - Eso debe ser porque bebí demasiado. - El diagnóstico es erróneo.	- Recabar una segunda opinión. - Buscar otras explicaciones a los síntomas. - Hacer caso omiso de las recomendaciones de tratamiento.
	<i>Mis pensamientos:</i>	<i>Mis acciones:</i>
Rabia	- No hay derecho a que tenga esta enfermedad. - Ahora mismo me veo incapaz de afrontarlo. ¿Por qué a mí? ¿Qué he hecho yo para merecer esto?	- Negarse a escuchar ningún consejo. - Negarse a hablar de la enfermedad. - Perder los nervios con el personal sanitario, las farmacias o cualquier otro elemento relacionado con el tratamiento.
	<i>Mis pensamientos:</i>	<i>Mis acciones:</i>
Regateo	- Me portaré bien. - Dejaré de beber, me levantaré a mi hora, haré ejercicio, me buscaré un trabajo mejor y todo irá bien. - Probaré con los remedios naturales. No necesito la medicina.	- Ajustar las dosis uno mismo. - Cambiar el momento de las tomas. - Probar con drogas psicoactivas a la manera de “remedios naturales”. - Tardar en acostarse para evitar tomar la medicación para dormir. - Beber alcohol para reducir la ansiedad.
	<i>Mis pensamientos:</i>	<i>Mis acciones:</i>

Hoja de Trabajo 7.1: Fases de la adaptación al trastorno bipolar (cont.)

Depresión	• Jamás podré llevar una vida normal. • Nadie me querrá. • Me doy asco.	• Conductas autodestructivas. • Evitar a los médicos, los artículos especializados, o cualquier otra cosa que nos recuerde la enfermedad. • Retraerse de los demás.
	<i>Mis pensamientos:</i>	<i>Mis acciones:</i>
Aceptación	• Podré salir de esta. • No es el fin del mundo. • No tengo que renunciar a todo por el mero hecho de tener que tomar una medicación.	• Adherencia al tratamiento. • Discutir abiertamente las distintas opciones de tratamiento con los profesionales antes de interrumpir la medicación.
	<i>Mis pensamientos:</i>	<i>Mis acciones:</i>

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Lograr hacer las paces con nosotros mismos por el hecho de tener un trastorno bipolar **es un proceso continuo**. Raramente conseguimos atravesar fácilmente las distintas fases del duelo. Hay avances y retrocesos. La rabia volverá a aparecer cada vez que la enfermedad interfiera con nuestra vida, y fantasearemos con la posibilidad de dejar toda la medicación y liberarnos de la enfermedad. Si todavía no lo hemos hecho, en algún momento nos apartaremos de nuestro propósito de mejorar nuestra salud mental, retomaremos malos hábitos, nos daremos de bruces en el suelo, y a continuación nos levantaremos y volveremos a empezar una vez más. Cada vez sabremos más cosas

Hoja de trabajo 7.2: Mis pensamientos respecto de tener un trastorno bipolar

¿En qué fase del proceso de adaptación a la enfermedad se encuentra ahora mismo?
¿Cómo lo sabe?

¿Qué significa para usted tener un trastorno bipolar?

¿Qué significa en relación con usted mismo como persona?

¿Qué significa en relación con su futuro?

¿Qué efecto podrá tener sobre las demás personas en su vida?

¿Hay algo que pueda hacer para que su futuro sea más prometedor?

Hable detenidamente de todas estas cosas con su familia, sus amigos, su médico o su terapeuta, o bien con otras personas que tengan esta misma enfermedad. Al oírse hablar de su adaptación a tener un trastorno bipolar, es posible que consiga resolver algunas cosas. Después de leer el próximo capítulo, que trata de los pensamientos negativos, vuelva a revisar sus respuestas a esta hoja de trabajo para ver si alguno de los ejercicios que aprenderá se puede aplicar a sus pensamientos respecto de tener esta enfermedad.

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

respecto de cómo predecir la siguiente caída, respecto de lo que nos puede alterar, y de lo que tenemos que evitar para seguir por buen camino.

La hoja de trabajo 7.2. incluye una serie de preguntas que pretenden ayudarnos a pensar en nuestro proceso de adaptación al hecho de tener un trastorno bipolar. Procederemos a escribir nuestras respues-

tas en los espacios en blanco. Cuando hayamos acabado de leer el próximo capítulo referente a cambiar nuestra forma de pensar, volveremos a lo que escribimos en su momento en esta hoja de trabajo y revisaremos nuestras ideas.

¿Y si el diagnóstico de trastorno bipolar fuera erróneo?

Cuando las personas pasan por la fase de la negación, una de sus mayores dudas es sobre si su diagnóstico es correcto. Esta preocupación es legítima, dado que el diagnóstico de trastorno bipolar puede ser difícil. Pero incluso en el caso de que el diagnóstico sea correcto, la aceptación del diagnóstico por parte de las personas y de sus familiares sigue siendo todo un reto.

Dificultades diagnósticas

Existen dos grandes dificultades a la hora de hacer un diagnóstico de trastorno bipolar, cada una de las cuales puede llamar a error e interferir con el tratamiento. La primera dificultad tiene que ver con el momento en cuestión [*timing*], la segunda con la exactitud o precisión del diagnóstico.

Momento en cuestión

El trastorno bipolar parece diferente dependiendo del momento en que se realiza el diagnóstico dentro del curso de la enfermedad. Las personas con un trastorno bipolar pasarán por diferentes estados a lo largo de su vida. Habrá períodos de depresión, períodos de manía y períodos de bienestar. Los períodos de enfermedad se denominan habitualmente *episodios*. Un episodio comienza con síntomas más o menos leves, alcanza un punto máximo de gravedad a nivel sintomático, y después comienza a mejorar. Por tanto, la exactitud del diagnóstico dependerá de la claridad y de la gravedad de los síntomas. Por ejemplo, si nos encontramos en un episodio de depresión mayor, pareceremos un poco cansados y un poco tristes al comienzo del episodio, pero finalmente llegaremos al punto más

bajo, el llamado *nadir*, en el que los síntomas alcanzan la máxima gravedad. Una vez en el nadir, podemos tener insomnio grave, sentirnos demasiado cansados como para ir a trabajar, sentirnos tan desesperanzados que nos parece que no vale la pena vivir, y darnos cuenta de que ya no nos preocupan ni los demás ni nosotros mismos. No es infrecuente en el nadir de un episodio oír voces que nos critican y que los demás no oyen, que la vista nos engañe hasta el punto de ver cosas que los demás no ven, o estar convencidos de que los demás pretenden hacernos daño en ausencia de ninguna evidencia real de que sea este el caso. A estos los llamamos *síntoma psicóticos*. Estos síntomas tienen lugar cuando la depresión alcanza su máxima gravedad, pero también aparecen en otros trastornos psicóticos tales como la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo. Si nos vio algún profesional cuando presentábamos síntomas psicóticos, cabe la posibilidad de que nos diagnosticasen erróneamente de alguno de los trastornos anteriores en lugar de un trastorno bipolar.

Si nos vieran hacia el final de un episodio de depresión, daríamos una impresión similar a la del comienzo del episodio, presentando unos síntomas más o menos leves, siendo capaces de desenvolvernos bastante bien, pero tal vez sin llegar a sentirnos todavía alegres. Si nos vieran entre episodios, ya no tendríamos una depresión mayor ni estaría maníacos, sino que parecería que estamos bien. Nadie sospecharía que tenemos ninguna enfermedad mental.

La misma evolución se aplica a la manía. Al principio es probable que demos la impresión de estar un poco hiperactivos, de estar un poco más habladores, y de tener más seguridad en nosotros mismos de lo habitual. Podría parecer una mejoría, en el caso de haber pasado previamente por un episodio de depresión. A medida que los síntomas maníacos se van desarrollando y llegan a su punto máximo, podemos sentirnos agitados, irritables, incapaces de estarnos quietos, y con dificultad para hacernos entender, y es probable que nuestra capacidad de juicio esté de alguna forma debilitada. También es posible que nos sintamos grandiosos, y pensemos que tenemos poderes especiales o que somos más inteligentes o estamos más dotados que nadie. En el punto más alto del episodio, también podemos oír voces que nos dicen que nos arriesguemos [que no dejemos pasar la oportu-

tunidad], y puede que veamos visiones que estamos convencidos de que son reales y revisten un significado especial en nuestro caso, tales como ver a Dios o ver ángeles. A estos también los llamamos *síntomas psicóticos*. Si llegamos a urgencias hablando de nuestras visiones y de las voces que oíamos, e incapaces de referir nuestro historial de depresiones y episodios maníacos, es muy probable que nos tomaran erróneamente por un trastorno psicótico del tipo de una esquizofrenia o bien de un trastorno esquizoafectivo. Si también habíamos estado consumiendo drogas o bebiendo, nuestros síntomas pudieron pasar por ser esencialmente un signo de un problema grave de abuso de sustancias.

Algunas personas se precipitan desde las alturas de la manía y se sumergen en un episodio de depresión en lugar de volver a su personalidad normal. Un episodio de manía puede dejarnos exhaustos, molestos, desorientados, e incapaces de desenvolvernos bien por nosotros mismos. Si nos vieran en este momento y nuestro historial no está claro, sería difícil saber si estamos al final de un episodio maníaco o en mitad de una depresión.

Otra complejidad adicional relacionada con el momento en cuestión es la edad en la que comenzaron los síntomas. En el caso de los adultos, la manía y la depresión son bastante fáciles de distinguir de los estados normales. Los episodios maníacos suelen tener un carácter eufórico y la persona en cuestión se siente más que bien. Las depresiones hacen que nos sintamos tristes o con ganas de llorar. Cuando el trastorno bipolar comienza durante la niñez o durante el transcurso de la adolescencia, el cuadro ya no está tan claro. Es probable que los niños se muestren más irritables y agresivos que tristes o eufóricos. Además, los niños no son tan capaces como los adultos de verbalizar sus estados emocionales. Saben que se sienten mal, pero es posible que no sean capaces de especificar más. Los niños no tienen las habilidades de afrontamiento de los adultos, de manera que cuando se sienten mal cabe la posibilidad de que se comporten de forma que parezca más un problema de conducta. Puede que se muestren discutidores, desafiantes, intransigentes, bribones e impulsivos, de la misma forma prácticamente que los niños que verdaderamente padecen un trastorno de conducta, hiperactividad, o un trastorno por

déficit de atención. Si nos diagnosticaron cuando éramos pequeños, es probable que recibiéramos uno de estos diagnósticos infantiles más frecuentes y que nos trataran en consonancia con un trastorno de conducta.

Otro de los problemas relacionados con el momento en cuestión sería la evolución de la enfermedad. Supongamos que durante las primeras fases de nuestra enfermedad tuvimos dos episodios de depresión mayor antes de llegar a tener por primera vez ningún episodio maníaco. Pongamos por caso que el primer episodio apareció a los 16 años de edad, cuando se divorciaron nuestros padres. Puede que recibiéramos alguna terapia, o puede que nos las tuviéramos que arreglar solos, pero no hubiera sido correcto diagnosticarnos de trastorno bipolar después de un único episodio de depresión. Dependiendo de la duración y de la gravedad de la depresión, habría que haberlo llamado *distimia* o *depresión mayor*.

Si tuvimos otro episodio de depresión cuando acabamos la enseñanza secundaria y nos dirigíamos a la universidad o a nuestro primer trabajo, la mayoría de las personas dirían que fue simplemente el estrés porque no estábamos seguros de lo que queríamos en la vida o nos daba miedo vivir fuera de casa. Probablemente no habríamos buscado ningún tratamiento salvo que los síntomas nos llevaran a abandonar los estudios o a que nos despidieran del trabajo. En ese momento, nuestro diagnóstico correcto habría sido *depresión mayor recurrente*. Ahora bien, si fuimos como las muchas personas que se creyeron que el alcohol o las drogas les hacían sentirse mejor transitoriamente cuando estaban deprimidos, el cuadro diagnóstico habría sido todavía más confuso. Cuando confluyen la depresión y el alcohol o el abuso de sustancias psicoactivas, es muy difícil decir qué provocó qué. Al tener nuestro primer episodio maníaco, sin embargo, nuestro diagnóstico cambiaría de depresión mayor recurrente a *trastorno bipolar*.

En este ejemplo, el diagnóstico correcto cambió a medida que la enfermedad fue evolucionando. El diagnóstico inicial de depresión mayor habría sido correcto porque todavía no había aparecido ningún episodio maníaco y nadie podía saber que fuera a aparecer. El hecho de que el diagnóstico cambiara a trastorno bipolar después de que apareciera la manía por primera vez, no quiere decir que el pri-

mer diagnóstico de depresión mayor fuera erróneo. Fue correcto en el momento en que se realizó. Después de realizar el diagnóstico de trastorno bipolar, dejó de poder aplicarse el diagnóstico anterior de depresión mayor recurrente. Si nos preguntaran, no le diríamos a nadie que antes teníamos una depresión recurrente y ahora tenemos un trastorno bipolar; ni tampoco diríamos que tenemos los dos diagnósticos. Por el contrario, el diagnóstico de trastorno bipolar se convierte en nuestro diagnóstico principal. Los médicos entienden que cuando tenemos un trastorno bipolar tenemos períodos de depresión además de períodos de manía, hipomanía, y episodios mixtos.

La razón de explicar que estas complicaciones pueden interferir en el diagnóstico correcto es ayudarnos a comprender que el proceso diagnóstico puede ser excepcionalmente difícil. Si pensamos que el momento en cuestión dentro del curso de nuestros síntomas puede haber llevado al profesional a una conclusión equivocada en relación con lo que nos pasa, le podemos pedir a nuestro médico que nos explique por qué piensa que tenemos un trastorno bipolar o bien recabar la opinión de otro profesional respecto de nuestro diagnóstico. En lugar de rechazar el diagnóstico, procedamos a recabar más información en relación con el mismo.

Exactitud

Los estudios de investigación sobre la exactitud del diagnóstico realizado por profesionales ponen de manifiesto con regularidad que se pueden cometer errores. A pesar de los avances en otros ámbitos de la medicina, la psiquiatría, que tiene que habérselas con el órgano más complejo, el cerebro, todavía no dispone de la tecnología como para detectar con precisión los indicadores físicos de enfermedades específicas tales como el trastorno bipolar. Dado que no existe actualmente ningún test de laboratorio que pueda confirmar la existencia de ninguna enfermedad mental individual, todos los diagnósticos se realizan revisando los síntomas de la persona en cuestión y determinando si el cuadro que presenta encaja en los criterios del DSM-IV-TR analizados en el capítulo 2. La realización de un juicio correcto depende de la cantidad de información al alcance del profe-

sional, además de la minuciosidad del profesional y de su nivel de formación y de capacidad. Con tantas variables en juego, existe mucho margen para el error.

Los errores de diagnóstico se suelen cometer principalmente por dos razones: (1) el paciente no es capaz de brindar la suficiente información sobre su historia clínica y sobre la evolución de los síntomas para poder ayudar al diagnóstico, y (2) varios problemas psicológicos o médicos diferentes pueden aparecer simultáneamente como, por ejemplo, la depresión y el consumo de alcohol, o la manía y el consumo de cocaína, o los síntomas relacionados con el estado de ánimo y los síntomas psicóticos. A la complejidad del cuadro habría que sumarle las diferencias culturales, lingüísticas y geográficas en la impresión que transmiten los síntomas. Por ejemplo, lo que parece hipomanía en el oeste de Texas puede parecer normal en el sur de California. En unas culturas es más probable que los padecimientos psicológicos se vivan bajo la forma de síntomas físicos, mientras que en otras se expresan bajo la forma de emociones. Las personas con un dominio limitado del inglés pueden tener problemas para comunicarse con los profesionales que no entienden su lengua nativa. O bien la cultura del profesional puede llevarle a malinterpretar los signos y los síntomas de alguien que procede de una cultura diferente.

Los estudios de investigación ponen de manifiesto que los diagnósticos psiquiátricos más correctos son los que se realizan sirviéndose de entrevistas diagnósticas estructuradas. Desgraciadamente, estos métodos suelen estar al alcance únicamente en las clínicas que se dedican a la investigación o en las clínicas asociadas a las facultades de medicina, y rara vez en los servicios psiquiátricos comunitarios.

La exactitud puede ser un verdadero problema en el diagnóstico del trastorno bipolar. Ahora bien, si hemos sido diagnosticados de trastorno bipolar por distintos profesionales y hemos tenido los síntomas descritos en los capítulos 1 al 4, es muy probable que nuestro diagnóstico sea correcto. Si a pesar de la gran cantidad de evidencia, todavía seguimos oponiéndonos al diagnóstico, tal vez sea hora de reconsiderar los hechos y de hacernos cargo de nuestras oscilaciones del estado de ánimo.

Aceptación

La incapacidad de aceptar el diagnóstico significa habitualmente una falta de disposición a participar plenamente en el proceso de evaluación y en el tratamiento. Una cosa es comprender lo que el médico quiere decir cuando afirma que tenemos un trastorno bipolar. Otra cosa es que nos parezca aceptable y creíble. Coincidir con el diagnóstico de trastorno bipolar significa aceptar ya no sólo que tenemos una enfermedad mental, sino también que tenemos un tipo de enfermedad mental que requerirá de un tratamiento de por vida. Esto es muy difícil de digerir de una sola vez. Es natural resistirse a la idea, decir que el médico está equivocado, racionalizar los síntomas y atribuirlos al estrés o al exceso de fiestas, o creer que se trata únicamente de una fase o de una racha. Si no queremos que nos diagnostiquen de trastorno bipolar, cabe la posibilidad de que no seamos totalmente sinceros con el médico en relación con nuestros síntomas. Es posible que le restemos importancia a las oscilaciones del estado de ánimo y los cambios de conducta que se produjeron durante la manía o la depresión. En este caso, la falta de aceptación puede interferir en el proceso diagnóstico. Y si sabemos que no hemos sido absolutamente sinceros en relación con la información que hemos aportado y el diagnóstico sigue resultando ser el de un trastorno bipolar, no podremos por menos de poner en duda lo correcto del diagnóstico.

¿Acaso no tiene cambios de humor todo el mundo?

Las oscilaciones del estado de ánimo varían enormemente en gravedad, como muestra la figura que aparece más adelante. En el extremo inferior de gravedad se encuentra la gama normal de la experiencia humana, donde nos sentimos decaídos cuando nos pasan cosas malas y animados cuando nos suceden cosas buenas. Estos estados suelen ser transitorios y estar relacionados con un hecho específico. Cuando la experiencia en cuestión desaparece, el estado de ánimo vuelve a ser normal o neutro. Existen también personas que son variables o cambiantes por naturaleza. No presentan los síntomas físicos de la depresión ni la manía; son únicamente excéntricos o

caprichosos [volubles anímicamente, sujetos a impulsos repentinos]. No padecen una enfermedad mental, pero difieren de la persona des preocupada [sin problemas, que va a la buena ventura]. A continuación vienen las personas que se muestran alegres, optimistas y esperanzadas incluso ante las adversidades. No llegan a ser maníacos, sino simplemente afables, bonachones.

Siguiendo la escala de gravedad están las personas cuyo estado de ánimo se ve complicado por problemas físicos o por el estrés. El mejor ejemplo es el del síndrome premenstrual o SPM. Las mujeres que tienen un SPM sufren un claro bajón del estado de ánimo que puede durar una semana más o menos antes de comenzar el período y que puede persistir unos pocos días después del período. La causa serían los cambios en los niveles hormonales, la hinchazón, el dolor y demás molestias físicas, pero desaparece de la misma forma predecible que aparece. La hipoglucemia también puede provocarle un ánimo cambiante a cualquier persona, pero es más grave en el caso de los que son diabéticos. Las alergias estacionales pueden provocar irritabilidad hasta que los síntomas no disminuyen, como también otras molestias físicas tales como erupciones cutáneas y dolor. El estrés altera el estado de ánimo, generando irritabilidad, ansiedad, tristeza y frustración. De persistir el problema de estrés, persistirá también el estado de ánimo negativo. El estrés puede provocar algunos de los síntomas del trastorno bipolar, tales como irritabilidad e insomnio, en personas que no padecen dicha enfermedad.

Más graves son los trastornos del estado de ánimo “diagnosticables”. *Diagnosticables* significa que satisfacen los criterios que aparecen en el DSM-IV-TR. La distimia o el trastorno distímico es una depresión crónica pero habitualmente leve que puede durar de por vida. Va más allá de ser inestable o cambiante, pero no es tan grave como la depresión mayor. La distimia se caracteriza por la presencia de un ánimo bajo cuanto menos la mitad del tiempo, junto con algunas características físicas de la depresión mayor o una autoestima baja. Las personas que padecen una distimia también pueden tener períodos de depresión mayor durante el transcurso de su vida. Cuando la depresión mayor desaparece, habitualmente vuelven a ser distímicos.

Ninguno/Leve		Moderado		Grave	
Normal	Variable Alegre	SPM Alergias Estresado Hipoglucemia	Ciclotimia Distimia Depresión menor	Bipolar II Depresión mayor	Bipolar I

Nivel de gravedad de las oscilaciones del estado de ánimo

La ciclotimia es una forma leve de trastorno bipolar y también es de por vida. Tiene altos parecidos a la hipomanía y bajos bastante leves, que se alternan a lo largo de toda la vida. Lo que parece ciclotimia podría también ser el comienzo de la cristalización de un trastorno bipolar.

La depresión menor también se conoce como *depresión NEOA* (no especificada en otros apartados) y se diagnostica cuando la persona tiene un ánimo triste y algunos de los síntomas físicos enumerados en la depresión mayor, pero no llega a los cinco síntomas necesarios para diagnosticar una depresión mayor. La depresión menor suele venir desencadenada por un hecho estresante, y se prolonga hasta que la persona logra superar el contratiempo y habitualmente remite sin necesidad de tratamiento.

El trastorno bipolar II y la depresión mayor varían enormemente en gravedad, y aunque aparecen dentro del continuum como menos graves que el trastorno bipolar I, pueden ser igual de crónicos y provocar el mismo padecimiento. Ya hemos hablado de la depresión mayor. Una vez que se presenta, tiende a repetirse, a veces en relación con experiencias estresantes y otras veces por ninguna razón en absoluto. También puede ser crónica y durar años seguidos sin el menor alivio.

El trastorno bipolar II incluye por definición períodos de depresión mayor y períodos de hipomanía. La hipomanía, como dijimos anteriormente, difiere de la manía únicamente en intensidad. Incluye cambios en el estado de ánimo, cambios a nivel de pensamiento, y síntomas físicos propios de la manía, pero que no llegan a deteriorar el juicio hasta el punto de suponer un problema para la persona en cuestión.

Siguiendo a lo largo del continuum después del trastorno bipolar I vendría el trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar y la esquizofrenia con sintomatología bipolar NEOA. En el caso de una y otra de estas enfermedades no suele haber ningún período de normalidad. Cuando la manía o la depresión disminuyen, los síntomas psicóticos tales como las alucinaciones y los delirios habitualmente continúan persistiendo. La diferencia entre estos dos trastornos es que en el caso del trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar, la persona tiene episodios de depresión y de manía con la misma frecuencia que alguien que tiene un trastorno bipolar I. En el caso de la esquizofrenia, los episodios de manía y de depresión aparecen con mucha menos frecuencia y no duran tanto como en el trastorno bipolar I o los trastornos esquizoafectivos.

Ahora que conocemos los diferentes tipos de alteraciones del estado de ánimo, podemos comprender mejor por qué nuestro médico y nuestro terapeuta piensan que tenemos un trastorno bipolar y no unos meros cambios de humor de andar por casa. Si pensamos que nuestros síntomas se entenderían mejor como un trastorno bipolar, procedamos a examinarlo detenidamente con nuestro médico o con nuestro terapeuta.

¿Y después?

Ya hemos acabado los capítulos del manual relativos a tomar precauciones para prevenir futuros episodios de manía y de depresión. En la siguiente serie de capítulos pasaremos al paso nº 3 dentro del modelo cognitivo-conductual aplicado al trastorno bipolar y aprenderemos algunos métodos para reducir nuestros síntomas cuando hagan acto de presencia.

Si volvemos al capítulo 1 y revisamos el modelo cognitivo-conductual aplicado al trastorno bipolar, veremos que aparecen cambios en las cogniciones y las emociones cerca del punto más alto del ciclo donde comienzan la depresión y la manía. Las cogniciones o los pensamientos tienen una fuerte influencia sobre nuestras emociones y nuestras reacciones conductuales. Por tanto, los capítulos 8 y 9 se ocuparán de los métodos para identificar,

controlar y corregir los pensamientos distorsionados o excesivamente emocionales. Podemos aprender a reconocer cuándo nuestro estado de ánimo está quedando teñido por lo que pensamos, y diferenciar nuestros pensamientos emocionales y nuestros pensamientos lógicos antes de reaccionar excesivamente a ellos.

III REDUCIR LOS SÍNTOMAS

8

Reconocer e identificar los errores de pensamiento

A lo largo de este capítulo:

- Explicaremos cómo puede afectar nuestro estado de ánimo a nuestros pensamientos y nuestras reacciones a los acontecimientos.
- Revisaremos de qué forma nuestros pensamientos pueden estar distorsionados o ser incorrectos.
- Aprenderemos el método de *cáptalo, contrólalo, corrígelo* para encauzar nuestros pensamientos distorsionados.

El trastorno bipolar genera emociones muy intensas tales como la tristeza, la irritabilidad, el entusiasmo, la ansiedad y la agresividad, que se manifiestan durante los episodios de depresión y de manía y, en ocasiones, también en el período entre los episodios. Estas emociones o estados de ánimo pueden volvernos más propensos a reaccionar excesivamente ante situaciones perturbadoras.

Por ejemplo, cuando Amanda se deprime, se siente desbordada con más facilidad cuando se le acumulan las tareas. La semana pasada, su hijo le comentó el domingo por la tarde que debía entregar un trabajo en la escuela al día siguiente, y que necesitaba comprar algunos materiales para terminar el trabajo. Amanda ya tenía un montón de cosas que hacer en la casa aquel día y le sentó muy mal este anuncio de última hora. Cuando se enteró de que a su hijo le habían puesto el trabajo hacía dos semanas, sintió que la sangre le comenzaba a hervir. A pesar de que el niño era sólo un estudiante de primaria, Amanda se puso furiosa y le respondió que era un irresponsable, un desconsiderado y que no era consciente de la cantidad de obligaciones que tenía su madre. El niño pidió disculpas y se fue a su habitación. Una vez que se tranquilizó, Amanda comenzó a sentirse mal por haberle gritado al niño, así que decidió dejar a un lado sus tareas, acompañó al niño a la tienda y le ayudó con el trabajo. Cuando no está deprimida, también le sigue disgustando que le alteren sus planes, pero normalmente no hasta el punto de reaccionar de forma desmesurada y de gritarles a sus hijos por pequeñas cosas.

¿Alguna vez hemos estado en una situación similar? Nos tomaremos un momento para rellenar la hoja de trabajo 8.1 describiendo un suceso reciente que nos haya alterado, los pensamientos que nos pasaron por la cabeza en el momento en que ocurrió, y cómo reaccionamos ante la situación.

Nuestro estado de ánimo contribuye a hacernos reaccionar de manera exagerada, pero lo que determina nuestra respuesta emocional a los acontecimientos es lo que pensamos respecto de la situación. Para empezar, Amanda estaba de mal humor, pero la razón por la cual reaccionó de forma tan intensa con su hijo fue porque ella pensó que la petición de su hijo significaba que éste no valoraba su tiempo ni lo mucho que ella trabajaba, porque si hubiera valorado su tiempo no la

Hoja de trabajo 8.1: Hechos, pensamientos y acciones–situaciones de presión

Lo que pasó	Mis pensamientos	Qué hice
Ejemplo de Amanda: <i>Mi hijo me comentó a última hora que tenía que entregar un proyecto en el colegio.</i>	<i>Es un irresponsable. Es un desconsiderado. No valora lo mucho que trabajo ni la cantidad de cosas que tengo que hacer.</i>	<i>Le grité a mi hijo y le hice que se sintiera mal. Después me sentí mal yo. Le llevé a comprar lo que necesitaba y le ayudé a terminar el proyecto.</i>
Mi ejemplo:		

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

habría embaucado en el último minuto. En este caso, Amanda pensó que el problema tenía que ver con ella cuando, en realidad, se trataba de un niño que había olvidado hacer sus deberes.

Es fácil ver cómo los acontecimientos externos pueden desencadenar una reacción emocional como la que Amanda tuvo con su hijo. Pero, como decíamos en el primer capítulo, los cambios emocionales que acontecen durante los períodos de depresión y de manía pueden favorecer la aparición de pensamientos emocionales, incluso en momentos en que no está aconteciendo nada de particular. Aquí tenemos otro ejemplo extraído de Amanda:

La depresión de Amanda hace que se sienta baja de ánimo y que dude de que las cosas lleguen a mejorar alguna vez. Cuanto más piensa en sus problemas, más desesperada se siente. Se dice a sí misma cosas como: “No puedo creer que mi vida sea un desastre semejante. Jamás voy a salir de tanta deuda. Soy incapaz de llevar la casa, los niños y el trabajo. Más valdría que me diera por vencida”. Si empieza

pensando de esta forma cuando se despierta por la mañana, no siente ninguna motivación para levantarse de la cama, relacionarse con los suyos, o pagar las facturas, aunque sabe que están vencidas. La depresión le afecta a sus pensamientos, tornándolos negativos y desesperanzados. Tanto su mal humor como sus pensamientos sombríos desvanecen su motivación de levantarse y enfrentarse a un nuevo día. Se queda en la cama, deja que su marido atienda a los niños, y deja las facturas encima del escritorio para otro día.

Si nos hemos encontrado alguna vez en una situación similar, la describiremos en los espacios provistos en la hoja de trabajo 8.2.

Los ejemplos de Amanda ponen de manifiesto el modo en que nuestro estado de ánimo puede afectar a nuestros pensamientos y a las opciones de actuación durante los períodos de depresión, pero lo mismo puede suceder durante los períodos de manía. Durante sus dos últimos episodios maníacos, Tommy se sintió eufórico durante un

Hoja de trabajo 8.2: Hechos, pensamientos y acciones-preocupaciones

Lo que pasó	Mis pensamientos	Qué hice
Ejemplo de Amanda: <i>Me desperté y empecé a pensar en mis problemas.</i>	<i>No puedo creer que mi vida sea un desastre semejante. Jamás voy a salir de tanta deuda. Soy incapaz de llevar la casa, los niños y el trabajo. Más valdría que me diera por vencida.</i>	<i>Me quedé en la cama. Dejé que mi marido cuidara de los niños. Dejé las facturas sobre mi escritorio para otro día.</i>
Mi ejemplo:		

tiempo, pero después se puso irritable y agresivo. A continuación viene un ejemplo de lo que le ocurrió:

Tommy se sentía con los nervios de punta mientras se dirigía a cenar a casa de sus padres. Su madre se dio cuenta de que deambulaba nerviosamente de acá para allá mucho más de lo habitual y le preguntó si se había tomado la medicación. Tommy explotó: “Déjame en paz con la medicación. Me repugna tener que tomar esa porquería. Siempre estás dándome la vara con el tema. ¿Por qué te empeñas en hacer que me enfade? ¿No podemos tener una velada en paz sin que me saques a relucir la misma historia de siempre? Me voy”. Tommy salió de la casa dando un portazo, se subió en su coche y salió a toda velocidad. Fue a casa de un amigo y se tomó unas cuantas cervezas hasta que se calmó lo bastante como para volverse a su casa.

La irritabilidad de Tommy contribuyó a que reaccionara exageradamente a las preguntas de su madre, pero lo que le hizo explotar fue el pensar que su madre estaba tratando de darle la vara y de enfadarle. No pensó que su madre podía estar mostrando interés. Pensó que estaba entrometiéndose en el tema de la medicación. Tommy se sentía demasiado enfadado como para hablarlo detenidamente con ella, así que se fue. Este es otro buen ejemplo de cómo nuestros pensamientos respecto de una situación pueden determinar nuestra forma de reaccionar. Si alguna vez nos hemos encontrado en una situación como la de Tommy, en la que la irritabilidad nos hizo reaccionar exageradamente, la registraremos por escrito en la hoja de trabajo 8.3.

Al igual que la depresión, la manía genera pensamientos espontáneos que pueden provocar emociones, como cuando tenemos de repente una gran idea que nos hace sentirnos bien. Puede que hubiera algunos desencadenantes en nuestro entorno que nos sirvieran de inspiración, pero no nos dimos cuenta. Los pensamientos y las ideas creativas espontáneas pueden ser verdaderamente emocionantes y hacer que queramos llevarlos a la práctica bajo cualquier circunstancia, incluso si no resultan prácticos.

Paul es una persona creativa. Cuando se está poniendo maníaco, sin embargo, tiende a tener muchas más ideas e inspiraciones. Una

Hoja de trabajo 8.3: Hechos, pensamientos y acciones—la cuestión de la medicación

Lo que pasó	Mis pensamientos	Qué hice
Ejemplo de Tommy: <i>Mi madre me preguntó si había tomado la medicación.</i>	<i>Me está acusando. Sabe que no soporto tener que tomar la medicación y lo saca a relucir constantemente.</i>	<i>Le grité a mi madre. Me fui sin cenar. Salí a toda pastilla con el coche. Estuve bebiendo cerveza hasta que me tranquilicé.</i>
Mi ejemplo:		

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

noche, mientras veía la televisión antes de acostarse, vio el anuncio de un nuevo programa de lectura para niños con problemas de aprendizaje. Recordó todos aquellos problemas que tuvo de niño cuando trataba de aprender a leer y se le ocurrió una idea fantástica acerca de un programa que resultaría mucho mejor que el que mostraban en el anuncio. Saltó como un muelle del sofá, encendió el ordenador y comenzó a redactar las ideas que le iban viniendo a la cabeza. A las tres de la mañana se dio cuenta de lo cansado que estaba y de que debía entrar al trabajo a las ocho. Se conocía muy bien y reconoció que lo que había estado haciendo durante aquellas tres horas era un desperdicio de energía, provocado por la manía. Sabía que, si se hubiera quedado escribiendo toda la noche y trabajando en su nuevo proyecto, lo único que hubiera conseguido habría sido empeorar el estado maníaco. Giró su mirada hacia el pastillero que había sobre su mesilla de noche y se dio cuenta de que había olvidado tomar la medicación. Si la hubiera tomado en aquel momento, se habría pues-

to a dormir como un tronco y, a la hora de levantarse, su sueño habría sido más fuerte que el despertador. Decidió apagar el ordenador e intentar dormir sin la ayuda de las pastillas. Tras dar vueltas y vueltas durante un rato consiguió dormir unas horas antes de que sonara el despertador.

La nueva idea de Paul parecía brillante, y tenía pinta de merecer algo de su tiempo, pero el problema no era el proyecto en sí mismo: el problema tenía que ver con la organización de sus horarios. Dedicarse a aquella idea espontánea le había hecho olvidarse de tomar la medicación y perder varias horas de valioso descanso. A causa de ello, al día siguiente se encontraba exhausto en su trabajo, pero su mente comenzaba a acelerarse, síntoma de que se aproximaba un episodio de manía.

Tratemos de pensar en alguna ocasión en la que hayamos tenido una experiencia similar a la de Paul y la describiremos en la hoja de trabajo 8.4. Tratemos de recordar cómo sentimos el impulso de pasar a la acción en lugar de esperar a un momento más conveniente. La manía puede hacernos pensar que las cosas son más urgentes de lo que realmente son y que, si no nos dedicamos inmediatamente a ellas, nuestra idea o las posibilidades de llevarla a cabo se esfumarán en un suspiro. Estas reacciones pueden resultar problemáticas si interfieren nuestro sueño o hacen que nos olvidemos de tomar la medicación.

Cada uno de los ejemplos propuestos ilustra el modo en que las emociones pueden hacernos reaccionar exageradamente ante acontecimientos internos y externos. Cada una de nuestras reacciones se basa en el modo en que valoramos cada situación, es decir, en lo que pensamos de ella. Como queda expuesto, los pensamientos inspirados por la depresión o la manía pueden resultar distorsionados por las emociones. Pueden ser demasiado positivos o demasiado negativos, dependiendo de nuestro estado de ánimo. El mayor problema consiste en que nuestras reacciones emocionales y lo que pensamos de una situación dictarán el modo en que nos enfrentamos a ella y la calidad de nuestras acciones. Si no vemos las cosas objetivamente, no siempre lograremos manejar correctamente la situación.

Hoja de trabajo 8.4: Hechos, pensamientos y acciones–ideas creativas

Lo que pasó	Mis pensamientos	Qué hice
Ejemplo de Paul: <i>Vi un anuncio en la TV que estimuló la aparición de una idea creativa sobre un programa de lectura.</i>	<i>Tengo una idea brillante. Es mucho mejor que la de la TV. Más vale que me ponga manos a la obra inmediatamente. Esto me va a hacer ganar un montón de dinero.</i>	<i>Me levanté de la cama. No tomé la medicación de la noche. Estuve delante del ordenador hasta las tres de la mañana. Dormí sólo unas pocas horas antes de ir a trabajar.</i>
Mi ejemplo:		

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

El método de la triple C para controlar los pensamientos

Los ejercicios propuestos en este capítulo y el siguiente tienen por objeto ayudarnos a reconocer los momentos en los que nuestro estado de ánimo o nuestras emociones están distorsionando nuestras percepciones. Si somos capaces de captar los pensamientos excesivamente emocionales en el momento en que aparecen, podremos controlarlos en lugar de permitir que controlen nuestras reacciones. Un modo de conseguirlo consiste en tomar conciencia de cuándo estamos pensando de una forma excesivamente emocional. Si podemos detectarlo en el momento en que sucede, tendremos la oportunidad de controlarlo. Una manera de controlar nuestras reacciones consiste en elegir una línea de acción que sea mejor para nosotros, y otra consiste en corregir nuestros pensamientos emocionales para que no nos lleven por el camino equivocado.

Captar	las distorsiones a nivel de pensamiento cuando se producen.
Controlar	que no influyan en nuestra conducta.
Corregir	cualquier posible error de lógica.

Para captar el pensamiento distorsionado hemos de tener claro qué es lo que estamos buscando. Existen algunas pautas comunes en las diferentes formas en que la depresión y la manía pueden teñir nuestros pensamientos. Son los llamados *errores de pensamiento*. Las páginas siguientes describen algunos de los errores de pensamiento más comunes que cometen las personas cuando están deprimidas y cuando están maníacas. Si podemos captar los momentos en que nos estamos dejando llevar por alguno de estos errores de pensamiento, tendremos la oportunidad de corregir las distorsiones antes de que nos lleven en la dirección equivocada. Los errores de pensamiento más comunes en la depresión y la manía entran dentro de cuatro categorías:

1. **Errores de percepción**, los cuales incluyen la magnificación y la minimización.
2. **Conclusiones precipitadas**, las cuales incluyen leer el pensamiento, adivinar el futuro, catastrofizar y personalizar.
3. **Visión de túnel**, llamada a veces percepción selectiva o filtro mental.
4. **Absolutos o extremos**, los cuales incluyen el pensamiento en blanco y negro, las etiquetas y los “debería”.

A lo largo del resto de este capítulo aparecen las descripciones de cada una de las cuatro categorías de errores de pensamiento, así como ejemplos de las posibles formas que pueden adoptar durante los períodos de depresión y durante los períodos de manía. A medida que vayamos leyendo, trataremos de recordar los momentos en los que podríamos haber cometido cada uno de los errores de pensamiento en respuesta a una situación estresante. A lo largo del texto aparecen hojas de trabajo en las que podemos registrar nuestros ejemplos personales. En este capítulo, encontraremos también algunos métodos para controlar estos errores de pensamiento. En el siguiente capítulo encontraremos ejercicios que tienen por objeto la

tercera “C” –corregir las distorsiones a nivel de pensamiento cada vez que se presenten. Practicaremos estos métodos para controlar y corregir los errores de pensamiento y veremos que, con el tiempo, será menos probable que aparezcan, y cuando aparezcan de hecho, podremos corregirlos o descartarlos rápidamente.

¡Cáptalo!

Errores de percepción

Las percepciones erróneas se producen cuando distorsionamos la información que llega hasta nosotros, haciéndola MÁS GRANDE O MÁS PEQUEÑA de lo que realmente es. Las hojas de trabajo 8.5 y 8.6 presentan algunos ejemplos de errores de percepción en la depresión y en la manía, respectivamente. Pensemos en los momentos en los que hemos percibido erróneamente una situación, ya sea magnificando o minimizando los hechos, y registraremos nuestros ejemplos en los espacios correspondientes en las hojas de trabajo.

¡Contrólalo!

Magnificación

En la depresión y la manía, la magnificación se ve avivada por la emoción del momento. Cuando la intensidad de la emoción decrece, la magnificación tiende también a disminuir. Por ejemplo, si nos sentimos furiosos, una situación que nos altere puede parecernos intolerable; una vez que nos hayamos calmado, sin embargo, la situación puede parecernos molesta o incómoda pero manejable. Si nos sentimos tristes y nuestro grupo de amigos nos ha dejado de lado, podemos sentirnos destrozados en un principio, pero después de que hayamos logrado calmarnos, podemos sentirnos heridos pero capaces de afrontarlo. Podemos reducir las emociones que avivan la magnificación distanciándonos emocionalmente de un hecho o de una idea, concediéndonos un tiempo para pensar antes de reaccionar.

Hoja de trabajo 8.5: Errores de percepción en la depresión

Error de percepción	Ejemplos de Amanda	Mis ejemplos
Magnificación de la gravedad de los problemas.	<i>Es espantoso. Jamás me perdonaré haberme olvidado del cumpleaños de mi madre.</i>	
Minimización de los sucesos positivos o de los logros O Rechazar los elogios	<i>Da igual que por fin tenga la cocina limpia. No debería haber dejado jamás que llegara a estar tan sucia.</i> Jefe de Amanda: ¡Hiciste un buen trabajo! Amanda minimiza: No es para tanto. Amanda: ¡Has sacado muy buenas notas! Su hija minimiza: Sí, bueno...	

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Algunas de las formas más habituales de distanciarse emocionalmente son:

- Alejarse de la situación.
- Dedicarle un tiempo a valorarla.
- Pedir la opinión de otras personas respecto de lo que pasó.
- Consultarlo con la almohada.
- Comparar el hecho que está siendo magnificado con otras experiencias que hayamos tenido.
- Preguntarnos cómo podrían ver otras personas lo que pasó.
- Contener la respiración y contar hasta diez antes de reaccionar.

Hoja de trabajo 8.6: Errores de percepción en la manía

Error de percepción	Ejemplos de Amanda	Mis ejemplos
Magnificación de la autoestima o del valor de las propias ideas	<i>Este proyecto no puede fallar. Es la mejor idea que haya tenido nadie en mucho tiempo. Es una auténtica genialidad.</i>	
Minimización de la gravedad de los problemas o de los posibles riesgos	Novia de Paul: ¡¡No corras tanto!! Paul minimiza: <i>Tranquila. Jamás me han puesto una multa de velocidad yendo por <u>esta</u> carretera.</i>	

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

- Ver la televisión durante un rato.
- Cambiar de tema.
- Meditar.
- Echarse un sueño.
- Negarse a hablar de ello hasta que no nos hayamos calmado.

Cuando estamos alterados, ¿cómo podemos distanciarnos emocionalmente? Escribiremos nuestras sugerencias y nuestras experiencias en la hoja de trabajo 8.7.

Paul consigue distanciarse emocionalmente de sus ideas maníacas examinándolas detenidamente con sus amigos. Por ejemplo, cuando tuvo aquella idea sobre el programa de lectura se la comentó a sus compañeros de trabajo. Tras escuchar sus opiniones ya no estaba tan convencido de que fuera la mejor idea que jamás había tenido, ni de que el éxito estuviera garantizado. De hecho, cuanto más les hablaba de su idea, más se desvanecían su entusiasmo y sus ganas de trabajar

en ella. Conociéndose a sí mismo y a su tendencia a quedarse atrapado en sus propias fantasías, descartó el proyecto al verlo como una idea maníaca y se concentró en su trabajo actual y en sus responsabilidades académicas.

¡Contróvalo!

Minimización

La minimización tiene lugar tanto durante los episodios de depresión como durante los episodios de manía. Cuando estamos deprimidos, es posible que recurramos a la minimización para descartar la información que no concuerde con nuestro ánimo negativo como, por ejemplo, rechazar los elogios o las alabanzas. Cuando estamos maníacos, podemos utilizar la minimización para descartar todo lo que se oponga a nuestro buen humor o contradiga nuestras grandes ideas. Ello puede traducirse en ignorar los posibles riesgos, como gastar más dinero del que nos podemos permitir, conducir demasiado deprisa o tener una actividad sexual mayor de lo habitual. Cuando minimizamos lo positivo o lo negativo, distorsionamos la información de que disponemos con objeto de adaptarla a nuestra actitud mental y a nuestro estado de ánimo. Cuando distorsionamos la información y no vemos las cosas con claridad, podemos cometer errores con facilidad.

Hoja de trabajo 8.7: Distanciarse emocionalmente

Mis estrategias para distanciarme emocionalmente son:

Minimizar lo negativo

Al entrar en una fase maníaca, somos más susceptibles de minimizar lo negativo. Por ejemplo, podemos pasar por alto detalles importantes tales como los riesgos o los contras de las situaciones. Cuando minimizamos lo negativo, los aspectos positivos de cualquier idea pueden parecer todavía más destacados. Podemos convencernos de que no existe ningún inconveniente, o de que los riesgos son pequeños y los beneficios grandes, aunque no sea verdad.

Para evitar minimizar, formulémonos a nosotros mismos y a otras personas las siguientes preguntas:

- **¿Cuáles son los inconvenientes de mi idea o proyecto?**
- **¿Existe algún tipo de riesgo?**
- **¿Podría estar pasando por alto algo importante?**
- **¿Estoy despreocupándome o ignorando algunos hechos importantes?**

Obliguémonos a analizarlo desde todos los ángulos antes de sacar nuestras conclusiones y pasar a la acción.

Si Paul hubiera utilizado esta estrategia para ordenar sus pensamientos respecto del nuevo programa de lectura que estaba inventando, habría contestado a las preguntas anteriores de la siguiente manera:

- **¿Cuáles son los inconvenientes de mi idea o proyecto?** *Me llevará un montón de tiempo elaborar todos los detalles del programa, y ello podría interferir con mis otros objetivos y con mis horas de sueño.*
- **¿Existe algún tipo de riesgo?** *Si invierto un dinero en este proyecto, podría perderlo si la idea es un fracaso. Si me quedo hasta tarde por las noches trabajando en esto, es probable que me ponga maníaco. No quiero volver a ponerme maníaco otra vez.*
- **¿Podría estar pasando por alto algo importante?** *Esta podría ser simplemente otra de mis fantasías maníacas que resulta ser una mala idea. Ya me ha ocurrido esto mismo antes otras veces.*

- **¿Estoy despreocupándome o ignorando algunos hechos importantes?** *No sé gran cosa de cómo enseñar a los niños a leer, al margen de mi propia experiencia personal. No estoy seguro de qué hechos puedo estar pasando por alto.*

Minimizar lo positivo

Cuando no estamos deprimidos, podemos minimizar lo positivo o rechazar los cumplidos como un acto de humildad o de modestia. En estas situaciones, desestimar los elogios es un gesto social, pero en nuestro interior no dejamos de sentirnos bien por el cumplido. Por ejemplo, si alguien nos comenta lo bien que cocinamos diciéndonos: “Este es el mejor pastel que he probado jamás”, podemos minimizarlo respondiendo: “Bueno, no está mal, pero la pasta tendría que haber quedado más ligera”. Cuando estamos deprimidos o irritables, minimizamos lo positivo porque pensamos que no cuenta. Podemos pensar que no somos merecedores de ningún elogio o que lo que hacemos es demasiado limitado como para darle importancia. Algunas de las formas más habituales de minimizar lo positivo son:

- Rebajar los logros por considerar que no son lo bastante buenos
- Descalificar un pensamiento positivo con un pensamiento negativo
- Rechazar los elogios

El minimizar lo positivo es un problema sobre todo para las personas que tienen unas expectativas extraordinariamente elevadas o que son unos perfeccionistas. Nada es lo bastante bueno a no ser que sea perfecto. Con esta forma de pensar, seremos incapaces de disfrutar de esos pequeños logros que se desarrollan hasta convertirse en logros mayores. Por ejemplo, puede que hayamos logrado acabar un trabajo trimestral, pero no nos sintamos satisfechos porque tuvimos que quedarnos levantados toda la noche para terminarlo. Nos decimos a nosotros mismos que debíamos haberlo acabado antes. En lugar de sentir alegría y alivio, nos sentimos culpables y decepcionados. Las emociones negativas como éstas alimentan la depresión.

Cuando nos encontramos de mal humor y pensamos que nada va como nos gustaría, podemos minimizar o ignorar completamente cualquier evidencia de lo contrario. Por ejemplo, si estuviéramos de mal humor y tuviéramos la suerte de encontrar un buen sitio para aparcar, podemos minimizar este hecho positivo pensando: "¿Y qué? Mi coche es viejo, se cae a pedazos y no me puedo permitir comprar-me uno nuevo". Si fuera un estudiante que acaba de hacer bien un examen, podría descartar el logro diciendo: "Todavía me queda un montón de trabajo por hacer, y no tengo garantías de que el siguiente examen me vaya a salir bien". Si yendo de compras encontráramos una ganga, podemos minimizarlo pensando: "Tengo que comprar las cosas en las rebajas. No tengo un montón de dinero como otra gente que pagan el precio íntegro".

Algunas personas minimizan lo positivo, incluso cuando no están deprimidos. Piensan siempre en los inconvenientes, en por qué no funcionan las cosas, o en lo que podría estropear una experiencia positiva. Los llamamos pesimistas. Siempre ven el vaso medio vacío. Si somos pesimistas por naturaleza y tenemos un trastorno bipolar, es probable que nos vengamos abajo durante las fases depresivas en base a minimizar lo positivo y no permitírnos disfrutar de las pequeñas satisfacciones derivadas de la sensación de logro, que podrían levantarnos el ánimo.

Para controlar la minimización, podemos utilizar un método llamado **detención del pensamiento**, que fue concebido para el tratamiento de las rumiaciones y los pensamientos obsesivos. Su objetivo es detener la minimización y cambiarla por algo más objetivo. **La detención del pensamiento para controlar la minimización incluye tres pasos:**

El primer paso consiste en cogernos haciéndolo. Esta es la parte más difícil. Será mucho más fácil si pedimos la colaboración de algún amigo o familiar que nos alerte cuando nos vea que estamos minimizando. Tratemos de prestar atención a las situaciones en las que nos damos cuenta de algo positivo y a continuación lo descartamos. Probablemente existan algunas pautas que acabaremos por reconocer. Es posible que la minimización adopte en nuestro caso la forma de rechazar los elogios, por ejemplo. Si es así, podemos vigilarlo cuando recibamos *feedback* positivo de los demás. Si tendemos a des-

calificar nuestros logros, es probable que minimicemos nuestros aspectos positivos de forma regular. A medida que vamos acabando cosas, escucharemos esa voz dentro de nuestra cabeza que nos dice que lo que hemos hecho no cuenta, no tiene importancia, o no es digno de mención. Puede ser útil llevar un registro del tipo de cosas que minimizamos, de manera que podamos aprender a pillarnos a nosotros mismos en el acto de minimizar.

El segundo paso, una vez que nos hemos pillado minimizando, consiste en controlar los pensamientos de este tipo, diciéndonos a nosotros mismos con una voz de mando: “¡PARA!” Podemos practicar el decirnos que paremos ya sea en voz alta o para nuestros adentros. Busquemos un tono de voz que parezca proceder de una figura con autoridad, como si viniera de alguno de nuestros padres: “¡Deja eso!” “¡Deja eso ahora mismo!” “¡Basta!” Pensemos en cómo le diríamos a otra persona en un tono de voz firme que dejara de hacer lo que estuviera haciendo. Utilicemos ese mismo tono de voz con nosotros mismos cuando nos pillemos minimizando nuestros aspectos positivos.

El tercer paso para detener los pensamientos consiste en cambiar el pensamiento minimizador por algo más positivo. Si nos sorprendemos a nosotros mismos a punto de rechazar un cumplido, nos diremos para nuestros adentros: “¡PARA!” y en lugar de rechazarlo contestaremos: “Gracias”. Si nos pillamos minimizando nuestros logros como, por ejemplo, acabar un trabajo que ha requerido mucho esfuerzo, nos diremos que es perfectamente legítimo que nos sintamos bien por ello. Probemos con afirmaciones del tipo de: “Al menos he conseguido acabar algo”, “Podrá ser un logro pequeño, pero no deja de ser algo positivo” o “Cuando me siento así de mal, cualquier cosa que pueda hacer siempre será algo bueno”. Tenemos que encontrar un pensamiento que sustituya a la minimización. Los más útiles son los que nos permiten ver nuestros aspectos positivos como lo que son.

Raquel tenía la mala costumbre de rechazar los elogios y de decirse que, aunque hubiera hecho algo bien, nunca era lo bastante bueno. Aprendió a utilizar la técnica de la detención del pensamiento para controlar su tendencia a la minimización. Lo más habitual en ella cuando alguien le da las gracias o le hace algún elogio, es responder al cumplido con una autocrítica. Por ejemplo, una conversación con su marido los primeros años de casados podía ser:

MARIDO: *Gracias por la cena. Estaba deliciosa.* [Elogio]

RAQUEL: *Estaba un poco cruda.* [Autocrítica]

MARIDO: *Aun así, a mí me ha gustado.* [Elogio]

RAQUEL: *Eres fácil de agradar.* [Rebaja el elogio de él]

El resultado final de muchas conversaciones como esta era que los cumplidos venían, pero Raquel nunca los recibía. Por consiguiente, no ejercían ningún impacto positivo sobre ella. El rechazo de sus elogios, no obstante, era frustrante para el marido de Raquel, de modo que al cabo un tiempo aprendió a dejar de hacerlos. En algún momento Raquel se dio cuenta de que su marido había dejado de alabarla. Su interpretación fue que en realidad no cocinaba lo bastante bien y que su marido había dejado de fingir que sí. Un Día de Acción de Gracias se esforzó especialmente para hacer una comida memorable. Rachel recibió elogios de todo el mundo, excepto de su marido. Ella se lo tomó como una ofensa y estuvo fría con él, hasta que éste le rogó que le dijera qué era lo que había hecho mal. Cuando le contó lo que la había alterado, él le explicó que le encantaba su forma de cocinar, pero que había renunciado a elogiarla porque nunca estaba de acuerdo con él y le rechazaba el cumplido. Le resultaba hiriente, y por eso había dejado de elogiarla. Raquel sabía que tendía a minimizar lo positivo y se prometió solemnemente que aprendería a aceptar los cumplidos. Ahora, cada vez que su marido le comenta que le ha encantado la cena, Raquel se dice para sus adentros: “¡PARA!” antes de que el comentario negativo salga de sus labios, y se limita a decir: “Gracias. Me alegro de que te haya gustado”.

¡Cáptalo!

Conclusiones precipitadas

Las conclusiones precipitadas son un error de pensamiento que consiste en realizar conjeturas o suposiciones antes de conocer todos los hechos. Podemos sacar conclusiones precipita-

das cuando realizamos conjeturas o suposiciones respecto de personas o acontecimientos. En general, si nos sentimos deprimidos, las conjeturas suelen ser negativas o nos pueden alterar. Si estamos maníacos y nos sentimos eufóricos, es probable que nuestras conjeturas sean excesivamente positivas. Si estamos irritables, nuestras conjeturas avivarán nuestra agresividad. Las conclusiones que adelantamos suelen coincidir con nuestro estado de ánimo. Si estamos ansiosos, predeciremos cosas inquietantes. Si sentimos celos, veremos traición incluso donde no la hay. Si estamos enfadados, daremos por sentado que los demás tienen intenciones negativas. El problema de adelantar conclusiones es que normalmente suelen ser incorrectas. Cuando actuamos sobre la base de dichas conclusiones, cometemos errores. Existen muchas formas diferentes de sacar conclusiones precipitadas. A medida que describimos cada una de ellas, trataremos de recordar las veces en las que pensamos de esa misma forma y después nos dimos cuenta de que estábamos equivocados. Anotaremos por escrito algunos de nuestros ejemplos en las hojas de trabajo.

Leer el pensamiento: adivinar lo que los demás está pensando o sintiendo (Hoja de Trabajo 8.8).

Miguel (maníaco): *Sé que le intereso. Probablemente se puso ese vestido sólo para llamar mi atención.*

Neli (nerviosa): *Seguro que está muy enfadado conmigo.*

Dolores (deprimida): *Probablemente piensan que no funcioné por mi culpa.*

Paula (hipomaníaca): *Simplemente están celosas porque el profesor me prefiere a mí.*

Marta (preocupada): *Hoy se está portando de una manera rara. Creo que ya no le caigo bien.*

Hoja de trabajo 8.8: Leer el pensamiento

Mis propios ejemplos de adivinación del pensamiento son:

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Adivinar el futuro: hacer predicciones sobre acontecimientos futuros (Hoja de Trabajo 8.9).

Mateo (desanimado): *No va a salir bien. Nada me sale bien.*

Montse (hipomaniaca): *En cuanto oiga mi idea para mejorar el rendimiento de la oficina, me dará un aumento o, mejor aún, un ascenso. Deberían darme un puesto de responsabilidad. ¿Qué más da si llevo poco tiempo en el trabajo?*

Ana (ansiosa): *Voy a ponerme en ridículo. Seguro que me olvido de lo que tengo que decir y me quedo allí plantada, mirando fijamente a la gente como una idiota.*

Oscar (demasiado seguro): *Sé que voy a triunfar en ese examen sin tan siquiera tener que abrir el libro.*

Hoja de trabajo 8.9: Adivinar el futuro

Mis propios ejemplos de adivinación del futuro son:

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Catastrofizar: Dar por supuesto que probablemente va a ocurrir lo peor (Hoja de Trabajo 8.10).

Sandra (estresada): *Si la reparación del coche me sale demasiado cara, este mes no me va a llegar para pagar el alquiler. Mi casero me va a echar y voy a tener que dormir en la calle.*

Carla (mustia): *Jamás conseguiré hacer este trabajo dentro de plazo. Acabaré suspendiendo la asignatura y no podré licenciarme.*

Irene (irritable): *Esto me va a llevar el día entero. No tengo tiempo para estar aquí esperando. Hemos elegido la peor cola y voy a perder el avión.*

Hoja de trabajo 8.10: Catastrofización

Mis propios ejemplos de catastrofización son:

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Personalizar: Dar por supuesto que todo lo que pasa tiene que ver con nosotros, sin conocer todos los hechos; tomarnos las cosas como algo personal (Hoja de Trabajo 8.11).

Laura (descorazonada): *Mi hijo tiene un montón de problemas en el colegio por mi culpa. ¡Ojalá hubiera sido mejor madre!*

Fernando (eufórico): *¿Has visto cómo me miraban cuando entramos? Dejaron de hablar por unos segundos para ver qué iba a hacer después.*

Hoja de trabajo 8.11: Personalización

Mis propios ejemplos de personalización son:

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

¡Contróllalo!

Cómo “no” sacar conclusiones precipitadas

Cuando sacamos conclusiones precipitadas, estamos haciendo conjeturas o suposiciones acerca de una situación, un problema o una persona. Podemos estar convencidos de que nuestra suposición es correcta, pero si las emociones están influyendo en nuestros pensamientos, existe una probabilidad considerable de que estemos equivocados. Para evitar cometer errores, tenemos que considerar otras posibles explicaciones para lo que nos está ocurriendo a nosotros o lo que está pasando a nuestro alrededor, y elegir la opción que tenga más sentido. Si no estamos seguros de cómo interpretar las palabras o los actos de los demás, podemos pedir más información o comprobar nuestras suposiciones antes de sacar ninguna conclusión. Cuando no estamos alterados, probablemente lo hacemos automáticamente. Cuando nos invaden emociones muy intensas o cuando las situaciones en cuestión generan reacciones muy fuertes en nosotros, tal vez necesitemos hacer una pausa lo bastante larga como para examinar detenidamente las cosas de una forma más lógica antes de poder sacar una conclusión más objetiva. En las secciones que vienen a continuación se muestran algunas directrices para controlar las formas más habituales de sacar conclusiones precipitadas.

Leer el pensamiento

Cuando estamos deprimidos, ansiosos o irritables, nuestro estado de ánimo nos hace sacar conclusiones negativas precipitadas respecto de lo que los demás piensan o sienten. Podemos convencernos fácilmente de que estamos en lo cierto pensando en la evidencia que apoya nuestra conclusión, e ignorando cualquier otra evidencia en contra. La lectura del pensamiento se basa en el supuesto de que si conocemos a alguien lo bastante bien, sabemos lo que siente o lo que piensa en la mayoría de las situaciones. Lo que nos anima a leer el pensamiento de los demás es que a veces acertamos. Leer el pensa-

miento es un problema cuando las conclusiones precipitadas que sacamos son incorrectas, pero nos comportamos como si fueran ciertas. Cuando nuestro instinto se equivoca, las acciones que le siguen pueden provocarnos más angustia y más preocupación, y generar problemas con los demás.

Leer el pensamiento es un motivo habitual de discusiones. Si nos sentimos irritables, es fácil que nos pongamos a hacer suposiciones negativas respecto de los demás, en lugar de preguntarles. Algunas de las aseveraciones adivinatorias más habituales que se prestan a avivar una discusión son las siguientes:

- *Sé lo que estás pensando.*
- *Sabes que tengo razón.*
- *Te conozco mejor que tú mismo.*
- *Ya veo que estás enfadado.*
- *Te crees que eres más listo que nadie.*
- *Te crees perfecto.*

Independientemente de con quién estamos hablando, este es el tipo de afirmaciones que pueden dar lugar a una pelea. **El modo de evitar la adivinación del pensamiento y el conflicto que puede generar es preguntando en lugar de hacer aseveraciones adivinatorias.** Estas serían algunas posibles alternativas a considerar:

- *¿Qué estás pensando?*
- *¿Estás de acuerdo conmigo?*
- *Como te conozco bastante bien, me atrevería a asegurar que te sientes... ¿Estoy en lo cierto?*
- *¿Estás enfadado?*
- *A veces tengo la impresión de que te crees más listo que yo, y la verdad es que me molesta.*
- *Puede que no te des cuenta, pero cada vez que me criticas es como si estuvieras diciendo que tú eres perfecto y que yo soy un desastre. ¿Es eso lo que piensas?*

Adivinar el futuro

Para evitar el error de adivinar el futuro, es útil recordar que por el solo hecho de que nuestras conjeturas respecto de lo que va a venir después susciten una gran cantidad de emoción, ello no implica que sean correctas. Mucha gente cree que lo primero que piensan refleja lo que les dice su instinto respecto de una situación. Si pensamos que podemos confiar en nuestro instinto cuando estamos alterados, nos agarraremos a esas primeras ideas que nos vengan a la cabeza. Pero el hecho de que sea lo primero que pensamos no quiere decir que sea cierto. De hecho, lo primero que pensamos en reacción a un acontecimiento estresante suele estar muy cargado emocionalmente, y las emociones pueden distorsionar lo que pensamos. Si sacamos la conclusión precipitada de que va a ocurrir algo malo y actuamos siguiendo esta primera impresión, puede que estemos cayendo en el camino equivocado.

La solución al error de adivinar el futuro consiste en considerar otras posibilidades en lugar de detenernos en nuestra primera conjetura.

Raquel y su jefe llevan años teniendo sus más y sus menos. Ella admite que se pone excesivamente susceptible cuando tiene que tratar algo con él. Pero también es verdad que, en ocasiones, él se ha aprovechado de su disposición a trabajar lo que haga falta o ha tratado de hacerle alguna triquiñuela con el salario o con la paga de vacaciones. Cuando tiene que hablar con él, Raquel no puede evitar ponerse un poco a la defensiva. El ponerse a la defensiva puede hacer que a veces saque conclusiones precipitadas respecto de lo que su jefe le está diciendo. Por ejemplo, el otro día la llamó a su despacho para decirle que las ventas habían descendido durante el último mes, y que habría que hacer algunos cambios. Ella pensó inmediatamente: “No nos van a dar el aumento que nos habían prometido, o no nos van a pagar las horas extras. Esta empresa no se preocupa por sus empleados. Sólo le preocupa el balance. Debería dejar este trabajo”. Antes de que ella dijera nada, su jefe siguió explicándole que pensaban cambiar la línea de producción para reducir la fabricación de los artículos con menores beneficios y aumentar la de aquellos artículos que dejaran un margen mayor. Esto significaba que Raquel tenía que

hacer algunos cambios en los pedidos que había enviado antes de aquella semana.

A pesar de que Raquel escuchó las instrucciones de su jefe, seguía con el alma en vilo. Seguía sin pararse a considerar la posibilidad de que se hubiera precipitado en sus conclusiones. Estaba segura de que las malas noticias estaban a punto de llegar. Salió del despacho de su jefe pero no bajó la guardia. Siguió tensa durante semanas mientras aplicaban los cambios en la producción, esperando que su jefe anunciara las malas noticias. Finalmente resultó que Raquel estaba equivocada, y había pasado unas semanas estresantes esperando que sus predicciones erróneas se cumplieran.

Cuando nos pillemos sacando conclusiones precipitadas en respuesta a una situación estresante, consideraremos las restantes posibilidades que podrían ocurrir, en lugar de detenernos en la primera posibilidad que nos venga a la mente. Raquel, por ejemplo, podría haber considerado igualmente la posibilidad de que su jefe estuviera diciéndole la verdad, o de que ella tuviera únicamente una parte de razón en relación con las posibles consecuencias. **Cuando no estemos seguros de lo que va a venir después dentro del marco de una situación estresante, trataremos de recabar más información.** Raquel podría haberse ahorrado un montón de preocupaciones si le hubiera preguntado directamente a su jefe por los aumentos de sueldo y el pago de las horas extras. Si su jefe hubiera tenido malas noticias, como Raquel se imaginaba, en lugar de pasar varias semanas preocupándose, podría haber invertido el tiempo en encontrar una solución mejor o bien una forma de afrontar las circunstancias.

Catastrofizar

La catastrofización es una versión extrema de la adivinación del futuro que nos lleva a precipitarnos a concluir que va a pasar lo peor que podría ocurrir. La catastrofización se ve avivada por la ansiedad y la preocupación. El hecho de creernos que va a ocurrir una catástrofe suele agravar la ansiedad. Cuando nos encontramos en este estado,

entramos en pánico y nos sentimos incapaces de cambiar el curso de los acontecimientos. No todas las personas catastrofizan cuando están preocupadas, pero los que sí lo hacen comprobarán que les ocurre con frecuencia. Si esto nos suena familiar, existen algunas cosas que podemos hacer para detener el pánico y dominar la situación.

Raquel tiene tendencia a catastrofizar cuando está estresada. Este año le tocaba a ella ser la anfitriona de la familia de su marido en Navidad. Su marido y ella se habían escaqueado en años anteriores porque su casa era demasiado pequeña. Pero ahora, que se habían mudado a una casa nueva y más grande, estaba claro que toda la familia, que incluía tías, tíos y primos, se reuniría en casa de Raquel por Navidad. La relación entre Raquel y su familia política no era muy grata. Su suegra siempre había sido muy quisquillosa con la comida, y se ofendía fácilmente si Raquel y su marido no acertaban con el regalo perfecto. Además, era una mujer conocida por ser especialmente crítica y cotilla. Por este motivo, la pareja había decidido mantener la enfermedad de Raquel en secreto. Raquel tenía miedo de que su suegra descubriera de algún modo que tenía un trastorno bipolar cuando fuera a visitarles durante las Navidades y que la pusiera en evidencia delante de toda la familia. Raquel estaba convencida de que su única esperanza residía en organizar una celebración tan perfecta que no hubiera ninguna necesidad de ponerse nerviosa ni ninguna razón para cuestionar su cordura.

Para reducir el pensamiento catastrofista tenemos que ver la situación en perspectiva y planear con anticipación lo que pueda pasar. Ver algo en perspectiva significa verlo como lo que es, sin agrandarlo, sin sacar conclusiones precipitadas y sin hacer suposiciones erróneas. Si sabemos qué es lo más probable que puede pasar, podremos planificarnos por anticipado. Si controlamos lo que pueda pasar, cabe la posibilidad de que no resulte tan mal como nos pensamos o, por lo menos, si sabemos con certeza que algo no va a salir bien, podemos planificar con antelación cómo vamos a abordar las consecuencias. Para controlar la tendencia a catastrofizar, trabajaremos detenidamente la secuencia de pasos que aparece en la hoja de trabajo 8.12.

Personalizar

Si sabemos que tenemos tendencia a tomarnos las cosas por el lado personal cuando estamos deprimidos o irritables, tomaremos este hecho en consideración antes de reaccionar de forma exagerada. A continuación, tenemos un ejemplo de lo que Amanda ha aprendido a decirse a sí misma para superar los momentos en los que se siente ignorada en su trabajo:

Parece que me ignoró a propósito, pero me consta que soy bastante susceptible en relación con esto. Es posible que no me viera, o que estuviera pensando en otra cosa.

Al tomar en consideración nuestra susceptibilidad, nos abriremos a otras explicaciones que sean menos personales que lo que pensamos en un principio. Si podemos considerar todas las posibilidades, estaremos en mejores condiciones de identificar la conclusión que tenga más probabilidades de ser cierta. Si hemos considerado las explicaciones alternativas a lo que nos pasó y seguimos sin estar seguros de si tomárnoslo como algo personal o no, podemos pedirle su opinión a otra persona, o preguntarle a la persona que nos alteró. Asegurémonos de que el tema merece una discusión. **A continuación, tenemos algunas preguntas que podemos considerar cuando nos pillamos tomándonos las cosas como algo personal:**

- ¿El problema verdaderamente es mío?
- ¿Podría haber otra explicación?
- ¿Cabe la posibilidad de que no tenga nada que ver conmigo?
- ¿El problema no será más bien de la otra persona?
- ¿Es lo bastante importante como para preocuparse?
- ¿Es lo bastante importante como para discutir?
- ¿No será simplemente que estoy demasiado susceptible porque no me encuentro en mi mejor momento?

Hoja de trabajo 8.12: Descatastrofizar

Cómo descatastrofizar nuestros pensamientos

1. Si piensa que es posible que esté catastrofizando en relación con algo, escriba lo que se imagina que va a pasar. Suele ser útil imaginarnos mentalmente la situación.

2. Pregúntese qué probabilidades tiene de ocurrir la catástrofe que se imagina. ¿Tiene una certeza del 100%? ¿Tal vez del 50%? Elija un porcentaje sobre la base de lo que sabe que es verdad, y no simplemente sobre la base de sus temores.

La probabilidad de que la catástrofe que temo suceda realmente es de un ____%.

3. ¿Existen otras posibilidades, además de la que se imaginó, que tendrían la misma probabilidad de suceder? De ser así, ¿cuáles serían las otras opciones? Enumérelas.

a.

b.

c.

d.

e.

f.

Hoja de trabajo 8.12: Descatastrofizar (cont.)

4. Tache de la lista anterior las posibilidades que tengan menos probabilidades de ocurrir. Ello podría incluir su temor inicial.

5. De los elementos restantes, elija la posibilidad más probable.

El resultado más probable de esta situación es que _____

6. ¿Hay algo que pueda hacer para que la cosa acabe mejor? ¿Hay algo que los demás puedan hacer para que la situación acabe mejor? De ser así, ¿cuáles son estas opciones?

7. Si está en lo cierto y la situación acaba siendo un desastre, ¿cómo piensa afrontarlo? ¿Cómo podría prepararse para abordar las consecuencias?

Hoja de trabajo 8.12 de Raquel

1. Si piensa que es posible que esté catastrofizando en relación con algo, escriba lo que se imagina que va a pasar. Suele ser útil imaginarnos mentalmente la situación.

Mi suegra se dará cuenta de que tengo un trastorno bipolar durante el transcurso de la visita, ya sea porque vea la medicación o porque me ponga tan tensa que empiece a mostrarme excesivamente agitada. También podría ser que mi marido o mis hijos se lo suelten. Ella se alterará y me pondrá en evidencia delante de los demás. Probablemente me pondré a llorar y no sabré salir airosa. Me sentiré humillada, y todos se sentirán tan incómodos que se irán enseguida.

2. Pregúntese qué probabilidades tiene de ocurrir la catástrofe que se imagina. ¿Tiene una certeza del 100%? ¿Tal vez del 50%? Elija un porcentaje sobre la base de lo que sabe que es verdad, y no simplemente sobre la base de sus temores.

La probabilidad de que la catástrofe que temo suceda realmente es de un 30%.

3. ¿Existen otras posibilidades, además de la que se imaginó, que tendrían la misma probabilidad de suceder? De ser así, ¿cuáles serían las otras opciones? Enumérelas.

- a. *Estará tan metida en la celebración que no se dará cuenta.*
- b. *Si se da cuenta, no dirá nada.*
- c. *Todo saldrá bien. No me pondré nerviosa ni agitada.*
- d. *Me pondré agitada, pero ella pensará que es normal en mí.*
- e. *Ella ya sabe que tengo un trastorno bipolar y no dirá nada.*
- f. *Mi marido hablará con ella antes de que le diga nada a los otros parientes.*

4. Tache de la lista anterior las posibilidades que tengan menos probabilidades de ocurrir. Ello podría incluir su temor inicial.

- a. *Estará tan metida en la celebración que no se dará cuenta.*
- b. *Si se da cuenta, no dirá nada.*
- c. *Todo saldrá bien. No me pondré nerviosa ni agitada.*
- d. *Me pondré agitada, pero ella pensará que es normal en mí.*
- e. *Ella ya sabe que tengo un trastorno bipolar y no dirá nada.*
- f. *Mi marido hablará con ella antes de que le diga nada a los otros parientes.*

5. De los elementos restantes, elija la posibilidad más probable.

El resultado más probable de esta situación es que Me pondré nerviosa, pero no agitada. Si mi suegra piensa que algo va mal, le preguntaré a mi marido y él me sacará del apuro.

Hoja de trabajo 8.12 de Raquel (cont.)

6. ¿Hay algo que pueda hacer para que la cosa acabe mejor? ¿Hay algo que los demás puedan hacer para que la situación acabe mejor? De ser así, ¿cuáles son estas opciones?

Si estoy preparada para cuando todo el mundo llegue, todo irá mejor.

Puedo asegurarme de darme un pequeño descanso antes de que llegue todo el mundo, en lugar de ir a la carrera hasta el último momento.

Puedo tomarme un Xanax si siento que la ansiedad empieza a desbordarme.

Puedo pedirle a mi marido que pare a su madre, si veo que empieza a ponerme entre la espada y la pared.

Puedo dejar de preocuparme por lo que piense mi suegra, y centrarme más en agradar a mis hijos y a mi marido.

7. Si está en lo cierto y la situación acaba siendo un desastre, ¿cómo piensa afrontarlo? ¿Cómo podría prepararse para abordar las consecuencias?

Si mi suegra empieza a ponerme en evidencia, mi marido le parará los pies. Si no puede pararle los pies, trataré de mantener la calma y contestar a sus preocupaciones con una respuesta breve. Me ofreceré a hablarle de mis problemas después de que la fiesta haya terminado. Estoy segura de que accederá. Hablaré antes con mi marido sobre qué le digo y qué no le digo. Pediré una cita con mi terapeuta para después de Navidad por si las cosas no van bien.

Cuando Tommy reaccionó de manera exagerada ante la pregunta de su madre acerca de si se había tomado la medicación, su novia le ayudó a hacerse las preguntas anteriores a sí mismo.

- **¿El problema verdaderamente es mío?** *Pues sí. El problema soy yo y la medicación.*
- **¿Podría haber otra explicación?** *Tal vez pareciera que se me había ido la cabeza y mi madre estaba simplemente preocupándose por mí.*
- **¿Cabe la posibilidad de que no tenga nada que ver conmigo?** *No, soy yo y la medicación, y no es problema de nadie más.*
- **¿El problema no será más bien de la otra persona?** *Mi madre no sabe mantenerse al margen de mi vida. Me sigue tratando como si fuera su niño del alma. No se fía de que pueda cuidar de mí mismo. Ella siempre ha sido así.*

- **¿Es lo bastante importante como para preocuparse?** *Probablemente no.*
- **¿Es lo bastante importante como para discutir?** *Quizás. Le tengo dicho que me deje en paz con la medicación, pero no me hace caso. No puedo con ella yo solo. Tal vez podría conseguir que mi padre hablara con ella.*
- **¿No será simplemente que estoy demasiado susceptible porque no me encuentro en mi mejor momento?** *Posiblemente. Le solté algunos gritos y salí echo una furia. Antes no me comportaba así. Solía llevarme mejor con ella.*

¡Cáptalo!

Visión de túnel

Ver únicamente las cosas que confirman nuestro punto de vista, e ignorar o pasar por alto la información que lo contradiga es lo que llamamos visión de túnel. Cuando Amanda se deprime, está convencida de que es una fracasada. Se acuerda de los errores que ha cometido, de las decisiones de las que se arrepiente y de los objetivos que jamás llegó a alcanzar. El centrar la atención en aquellas cosas que confirman nuestra perspectiva forma parte de la visión de túnel. A continuación, tenemos la lista de pruebas que confirman que Amanda es una fracasada:

- *Nunca terminé mis estudios universitarios.*
- *Me casé demasiado joven.*
- *Tengo demasiadas deudas.*
- *Me casé con la persona equivocada.*

Para hacer que su línea de razonamiento sea más convincente, Amanda tiene que ignorar cualquier información que lo contradiga. Ello quiere decir que tiene que pasar por alto, olvidar o negarse a reconocer la evidencia de que no es una fracasada. Ignorar la evidencia en contra es el segundo aspecto característico de la visión de

túnel. A continuación tenemos una lista parcial de las evidencias que contradicen la idea de que Amanda es una fracasada:

- *Hice un curso de dos años de Auxiliar de Clínica y llevo trabajando varios años en un hospital.*
- *Logré que mi marido dejara de beber y que no le echaran del trabajo.*
- *Me ofrecí para dar la catequesis a los niños en la parroquia.*
- *Tengo un coche nuevo.*
- *La gente me quiere y me respeta.*

En la manía, la visión de túnel tiene un funcionamiento similar. Cuando las personas están hipomaníacas o maníacas, puede que vean las evidencias que confirman su punto de vista e ignoran la evidencia que contradice su forma de ver las cosas. Si su estado de ánimo es eufórico, verán evidencias que confirman unas ideas exageradamente positivas e ignorarán la información negativa procedente de los demás.

Marido (hipomaníaco): *Acabo de tener la mejor idea...*

Esposa: *Es la tontería más grande que he oído jamás. ¿Estás seguro de que te estás tomando la medicación?*

Marido (hipomaníaco): *Sencillamente, no tienes imaginación. Me estás echando atrás. Verdaderamente podría ser algo bueno.*

Si el estado de ánimo de una persona es irritable al comienzo del episodio de manía, verá cosas que confirmarán su visión negativa e ignorará los hechos que no encajen en la disposición en la que se encuentra.

El hermano de Raquel, Stan, por ejemplo, se pone paranoide cuando tiene un episodio de manía. Piensa que la gente del trabajo está en su contra. Lo que Stan no ve es que cuando está paranoide y asustado, trata de manera diferente a sus compañeros de trabajo. Su susceptibilidad se pone de manifiesto. Se vuelve cauteloso, se comunica menos con los demás, y les acusa de que le tocan las cosas de su mesa, de que son malos con él o de que no le tienen informado. Cuando Stan se comporta así, la gente tiende a rehuirle. Es desagra-

Hoja de trabajo 8.13: Visión de túnel

Ejemplos en los que la visión de túnel distorsionó mis pensamientos:

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

dable, y el cambio por contraste con su jovialidad habitual resulta desconcertante. Nadie sabe que tiene un trastorno bipolar, aunque sospechan que le pasa algo. Estos cambios en el comportamiento de sus compañeros hacia él le confirman su paranoiaismo.

La parte que Stan olvida, no ve o ignora es la evidencia de que los compañeros de trabajo son considerados y respetuosos con él. También se olvida de que cuando se pone maníaco no se fía de los demás.

¡Contrólalo!

Cómo salir del túnel

La forma de salir del túnel es forzándonos a tener una visión más global. Si nos estamos limitando a ver los hechos que confirman una visión negativa, nos preguntaremos a nosotros mismos o a los demás si nos estamos olvidando de algo. ¿Estamos pasando por alto los momentos en los que:

- ¿Las cosas fueron bien?
- ¿Los problemas se solucionaron debidamente?
- ¿La gente fue amable con nosotros?
- ¿Nos hicieron comentarios positivos?
- ¿Fuimos capaces de pasar a la acción?

Lo mismo se puede decir de la visión de túnel excesivamente positiva en virtud de la cual tratamos de convencernos a nosotros mismos o a los demás de que todo va perfectamente, de que todo saldrá bien o de que no hay nada de que preocuparse. ¿Estamos pasando por alto:

- ¿Las veces que nos equivocamos?
- ¿Los errores de juicio que nos causaron problemas?
- ¿Los períodos en los que un exceso de optimismo nos nubló el pensamiento?
- ¿Posibles síntomas maníacos o posibles signos de que nos estamos poniendo maníacos?
- ¿Los riesgos implícitos en nuestras decisiones?

El objetivo general consiste en analizar toda la información de que disponemos antes de sacar ninguna conclusión. Tomemos en consideración tanto los aspectos positivos como los negativos, la evidencia de que estamos en lo cierto y de que estamos equivocados, y a continuación decidiremos lo que pensar.

Cuando Tommy se enfada con sus padres, los ve con su visión de túnel. Piensa que le insisten en que tiene un trastorno bipolar y le dan la vara todos los días para que se tome la medicación. Se acuerda de las veces que sus padres le han ingresado en un hospital cuando él sabía que podía cuidar de sí mismo. Cuando se encuentra en esta actitud, le resulta fácil convencerse de que sus padres no se preocupan por él. Para salir del mal humor que suele ir asociado a su visión de túnel, Tommy tiene que obligarse a ver todos los aspectos, y a reconocer que, cuando se enfurece, es fácil que le eche la culpa a sus padres y dé por supuesto que tienen malas intenciones para con él. Valiéndose de las preguntas sugeridas anteriormente, Tommy considera la evidencia de que sus padres podrían preocuparse por él.

- *Las cosas fueron bien:* Sus padres han hecho más cosas buenas que malas por él a lo largo de su vida. Le han facilitado una casa y un coche, y le han ayudado económicamente cuando se ha quedado sin trabajo.

- *Los problemas se solucionaron debidamente:* Esto no tiene aplicación en este caso.
- *La gente fue amable con nosotros:* Sus padres son amables y cariñosos con él excepto cuando se enfada con ellos y les acusa de que no le quieren.
- *Nos hicieron comentarios positivos:* Ellos dicen que su hijo les importa, y parecen estar dispuestos a todo para ayudarlo.
- *Fuimos capaces de pasar a la acción:* Esto no tiene aplicación en este caso.

Tras analizar la situación global, trataremos de sacar una conclusión que incluya toda la información que tenemos. Tommy concluyó que sus padres se preocupaban mucho por él; sencillamente, no siempre sabían cómo actuar con él y no siempre le daban lo que él pensaba que necesitaba.

¡Cáptalo!

Los absolutos o los extremos

Los absolutos son visiones rígidas de uno mismo, de los demás o de la vida que se caracterizan por ser excesivamente rigurosas, perfeccionistas, o inflexibles. Vernos a nosotros mismos como unos triunfadores o unos fracasados, ver a los demás como buenos o malos, y pensar que hay una forma correcta o una forma equivocada de hacer la mayoría de las cosas, son ejemplos de pensamiento absoluto. No existe el término medio: todo es o blanco o negro. Estas visiones extremas nos lo ponen difícil en los períodos de nuestra vida en los que no nos va bien y somos incapaces de rendir al alto nivel que hemos acabado por esperar de nosotros mismos. Si nuestra definición del éxito es demasiado estricta y no podemos llegar a satisfacerlo plenamente, cabe la posibilidad de que pensemos que somos unos fracasados.

El pensamiento absoluto también puede incluir ver a los demás en términos de blanco y negro: o satisfacen nuestras expectativas o nos

han fallado. Cuando esto ocurre, podemos sentirnos decepcionados o defraudados y manifestarlo a través de nuestra conducta. Ello puede generar tensión en nuestras relaciones con los demás.

El pensamiento absoluto puede adoptar muchas formas. Las siguientes secciones describen tres de las más habituales. Son el pensamiento en blanco y negro, las etiquetas y los “debería”. A medida que vamos leyendo detenidamente cada ejemplo, pensemos en las diferentes formas en las que podemos caer en pensar en términos absolutos. Retémonos a repensar nuestra visión y a ver las graduaciones de gris entre el blanco y el negro de los extremos.

El pensamiento en blanco y negro: visión categórica en términos absolutos, tales como bueno o malo, éxito o fracaso.

Cuando hablamos en términos de blanco y negro transmitimos la impresión de que no existe ningún término medio, ninguna solución intermedia. A pesar de que por lógica sabemos que existen gradaciones de gris entre el blanco y el negro, dichas soluciones intermedias pueden parecernos inaceptables. Escuchemos nuestro propio lenguaje cuando hablamos o mientras pensamos, y tratemos de identificar ejemplos de ideas en términos de blanco y negro como las que muestran los ejemplos. Probemos a encontrar una forma intermedia de ver las cosas y evitar los extremos.

En los ejemplos siguientes, Raquel, Amanda y Paul se ven a sí mismos o las situaciones en las que se encuentran en unos términos absolutos porque están alterados. En esos momentos, piensan que sus visiones extremadamente negativas son un fiel reflejo de lo que está pasando. Sus pensamientos negativos estimulan un gran número de emociones negativas. Cuando pensamos en unos términos absolutos, es fácil suponer que sólo existen dos opciones, la buena y la mala. Raquel, Amanda y Paul piensan que su situación es absolutamente negativa, y creen que saben cómo se supone que tendría que ser –absolutamente positiva. Si pudieran ver las gradaciones de gris entre el blanco y el negro, probablemente se darían cuenta de que su situación no es tan mala como parece. Además, si pudieran ser

honestos consigo mismos, verían que no es muy realista pretender que su situación sea perfecta. La mayoría de la gente vive en un punto intermedio entre perfecto y espantoso. Si pudieran aspirar a metas más realistas, comprendidas en el continuum entre los extremos blanco y negro, probablemente verían que están más cerca de desenvolverse satisfactoriamente de lo que pensaban en un principio.

Raquel llega a casa tras un largo y complicado día de trabajo y ve que su marido se ha dejado los periódicos desperdigados por el salón, los vasos fuera del armario, y los zapatos en medio de la habitación. Piensa para sí misma: “Este lugar es un vertedero”.

Malo – como ella lo ve	Término medio	Bueno – lo que ella quiere
<i>Esta casa es un auténtico vertedero.</i>	<i>La casa no está sucia, pero sí está un poco desordenada. Tenemos suficiente ropa limpia para pasar la semana.</i>	<i>La casa está perfecta. Toda la ropa lavada. Todo recogido. Ni una mota de polvo.</i>

Cuando Amanda se siente cansada o estresada y tiene un mal día en el trabajo, se dice a sí misma que le repugna su trabajo.

Malo – como ella lo ve	Término medio	Bueno – lo que ella quiere
<i>Este es el peor trabajo del mundo.</i>	<i>Este trabajo está bien. La gente es simpática. Y el trabajo es interesante a veces.</i>	<i>Este es el trabajo de mis sueños. Me siento realizada, es algo útil, la ubicación es magnífica y el sueldo excelente.</i>

Paul recibe un “bien” alto por un trabajo trimestral y se pone completamente por los suelos. Pensaba que se merecía un sobresaliente. Se critica a sí mismo por haber sacado poca nota.

Malo – como él lo ve	Término medio	Bueno – lo que él quiere
<i>He fracasado totalmente en los estudios.</i>	<i>Tuve que hacer un primer ciclo de tres años en otra institución antes de pasar a la universidad. No tengo ayuda económica, pero la matrícula es barata y me licenciaré el año que viene.</i>	<i>Sobresaliente de media. Unas notas en selectividad lo bastante altas como para poder entrar en la mejor universidad. Premiado con una beca.</i>

Anotaremos un ejemplo personal de pensamiento en blanco y negro en la hoja de trabajo 8.14. Si no se nos ocurre ningún ejemplo propio, escucharemos a otras personas y escribiremos un ejemplo de algo que hayamos oído.

Hoja de trabajo 8.14: El pensamiento en blanco y negro y el término medio

Malo – como lo vemos	<i>Término medio</i>	Bueno – lo que queremos

Extraído del *Manual práctico del trastorno bipolar*, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

¡Contrólalo!

Cómo controlar el pensamiento en blanco y negro

Existen algunos sencillos pasos para controlar el pensamiento en blanco y negro. Nos ayudarán a encontrar el término medio entre los extremos.

- **Paso nº 1: Tomar conciencia** de las palabras que utilizamos y que puedan sonar extremas, en términos de blanco o negro, o simplemente demasiado fuertes o duras, como: “Tengo el peor trabajo del mundo”.

- **Paso nº 2:** Preguntémonos si el término que estamos utilizando es correcto. En caso negativo, modificaremos el pensamiento en cuestión con objeto de **hacer que sea más objetivo**. Por ejemplo, “No es el peor trabajo del mundo, pero tiene algunas cosas que no me gustan”.

- **Paso nº 3:** Si no somos capaces de modificar el pensamiento en cuestión, **escribiremos en un papel en qué consistiría de hecho cada uno de los extremos.** Por ejemplo, cómo sería el trabajo absolutamente peor del mundo, y cómo sería el trabajo absolutamente mejor del mundo.

El peor trabajo

El salario es bajo.

Las condiciones son duras.

El horario es malo.

La gente es mezquina.

Lo que hago es ilegal o inmoral.

El mejor trabajo

Gano más de lo que me merezco.

Trabajo en casa y en pijama.

Puedo trabajar cuando yo quiera.

La gente me adora.

Hago algo por el bien de la humanidad.

- **Paso nº4: Preguntarnos cómo sería el término medio.** ¿Cómo sería un trabajo que estuviera a medio camino entre el mejor y el peor? Procederemos a localizarnos a lo largo del continuum entre los dos extremos. ¿De verdad tenemos el peor trabajo del mundo?

- **Paso nº 5: ¿Qué podemos hacer?** Una cosa es quejarse, otra absolutamente diferente es solucionar el problema. Si no estamos satisfechos con nosotros mismos ni con lo que estamos haciendo, o bien algunos aspectos de nuestra vida están demasiado cerca del extremo negativo del continuum blanco-negro, es hora de hacer algunos cambios. Trazaremos un plan para acercar nuestra situación a nuestro objetivo.

¡Cáptalo!

Etiquetar: utilizar etiquetas generales de carácter crítico para calificarnos a nosotros mismos o a los demás, tales como estúpido o vago, en lugar de tomar en consideración las situaciones o las conductas específicas.

Atontado

Bobo

Vago

Indigno

Arrogante

Cuando alguien se nos cruza conduciendo, se comporta groseramente, o dice en televisión algo con lo que no estamos en absoluto de acuerdo, no es extraño que le colguemos a la persona en cuestión una etiqueta como *gilipollas*, *idiota* o *fracasado*. A veces lo soltamos en voz alta y otras veces lo hacemos para nuestros adentros. Cuando utilizamos etiquetas negativas para catalogar a las personas que conocemos, normalmente van acompañadas de sentimientos negativos. En esos momentos, la etiqueta define cómo nos sentimos en relación con la otra persona, por lo que resulta fácil actuar como si la etiqueta reflejara una realidad objetiva. Si decimos que una persona es un irresponsable, no le daremos ninguna responsabilidad. Si decimos que una persona es un inútil, no lo trataremos con respeto. Dado que las etiquetas suelen ser habitualmente demasiado extremas, la persona a la que le cuelgan una se sentirá ofendida la mayoría de las veces. Lo mismo nos pasaría a nosotros si la etiqueta en cuestión fuera dirigida a nosotros. Las actitudes hirientes pueden interferir con una buena comunicación, generar conflictos y crear o agravar las tensiones dentro de una relación. El estrés en las relaciones puede agravar los síntomas de la depresión o de la manía.

Cuando estamos alterados, no es extraño que nos colguemos etiquetas muy duras. Palabras como *estúpido*, *patético* o *vago* no describen plenamente lo que pasó, no nos ayudan a comprendernos mejor, ni nos brindan una directriz para mejorar. Sólo hacen que nos sintamos mal y refuerzan nuestra baja autoestima. Si de forma automática nos colgamos etiquetas como *estúpido* cuando las cosas van mal, es probable que lo hayamos convertido en un hábito. Utilizar etiquetas contra nosotros mismo no conduce a nada bueno. No hace sino debilitarnos más y empeorar potencialmente la depresión, o impedirnos mejorar. Además, el hecho de pensar que somos estúpidos, vagos o patéticos, nos impide hacer cosas positivas en la vida. Oímos la etiqueta y nos creemos que es correcta, de modo que nos convencemos de que no podemos ser de otra forma. Las etiquetas pueden hacer que evitemos aprovechar unas oportunidades que podrían mejorar nuestra calidad de vida, hacer cambios que son necesarios, y avanzar en dirección a sentirnos mejor o en dirección al cumplimiento de nuestros objetivos. La tabla de la página siguiente presenta algunos ejemplos de cómo las etiquetas pueden causarnos problemas.

El problema de las etiquetas emocionales

Las etiquetas son un problema porque pueden:	<i>Por ejemplo, si me considero una completa imbécil por haber confiado en alguien que después me hizo daño:</i>
Hacer que nos sintamos mal.	<i>Me sentiré mal conmigo misma.</i>
Exagerar la realidad.	<i>No seré totalmente objetiva porque habitualmente suelo tomar buenas decisiones respecto de los demás.</i>
Ser una descripción incompleta o incorrecta de la experiencia perturbadora.	<i>No se trata simplemente de que yo fuera una imbécil. Él no fue sincero respecto de lo que sentía.</i>
Ser utilizadas como armas contra los demás.	<i>Si me digo que soy imbécil, sólo consigo herirme. A quien debería estar doliéndole es a él.</i>
Interferir con la posibilidad de encontrar la forma de cambiar.	<i>No me ayuda a encontrar la forma de ser más precavida en el futuro.</i>

¡Contróllalo!

Alternativas a poner etiquetas

En lugar de colgar etiquetas ya sea a nosotros mismos o a los demás, **trataremos de describir la situación de una forma más completa**. Identificaremos las acciones o los hechos específicos que nos molestaron. En lugar de decirnos: “Soy un vago,” trataremos de describir la situación de forma más específica, como: “Hoy no he limpiado la cocina como me había propuesto que iba a hacer, y eso es algo que me altera”.

Una vez que hemos descrito claramente el problema, **trazaremos un plan para abordarlo**. Nos aseguraremos de que nuestro plan es realista y de que podemos controlarlo. Por ejemplo, un plan para solucionar el problema de la cocina podría ser: “Voy a ponerme a limpiar tan pronto como llegue a casa o tan pronto como me levante por la mañana”.

Cuando la etiqueta corresponde a otra persona, trataremos de describir la conducta que nos molestó y nos preguntaremos si hay algo que tengamos que hacer o que podamos hacer en relación con ello. Si la respuesta es que sí, pasaremos a la acción. Si la respuesta es que no, dejaremos las cosas como están y centraremos nuestra atención en algo más importante o en algo que sí podamos controlar.

En lugar de utilizar etiquetas emocionales:

1. Describiremos la conducta específica que nos molestó.
2. Trazaremos un plan para abordar dicha conducta.
3. Si la etiqueta corresponde a otra persona, describiremos la conducta que nos condujo a utilizar dicha etiqueta.
4. ¿Hay algo que podamos hacer en relación con la conducta de esta persona?
5. Si la respuesta es sí, tomaremos las medidas necesarias para solucionar el problema.
6. Si la respuesta es no, nos olvidaremos del problema. Desviaremos la atención hacia algo que podamos controlar.

Cuando Raquel se ponía a pensar en su suegra, le venía a la cabeza la etiqueta *monstruo del control*. Otras personas han utilizado esta misma etiqueta y se han quejado de lo crítica que es la suegra. Con objeto de prepararse para la visita de su suegra, Raquel decidió tratar de averiguar qué podía hacer. Dado que *monstruo del control* es una etiqueta emocional, optó por realizar el ejercicio que acabamos de plantear.

- **Si la etiqueta corresponde a otra persona, describa la conducta que le condujo a utilizar dicha etiqueta.** *Mi suegra pretende decidir qué lugar debe ocupar cada uno en la mesa, incluso cuando no estamos en su casa.*
- **¿Hay algo que pueda hacer en relación con la conducta de esta persona?** *Le puedo decir que en mi casa soy yo la que decide donde se sienta cada uno. Puedo poner unas tarjetas con el nombre de cada uno delante de cada cubierto antes de llegue mi suegra para la cena.*

- **Si la respuesta es sí, tome las medidas necesarias para solucionar el problema.** *Pondré las tarjetas y veré cómo reacciona.*
- **Si la respuesta es no, olvídense del problema. Desvíe su atención hacia algo que pueda controlar.** *Si insiste en hacer las cosas a su manera, lo dejaré estar. No merece la pena correr el riesgo de tener ningún altercado en una cena familiar.*

¡Cáptalo!

Los “debería”: normas inflexibles sobre cómo pensamos que deberían actuar o pensar los demás, o sobre cómo pensamos que deberían ser las cosas en el mundo.

Mis “debería” personales

No debería cometer errores.

No debería estar enfermo.

Debería dar lo mejor de mí mismo siempre.

Debería ser capaz de llevar las cosas yo solo.

Debería ser útil a los demás no importa en qué.

Debería tener la casa limpia siempre.

Debería ser perfecto.

No debería tener que batallar con esta enfermedad.

La mayoría de las personas tienen su propia lista de “debería” personales, aunque puede que no sean plenamente conscientes de ello. Los “debería” son normas implícitas que aprendemos al comienzo de la vida, habitualmente de nuestra familia. A veces se les llama *valores* o *creencias*. El problema de los “debería” es que son absolutos e inflexibles y cuando no estamos a la altura de ellos nos sentimos mal

con nosotros mismos. Estas normas podrían ser apropiadas en un mundo perfecto en el que pudiéramos rendir al máximo en todas las ocasiones, no hubiera obstáculos que interfirieran nuestros objetivos, la gente se comportara de la forma que esperamos, y todo fuera sobre ruedas. Pocas personas, si es que existe alguna, viven en un mundo así. Y si tenemos un trastorno bipolar, no podemos garantizar que las cosas vayan a ir siempre por el buen camino. La enfermedad genera unos síntomas que interfieren en nuestra capacidad de desenvolvernos de la mejor forma que somos capaces. Otras personas se comportarán de manera que nos generará estrés y nos hará que nos sintamos peor, y las cosas no siempre salen de la forma como deberían. Este es el dilema para quien tenga un trastorno bipolar. Por un lado, pensamos que nuestra lista de “deberías” se compone de unas normas con arreglo a las cuales tenemos que vivir, a pesar de tener una enfermedad. Por otro, no siempre podemos hacer que las cosas salgan de la forma como pensamos que deberían ser, ya sea porque no controlamos todos los diferentes aspectos de la vida, o porque no siempre somos capaces de desenvolvernos tan bien como nos gustaría. Ello genera una gran frustración, irritación y culpa.

Para aumentar todavía más el estrés, la mayoría de nosotros tenemos una lista de “deberías” para las restantes personas de nuestra vida, como la que exponemos a continuación, y cuando estas personas no actúan de la forma que esperamos, nos sentimos enfadados, decepcionados y perdidos.

Los “debería” de los demás

Los demás deberían:

- Ser amables.
- Ser corteses.
- Reflexionar.
- Ser puntuales.
- Ser pacientes.
- Estar dispuestos a ayudar.
- Estar disponibles.
- Ser responsables.

¡Contróvalo!

Sustituir los “debería” por los “desearía”

Si nos sentimos decepcionados con nosotros mismos o con los demás porque nuestras expectativas no se han visto cumplidas, probablemente es el momento de cambiar nuestras expectativas rígidas por algo más flexible. En lugar de alegar el “debería” por norma, lo podemos suavizar replanteándolo como una preferencia. La tabla que aparece más abajo muestra algunos ejemplos de cómo podemos transformar nuestros “deberías” en preferencias y proyectos. Si cambiamos nuestra forma de pensar respecto de cómo deberían ser las cosas y nos centramos más en lo que preferimos, pueden aparecer muchas oportunidades de cambiar. Por ejemplo, en lugar de decir “No debería cometer errores,” lo podemos replantear como “No me gusta cometer errores, así que trataré de tomármelo con calma, pensar las cosas detenidamente y tomar mejores decisiones”. El reformular los “debería” en unos términos menos rígidos nos brinda un objetivo por el que luchar, en lugar de una norma que nos castigamos por no cumplir.

Cambiar los *debería*

<i>Debería</i>	<i>Preferencias y proyectos</i>
No debería estar enfermo.	Ojalá no tuviera esta enfermedad. Haré lo que pueda para evitar que interfiera en mi vida.
Debería dar lo mejor de mí mismo siempre.	No siempre soy capaz de rendir al 100%, pero quiero hacerlo lo mejor que pueda siempre que me sea posible.
Debería ser capaz de llevar las cosas yo solo.	Preferiría no ser una carga para los demás. Le pediré a mi familia que me ayude si verdaderamente lo necesito.
No debería tener un trastorno bipolar.	Nadie debería tener esta enfermedad. Preferiría tener una salud perfecta. Haré lo que me corresponde para sentirme mejor.
Debería ser útil a los demás no importa en qué.	Me gusta ayudar a los demás pero no siempre tengo la energía suficiente. Ayudaré cuando pueda.
Debería tener la casa limpia siempre.	Me encanta tener la casa limpia, pero no es el fin del mundo si no puedo tenerla así. Trataré de tenerla tan limpia como pueda y de no alterarme conmigo misma cuando no pueda.
Debería ser perfecto.	Nadie es perfecto. Quiero tratar de hacerlo lo mejor que pueda en las cosas que sean más importantes para mí.
No debería tener que batallar con esta enfermedad.	Preferiría no tener que batallar con ella, pero no tengo elección. Trataré de controlarla para que no domine mi vida.

Haremos nuestra lista personal de “deberías” en la hoja de trabajo 8.15 y trataremos de reformularlos como preferencias menos absolutas o extremistas.

¿Y después?

Ya conocemos el camino para aprender a detectar y corregir nuestros errores de pensamiento. Pensar con más claridad cuando estamos deprimidos o maníacos reducirá la intensidad de nuestras oscilaciones del estado de ánimo. Cuando nuestras emociones y nuestros errores de pensamiento controlen nuestra conducta, cometeremos errores, nos las arreglaremos mal, ofenderemos a otras personas y afrontaremos inadecuadamente los problemas. Si captamos, controlamos y corregimos nuestros errores de lógica, es menos probable que sucedan estas cosas.

En el próximo capítulo aprenderemos otras varias estrategias para analizar nuestras reacciones ante experiencias perturbadoras y corregir nuestras distorsiones a nivel de pensamiento. Estos métodos nos ayudarán a reducir los síntomas cognitivos y emocionales de la depresión y la manía.

Hoja de trabajo 8.15: Cambiar los *debería*

Mis <i>debería</i>	Mis preferencias y proyectos

Extraído del Manual práctico del trastorno bipolar, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

9

Controlar los pensamientos emocionales

A lo largo de este capítulo:

- **Nos familiarizaremos con los registros de pensamientos.**
- **Aprenderemos a evaluar la exactitud de nuestros pensamientos negativos y nuestros pensamientos maníacos.**
- **Contrarrestaremos las ideas de suicidio analizando las razones para vivir y las razones para albergar esperanzas.**

Registros de pensamientos

El registro de pensamientos (Hoja de trabajo 9.1) es un instrumento que nos será especialmente útil a la hora de aplicar el **método de la triple C** para **captar** nuestros pensamientos distorsionados, **controlarlos** para que no afecten de forma negativa a nuestros actos, y **corregirlos** para que podamos pensar de forma más lógica y racional. Los registros de pensamientos ofrecen marco que permite llevar un recuento de los pensamientos que nos vienen a la mente cuando estamos perturbados o estresados, o cuando nuestras emociones o nuestros síntomas pueden estar viéndose afectados por nuestra forma de pensar. Las ventajas de llevar un registro de los pensamientos incluyen:

- Nos será más fácil anotar nuestros pensamientos antes de tratar de analizarlos o cambiarlos, en lugar de tratar de hacer todo esto mentalmente.
- Podemos tener muchos pensamientos a la vez, todos ellos importantes. El hecho de anotarlos nos permitirá trabajarlos de uno en uno.
- Ver nuestros pensamientos sobre el papel puede ayudarnos a identificar rápidamente nuestros errores de lógica. Es fácil creer que los pensamientos negativos son ciertos hasta que no los vemos escritos.
- Los pensamientos negativos tienden a repetirse. De modo que, si queremos recordar la forma en que abordamos algún pensamiento negativo, llevando un registro de los pensamientos no tendremos que depender de nuestra memoria.
- Si queremos compartir nuestro trabajo con nuestro médico o nuestro terapeuta, es más fácil mostrar un registro de nuestros pensamientos que intentar recordar algo que nos alteró, y los pensamientos y sentimientos que tuvimos en ese momento.

Hoja de trabajo 9.1: Registro de pensamientos

Lo que pasó	Pensamientos	Sentimientos	Errores de pensamiento
¿Qué fue lo que desencadenó sus pensamientos y sentimientos?	Escriba todos los pensamientos que le vinieron a la mente cuando pasó esto. Escriba un pensamiento en cada recuadro.	¿Qué sentimientos experimentó? Incluya sus emociones y sus sensaciones físicas.	¿Puede identificar algún error de pensamiento?

Hoja de trabajo 9.1 de Paul

Lo que pasó	Pensamientos	Sentimientos	Errores de pensamiento
<i>Mi novia no me devolvió una llamada de teléfono.</i>	<i>Debe estar enfadada conmigo. No quiere hablar conmigo.</i>	<i>Tristeza</i>	<i>Leer el pensamiento</i>
	<i>Es culpa mía por no devolverle la llamada inmediatamente la última vez.</i>	<i>Culpa</i>	<i>Personalizar</i>
	<i>Soy una mierda de novio.</i>	<i>Culpa</i>	<i>Etiquetar</i>
	<i>Seguro que me va a dejar.</i>	<i>Pena</i>	<i>Adivinar el futuro</i>

En este caso, Paul no conocía de hecho el motivo por el que su novia no le había devuelto la llamada, así que dejó volar su imaginación. Cuando vio sus preocupaciones por escrito en el registro de pensamientos, no pudo dejar de percatarse de que cada una de ellas correspondía a una categoría diferente de errores de pensamiento. Esto le advirtió de que, probablemente, había dejado que sus emociones controlaran sus pensamientos. Siguió el consejo del capítulo 8 respecto de precipitarse a sacar conclusiones y recabó más información llamando otra vez a su novia.

Evaluar nuestros pensamientos

Los pensamientos inmediatos que nos vienen a la mente en respuesta a un acontecimiento pueden ser excesivamente negativos o excesivamente positivos. Unas veces estarán distorsionados y otras veces serán correctos. Si no estamos seguros de si nuestros pensamientos son verdaderos o falsos, necesitará someterlos a evaluación. A continuación y en la página siguiente tenemos algunas posibles formas de comprobar la objetividad de nuestros pensamientos.

Formas de evaluar la objetividad de nuestros pensamientos

1. Fíjese en los ejemplos de **errores de pensamiento** del capítulo anterior para ver si sus pensamientos se corresponden con alguna de las categorías detalladas.
2. **Pídale a otras personas** que le den su opinión. ¿Ven las cosas del mismo modo? ¿Piensan que está usted siendo demasiado positivo o demasiado negativo?
3. Utilice la hoja de trabajo 9.2 (Evaluar nuestros pensamientos) para **anotar todas las pruebas** disponibles de que lo que piensa es cierto. Anote todas las pruebas disponibles de que la idea que tiene es falsa. Compare la evidencia a favor y en contra.
4. Oblíguese a **considerar otras posibles explicaciones** para los hechos que le alteraron o que originaron sus emociones. ¿Es posible que se precipitara a sacar la primera conclusión que le vino a la mente? Recuerde que lo primero que pensamos no siempre es lo más acertado. Es simplemente lo primero que se nos pasa por la cabeza.
5. Pregúntese **qué le diría a otra persona** que se encontrara en la misma situación. Imagínese que le está dando *feedback* a otra persona. Escríbalo y siga sus propias sugerencias.

Hoja de trabajo 9.2: Evaluar nuestros pensamientos

Mi pensamiento es: _____			
¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento es verdadero?	¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento no es verdadero?	¿Qué diría otra persona en esta misma situación? ¿Cuál sería otra posible explicación?	Mis conclusiones y lo que pienso hacer a continuación.

Amanda nos brinda un buen ejemplo de cómo analizar detenidamente una situación perturbadora comprobando la validez de algunos pensamientos negativos inducidos por un hecho que nos alteró. Le avisaron por correo que de que tenía que renovar su licencia de enfermera. En el nuevo formulario figuraba un apartado en el que había que informar de si había recibido o estaba recibiendo tratamiento para alguna enfermedad mental. Este apartado del formulario era nuevo, desde la última vez que había renovado la licencia. Nadie de enfermería sabía que Amanda tenía un trastorno bipolar, y ella no quería tener que decírselo a nadie. Estaba muy alterada por las consecuencias que pudiera acarrear esta nueva norma. Anotó sus pensamientos inmediatos en su registro de pensamientos para tratar de orientarse respecto de la situación.

Hoja de trabajo 9.1 de Amanda

Lo que pasó	Pensamientos	Sentimientos	Errores de pensamiento
<i>Me enteré de que tenía que informar al departamento de enfermería de que tengo un trastorno bipolar.</i>	<i>Esto es terrible. No me van a renovar la licencia. Me quedaré sin trabajo. No vamos a poder pagar las facturas.</i>	<i>Miedo</i>	<i>Catastrofización</i>
	<i>El departamento de enfermería se lo tendrá que decir a mi jefa, y todos en el trabajo sabrán que tengo un trastorno bipolar.</i>	<i>Rabia Frustración</i>	<i>Adivinar el futuro</i>
	<i>Cuando mi jefa se entere, va a pensar que no puedo cuidar de los pacientes. Me vigilará como un halcón y encontrará una razón para echarme.</i>	<i>Rabia Miedo</i>	<i>Leer el pensamiento</i>
	<i>Mi jefa se lo dirá a los demás, y me dejarán totalmente en evidencia.</i>	<i>Vergüenza</i>	<i>Adivinar el futuro</i>

Todos los pensamientos de Amanda corresponden a la categoría de las conclusiones precipitadas. Se dio cuenta de esto, pero seguía sin convencerse de que los pensamientos en cuestión fueran falsos. Lo que avivaba sus temores era la desconfianza hacia su jefa, hacia sus compañeros de trabajo y hacia el departamento de enfermería. Aun cuando no esté alterada, piensa que su jefa, sus compañeros de trabajo y todo el personal del departamento de enfermería tratan de parecer comprensivos, pero son perfectamente capaces de darle una puñalada por la espalda. Instintivamente, pensó en mentir en el formulario o negarse a contestar a esta cuestión, a pesar de que cualquiera de las dos opciones podría tener unas consecuencias negativas. Su línea inmediata de acción fue retrasar el envío del formulario para la renovación de la licencia el mayor tiempo posible.

Tras hacer el registro de pensamientos e identificar los errores de pensamiento que podía haber cometido, Amanda eligió el que más le había molestado y trató de analizarlo.

Cuando analizamos las evidencias a favor y en contra de un pensamiento, tenemos que tomar en consideración la importancia de cada fragmento de evidencia antes de sacar ninguna conclusión. Es posible que una de las columnas reúna muchas más evidencias que la otra. Ello no significa necesariamente que la columna que incluya más elementos sea más válida. Tenemos que tomar en consideración cuánto influye cada uno de los elementos en nuestro grado de creencia en la idea en cuestión que estamos analizando.

Amanda sabe que lo que hace que su miedo sea más creíble es que otras enfermeras han dicho que no piensan tomar ninguna medicación ni ver a ningún orientador aunque lo necesiten, porque tienen miedo de quedarse sin trabajo. En contraposición a esta parte del razonamiento, lo que disminuye su preocupación es que confía en el buen juicio de su marido. Finalmente, tendrá que informarse más acerca de esta nueva norma [de informar sobre los antecedentes de enfermedad mental] para quedarse tranquila.

Amanda trazó un plan para recabar toda la información que pudiera antes de devolver su solicitud de renovación. Comenzará por preguntarle a una enfermera que conoce y que trabaja en otro

Hoja de trabajo 9.2 de Amanda

Mi pensamiento es: <i>No me van a renovar la licencia. Me quedaré sin trabajo. No vamos a poder pagar las facturas.</i>			
¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento es verdadero?	¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento no es verdadero?	¿Qué diría otra persona en esta misma situación? ¿Cuál sería otra posible explicación?	Mis conclusiones y lo que pienso hacer a continuación.
<i>Sin licencia no se puede trabajar de enfermera en un hospital. Las licencias se revisan todos los años. En los últimos años se ha visto una tendencia a expedientar a enfermeras con problemas de abuso de sustancias. Las que han perdido la licencia aparecen en una lista del boletín oficial anual. Muchas enfermeras no toman medicación para la depresión porque tienen miedo de quedarse sin trabajo.</i>	<i>El formulario no dice que vaya a perder la licencia. Nunca he oído que nadie más haya perdido su licencia aparte de las que tenían un problema de abuso de sustancias. Sería una discriminación que te quitaran la licencia por el solo hecho de estar en tratamiento. Existen leyes contra eso. Mi marido dice que no puedo perder la licencia por eso.</i>	<i>Otra persona diría que no lo sabré si no lo pregunto. Mi marido dice que es sólo un trámite burocrático. El departamento de enfermería no va a correr el riesgo de que lo denuncie un grupo de enfermeras. No pueden violar la intimidad de nadie hablándole a tu jefe de tu enfermedad.</i>	<i>Encontrar la forma de preguntar anónimamente acerca de las normas. Averiguar las consecuencias que podría tener el que mintiera sobre mi enfermedad. Averiguar si el departamento va a comprobar, y cómo, la veracidad de las respuestas a las preguntas sobre posibles enfermedades mentales. Si me entero de que el departamento piensa tomar medidas en relación con mi licencia, contrataré a un abogado para que me ayude. Renovar la solicitud dentro de plazo. No retrasarlo y exponerme con ello a llamar la atención.</i>

hospital. Sally es mayor que Amanda y también tiene un trastorno bipolar. Está al tanto de todas las normas oficiales y podría darle una respuesta a sus preocupaciones. Si Sally no lo sabe, sabrá a quién hay que preguntar sin meterse en problemas.

Amanda pensó en dejar su trabajo y dejar que la licencia se caducara, pero decidió que era mejor que la echaran, en lugar de irse voluntariamente. No quería ponérselo fácil para que la discriminaran.

Amanda analizó cada una de sus preocupaciones en el registro de pensamientos, valiéndose de los métodos descritos. El trabajar sus pensamientos de una forma sistemática no hizo desaparecer toda la ansiedad o la rabia de Amanda, pero sí la ayudó a calmarse lo bastante como para trazar un plan razonable para poder abordar el problema.

Tommy está aprendiendo a usar los registros de pensamientos para abordar las ideas que le vienen a la cabeza cuando se pone maníaco. Las últimas veces que se puso maníaco, sintió el impulso de salir de viaje. En una de estas ocasiones, arrancó el coche y condujo hasta que se quedó sin combustible. Se había olvidado la cartera, por lo que tuvo que llamar a su madre para que fueran a llevarle gasolina. Ella se negó a dejarle conducir de modo que tuvo que volver a casa con su madre. Otra vez, compró un billete de ida y vuelta para irse a Hawai con una tarjeta de crédito que su padre le había dado para sus gastos académicos. Se fue sin decirle a nadie a dónde iba. Estuvo tumbándose en la playa unos cuantos días, pero no se divirtió. Cuando volvió, sus padres estaban furiosos y le habían cancelado la tarjeta de crédito. Tommy practicó con su terapeuta cómo podía analizar el impulso de viajar antes de ponerse en camino.

Cuando le entra el impulso de salir de la ciudad, siempre le viene la idea de que debe seguir su instinto o de lo contrario se volverá loco. Cada minuto que tarda le parece una eternidad. También tiende a tener la idea de que todo le saldrá bien. No tendrá ninguna consecuencia negativa, únicamente será un alivio frente a las presiones que siente. Durante una sesión de terapia, cuando su impulso viajero era todavía leve, el terapeuta y Tommy trabajaron los distintos pasos para analizar estos pensamientos.

Hoja de trabajo 9.1 de Tommy

Lo que pasó	Pensamientos	Sentimientos	Errores de pensamiento
<i>Sentí el impulso de irme a Hawai.</i>	<i>Quiero irme a Hawai este fin de semana. Tengo que huir del frío. Es una buena idea.</i>	<i>Emocionado</i>	<i>Ninguno</i>
	<i>Me sentiré mejor si me voy a Hawai.</i>	<i>Emocionado</i>	<i>Podría ser adivinar el futuro en el buen sentido</i>
	<i>No me importa el gasto. Me merezco un descanso.</i>	<i>Seguro de mí mismo</i>	<i>Personalización</i>
	<i>Si no salgo de la ciudad, me voy a volver loco.</i>	<i>Estresado</i>	<i>Catastrofización</i>

Hoja de trabajo 9.2 de Tommy

Mi pensamiento es: <i>Si no salgo de la ciudad, me voy a volver loco.</i>			
¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento es verdadero?	¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento no es verdadero?	¿Qué diría otra persona en esta misma situación? ¿Cuál sería otra posible explicación?	Mis conclusiones y lo que pienso hacer a continuación.
<i>Cada día me encuentro más tenso. No aguanto estar en mi casa un día y otro día. No soporto el frío. Me siento siempre mejor cuando estoy en la playa.</i>	<i>Nadie se vuelve loco de hecho porque no pueda salir de viaje. Ya me he sentido así otras veces. El impulso acabará por desaparecer.</i>	<i>Mi madre diría que estoy maníaco otra vez. Mi padre también coincidiría probablemente. Estamos a mitad de semestre y, si pierdo más clases, voy a suspender.</i>	<i>Dejaré el viaje a Hawai para las vacaciones de primavera, si por entonces todavía siento el impulso. Haré otras cosas para controlar la sensación de inquietud. Tomaré la medicación que me recetó el médico e iré al gimnasio más a menudo.</i>

Hoja de trabajo 9.2 de Tommy

Mi pensamiento es: <i>Es una buena idea ir a Hawai.</i>			
¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento es verdadero?	¿Qué pruebas tengo de que mi pensamiento no es verdadero?	¿Qué diría otra persona en esta misma situación? ¿Cuál sería otra posible explicación?	Mis conclusiones y lo que pienso hacer a continuación.
<i>Me encanta la playa. No soporto el frío que hace aquí. Puedo ver si hay un vuelo económico para este fin de semana.</i>	<i>Tendré que faltar a la clase del viernes. No tengo dinero para pagarme el viaje. Mi padre se va a poner furioso cuando vea el extracto de la tarjeta de crédito.</i>	<i>Mi hermana diría que a nadie le gusta el frío, pero que no por ello se puede uno largar a mitad de semestre. Mi hermano diría que es una estupidez irse a Hawai justamente ahora. Mi amigo dice que los vuelos son baratos porque no va nadie en esta época. No habrá marcha. Cuando he hecho otros viajes así antes, me ha salido mal.</i>	<i>Es una idea tonta. No voy a ir a Hawai precisamente ahora.</i>

Tras registrar nuestros pensamientos y analizarlos, volveremos a revisar nuestros pensamientos originales. ¿Podemos ver que el hecho de ser objetivos cambia nuestra forma de pensar? ¿Qué hemos notado en relación con la intensidad de las emociones que sentíamos en un principio? Si nuestras emociones continúan siendo bastante intensas, podemos probar con alguno de los otros métodos mencionados en este capítulo y en el capítulo 8 con objeto de abordar nuestros pensamientos emocionales.

Ideas de suicidio

Puede que haya veces en que pensar en la muerte o el suicidio parece razonable o tal vez reconfortante. La depresión grave puede ensombrecer nuestros pensamientos hasta tal punto que podríamos llegar al convencimiento de que la muerte es nuestra única opción. Se trata de pensamientos alarmantes que con frecuencia nos conducen a cometer actos muy dañinos contra nosotros mismos en un intento de quitarnos la vida.

Las ideas de suicidio pueden adoptar muchas formas. En su forma más grave, podemos oír voces que nos dicen que nos matemos. Son alucinaciones auditivas desencadenadas por los cambios biológicos que acontecen en nuestro cerebro cuando estamos deprimidos. No son lo que verdaderamente pensamos. Una forma más leve de ideas de suicidio podría consistir en alguna idea vaga respecto de morirse o el deseo sin más de huir o de desaparecer. En el término medio, pueden aparecer ideas de que ojalá nos muriéramos, aunque no necesariamente vayamos a hacer nada para provocarlo. Algunas personas desearían poder dormirse tranquilamente y no despertar.

Los pensamientos en torno a la muerte o el suicidio suelen ser el resultado de una sensación de desesperanza respecto del futuro y de impotencia respecto de la posibilidad de cambiar nada. Cuando no podemos pensar en ninguna otra solución a nuestros problemas y no podemos ver ninguna razón para seguir, la muerte puede empezarnos a parecer una opción admisible.

Si queremos tener la oportunidad de cambiar nuestra vida para mejor, tenemos que perseverar lo bastante como para poder aprender a hacer algo diferente. Probemos a hacer el ejercicio de la hoja de trabajo 9.3 para ayudarnos a combatir los pensamientos sobre la muerte y el deseo de morirnos. Enumeraremos las razones que tenemos para vivir. Nos planificaremos por anticipado para cuando lleguen los momentos en los que nos asalten las dudas respecto de si merece la pena vivir. Haremos una lista de las cosas de las que queremos acordarnos cuando nos vengan los malos momentos.

Paul sufrió varias ataques graves de depresión e incluso intentó matarse con una sobredosis de pastillas. Recuerda que logró superar su deseo de morir pensando en las razones para perseverar. Esta es su lista:

Hoja de trabajo 9.3 de Paul

Razones por las que no debería desaparecer del mapa:

*Todavía quedan cosas que quiero hacer en mi vida.
Quiero acabar la universidad y conseguir un trabajo.*

Personas por las que merece la pena vivir:

Mi madre, mi abuela, mi novia, mi mejor amigo, mis sobrinos, mi hermano.

Cosas que me perdería:

Partidos de hockey, la supercopa [de fútbol americano], la pizza con salchicha, el sexo.

Experiencias que todavía no he tenido:

*Quiero comprarme un coche nuevo.
Quiero viajar el Gran Cañón.
Quiero aprender a hacer submarinismo.*

Cosas que me importan:

Mi familia y mis amigos.

Hoja de trabajo 9.3: Razones para vivir

Haga una lista de las razones para seguir viviendo. Cuando comience a tener pensamientos sombríos, repase la lista para acordarse de los motivos para aguantar un día más.

Razones por las que no debería desaparecer del mapa:

Personas por las que merece la pena vivir:

Cosas que me perdería:

Experiencias que todavía no he tenido:

Cosas que me importan:

Razones para tener esperanzas

Cuando nos sentimos tan deprimidos como para tener pensamientos suicidas, podemos pensar que no existe otra forma de solucionar nuestros problemas. Es posible que hayamos perdido transitoriamente la confianza en nuestra capacidad para salir del bache. Cuando los demás tratan de animarnos o nos expresan su confianza en nuestra capacidad de mejorar, puede que le restemos importancia porque no se ajusta a la visión negativa que tenemos en ese momento. Puede que existan buenas razones para tener esperanza en el futuro, pero la visión de túnel que nubla nuestros pensamientos cuando estamos gravemente deprimidos no nos deja verlas. Por ello, lo mejor es que, cuando nos sintamos más seguros de nosotros mismos y más esperanzados, hagamos una lista de razones para tener esperanzas. Cuando estemos deprimidos, podemos leer la lista para recordarnos que podemos tener una visión más positiva y que una parte de nosotros sabe que existen razones para sentirnos esperanzados.

En la hoja de trabajo 9.4, haremos una lista de las razones por las que creemos que podría haber una esperanza en relación con el futuro. A continuación tenemos algunas preguntas que podrían ayudarnos a pensar en posibles razones para tener esperanzas:

- ¿Estamos haciendo algo en este momento que pudiera sugerir que todavía existe una esperanza de mejorar? ¿Quedan cosas que podemos hacer?
- ¿Hay alguna probabilidad de que los problemas que nos tienen abatidos sean transitorios? ¿Se resolverán con el tiempo?
- ¿Por qué otras personas sí creen que hay esperanzas de cara a nuestro futuro?
- ¿Cabe la posibilidad de que todavía no hayamos empleado todos nuestros esfuerzos?
- ¿Hemos vivido ya otros momentos como este antes? ¿Habitualmente las cosas han ido a mejor con el tiempo, y con la ayuda del esfuerzo o la paciencia?

Hoja de trabajo 9.4: Razones para tener esperanzas

Mis razones para tener esperanzas:

Revisaremos nuestra lista de vez en cuando y añadiremos nuevas razones que se nos puedan ocurrir para tener esperanzas. Pondremos la lista en un lugar donde podamos verla cuando empecemos a dudar de si merece la pena vivir.

¡Cuidado!

- Las fantasías de suicidio pueden ser muy **seductoras**. Pueden inducirnos a pensar engañosamente que la muerte es mejor que la vida.
- Las fantasías de suicidio pueden darnos un **consuelo falso**. Pueden engañarnos para que nos creamos que la muerte es la solución más razonable a nuestros problemas.
- Las fantasías de suicidio **nos engañan** moviéndonos a pensar que a nadie le importará. Nos permiten traer a la mente imágenes falsas acerca de que todo el mundo estará mejor sin nosotros. No nos dejarán ver el dolor y la desgracia que dejaremos detrás. Nos impedirán imaginarnos la culpa que invadirá a nuestra familia y a nuestros amigos por no haber podido salvarnos.

Hoja de trabajo 9.4 de Amanda

Mis razones para tener esperanzas:

Hay un montón de personas en mi vida que me quieren y me ayudan en los momentos difíciles.

He estado deprimida y he perdido la esperanza otras veces, pero también la he vuelto a recuperar.

Soy una mujer fuerte. Si sobreviví al parto de mis hijos, puedo sobrevivir a esto.

Siempre pienso de esta forma cuando estoy deprimida. Se me pasará.

Tengo un buen médico y un buen terapeuta que me ayudarán a superarlo.

Mis hijos son mi razón para conservar la esperanza.

Acabo de empezar con una medicación nueva que mi médico piensa que me va a sacar de esta.

Sé que todavía hay más cosas que puedo hacer más para ayudarme a mí misma.

- Estas fantasías no son sólo peligrosas para nosotros; sientan un **precedente peligroso** para otras personas. Los niños cuyo padre o cuya madre se suicidó tienen más probabilidades de suicidarse. El suicidio puede traducirse en que condenamos a las personas a las que queremos a tener un destino similar.

Los profesionales se toman muy en serio incluso las más remotas ideas de suicidio, y otro tanto debemos hacer nosotros. Saben que una sugerencia general respecto de que la vida podría no merecer la pena, o de que nos gustaría dormirnos y no despertarnos jamás puede convertirse en un plan para suicidarse. A veces puede parecer que los profesionales, los familiares y los amigos reaccionan exageradamente cuando hacemos comentarios que sugieren que la muerte nos ronda por la cabeza. Reaccionan exageradamente porque no saben lo cerca o lo lejos que estamos de materializar estas fantasías. Mientras que nosotros podemos encontrar algún alivio en estas ideas acerca de la muerte, ellos sienten una sensación de pánico y de responsabilidad por nuestro bienestar. No quieren perdernos, al margen de que en esos momentos a nosotros no nos preocupe perderlos a ellos.

No esperemos al último momento para pedir ayuda. Si vemos que tenemos pensamientos de hacer algo para matarnos, o ideas menos específicas respecto de que no nos importaría morirnos, se lo diremos a alguien. Se lo diremos a un familiar, llamaremos a nuestro médico o a nuestro terapeuta, o le pediremos a algún sacerdote de nuestra parroquia que nos ayude. No confiemos en ser nosotros mismos los que vayamos a poner unos límites a nuestras fantasías suicidas. Pediremos ayuda si tenemos alguna de las siguientes experiencias:

- Ideas de suicidio, incluidas las fantasías respecto de cómo podríamos llevarlo a cabo.
- Pensamientos recurrentes acerca de la muerte en general.
- Envidia de personas que están muertas o que se están muriendo.
- Nos vemos regalando nuestras pertenencias.
- Nos oímos despidiéndonos de nuestros familiares, amigos o mascotas.

- Empezamos a preparar a los demás para que vivan sin nosotros.
- Nos llaman la atención cosas de nuestro entorno que pueden ayudarnos a suicidarnos.
- Empezamos a hacer acopio de medicación de manera que podemos tener bastante para una sobredosis.
- Los letreros de advertencia nos parecen invitaciones al suicidio.

El objetivo de este manual práctico es el de enseñarnos diferentes métodos para controlar los síntomas de depresión y de manía antes de que lleguen al punto de que el suicidio empiece a parecernos una idea atractiva. Si hacemos uso de los ejercicios para vigilar nuestros cambios en el estado de ánimo, ser tan constantes como podamos con la medicación, y aprender los métodos expuestos hasta ahora para controlar los síntomas, podemos impedir que los episodios de depresión y de manía se escapen de nuestro control.



¿Y después?

Hemos aprendido muchas formas diferentes de tratar los pensamientos distorsionados. Podemos utilizar los registros de pensamientos para detectar los pensamientos emocionales y razonarlos utilizando los métodos propuestos en el capítulo anterior y en este mismo capítulo. Recordemos que la forma más fácil de detectar los pensamientos distorsionados es advirtiéndolos los cambios en nuestro estado de ánimo. Cuando nos encontremos excesivamente agitados o alterados, nos preguntaremos qué está pasando que nos está afectando a nuestro estado de ánimo. Una vez que identifiquemos nuestros pensamientos, podemos distinguir los pensamientos lógicos de los pensamientos emocionales.

Otra forma mediante la cual nuestras cogniciones pueden causarnos problemas es cuando nuestros procesos de pensamiento se quedan atascados, cuando la concentración es deficiente, cuando los pensamientos son desordenados, y cuando nos cuesta mucho esfuerzo tomar decisiones. El siguiente capítulo muestra algunas estrategias para ralentizar, focalizar y estructurar

nuestros pensamientos de manera que podamos concentrarnos mejor, tomar decisiones y solucionar problemas. Si podemos organizar nuestros pensamientos, tomaremos mejores decisiones a la hora de actuar y llevaremos mejor las riendas de nuestra vida.

10 Frenar la desorganización mental

A lo largo de este capítulo:

- **Reconoceremos algunas de las formas en que nuestro pensamiento se torna confuso o desorganizado.**
- **Aprenderemos el método de *ralentízalo, focalízalo, estructúralo* para abordar la desorganización mental.**
- **Descubriremos nuevas formas de organizar nuestros pensamientos y tomar decisiones.**

Una de las quejas que las personas con trastorno bipolar expresan con mayor asiduidad es la de que sus pensamientos se enlentecen, se tornan confusos, desorganizados, se amontonan en su mente y parecen desenfocados. Se sienten incapaces de tomar decisiones, les cuesta leer, no saben a cuál de sus pensamientos prestar atención en primer lugar, les cuesta conversar con los demás, y en general les falta claridad a nivel de pensamiento. Son los llamados *problemas de procesamiento cognitivo*. Pueden ser extremadamente frustrantes e impedirnos alcanzar incluso los objetivos más pequeños, tanto si nos han diagnosticado el trastorno recientemente o si llevamos tiempo viviendo con él. Desgraciadamente, la frustración, la irritación, y el disgusto no hacen más que dificultar el procesamiento cognitivo. Los ejercicios propuestos a lo largo de este capítulo tienen por objeto ayudarnos a superar la desorganización mental. El cuadro que aparece al principio de la página siguiente muestra algunos ejemplos de los diferentes tipos de problemas de procesamiento cognitivo que aparecen cuando estamos deprimidos o cuando estamos maníacos.

Abordar la desorganización mental

La estrategia general para abordar los problemas de procesamiento cognitivo consiste **primero**, en ralentizar los procesos de pensamiento y la toma de decisiones lo suficiente como para poder enterarnos de cómo abordar el problema. **Segundo**, focalizar la atención sobre una sola idea a la vez. **Tercero**, utilizar un método sistemático para tomar decisiones o sacar conclusiones.

Los métodos específicos para ralentizar, focalizar y estructurar con objeto de controlar mejor la desorganización mental están enumerados en la tabla que aparece en la parte inferior de la página siguiente y se analizarán a lo largo del presente capítulo. Este capítulo nos mostrará cómo utilizar estas estrategias para organizar mejor nuestros pensamientos y tomar las decisiones que más nos favorezcan.

Ejemplos de problemas de procesamiento cognitivo

<i>Categoría de procesamiento cognitivo</i>	<i>Ejemplos en la depresión</i>	<i>Ejemplos en la manía</i>
Respuesta a la estimulación	Se siente desbordado con facilidad	Se distrae fácilmente Los sonidos parecen más elevados Los colores parecen más brillantes
Velocidad del pensamiento	Pensamiento enlentecido Dificultad para encontrar las palabras o para dar forma a los pensamientos	Pensamientos acelerados Mayor cantidad de ideas o pensamientos
Concentración	No puede mantener la atención sin que la mente divague o se quede en blanco	Demasiados pensamientos que procesar Se distrae y pierde el hilo
Organización	No puede organizar los pensamientos y los problemas lo suficiente como para poder abordarlos	Dificultades en fijar y organizar los pensamientos
Toma de decisiones	Las dudas acerca de uno mismo interfieren en la toma de decisiones. La capacidad de solucionar problemas se ve afectada	No puede priorizar. La capacidad de juicio se ve afectada. No es capaz de acabar de tomar decisiones

Ralentízalo *moderando la velocidad del cuerpo y de la mente.*
Focalízalo *en una sola idea a la vez.*
Estructúralo *haciendo ejercicios para tomar decisiones.*

Visión general de las estrategias para abordar la desorganización mental

<i>Ralentízalo</i>	<i>Focalízalo</i>	<i>Estructúralo</i>
• Reducir la estimulación –Pensamientos internos –Ruidos externos • Ejercicios de relajación	• Elegir una sola cosa a la vez • Lista “A”/ Lista “B” • Priorizar mediante el establecimiento de objetivos • Escribirlo y tenerlo delante	• Solución de problemas • Ventajas / Desventajas • Llevar registros de los pensamientos • Recabar <i>feedback</i> de los demás • Imponerse la regla de las 24 horas

Ralentízalo

Los procesos de pensamiento se desorganizan durante la depresión y la manía por muchas razones diferentes, pero una muy común es el exceso de actividad mental. Los pensamientos del tipo de las preocupaciones, las ideas, las rumiaciones, los remordimientos y la autocrítica, además del aumento de los pensamientos aleatorios, no paran de darnos vueltas por la cabeza. Si nos distraemos con facilidad, los pensamientos respecto de cosas que oímos, vemos, olemos, o sentimos también pueden venirnos a la mente aunque no estemos concentrados en ellos de manera intencionada. Cuando hay demasiadas cosas rondándonos por la mente, resulta difícil focalizar nuestra atención en un único pensamiento durante el tiempo suficiente como llevarlo a su conclusión. Esto no ocurre únicamente durante los episodios maníacos; también sucede durante la depresión. Tener demasiadas cosas en la cabeza al mismo tiempo es estresante y desconcertante.

La ralentización del pensamiento puede ser difícil de lograr. Los fármacos para la estabilización del estado de ánimo y la reducción de la ansiedad pueden ayudar habitualmente. Además, también hay algunas cosas que podemos probar. Una estrategia consiste en alejarnos de las distracciones de nuestro entorno. Cuando salimos de los entornos sobreestimulantes, nuestros pensamientos serán más fáciles de controlar. Ello significa apagar la televisión o la radio, retirarnos a un rincón silencioso en casa, o evitar los lugares en los que haya demasiado ruido o demasiada actividad. Es difícil pensar cuando el ruido nos está bombardeando. Un cambio de entorno puede reducir la estimulación y hacer que sea más fácil pensar. Cuando Amanda se encuentra tan desbordada mentalmente que no puede pensar con claridad, sale fuera al jardín de la parte trasera y se balancea en el columpio de sus hijos, o saca al perro de paseo para dar la vuelta a la manzana unas cuantas veces, simplemente para abstraerse de todo. Paul ve que, si se sienta en su habitación a escuchar música con sus auriculares, puede evadirse del ruido de su entorno y de su propia mente. A Raquel le gusta conducir en silencio, con la radio apagada y las ventanillas subidas. Esto la ayuda a sentir que todo va más lento.

A veces, el ruido de nuestro entorno es visual. Ello incluye ver lo que nos queda por hacer, el desorden, la pila de cartas, la ropa sucia, y demás cosas que nos recuerdan todas las obligaciones que tenemos por delante. Esto supone un gran problema para Amanda, cuando sus hijos sacan los juguetes y los deberes del colegio, hay una pila de cartas encima de la mesa, la cocina es un desastre después de hacer la cena, y está demasiado cansada como para hacerle frente.

Para revisar las posibles formas de aquietar la mente reduciendo la estimulación interna y externa, volveremos al capítulo 5. Los métodos descritos en las secciones “Reducir la estimulación ambiental” y “Reducir la estimulación interna” nos ayudarán a bajar el ritmo, de manera que podamos ordenar y organizar nuestros pensamientos. Cuando estamos deprimidos y en nuestra mente se agolpan los remordimientos, las preocupaciones, las autocríticas, la desesperanza, o las ideas de suicidio, utilizaremos los métodos contenidos en los capítulos 8 y 9 para cambiar nuestros pensamientos. Trabajar detenidamente algunos de nuestros errores de pensamiento también nos ayudará a pensar con más claridad.

Otra estrategia para ralentizar nuestros pensamientos lo suficiente como para poder considerarlos detalladamente es bajar el ritmo de nuestro cuerpo. Dormir bien por las noches es la solución obvia, si la falta de sueño está interfiriendo en nuestra capacidad de concentrarnos y de pensar. En el capítulo 5 se pueden encontrar algunos métodos para mejorar el sueño. Si la falta de sueño no es el problema, puede entonces que nuestro cuerpo esté agitado por un exceso de energía o de tensión muscular. Relajar el cuerpo puede ayudarnos a relajar la mente. Es posible que nuestro médico nos haya recetado alguna medicación para relajarnos y calmarnos mentalmente. En caso contrario, podemos probar a hacer ejercicios de relajación.

Ejercicio de relajación

Escoja un lugar tranquilo y confortable, en el que pueda sentarse o tumbarse. Quítese los zapatos, aflójese el cinturón, suéltese el pelo, o elimine cualquier otro elemento que pueda apretarle demasiado. Mantenga una luz encendida para poder seguir leyendo las ins-

trucciones. **Respire profundamente** por la nariz y deje salir el aire por la boca. Mientras hace esto, dígame a su cuerpo que se libere de todas las tensiones, de la cabeza a los pies. Continúe respirando normalmente y concentre la atención en relajar las tensiones procedentes de distintas partes específicas del cuerpo. **Comencemos por la cara.** Concéntrese en relajar la frente. Alise cualquier posible arruga, relaje las cejas y piense en la tensión goteándole por la frente y saliendo fuera del cuerpo del mismo modo que lo harían las gotas de sudor por la frente. Tómese un momento para soltar la frente antes de seguir.

A continuación, desplace su atención hacia la mandíbula y suéltela todo lo que pueda. Deje que los dientes se separen, relaje la mandíbula, libere cualquier tensión que pueda tener en esa zona. Afloje la mandíbula dejando que los dientes se separen un poco. Libere cualquier tensión que pueda tener en los labios. Asegúrese de que la frente sigue relajada y la mandíbula suelta.

Sin dejar de tener los ojos abiertos lo suficiente como para poder seguir leyendo, intente relajarlos. Sienta cómo la tensión va desapareciendo de la cara, cayéndole por la frente, abandonando los ojos y liberando la mandíbula. La cara está menos tensa, más calmada y más relajada. Mantenga la cara suelta mientras dirige su atención a los hombros y el cuello.

Para empezar a relajar **los hombros y el cuello**, deje caer los hombros y deje caer los brazos a los lados del cuerpo. Deje que la tensión descienda por el cuello, los hombros, y salga de su cuerpo. Imagínese tensando los músculos de los hombros como si estuviera escurriendo una bayeta húmeda. Deje que los hombros se suelten del mismo modo que extiende la bayeta y la sacude sin tensión. Deje que la tensión abandone el cuello y los hombros a medida que se va relajando.

Dirija su atención de nuevo hacia la cara, buscando cualquier posible tirantez que pudiera quedar, y libérela una vez más.

A continuación, es el momento de dejar que **los brazos** se relajen. Comenzando por la parte superior de los hombros, deje que la tensión salga de estos músculos. Sienta cómo los brazos se relajan a medida que los va dejando caer hacia los lados. Relaje las manos, deje que los dedos se separen, e imagine la tensión fluyendo fuera del cuerpo, descendiendo por los brazos, saliendo por la punta de los dedos, y

abandonando el cuerpo. Deje que las tensiones se derritan y salgan goteando por las puntas de los dedos hacia el suelo, como un hielo que se estuviera derritiendo lentamente.

Vuelva nuevamente a concentrar la atención en cualquier posible resto de tensión en los hombros, dejando que se suelten todavía más. Deje que la relajación le fluya por la cara y el cuello, descienda por los brazos y penetre en las manos y los dedos.

Ha llegado el momento de relajar **el pecho y el abdomen**. Continúe respirando con normalidad pero, mientras exhala, concéntrese en dejar que la tensión abandone el cuerpo del mismo modo que el aire abandona los pulmones. Sienta la relajación extendiéndose por el pecho y el vientre a medida que va exhalando. Tómese todo el tiempo que necesite para exhalar fuera las tensiones e inhalar una sensación de relajación dentro del cuerpo.

Concéntrese ahora en el vientre y deje que se relaje. Distienda los músculos del abdomen, dejando que se aflojen y estén más sueltos. Sienta el cuerpo cada vez más relajado de la cabeza a los hombros, al pecho y a todo lo largo del abdomen. Busque cualquier posible resto de tensión y deje que se vaya libremente.

Preste atención ahora a **las piernas**. Descruce las piernas o los tobillos, si los tenía cruzados. Deje que los músculos se vayan relajando a todo lo largo de las piernas y los pies hasta llegar a las puntas de los dedos. Suelte los dedos de los pies, relaje los tobillos y deje que las piernas descansen cómodamente y relajadas. Imagine la tensión descendiendo por las piernas, saliendo por los pies, y acabando en el suelo.

Ahora **cuenta del uno al diez**, pero a medida que va avanzando en la cuenta, trate de relajarse todavía un poquito más. Concéntrese en cada grupo muscular desde la cabeza a los dedos de los pies, y cuando encuentre algún resto de tensión, déjelo que salga fuera del cuerpo. **Uno**, concéntrese en la cara, liberando cualquier posible tensión que pueda encontrar. **Dos**, siga dejando caer los hombros y sienta la tensión desvaneciéndose del cuello y de los hombros. **Tres**, fíjese en los brazos, las manos y los dedos. Deje que sigan relajándose. **Cuatro**, exhale, expulsando cualquier posible resto de tensión que pudiera quedar en el pecho. **Cinco**, suelte el abdomen un poquito

más. **Seis**, relaje la pierna derecha un poquito más. Déjela que descanse cómodamente y suelta. **Siete**, dirija la atención a la pierna izquierda. Déjela que se suelte un poquito más. **Ocho**, revise nuevamente su cuerpo de la cabeza a los pies, buscando posibles restos de tensión en los músculos, y dejando que abandonen su cuerpo. **Nueve**, a medida que suelta el aire, vea que su respiración es más lenta y cómoda, dado que ha permitido que su cuerpo baje el ritmo, se libere de las tensiones del día, y se relaje. **Diez**, disfrute del momento.

Memorizaremos esta sensación de relajación. Observemos lo diferente que es de lo que sentíamos al comenzar este ejercicio. Les diremos a los músculos que recuerden la sensación de relajación, para que podamos volver a retomarla cada vez que lo necesitemos. Observemos que los pensamientos se han ralentizado. Ahora son más fáciles de captar, y podemos focalizar la atención en las cosas que más nos importan en este momento. Cuando estemos preparados, nos permitiremos escoger un objetivo o un pensamiento que requiera nuestra atención. Focalizaremos nuestra energía en esa única idea y la llevaremos a su conclusión.

La regla de las 24 horas

Otra estrategia para ralentizar las cosas para darnos la oportunidad de pensar es imponernos la regla de las 24 horas. Consiste sencillamente en aplazar la toma de decisiones o el pasar a la acción durante 24 horas, cuando nuestros planes incluyen hacer algo que normalmente no haríamos, algo a lo que otras personas pondrían reparos, o que pudiera implicar algunos riesgos. Esta regla se basa en el principio de que si una idea es buena hoy, seguirá siendo una buena idea mañana. Entretanto, utilizaremos los otros métodos de este manual para ordenar nuestros pensamientos, de manera que cuando tomemos la decisión de actuar, no hagamos algo que vayamos a lamentar más tarde. Si 24 horas no es bastante tiempo, podemos ampliar el plazo a 48 horas. Tommy utiliza la regla de las 24 horas antes de entregarse a sus impulsos viajeros. Raquel la utiliza cuando siente el impulso de gastar compulsivamente en el centro comercial. Amanda utiliza la regla de las 24 horas antes de montarle una bronca a su

marido. Se dice que, si una cuestión es tan importante como para arriesgarse a tener un conflicto matrimonial, lo seguirá siendo al día siguiente. Si se da 24 horas para enfriarse, tiene más probabilidades de manejar la situación con tacto en lugar de arrancarle la cabeza a su marido.

Focalízalo

La regla general de referencia para ayudarnos a focalizar nuestra mente consiste en trabajar una sola idea o una sola tarea a la vez. Esto es difícil de hacer si tenemos pensamientos acelerados. Este es el motivo por el que tenemos que ralentizar nuestros procesos de pensamiento con la ayuda de los métodos descritos en la sección precedente y en el capítulo 5 antes de enfrentarnos a un problema o de tomar una decisión muy importante. Una vez que hemos conseguido bajar el ritmo lo suficiente como para poder elegir un pensamiento sobre el que trabajar detenidamente, debemos elegir exclusivamente una sola cosa cada vez. El ejercicio sobre el establecimiento de objetivos y el ejercicio de la lista "A"/ lista "B" que aprendimos en el capítulo 5, nos ayudarán a estrechar nuestro campo de atención. Una vez que hayamos elegido el problema, la idea o la decisión en la que nos vamos a centrar, **la escribiremos en una hoja de papel y la colocaremos delante de nosotros.** Este es un ejercicio muy sencillo pero puede ayudarnos verdaderamente a no perdernos. Tommy escoge el trabajo académico al que se va a dedicar primero, delante de él pone los materiales que necesita para hacerlo y quita todo lo demás. Esto evita que su mente divague por los diferentes trabajos de las diferentes asignaturas.

Será menos probable que nuestra mente divague hacia otros temas, si no quitamos el ojo de aquél que hemos decidido trabajar. Obliguémonos a acabar todo aquello que haya que hacer en relación con un problema antes de pasar al siguiente. Es muy fácil pensar en otros muchos problemas cuando estamos trabajando en uno en concreto. Si somos capaces de focalizar nuestra atención y ocuparnos de cada una de las cuestiones sacadas de nuestra lista de "quehaceres"

mentales de una en una, tendremos la mente menos atestada de pensamientos estresantes. En general, nos sentiremos mejor.

Si vemos que nuestra mente divaga hacia otros temas, como hace Raquel, nos diremos a nosotros mismos que tenemos que volver y acabar lo que hemos empezado. Lo que le preocupa a Raquel es que, si no atiende a las cosas en el momento que le vienen a la cabeza, se le olvidarán. Rachel controla el impulso de ponerse a hacer todas las tareas que le vienen a la mente, escribiendo una pequeña nota en relación con lo que se le acaba de ocurrir y volviendo a la tarea original. Si lo escribe, no se le olvidará.

Paul hace algo parecido cuando trabaja en su escritorio, poniendo una nota en un tablero que tiene en la pared. Tiene un tablero más pequeño en la cocina, con el mismo propósito. Así puede estar seguro de que no olvidará nada. Si refleja las cosas por escrito, puede mantener la atención en una sola tarea a la vez, y volver a las otras tareas que aparecen en el tablero una vez que haya acabado la que tiene entre manos.

Estructúralo

La estrategia que elijamos para estructurar nuestros pensamientos dependerá de la medida en cuestión que haya que tomar [de la dificultad en cuestión que haya que abordar]. El cuadro que aparece al principio de la página siguiente resume los tipos de pensamientos que podríamos necesitar estructurar y las estrategias que podrían sernos más útiles.

Solución de problemas

- **Paso 1: Definir el problema:** La parte más difícil de la solución de problemas consiste en definir con claridad la naturaleza del problema. Aunque difícil, es un paso fundamental. Si podemos ver el problema con claridad, podremos solucionarlo o abordarlo. La utilización de términos vagos o generales que no describan plenamente lo que sucede no nos conducirá a una solución. En la segunda tabla de la página siguiente aparecen algunos ejemplos de definiciones vagas y definiciones claras de los problemas.

Formas de abordar la desorganización mental

<i>Tipo de desorganización mental</i>	<i>Estrategia</i>
Si tiene una dificultad o un problema que necesita solucionar...	Utilice el ejercicio de solución de problemas que se describe en la siguiente sección.
Si le resulta difícil tomar una decisión respecto de algo importante para usted...	Pase directamente a la sección dedicada a la toma de decisiones en este mismo capítulo.
Si necesita resolver algunos pensamientos perturbadores o emocionales...	Vuelva al capítulo 9 y utilice los registros de pensamientos y los métodos para evaluar los pensamientos.
Si tiene problemas para organizar sus pensamientos de manera eficaz para finalizar una tarea...	Utilice los ejercicios para el establecimiento de objetivos, desglosar y llevar a la práctica, o la lista "A" / lista "B" descritos en el capítulo 5.
Si siente el deseo de asumir algunos riesgos...	Lea las secciones de este capítulo sobre cómo aplicar la regla de las 24 horas y recabar <i>feedback</i> de los demás.

Definiciones de problemas claras e imprecisas

<i>Definición imprecisa</i>	<i>Definición clara</i>
Paul piensa: "Soy un vago".	"Llevo varias semanas sin limpiar la casa".
Amanda dice: "Estoy sin blanca".	"Es posible que no me llegue para pagar la factura del teléfono este mes porque tengo que llevar el coche al taller".
Tommy piensa: "No le importo a nadie".	"Mis amigos han quedado para este fin de semana y nadie me ha invitado".
Raquel dice: "Me quedará sin trabajo si me despiden."	"Es posible que me quede sin trabajo. No estoy segura de qué voy a hacer para ganar dinero si me pasa esto, o si seré capaz de encontrar otro trabajo".

Nuestra definición del problema debería apuntar hacia su solución. En los ejemplos propuestos, Paul necesita limpiar la casa y Amanda necesita dinero para pagar la factura del teléfono, pedirle a la compañía de teléfono que le dé un plazo, o arreglárselas con la línea cortada. Tommy necesita tomar la decisión de hablar con sus

amigos acerca de por qué no contaron con él para la fiesta, u olvidarse de ello si considera que no es algo lo bastante importante como para discutir con ellos. Raquel necesita enterarse de si la van a despedir pronto, y si hay o no hay algo que pueda hacer para evitarlo. Si no está segura de lo que va a hacer, podría ser el momento de empezar a buscar otras opciones de trabajo, o bien de pedirle consejo o ayuda a otras personas.

Para ayudarnos a definir y formular un problema con la claridad suficiente como para poder solucionarlo, nos haremos a nosotros mismos las siguientes preguntas:

10 preguntas para definir un problema

1. ¿Cuál es el problema?
2. ¿Es algo que sucedió en el pasado o algo que todavía está pendiente de solucionarse?
3. ¿Es problema nuestro o es problema de otra persona?
4. ¿Hay algo que podamos hacer ya mismo?

Continuaremos con las preguntas 5-10 únicamente si es algo que todavía está pendiente de solucionarse, si se trata de un problema nuestro y si hay algo que podamos hacer ya mismo. Si se trata de un asunto de muy antiguo, no es problema nuestro, o no hay nada que podamos hacer ya mismo, utilizaremos los ejercicios de los capítulos 8 y 9 para trabajar nuestros pensamientos respecto de lo que pasó.

5. ¿Cuándo es más probable que suceda?
6. ¿Con qué frecuencia aparece el problema?
7. En caso de que no se solucione, ¿qué pasará?
8. ¿Qué es lo que más nos preocupa de este problema?
9. Si se solucionara, ¿qué cambiaría para nosotros?
10. ¿Qué parte del problema hay que solucionar primero?

Tras haber reflexionado sobre estas 10 preguntas, rellenaremos los apartados que aparecen en la hoja de trabajo 10.1.

Hoja de trabajo 10.1: Definir el problema

El problema es: _____

Afecta a mi vida en el sentido de que: _____

Me altera porque: _____

Tiene que solucionarse pronto porque: _____

Extraído del Manual práctico del trastorno bipolar, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 10.1 de Paul

El problema es: <u>que mi apartamento es un desastre.</u>

Afecta a mi vida en el sentido de que: <u>esto me distrae y me hace sentirme mal.</u>

Me altera porque: <u>me repugna vivir en semejante caos.</u>

Tiene que solucionarse pronto porque: <u>podría tener visita este fin de semana.</u>

Hoja de trabajo 10.1 de Amanda

El problema es: <u>no tengo suficiente dinero.</u>

Afecta a mi vida en el sentido de que: <u>no puedo pagar todas las facturas.</u>

Me altera porque: <u>nos sigue pasando lo mismo una y otra vez. Me repugna vivir así.</u>

Tiene que solucionarse pronto porque: <u>las facturas están a punto de vencer.</u>

Hoja de trabajo 10.1 de Tommy

El problema es: mis amigos me dejaron tirado.

Afecta a mi vida en el sentido de que: no tenía nada que hacer esa noche y no sé porqué me hicieron eso.

Me altera porque: se supone que son mis amigos. Ya he perdido amigos otras veces por culpa de mis problemas y no quiero perder a estos también.

Tiene que solucionarse pronto porque: esta situación va a seguir molestándome hasta que no sepa lo que pasó.

Hoja de trabajo 10.1 de Raquel

El problema es: podría perder mi empleo porque perdí los nervios con mi jefe.

Afecta a mi vida en el sentido de que: no puedo permitirme estar sin trabajar. Necesitamos el dinero.

Me altera porque: fue culpa mía. No debería haber reaccionado de una forma tan exagerada. Están haciendo reducciones de personal en todos los departamentos de la empresa y puede que me haya perjudicado a mí misma.

Tiene que solucionarse pronto porque: me está quitando el sueño y me está estresando.

• **Paso nº 2: Encontrar soluciones.** El siguiente paso en el proceso de solución de problemas consiste en confeccionar una lista de posibles soluciones. Podemos utilizar la hoja de trabajo 10.2 para enumerar todas las que se nos vayan ocurriendo. Trataremos de pensar en, como mínimo, cinco posibles soluciones. Una solución podría ser no cambiar nada y dejar que el problema siga su curso. Otra podría ser pedirle a alguien que lo solucione por nosotros. Si bien podrían no ser las mejores soluciones, cuanto menos son posibilidades a considerar. Seamos tan creativos como podamos a la hora de concebir otras soluciones para nuestro problema. No nos detengamos a evaluar cada una de ellas cuando nos vienen a la cabeza. Limitémonos primero a hacer la lista y a seguir los pasos para elegir la más adecuada.

Hoja de trabajo 10.2: Encontrar soluciones

Posibles soluciones a mi problema	
Orden	Ideas

Extraído del Manual práctico del trastorno bipolar, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Hoja de trabajo 10.2 de Raquel

Orden	Ideas
	<i>Pedir disculpas a mi jefe por precipitarme a condenarlo.</i>
	<i>Mantener la boca cerrada y esperar a ver qué pasa.</i>
	<i>Empezar a buscar otro trabajo. Dimitir antes de que me despidan.</i>
	<i>Preguntarle a mi jefe si piensa despedirme por lo que pasó.</i>
	<i>Preguntarle a su secretaria si sabe algo sobre su intención de despedirme.</i>

Tras plantear al menos cinco posibles soluciones y reflejarlas en la hoja de trabajo, tacharemos las que parezcan menos deseables o que no sean demasiado prácticas dada nuestra actual situación. Pensaremos en los pros y los contras de cada una de las soluciones restantes y las colocaremos por orden de preferencia. Pondremos el nº 1 en la pequeña columna de la izquierda bajo el epígrafe de “Orden”, el nº 2 al lado de nuestra segunda opción, y así sucesivamente. La solución nº 1 será habitualmente la primera que probaremos. Si nos parece que no va a funcionar, pasaremos a la solución nº 2, y así sucesivamente.

Raquel ha sido despedida dos veces anteriormente, y no quiere que vuelva a ocurrirle algo parecido. Sabe que sería mejor que dimitiera antes de que la despidan, pero no quiere precipitarse. Le gusta su trabajo y el sueldo es bueno, por lo que en realidad no le gustaría

perderlo. Lo mejor para ella a largo plazo sería hacer lo que pudiera para tratar de conservarlo.

En el fondo, Raquel sabe que probablemente debería disculparse por lo que dijo, pero no le resulta fácil. Es una mujer orgullosa, y no estaba del todo equivocada cuando se enfrentó con su jefe. No sabe cómo pedir disculpas por su falta de tacto sin renunciar a sus principios.

También podría preguntarle directamente a su jefe si tiene intención de despedirla, sin necesidad de pedirle disculpas. Si pareciera que la cosa apunta en esta dirección, podría presentarle su dimisión en lugar del despido. El problema de este planteamiento es que ella no quiere dimitir y que, en caso de que dimitiera, perdería el subsidio de desempleo.

Tras meditarlo todo detenidamente, pensó que la solución de esperar a ver qué pasa parecía demasiado fácil. Ella sabía que otras veces había sacado las cosas de quicio y se había precipitado a concluir que la iban a despedir, de manera que este podría ser otro ejemplo de reacción exagerada. Tal vez su jefe ya la había perdonado por perder los nervios. Quizás no hubiera ningún problema. Raquel pensó que la mejor estrategia consistía en disculparse ante su jefe por la forma como le había manifestado su desacuerdo. De este modo, no tendría que retractarse de lo que dijo, sino tan sólo expresar su pesar por la forma como lo dijo. Incluso en el caso de que su jefe no estuviera a punto de despedirla, el ofrecerle sus disculpas era probablemente lo más correcto. A su marido se le daban mucho mejor estas cosas que a ella, así que le pidió que la ayudara a escribir un correo electrónico para su jefe. Si pensaban despedirla, se enteraría con el tiempo suficiente. Todavía le quedaría la opción de ofrecer su dimisión. Sería mejor, tanto para ella como para la empresa.

• **Paso nº 3: Perfeccionar nuestro plan.** Antes de llevar a cabo nuestro plan, pensemos en los siguientes aspectos:

- ⇒ Cuándo intentaremos llevarlo a cabo.
- ⇒ Quién nos ayudará a hacerlo.
- ⇒ Cómo sabremos si ha funcionado.

¿Se trata de una solución que intentaremos llevar a cabo nosotros solos o necesitaremos tal vez la colaboración de otras personas? Si la solución incluye a otras personas, examinaremos detenidamente nuestras ideas con ellos, oiremos sus sugerencias y llegaremos a un acuerdo respecto de cuándo vamos a intervenir cada uno de nosotros.

El plan de Raquel

- ⇒ *¿Cuándo?* Se pondrá manos a la obra con su marido esta misma noche para redactar una disculpa, y la enviará mañana al trabajo.
- ⇒ *¿Quién le ayudará?* Su marido le ayudará a escribirla. Le pedirá a una amiga del trabajo que le eche un ojo a la nota y le dé su opinión sobre cómo cree que puede reaccionar el jefe.
- ⇒ *¿Cómo sabrá si ha funcionado?* Cuando su jefe está furioso, no quiere saber nada de nadie; y cuando no está furioso, es bastante afable. Si le habla, sabrá que ya no está furioso con ella. Los despidos temporales están previstos para el próximo mes. Si conserva su trabajo, sabrá que su solución ha funcionado.

• **Paso nº 4: Poner nuestro plan en práctica.** El siguiente paso consiste en probar nuestra solución y ver qué pasa. Si la solución no parece funcionar en un principio, decidiremos si preferimos volver a intentarlo o pasar a la solución nº 2 de nuestra lista. A veces tenemos que probar la misma solución más de una vez antes de que funcione. Si la disculpa de Raquel no parece cambiar las cosas, es posible que tenga que intentarlo nuevamente disculpándose en persona.

En otras ocasiones podemos ver que nuestra primera solución se quedó corta. De ser este el caso, probaremos con otra solución procedente de nuestra lista.

Si Raquel no estuviera segura de cómo fue recibida su nota, podría preguntarle a la secretaria del jefe. Aunque le encantaría limitarse a esperar y ver qué pasa con su trabajo, sabe que la espera hará que se sienta peor. Si su primera solución, la nota de disculpa, no funciona, pediría una cita para tratar con su jefe el tema de su conducta y saber si ello le va a afectar o no a su puesto laboral.

Tenemos que aprender de la experiencia tanto de nuestros éxitos como de nuestros fracasos. A medida que vayamos conociéndonos mejor –nuestras motivaciones, nuestros puntos débiles, nuestras capacidades y nuestras necesidades– sabremos elegir las soluciones que más nos convengan.

Tomar decisiones

Cuando tenemos que decidir entre dos opciones y una de ellas es claramente mejor que la otra, tomar una decisión es fácil. Es más difícil cuando hay dos o tres opciones que no son tan perfectas y cada una de ellas tiene algunas ventajas evidentes, además de algunas desventajas igualmente evidentes.

Paul y su novia llevan 3 años juntos. Ella ha estado dejando caer sutiles indirectas sobre el matrimonio durante los últimos 6 meses. Angie es 2 años mayor que Paul y se siente en condiciones de pasar a la siguiente etapa de su vida. Ella quiere casarse, comprar una casa y tener hijos. Angie quiere a Paul, pero piensa que puede que él sea demasiado inmaduro como para asumir este tipo de compromiso. Ella no quiere esperar más, así que le ha pedido a Paul que se case con ella o que la olvide.

Paul quiere a Angie y no quiere perderla. Ella ha estado a su lado mientras él aprendía a controlar su enfermedad y sabe tolerar sus “rarezas”. Sin embargo, no está seguro de si está preparado para casarse. Todavía no ha alcanzado sus objetivos académicos ni económicos, y puede que no esté en condiciones de hacerle frente a las responsabilidades del matrimonio, la paternidad y tener una casa. Paul tiene que tomar una decisión y ninguna de las opciones, ni casarse ni perder a su novia, le parece una buena opción.

La situación es todavía más complicada cuando cada una de las opciones tiene una ventaja clara, pero las ventajas en cuestión son muy diferentes. Supongamos que estamos buscando donde vivir y encontramos dos posibilidades por aproximadamente el mismo precio. Una tiene más espacio y la otra está mejor situada. ¿Cuál elegimos? O imaginemos que tenemos que elegir la universidad en la que vamos a estudiar y hemos sido aceptados en dos universidades dife-

rentes, una a la que van a ir también nuestros mejores amigos, y otra que tiene un programa de estudios que nos interesa mucho. ¿Cuál elegimos? Si nuestra capacidad de pensar está obnubilada por las emociones, atestada de pensamientos acelerados, o enlentecida y con dificultades de organización, nos será todavía más difícil tomar una decisión. Si somos como la mayoría de la gente, lo aplazaremos hasta que no tengamos más remedio que tomar una decisión. Algunas personas aplazarán las decisiones difíciles hasta que se lo den hecho. Por ejemplo, si Paul no toma una decisión respecto de casarse con Angie, al final ella le dejará.

Si queremos ser más activos a la hora de tomar decisiones, podemos seguir los pasos bosquejados a continuación. Nos ayudarán a calibrar las diferentes opciones y elegir la que mejor satisfaga nuestras necesidades actuales. Si no estamos seguros de nuestra capacidad de razonar las diferentes opciones, podemos consultar a alguna persona de nuestra confianza para que nos dé su opinión una vez hayamos hecho el ejercicio.

- **Paso nº 1:** Enumerar las opciones que estamos sopesando en la hoja de trabajo para la toma de decisiones (hoja de trabajo 10.3). Las opciones a nivel de trabajo podrían incluir: “Puedo cambiar de trabajo”, “Puedo seguir en el trabajo actual” y “Puedo solicitar un subsidio por incapacidad y dejar de trabajar.” Si se trata de una decisión respecto de zanjear una relación, las opciones podrían ser: “Acabar ya mismo,” “Aguantar un poco más y esperar que la cosa vaya mejor,” o “Decirle a mi pareja que no soy feliz y preguntarle si está dispuesta a trabajar para que las cosas vayan mejor”.

- **Paso nº 2:** Enumerar las diferentes ventajas y desventajas de cada una de las opciones. Algunas se pueden solapar. Por ejemplo, las ventajas de seguir en el mismo trabajo (e.g., me resulta familiar y cómodo) podrían girar en torno a la misma cuestión que las desventajas de cambiar de trabajo (e.g., me colocaría en una situación nueva y posiblemente amenazante). Los solapamientos están bien. Anotaremos todas las ventajas y desventajas que se nos ocurran. Consultaremos a un amigo o un familiar para que nos ayude a pensar en otros posibles pros y contras para cada una de las opciones.

- **Paso nº 3:** Leer cada lista detenidamente y escoger una o dos de las ventajas y desventajas más importantes de cada una de las opciones a decidir. Rodearemos con un círculo estos elementos de la lista. Si ello nos facilita la lectura, podemos tachar las demás elementos de la lista.

- **Paso nº 4:** Buscar temas comunes entre las ventajas y desventajas que hemos enumerado. Por ejemplo, si estamos sopesando las diferentes ventajas y desventajas de acabar una relación o seguir con ella, ¿nos parece que tenemos que decidir entre *estar solos* o *tener a alguien con quien estar*? Si es así, ello nos indica que tener a alguien a nuestro lado, no necesariamente la persona con la que estamos ahora, es importante para nosotros. Si vemos que [la disminución d] el estrés destaca como una de las ventajas de cambiar de trabajo, al tiempo que una de las desventajas de seguir en el trabajo actual, en ese caso sabemos que nuestro nivel de estrés es un factor importante a la hora de tomar nuestras decisiones. Si estamos barajando la opción de cambiar de médico o no, nos podemos encontrar con el tema de la familiaridad y de la aversión al cambio entre nuestras ventajas y desventajas.

Analizaremos las principales ventajas y desventajas que hemos señalado con un círculo en el paso 3 y trataremos de seleccionar los temas más importantes. Los enumeraremos en la hoja de trabajo para la toma de decisiones (hoja de trabajo 10.3) bajo el título de “Temas”.

- **Paso nº 5:** A la derecha de cada uno de los temas, ordenar los temas o las cuestiones de acuerdo con su importancia a la hora de tomar una decisión. El nº 1 será el tema más importante, el nº 2 el segundo tema más importante, y así sucesivamente.

- **Paso nº 6:** Una vez hayamos identificado los temas más importantes, que nos guiarán para tomar una decisión respecto de un problema dado, y los hayamos ordenado según su importancia, es el momento de hacer casar los temas más relevantes con cada una de las opciones a decidir. Ello significa volver a la lista original de opciones a decidir y escoger las que mejor se corresponden con cada uno de los temas. Por ejemplo, si la soledad era el tema más importante a

la hora de decidirse respecto de una relación, seleccionaremos de nuestra lista de posibles opciones la que fuera mejor para disminuir la sensación de soledad. Si el segundo tema que hemos identificado son las preocupaciones económicas, volveremos a la lista de opciones y escogeremos la que aborde mejor nuestra preocupación por el dinero. Para ayudarnos a no perdernos, escribiremos el número correspondiente a cada opción a decidir procedente de la hoja de trabajo para la toma de decisiones, junto a cada uno de los temas al que corresponda [columna de las “Mejores opciones”].

- **Paso nº 7:** Ahora que ya tenemos una lista con los temas y las opciones a decidir que mejor se ajustan a cada uno de los temas, podemos comparar cada uno de ellos y elegir la opción que mejor aborde las cuestiones que tenemos que decidir. Sabremos cuál es por el número de temas que aborda cada opción. De este modo, si la opción a la que asignamos el nº 1 en la hoja de trabajo para la toma de decisiones parece tocar convenientemente todos los temas que identificamos, probablemente sea la mejor opción. Si otra de las opciones tocara sólo uno de los temas, y no fuera el tema más importante, probablemente no sea una buena opción. Las mejores opciones son aquellas que tocan el mayor número de temas o cuestiones, o que al menos tocan los temas más importantes.

Paul decidió hacer partícipe del contenido de esta hoja de trabajo a Angie y le pidió que la rellenara ella también e hiciera lo mismo. Angie estaba dispuesta a esperar, él estaría dispuesto a casarse. Pero necesitaba tiempo para prepararse. Ello incluía acabar los estudios. Si se matriculaba en más asignaturas y reducía su horario laboral, podría acabar la carrera en tres semestres. Mientras terminaba sus estudios trabajaría con su terapeuta las cuestiones acerca de su preparación emocional y le pediría a Angie que se sumara a ellos en algunas de las sesiones. Si Angie no estaba dispuesta a esperar, no había nada que él pudiera hacer.

Hoja de trabajo 10.3: Hoja de trabajo para la toma de decisiones

Posibles opciones	Ventajas	Desventajas	
Opción 1:			
Opción 2:			
Opción 3:			
Temas		Orden de importancia	Mejores opciones

Hoja de trabajo 10.3 de Paul

Posibles opciones	Ventajas	Desventajas	
Opción 1: Casarme con Angie	La tendré a mi lado para siempre. Ella será feliz y no me dejará. Podremos empezar a trabajar para llevar la vida que queremos.	Soy demasiado joven. Renunciaré a mi independencia. Mis padres dejarán de ayudarme económicamente. El matrimonio supone más gastos. Estaremos juntos las 24 horas toda la semana.	
Opción 2: Romper con Angie	Podré acabar mis estudios sin tener que preocuparme por el dinero. Podré quedar con otras chicas. Podré estar con mis amigos cada vez que quiera. Dejaré de molestar a Angie con mis cambios de humor.	La echaré de menos enormemente. Nunca volveré a encontrar a nadie como ella. Ninguna otra persona querrá saber nada de mis cambios de humor. Deberé renunciar a mi sueño de vivir y tener hijos con ella. Me deprimiré gravemente.	
Opción 3: Encontrar la forma de aplazar la boda	Podré seguir con Angie. Tendré tiempo para acabar mis estudios y ahorrar algún dinero. Puedo prepararme para ser un buen marido.	Angie dice que no quiere esperar. Si lo aplazo demasiado, me dejará. Empezará a odiarme por fastidiar sus planes.	
Temas		Orden de importancia	Mejores opciones
Perder a Angie		1	1
Dinero		3	2, ③ ____
Tener a alguien que me comprenda		2	1, ③ ____
Estar emocionalmente preparado		4	2, ③ ____

He aquí otro ejemplo.

Tommy tuvo que volver a vivir con sus padres a raíz de su última hospitalización. Llevando nueve meses viviendo con ellos y pensó que estaba en condiciones de vivir por su cuenta. Su padres le habían pagado el alquiler de las casas anteriores, pero siempre tenía que volver con ellos, bien porque le echaban porque hacía demasiado ruido o porque no tenía la casa limpia, o porque se encontraba demasiado enfermo como para vivir solo. Sus padres no estaban dispuestos a tener que volver a pasar por lo mismo otra vez, así que le dijeron que si quería volver a vivir solo tendría que pagarse él mismo el alquiler. Tommy no se decidía respecto de qué hacer, así que rellenó la hoja de trabajo 10.3 para dilucidar las distintas cuestiones. Las opciones que estaban en juego eran la de irse a vivir solo, buscarse un compañero de piso, y seguir viviendo con sus padres durante un tiempo.

Hoja de trabajo 10.3 de Tommy

Posibles opciones	Ventajas	Desventajas
Opción 1: <i>Irme a vivir solo</i>	<i>Independencia.</i> <i>Nadie me estresará.</i> <i>Paz y tranquilidad.</i>	<i>Cuesta más dinero.</i> <i>Soledad.</i> <i>No estoy seguro de si podré llevarlo.</i>
Opción 2: <i>Buscar un compañero de piso</i>	<i>Compartir gastos.</i> <i>Podría ser divertido.</i> <i>No tendría que estar solo.</i>	<i>Podríamos no llevarnos bien.</i> <i>Limitaría mi intimidad.</i> <i>Podríamos tener hábitos diferentes.</i>
Opción 3: <i>Vivir con mis padres</i>	<i>Ahorrar para el futuro.</i> <i>Tendría mi propia habitación.</i> <i>Nunca estaría solo.</i>	<i>No tendría ninguna intimidad.</i> <i>Mi madre me estará diciendo lo que tengo que hacer.</i> <i>No podré invitar a gente.</i>
Temas		Orden de importancia Mejores opciones
<i>Independencia, vivir por mi cuenta, intimidad</i>		2 1, (2) ____
<i>Dinero</i>		1 (2) 3
<i>Estar solo o tener a alguien cerca con quién hablar</i>		3 (2) 3

Tras trabajar este ejercicio, se dio cuenta de que la mejor opción sería la de encontrar un compañero de piso y salir de casa de sus padres. Esta opción abordaba las cuestiones o los temas que había identificado mejor que las otras dos opciones. Tenía un amigo que vivía en un apartamento de una sola habitación en la misma ciudad y que estaba dispuesto a alquilar un apartamento más grande con Tommy y compartir los gastos.

Preguntarle a otras personas [pedir feedback]

Podemos resistirnos a admitirlo, pero hay ocasiones en las que las personas que nos conocen tienen razón respecto de lo que debemos o no debemos hacer. Ellos pueden ayudarnos a escoger entre nuestras muchas ideas, decisiones, opciones, impulsos y preocupaciones. Otras personas pueden brindarnos ingenio e inventiva, si les dejamos. Puede que no siempre tengan razón, pero nos pueden sugerir ideas diferentes a las nuestras y en razón de ello movernos a considerar otras posibilidades.

Cuando estamos maníacos o hipomaníacos, podemos tener una cantidad de ideas que calibrar mucho mayor de lo habitual. También corremos el riesgo de cometer errores de lógica y de elegir alternativas incorrectas por el simple hecho de que estaremos dejando de lado aspectos importantes que deberíamos tomar en consideración. La mayoría de las personas se arrepienten de tomar decisiones erróneas cuando están maníacos y quieren aprender métodos para detenerse a reflexionar antes de reaccionar en futuras ocasiones. El tipo de ideas frente a las que debemos ser cautos y estar alerta son esos impulsos de realizar grandes cambios en nuestra vida, de hacer cosas que podrían sorprender o resultar chocantes para otras personas, o que nos llevan a asumir riesgos que normalmente no asumiríamos. Cuando nos rondan estas ideas por la cabeza, una estrategia para protegernos consiste en comentárselo a alguien. Aunque no queramos la opinión de la otra persona o no nos importe en absoluto su reacción, el simple hecho de oírnos expresar la idea en voz alta puede ser suficiente para hacernos reflexionar antes de actuar impulsivamente y arrepentirnos más tarde.

Algunas personas que tienen un trastorno bipolar no se sienten cómodas a la hora de verbalizar sus pensamientos impulsivos, porque son conscientes de que otras personas reaccionan exageradamente, desconfían, les miran de arriba abajo, o se comportan de alguna otra forma negativa frente a ellos. Estas preocupaciones son legítimas. A nadie le gusta que le echen por tierra una gran idea. Por otro lado, para no meternos en apuros, puede que necesitemos que alguien nos ayude a pisar el freno. Buscaremos a una persona de nuestro entorno que sea capaz de escuchar esas ideas que otros podrían considerar una barbaridad. Asegurémonos de que sea alguien que sepa que el solo hecho de que se nos ocurran ciertas ideas arriesgadas no quiere decir necesariamente que vayamos a llevarlas a cabo. Esa persona puede ser un psicólogo o un psiquiatra, pero podría ser más práctico elegir a un familiar, un amigo, o algún conocido que también tenga un trastorno bipolar y se las tenga que haber con pensamientos similares de vez en cuando. Si comunicamos nuestra idea y recibimos una reacción negativa, aplicaremos la regla de las 24 horas.

¿Y después?

¡Enhorabuena! Hemos trabajado los tres primeros pasos del modelo cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno bipolar. Si hemos hecho los ejercicios del manual práctico, hemos aprendido a ver los síntomas venir, a tomar precauciones para evitar su reaparición y a reducir los síntomas una vez que se manifiestan. Ahora es el momento de dar el cuarto y último paso: evaluar nuestros progresos. El siguiente capítulo nos ayudará a ensamblar las piezas del programa con la ayuda de una recapitulación de la estrategia general. Tendremos la oportunidad de planificar una estrategia a largo plazo para utilizar los métodos de este manual práctico.

Si hemos leído el manual sin hacer los ejercicios, es el momento de volver atrás y trabajar los ejercicios que se apliquen a nuestro caso. Recordemos que los recuadros al comienzo de cada capítulo nos proporcionan un breve resumen del contenido del capítulo.

tulo. Nos ayudarán a elegir con cuidado qué capítulos y ejercicios vamos a trabajar. No tenemos por qué hacer todos los ejercicios de una vez. Probablemente, lo mejor sea utilizar el manual de forma progresiva a medida que vamos sintiendo las oscilaciones del estado de ánimo y los diferentes síntomas tratados a lo largo del libro. Si no estamos seguros de por dónde empezar, leeremos el siguiente capítulo. En él aparece un resumen de los pasos esenciales para asumir el control de nuestra enfermedad. Nos volveremos a poner al tanto de los procedimientos básicos y elegiremos un punto donde empezar con el programa.

IV EVALUAR LOS PROGRESOS

11

Introducir cambios para mejor

A lo largo de este capítulo:

- **Revisaremos el propósito de este manual.**
- **Comprobaremos nuestros progresos.**
- **Estableceremos unos objetivos para seguir mejorando.**
- **Conoceremos los obstáculos más frecuentes de cara a alcanzar nuestros objetivos terapéuticos.**

El objetivo de este manual es el de enseñarnos algunas pautas acerca del manejo del trastorno bipolar. Para comprobar cuántos progresos hemos hecho en el aprendizaje de los principios abordados, retomaremos el test extraído del principio del libro (hoja de trabajo 11.1) y comprobaremos si nuestro conocimiento del trastorno bipolar ha mejorado.

Revisar el cuadro general

El objetivo general de este manual práctico ha sido el de enseñarnos una serie de métodos para:

- Prevenir la recurrencia de la depresión y la manía.
- Identificar la reaparición de los síntomas.
- Tomar medidas para controlar los síntomas antes de que se conviertan en episodios completos de depresión y de manía, y
- Corregir y controlar los problemas de pensamiento, los cambios en los niveles de actividad y las alteraciones emocionales generados por la enfermedad.

Hoja de trabajo 11.1: Test de conocimientos

Evaluación de nuestros conocimientos sobre el trastorno bipolar

Elija *verdadero* o *falso*. Las respuestas correctas se encuentran en las páginas 10-14

Verdadero o Falso	1. El trastorno bipolar puede causar tanto depresión como manía.
Verdadero o Falso	2. Nos podemos sentir deprimidos y maníacos al mismo tiempo.
Verdadero o Falso	3. Los fármacos son necesarios para controlar los síntomas del trastorno bipolar.
Verdadero o Falso	4. Lo único que tenemos que hacer para encontrarnos bien es tomar la medicación todos los días.
Verdadero o Falso	5. No podemos hacer nada para detener un episodio de depresión o de manía una vez ha comenzado.
Verdadero o Falso	6. La falta de sueño puede desencadenar un episodio de manía.
Verdadero o Falso	7. Para hacerle frente al trastorno bipolar, tendremos que renunciar a las cosas más emocionantes de la vida.
Verdadero o Falso	8. Esta enfermedad suele conllevar el abandono de las metas profesionales de quien la padece.
Verdadero o Falso	9. Podemos manejar esta enfermedad nosotros solos. No necesitamos ayuda.
Verdadero o Falso	10. No tenemos ningún trastorno bipolar. Los médicos se han equivocado.

Paso nº 1: Verlo venir

¿Cómo?

Conociendo los síntomas



Mediante la gráfica de vida (capítulo 3) y la hoja de trabajo de los síntomas relacionados con el estado de ánimo (capítulo 4).

¿Cómo?

Vigilando el estado de ánimo



Mediante los gráficos del estado de ánimo y los gráficos de los síntomas (capítulo 4).

¿Cómo?

Reconociendo los desencadenantes



Identificando los desencadenantes en nuestra gráfica de vida (capítulo 3).
Revisando la lista de cosas que empeoran la situación (capítulo 5).

Paso nº 2: Tomar precauciones

¿Cómo?

No empeorando la situación



Aprendiendo a dormir lo suficiente (capítulo 5).
Siguiendo la medicación (capítulo 6).
Evitando los desencadenantes de los síntomas (capítulos 5 y 6).

¿Cómo?

Añadiendo aspectos positivos



Aprendiendo a fortalecer nuestras relaciones (capítulos 5 y 8).
Fijándonos unos objetivos personales (capítulo 6).
Trabajando en dirección a la adaptación a la enfermedad (capítulo 7).
Desarrollando hábitos saludables (capítulo 5).

¿Cómo?

Disminuyendo los aspectos negativos



Mediante la solución de problemas (capítulos 5 y 8).
Controlando la preocupación y la rumiación (capítulo 5).
Evitando la sobreestimulación (capítulos 5 y 9).

Paso nº 3: Reducir los síntomas

¿Cómo?

Saliendo de la inactividad



Mediante la programación de actividades.
Desglosando y poniendo en práctica por partes,
y mediante una lista “A” y una lista “B”
(capítulo 5).

¿Cómo?

Cambiando nuestros pensamientos



Mediante los métodos del *cáptalo*, *contrólalo*,
corrígelo [la triple C] (capítulos 8 y 9).

¿Cómo?

Frenando la desorganización mental



Mediante los métodos del *ralentízalo*, *focalízalo*,
estructúralo (capítulo 10).

¿Cómo?

Reduciendo la hiperactividad



Controlando la sobreestimulación.
Manteniendo a raya el ansia de novedades.
Poniendo límites a la actividad mediante el esta-
blecimiento de objetivos.
Tratando de dormir (capítulo 5).

Paso nº 4: Evaluar los progresos

¿Cómo?

Vigilando los cambios en el estado
de ánimo y los síntomas



Mediante los gráficos del estado de ánimo
(capítulo 4).
Mediante la hoja de trabajo de los síntomas
relacionados con el estado de ánimo (capítulo 4).
Preguntándole a otras personas [pidiendo
feedback] (capítulo 9).

El esquema de las páginas 317-318, que ya vimos en el capítulo 1, resume los pasos que podemos dar para introducir algunos cambios para mejor. Las intervenciones propuestas a lo largo de todo el manual tienen por objeto ayudarnos de cuatro formas diferentes –viéndolo venir, tomando precauciones, reduciendo los síntomas y evaluando los progresos.

Evaluar nuestros progresos

Los ejercicios propuestos a lo largo del manual han tratado de motivarnos a ser claros, directos y específicos en lo que se refiere a nuestras metas, planes y objetivos. Ahora que conocemos los diferentes métodos para controlar los síntomas de la depresión y de la manía, haremos algunas anotaciones en la hoja de trabajo 11.2 acerca de los pasos que ya hemos dado o que tenemos intención de dar para cumplir cada uno de estos objetivos.

Los objetivos enfatizados a lo largo de este manual práctico son:

- **Conocernos** bien a nosotros mismos, nuestros puntos débiles, nuestros puntos fuertes, y nuestros síntomas.
- **Practicar** y fortalecer las habilidades para manejar nuestra enfermedad que se han venido describiendo a lo largo de este manual.
- **Aprender de cada uno de los episodios** de la enfermedad que vamos experimentando, para que sepamos qué es lo que tenemos que vigilar la próxima vez.
- **Avanzar en dirección a aceptar** que tenemos un trastorno bipolar de manera que podamos progresar, hacer todo lo que esté en nuestra mano para seguir bien, y sacar nuestra vida adelante.
- **Evitar el riesgo** de recaer.
- **Encontrar una medicación** con la que nos sintamos lo bastante a gusto como para seguirla.

Vigilar nuestro estado de ánimo

Los métodos que aprendimos en el capítulo 4 para reconocer los síntomas de la depresión y la manía, y para vigilar los cambios diarios en el estado de ánimo, también pueden ayudarnos a hacer un seguimiento de nuestros progresos. Si nos valoramos con regularidad siguiendo un gráfico del estado de ánimo (véase hoja de trabajo 11.3), lo que esperamos encontrar es una clara mejoría en nuestro estado de ánimo a lo largo del tiempo y más adelante una mayor estabilidad

Hoja de trabajo 11.2: Mis planes para manejar el trastorno bipolar

Formas que tengo de conocer mejor mis puntos débiles, mis puntos fuertes y mis síntomas. Mi plan para saber más cosas de mí mismo y de mi enfermedad.

Mis ideas sobre cómo practicar y fortalecer mis habilidades para manejar mi enfermedad, que se han venido describiendo a lo largo de este manual.

Cómo podría aprender de cada uno de los episodios de la enfermedad que voy experimentando, para saber qué es lo que tengo que vigilar la próxima vez.

Lo que necesito hacer para avanzar en dirección a aceptar que tengo un trastorno bipolar, de manera que pueda progresar, hacer todo lo que esté en mi mano para seguir bien, y sacar mi vida adelante.

Cosas que sé que puedo hacer para evitar el riesgo de recaer.

Cómo puedo encontrar una medicación con la que me sienta lo bastante a gusto como para seguirla.

anímica. Ello significa que si valorásemos nuestro estado de ánimo todos los días y uniéramos los puntos del gráfico, veríamos una línea a lo largo de la parte central con algunas fluctuaciones entre +1 y -1 la mayor parte del tiempo. Cuando nuestro estado de ánimo decayera hacia la depresión o se elevara hacia la manía, lo que cabría esperar sería una vuelta a la normalidad tras estos cambios, al cabo de unos pocos días. Y si utilizamos estos nuevos instrumentos que hemos aprendido en este manual tan frecuentemente como nos sea posible, deberíamos tener cada vez menos días con valores por encima de +2 o por debajo de -2.

Si decidimos no llevar un registro diario de estos gráficos del estado de ánimo, los podemos utilizar periódicamente para verificar cómo vamos. Por ejemplo, si sabemos que tendemos a deprimirnos en invierno y a ponernos maníacos durante la primavera, podemos empezar a llevar un gráfico del estado de ánimo poco antes del comienzo de estas estaciones. Si vemos que nuestro gráfico se desplaza en dirección a un mayor número de síntomas, utilizaremos los métodos que hemos aprendido para detener su evolución, y llamaremos a nuestro médico si vemos que las valoraciones diarias no mejoran o que los síntomas se están volviendo más difíciles de manejar por nuestra cuenta. Cuando la estación haya finalizado, llevaremos un gráfico del estado de ánimo durante una semana o dos más para asegurarnos de que nuestro estado de ánimo permanece estable.

Adaptación y aceptación

Si estamos luchando con la aceptación de tener un trastorno bipolar, los esfuerzos que hemos desplegado a lo largo de este manual podrían habernos ayudado a avanzar a través de las diferentes fases del proceso de adaptación. Revisaremos los pensamientos y las conductas asociados a cada una de las fases del proceso de adaptación (hoja de trabajo 11.4) para ver si podemos reconocer en qué punto nos encontramos actualmente. Compararemos nuestras respuestas con las que reflejamos en la hoja de trabajo 7.1 del capítulo 7.

No tenemos por qué hacerlo solos

Los manuales prácticos como este pueden hacer que las intervenciones parezcan fáciles, pero podrían resultar más difíciles cuando tratamos de ponerlas en práctica. Puede ser muy útil trabajar junto con un terapeuta familiarizado con el trastorno bipolar. No todos los terapeutas tienen experiencia en esta enfermedad en particular, razón por la cual, antes de empezar, les preguntaremos acerca de su soltura con el tratamiento del trastorno bipolar.

La Asociación de Ayuda para la Depresión y el Trastorno Bipolar o DBSA [*Depression and Bipolar Support Alliance*] es una organización nacional comprometida con la educación y el apoyo a personas que tienen un trastorno del estado de ánimo, tales como la depresión y el trastorno bipolar. Tienen delegaciones por todo el país [Estados Unidos] que organizan charlas educativas a cargo de profesionales, debates en grupo para personas que sufren estas enfermedades, y grupos de discusión para los familiares, además de disponer de una amplia biblioteca con material educativo y libros. Para encontrar la delegación de la DBSA correspondiente a nuestra zona, podemos consultar la *website* de la organización en www.DBSAlliance.org. Allí encontraremos información sobre la organización, además de un mapa que nos permitirá localizar la delegación más cercana.

Obstáculos para alcanzar los objetivos del tratamiento

Cambiar el curso de nuestra enfermedad parece mucho pedir. La mayoría de las personas cuestionan su capacidad de llevar una vida con menos períodos de depresión y de manía. Debido a que se trata de una batalla de por vida, es fácil perder el empuje y pensar en abandonar a lo largo del camino. A continuación, aparecen algunos ejemplos de los pensamientos más habituales en lo relativo a controlar los síntomas del trastorno bipolar, junto con algunos consejos para evitar que dichos pensamientos interfieran en el logro de nuestros objetivos.

“No quiero tomar precauciones”

Hoja de trabajo 11.3: Gráfico del estado de ánimo

Semana de:									
	Plan	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	
Maníaco									
+5 Incapaz de dormir, psicótico	<i>Ir al hospital</i>	•	•	•	•	•	•	•	
+4 Maníaco, capacidad de juicio mermada		•	•	•	•	•	•	•	
+3 Hipomaníaco	<i>Llamar al médico</i>	•	•	•	•	•	•	•	
+2 Demasiado excitado y lleno de energía	<i>Tomar medidas</i>	•	•	•	•	•	•	•	
+1 Contento, en plena forma	<i>Vigilarlo atentamente</i>	•	•	•	•	•	•	•	
0 Normal		•	•	•	•	•	•	•	
-1 Decaído, en baja forma	<i>Vigilarlo atentamente</i>	•	•	•	•	•	•	•	
-2 Triste	<i>Tomar medidas</i>	•	•	•	•	•	•	•	
-3 Deprimido	<i>Llamar al médico</i>	•	•	•	•	•	•	•	
-4 Paralizado		•	•	•	•	•	•	•	
-5 Con impulsos suicidas	<i>Ir al hospital</i>	•	•	•	•	•	•	•	
Deprimido									
¿Qué fue lo que motivó el giro en el estado de ánimo?									

Hoja de Trabajo 11.4: Fases de la adaptación al trastorno bipolar

Fase	Pensamientos automáticos	Acciones
Negación	- No es mi caso. El especialista se ha equivocado. - Eso debe ser porque bebí demasiado. - El diagnóstico es erróneo.	- Recabar una segunda opinión. - Buscar otras explicaciones a los síntomas. - Hacer caso omiso de las recomendaciones de tratamiento.
Rabia	- No hay derecho a que tenga esta enfermedad. - Ahora mismo me veo incapaz de afrontarlo. ¿Por qué a mí? ¿Qué he hecho yo para merecer esto?	- Negarse a escuchar ningún consejo. - Negarse a hablar de la enfermedad. - Perder los nervios con el personal sanitario, las farmacias o cualquier otro elemento relacionado con el tratamiento.
Regateo	- Me portaré bien. - Dejaré de beber, me levantaré a mi hora, haré ejercicio, me buscaré un trabajo mejor y todo irá bien. - Probaré con los remedios naturales. No necesito la medicina.	- Ajustar las dosis uno mismo. - Cambiar el momento de las tomas. - Probar con drogas psicoactivas a la manera de “remedios naturales”. - Tardar en acostarse para evitar tomar la medicación para dormir. - Beber alcohol para reducir la ansiedad.
Depresión	- Jamás podré llevar una vida normal. - Nadie me querrá. - Me doy asco.	- Conductas autodestructivas. - Evitar a los médicos, los artículos especializados, o cualquier otra cosa que nos recuerde la enfermedad. - Retraerse de los demás.
Aceptación	- Podré salir de esta. - No es el fin del mundo. - No tengo que renunciar a todo por el mero hecho de tener que tomar una medicación.	- Adherencia al tratamiento. - Discutir abiertamente las distintas opciones de tratamiento con los profesionales antes de interrumpir la medicación.

Extraído del Manual práctico del trastorno bipolar, de Mónica Ramírez Basco. Copyright 2006 de The Guilford Press.

Si tomar precauciones para seguir un horario más constante a la

hora de dormir, vigilar nuestros síntomas y limitar el exceso de estimulación, nos parece restringir demasiado nuestro estilo de vida, puede que no queramos hacerlo. Ciertamente tenemos el derecho de hacer lo que más nos guste, correr los riesgos que queramos, y afrontar las posibles consecuencias que pudieran derivarse. Es decisión nuestra seguir o no seguir las directrices de este manual, aceptar los consejos de nuestro terapeuta, o tomar la medicación como nos lo dice nuestro médico. Si vivimos solos y no tenemos responsabilidades para con otras personas, seremos los únicos en pagar el pato de no tomar precauciones. Puede que no sea gran cosa. Pero si hay otras personas que dependen de nosotros y a las que les afectará la reaparición de nuestra depresión o de nuestra manía, probablemente debamos tenerlas en cuenta a la hora de tomar una decisión.

Asegurémonos de no ver el tomar precauciones en términos de todo o nada. No se trata de una restricción total por contraste con una total libertad. Tal vez podamos introducir algunos cambios en nuestra rutina para adaptarnos mejor a nuestra enfermedad, o tratar de tomar precauciones siempre que podamos, sabiendo que habrá veces en que nuestro estilo de vida no nos lo permitirá. Consideremos también la posibilidad de que pudiéramos no estar preparados para introducir el tipo de cambios en nuestra rutina que nos recomienda el manual, nuestra familia, o nuestros profesionales de la salud. Eso no quiere decir que no podamos estar mejor preparados el mes que viene, o el año que viene o la próxima vez que tengamos los síntomas. Cuidar de nosotros mismos siempre será una buena idea, al margen de cuándo comencemos a tomar las medidas oportunas. Si sabemos que no podemos hacerlo precisamente ahora, devolveremos este libro a su estantería y lo volveremos a revisar más adelante. Las circunstancias de la vida pueden cambiar rápidamente y brindarnos nuevas oportunidades de asumir el control de nuestros síntomas.

“No va a ser útil”

Esta idea es un buen ejemplo de precipitarse a sacar conclusiones. Si estamos convencidos de que un ejercicio no va a ser útil, lo pasaremos por alto. Evitar pasar a la acción tampoco nos va a ayudar a sentirnos mejor. En lugar de confiar en nuestras emociones, tratemos

de ser objetivos. Comprobemos nuestra teoría de que no va a ser útil dándole una oportunidad. Podríamos estar en lo cierto y tener que emplear otra estrategia diferente, o podríamos estar equivocados y comprobar que sí es útil.

“No puedo hacerlo”

Si tendemos a pensar en blanco y negro como Amanda, y el ejercicio que estamos probando no nos hace sentirnos mejor inmediatamente, es posible que nos demos por vencidos con demasiada facilidad. El avance puede ser evidente pero pequeño en un principio. Por ejemplo, si estamos tratando de combatir el pensamiento negativo “Soy estúpido,” tras evaluar la evidencia de que disponemos puede que estemos convencidos en parte pero no totalmente de que estábamos equivocados. Si llevamos mucho tiempo sosteniendo una visión negativa de nosotros mismos, nos llevará algún esfuerzo convencernos de lo contrario. Tenemos que redirigir nuestros procesos de pensamiento practicando continuamente métodos para evaluar y corregir nuestras ideas excesivamente negativas. Con la práctica, el cambio puede llegar a ser permanente. De modo que si nos sorprendemos pensando “No puedo hacerlo” y sintiéndonos frustrados, nos tomaremos un descanso y a continuación lo volveremos a intentar, porque si abandonamos demasiado pronto, ello no hará sino reforzar nuestros pensamientos negativos.

“La medicación funciona, así que no necesito esforzarme”

Aunque la medicación esté actuando, existen una serie de factores que pueden desencadenar la reaparición de la depresión o la manía. Por ejemplo, el consumo de alcohol o de drogas ilegales pueden inducir la aparición de los síntomas. La falta de sueño durante varios días puede hacer que reaparezca la manía. El sufrir una pérdida importante o una crisis vital puede hacer que reaparezca la depresión. Incluso los cambios de estación pueden hacer que vuelvan los síntomas. Una enfermedad orgánica importante, un accidente de coche, o dar a luz, cualquiera de estas cosas puede hacer que tengamos una recaída, aunque estemos tomando una medicación para el

trastorno bipolar. Puede que no podamos hacer nada para prevenir los accidentes o las lesiones, pero sí podemos controlar nuestros propios actos que pueden hacernos correr el riesgo de recaer. La medicación es esencial en el tratamiento, pero no es eficaz al 100%. Cómo la tomamos, cuándo la tomamos, qué estilo de vida llevamos, y cómo reaccionamos cuando reaparecen los síntomas, son todas ellas posibles formas mediante las cuales podemos controlar el curso de nuestra enfermedad.

“De todos modos, los síntomas acabarán reapareciendo”

Muchas personas llegan a dominar las técnicas expuestas en este manual, pero ven que de todos modos los síntomas vuelven a aparecer. Dado que el trastorno bipolar es una enfermedad recurrente, debemos contar con que habrá veces en que los síntomas reaparecerán. Son pocos los afortunados que encuentran exactamente la medicación adecuada, la toman escrupulosamente y jamás vuelven a tener un episodio de depresión o de manía. Desgraciadamente, no son mayoría. El objetivo de controlar el trastorno bipolar es disminuir el número de episodios de depresión y de manía en la medida de lo posible, eliminar los síntomas más leves que pueden persistir entre los episodios y, si verdaderamente tiene lugar una recaída, detectarla y frenarla lo más rápido posible. De esta forma, estaremos más tiempo sintiéndonos bien y menos tiempo sintiéndonos enfermos, a medida que aprendamos a controlar nuestra enfermedad cada vez mejor.

“No merece la pena. Renuncio”

La sentencia “No merece la pena” sugiere que hemos sopesado el valor de tratar de controlar el trastorno bipolar por contraste con los beneficios que se derivan de sentirse bien, y hemos decidido que los costes de intentarlo sobrepasan con creces a los beneficios del bienestar. Por consiguiente, el esfuerzo no nos compensa los beneficios que obtenemos. Esto se podría considerar como el error de pensamiento de la magnificación de lo negativo y la minimización de lo positivo, o podría ser cierto. Si no estamos obteniendo lo que necesi-

tamos de nuestro tratamiento farmacológico o de la psicoterapia, en lugar de abandonar tal vez deberíamos considerar la posibilidad de que sea el momento de cambiar. La gente cambia de medicación, de médicos, y de terapeutas constantemente, hasta que encuentran uno que les compensa el coste y el esfuerzo. Si nuestro tratamiento se ajustara mejor a nuestra enfermedad, tal vez entonces sí nos valdría la pena.

“Estoy cansado de intentarlo”

La depresión, los efectos secundarios de la medicación, el quedarse sin dinero y las presiones de otras personas, todo ello puede hacer que queramos abandonar el tratamiento. La falta de energía, la pérdida de la motivación, el enlentecimiento mental y la desesperanza provocadas por la depresión también pueden convencernos de que estaríamos mejor si no tomáramos la medicación, si dejáramos de ir al médico y renunciáramos a la interminable lucha por controlar nuestra enfermedad. El esfuerzo necesario para controlar nuestra enfermedad puede dejarnos a veces mental y emocionalmente exhaustos. Para lidiar con estas sensaciones, algunas personas se toman un descanso en su intento de controlar su enfermedad. Durante unos pocos días sienten una sensación de libertad pero, desgraciadamente, los síntomas reaparecen.

El querer abandonar porque estamos cansados de intentarlo es una sensación normal. La gente se siente así cuando se cansan de sus trabajos, se cansan de sus estudios, se cansan de cuidar de sus hijos pequeños, se cansan de tratar de estar libres de deudas, y se cansan de tratar de buscar la pareja adecuada. Si estamos haciéndole frente a esta clase de luchas vitales además de tratar de controlar nuestra enfermedad, tenemos derecho a sentirnos especialmente agotados. La vida puede ser muy dura. Para poder abordar estos momentos, tenemos que añadir cosas positivas a nuestra vida con el fin de poder compensar todo lo negativo. Si tenemos algunas cosas buenas que esperar con ilusión, personas que nos dan placer o que nos hacen sonreír, razones para volver corriendo a casa después de un largo día de trabajo, estas cosas nos ayudarán a mantenernos firmes y a poner el

esfuerzo necesario para sacar lo mejor de nosotros mismos. Si nos faltan cosas positivas en la vida, es hora de buscarlas. En el capítulo 5 aparecen algunos ejemplos, pero nos valdremos de nuestra imaginación para hacer que nuestra vida merezca desplegar el esfuerzo necesario para seguir bien.

Planificarnos de antemano para alcanzar nuestros objetivos

En el capítulo 6, “Sacarle el máximo partido a la medicación”, presentamos los contratos conductuales como una forma de planificar de antemano los obstáculos que podrían interferir con el logro de nuestros objetivos de tratamiento. Nos tomaremos un momento para pensar en qué es lo que podría evitarnos alcanzar los objetivos de este manual práctico, y los escribiremos en la hoja de trabajo 11.5.

Si utilizamos los métodos de este manual, veremos que con la práctica seremos capaces de:

- Verlo venir.
- Tomar precauciones.
- Reducir los síntomas, y
- Evaluar los progresos.

Recordemos que cada vez que vivamos la depresión, la manía, la hipomanía o los estados mixtos, tendremos la oportunidad de comprobar nuestras nuevas estrategias, de evaluar su precisión y de perfeccionarlas para futuras ocasiones.

¿Y después?



Ahora que hemos aprendido las claves para controlar los síntomas de nuestro trastorno bipolar, ha llegado el momento de ponerlas en práctica. Controlar los síntomas del trastorno bipolar en un proceso constante. El propósito de escribir este manual práctico fue el de ayudarnos a lo largo de dicho proceso. Volveremos a consultar las directrices y los ejercicios cuando nos encontremos nuevamente con los síntomas o los problemas a lo

largo del camino. Incluso en los momentos buenos y en que nos sentimos bien, revisaremos las estrategias para seguir bien y para controlar nuestro estilo de vida.

Haremos partícipes de nuestro trabajo a nuestro médico o nuestro terapeuta, para que sepa qué estamos haciendo para controlar nuestra enfermedad. Encontremos una forma de recordarnos a nosotros mismos de cuando en cuando que tenemos que vigilar nuestros síntomas y hacer los ajustes que hemos aprendido para mantenerlos controlados.

Si nos tropezamos con algún bache y la depresión o la manía vuelven a aparecer, haremos lo que nos corresponde hacer para sobreponernos. Aprenderemos de la experiencia, analizando qué ocurrió que pudo hacernos vulnerables a recaer. Cada vez que tengamos síntomas y logremos controlarlos, sabremos prevenirlos mejor la próxima vez.

Hoja de trabajo 11.5: Superar los obstáculos que nos impiden mejorar

Objetivo: Prevenir la recurrencia de la depresión y la manía

Posibles obstáculos para lograr este objetivo:

Qué puedo hacer para superar estos obstáculos:

Objetivo: Aprender a identificar la reaparición de los síntomas

Posibles obstáculos para lograr este objetivo:

Qué puedo hacer para superar estos obstáculos:

Hoja de trabajo 11.5: Superar los obstáculos que nos impiden mejorar (cont.)

Objetivo: Tomar medidas para controlar los síntomas antes de que se conviertan en episodios completos de depresión y de manía

Posibles obstáculos para lograr este objetivo:

Qué puedo hacer para superar estos obstáculos:

Objetivo: Corregir y controlar los problemas de pensamiento, los cambios en los niveles de actividad, y las alteraciones emocionales generados por la enfermedad

Posibles obstáculos para alcanzar este objetivo:

Qué puedo hacer para superar estos obstáculos:

Bibliografía

Información general sobre el trastorno bipolar y demás trastornos del estado de ánimo

An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness: Kay R. Jamison, Nueva York, Random House, 1995.

The Bipolar Disorder Survival Guide: What You and Your Family Need to Know: David J. Miklowitz, Nueva York, Guilford Press, 2002.

Exuberance: The Passion for Life: Kay R. Jamison, Nueva York, Knopf, 2004.

Getting Your Life Back: A Complete Guide to Recovery from Depression: Jesse H. Wright & Mónica Ramírez Basco, Nueva York, Touchstone Books, 2003.

The Hypomanic Edge: The Link between (a Little) Crazy and (a Lot of) Success in America: J. D. Gartner, Nueva York, Simon & Schuster, 2005.

New Hope for People with Bipolar Disorder: Jan Fawcett, Bernard Golden & Nancy Rosenfeld, Roseville (CA), Prima Publishing, 2000.

Surviving Manic Depression: A Manual on Bipolar Disorder for Patients, Families, and Providers, Nueva York, Basic Books, 2002.

Why Am I Up and Why Am I Down: Understanding Bipolar Disorder: Roger Granet & Elizabeth Ferber, Nueva York, Dell Publications, 1999.

Para la familia y los amigos

Loving Someone with Bipolar Disorder: Understanding and Helping Your Partner: Julie A. Fast & John D. Preston, Oakland (CA), New Harbinger Publications, 2004.

Raising a Moody Child: How to Cope with Depression and Bipolar Disorder: May A. Fristad & Jill S. Goldberg-Arnold, Nueva York, Guilford Press, 2004.

Para los profesionales

The Bipolar Child: The Definitive and Reassuring Guide to Childhood's Most Misunderstood Disorder (edición revisada y ampliada): Demetri Papolos & Janice Papolos, Nueva York, Broadway Books, 2002.

Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder (2ª ed.): Mónica Ramírez Basco & John Rush, Nueva York, Guilford Press, 2005.

Structured Group Therapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program (2ª ed.): Mark S. Bauer & Linda McBride, Nueva York, Springer Publishing, 2003.

Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy: Ellen Frank, Nueva York, Guilford Press, 2005.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Leky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.

52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.

92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsky.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).

127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José M^a Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.

158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.



Las oscilaciones del estado de ánimo pueden formar parte de la existencia, pero la lucha por controlarlas no tiene por qué dominar nuestra vida. Junto con la medicación oportuna, el *Manual práctico del trastorno bipolar* puede devolvernos el control de nuestra enfermedad. La Dra. Ramírez ha reunido una gama versátil de estrategias de autoayuda debidamente comprobadas con objeto de ayudarnos a reconocer los primeros signos que nos advierten de una posible recaída, a resistirnos al seductor empuje de los episodios maniacos, y a salir de la parálisis de la depresión. Tanto si nos acaban de diagnosticar el trastorno (y no estamos totalmente seguros de que sea correcto) como si queremos consolidar nuestro tratamiento actual, este sencillo programa nos permitirá tomar parte activa. Directrices y hojas de trabajo fáciles de seguir nos ayudan a identificar áreas problemáticas y a minorar su impacto, incluidas posibles formas de:

- Reducir la reaparición y la gravedad de los síntomas
- Bajar el ritmo y dormir lo necesario cuando irrumpe la manía
- Mantener la motivación y evitar la dilación cuando nos deprimimos
- Ajustar los tratamientos farmacológicos para maximizar los beneficios
- Refrenar las reacciones emocionales
- Mantener la concentración y alcanzar nuestros objetivos.

Dado que la experiencia de cada persona individual con el trastorno bipolar es única, la Dra. Ramírez nos alienta a personalizar un plan específico que se ajuste a nuestras propias necesidades. Procedamos, pues, a hacernos cargo de nuestra enfermedad y a mejorar activamente nuestra calidad de vida.

Mónica Ramírez Basco es psicóloga clínica, autora, conferenciante, y profesora asociada de psicología de la Universidad del Texas Southwestern Medical Center de Dallas. Es una experta internacionalmente reconocida en terapia cognitivo-conductual y miembro fundador de la Academy of Cognitive Therapy. Ha publicado varios libros y numerosos artículos en revistas especializadas y ha aparecido en programas de ámbito nacional de la televisión estadounidense.

ISBN: 978-84-330-2266-0



9 788433 022660

www.edesclea.com



biblioteca de psicología

