

TRASTORNO BIPOLAR

María del Carmen Lorenzo Pontevedra

Guías profesionales


EDITORIAL
SÍNTESIS

TRASTORNO BIPOLAR

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com En ella encontrará el catálogo completo y comentado



TRASTORNO BIPOLAR

María del Carmen Lorenzo Pontevedra



© María del Carmen Lorenzo Pontevedra

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN 978-84-907765-1-3

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Presentación

1. El trastorno bipolar

1.1. Tipos de trastorno bipolar

1.2. Prevalencia

1.3. Edad de inicio

1.4. Comorbilidad del trastorno bipolar con otros trastornos mentales y del comportamiento

1.5. Los ciclos de depresión y manía

1.6. Estrés y trastorno bipolar

1.7. El riesgo de suicidio

1.8. Los problemas físicos de los pacientes bipolares

1.9. Etiología del trastorno bipolar: ¿herencia o ambiente?

1.10. El trastorno bipolar en niños y adolescentes

1.11. El trastorno bipolar en la mujer

1.12. El trastorno bipolar en personas mayores

1.13. Conclusión: la complejidad del trastorno bipolar

2. Diagnóstico del trastorno bipolar

[2.1. Criterios CIE-10](#)

[2.2. Criterios DSM-5](#)

[2.3. Trastorno bipolar tipo 1](#)

[2.4. Trastorno bipolar tipo II](#)

[2.5. Trastorno ciclotímico](#)

[2.6. Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicación y otros relacionados](#)

[2.7. Trastorno bipolar y trastornos relacionados debido a otra condición médica](#)

[2.8. Otro trastorno bipolar especificado y relacionado](#)

[2.9. Otro trastorno bipolar inespecificado y relacionado](#)

[2.10. Criterios diagnósticos en niños y adolescentes](#)

[2.11. Diagnóstico diferencial](#)

[2.11.1. Trastorno bipolar y esquizofrenia](#)

[2.11.2. Trastorno bipolar y abuso o dependencia de sustancias](#)

[2.11.3. Trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad](#)

[2.12. Curso del trastorno bipolar](#)

[2.13. Enfermedades que pueden producir trastorno bipolar](#)

[3. Entrevista clínica y evaluación](#)

[3.1. Entrevista clínica en el trastorno bipolar, ¿qué debemos evaluar?](#)

3.1.1. Primer contacto

3.1.2. Episodios depresivos y maníacos

3.1.3. Estado psicológico y trastornos asociados en el trastorno bipolar

3.1.4. Habilidades de afrontamiento que posee

3.1.5. Estresorespsicosociales

3.1.6. Relaciones con la pareja

3.1.7. Relaciones familiares

3.1.8. Relaciones con amigos, conocidos y personas del trabajo

3.1.9. Situación laboral (o escolar)

3.1.10. Área social

3.1.11. Ocio y tiempo libre

3.1.12. Ideación suicida y riesgo de suicidio

3.1.13. Riesgo de conductas violentas

3.1.14. Problemas de sueño y ritmos sociales inadecuados

3.1.15. Enfermedades físicas que padece

3.1.16. Conciencia de trastorno o enfermedad

3.1.17. Medicación que está tomando

3.2. Entrevistas clínicas

3.3. Escalas y cuestionarios para evaluar la depresión y la manía

3.3.1. Evaluación de la depresión

3.3.2. Evaluación de la manía y la hipomanía

3.4. Escalas y cuestionarios para evaluar otros aspectos psicopatológicos

3.5. Pruebas biológicas

3.6. Evaluación conductual, análisis funcional, formulación del caso y plan de tratamiento

4. Problemas frecuentes asociados al trastorno bipolar

4.1. La comorbilidad del trastorno bipolar con los trastornos adictivos

4.1.1. Consumo de tabaco y trastorno bipolar

4.1.2. Consumo de alcohol y trastorno bipolar

4.1.3. Consumo de café y bebidas estimulantes y trastorno bipolar

4.1.4. Consumo de cannabis y trastorno bipolar

4.1.5. Consumo de cocaína y trastorno bipolar

4.1.6. Consumo de heroína y trastorno bipolar

4. L/-. Juego patológico y trastorno bipolar

4.1.8. ¿A qué se debe esta alta comorbilidad con los trastornos adictivos?

4.2. Trastorno bipolar y trastorno por déficit de atención con hiperactividad

4.3. Trastorno bipolar y trastornos de personalidad

4.4. Trastorno bipolar y trastornos de la alimentación

4.5. Trastorno bipolar y trastornos de ansiedad

4.6. Trastornos del sueño

4.7. Problemas familiares

4.8. Problemas laborales

4.9. Problemas físicos y enfermedades

5. Tratamientos para el trastorno bipolar

5.1. ¿Sabemos lo que funciona para el tratamiento del trastorno bipolar?

5.2. Tratamiento farmacológico.

5.3. Tratamiento psicológico

5.4. Tipos de tratamiento psicológico en el trastorno bipolar

5.4.1. Psicoe

5.4.2. Terapia cognitivo-conductual

5.4.3. Terapia interpersonal y del ritmo social

5.4.4. Terapia familiar

5.4.5. Tratamiento en grupo

5.4.6. Otros tratamientos psicológicos

5.4.7. Tratamientos combinados para la comorbilidad con el trastorno bipolar

5.4.8. El tratamiento del paciente bipolar resistente

5.5. Otros tratamientos

5.5.1. Fototerapia

5.5.2. Terapia electroconvulsiva

5.5.3. Estimulación magnética intracerebral

5.5.4. Estimulo del nervio vago

5.6. El tratamiento de otros problemas frecuentemente asociados

5.6.1. Trastornos de ansiedad

5.6.2. Trastornos adictivos

5.6.3. Trastornos de personalidad

5.6.4. Trastornos del sueño

5.7. Tratamiento en niños y adolescentes

5.8. Tratamiento en mujeres

5.8.1. Tratamiento durante el embarazo

5.9. El tratamiento en personas mayores

5.10. Papel de la familia en el tratamiento

5.11. La terapia de pareja

5.12. ¿Por qué debe utilizarse un tratamiento psicológico combinado con el tratamiento farmacológico en el paciente bipolar?

6. Tratamiento psicológico del trastorno bipolar

- [6.1. ¿Qué tratamiento psicológico debemos aplicar?](#)
- [6.2. Psicoeducación \(información didáctica sobre el trastorno\)](#)
- [6.3. Entrenamiento en la mejora de la adherencia al tratamiento](#)
- [6.4. Entrenamiento en estilos de vida saludables](#)
 - [6.4.1. Sueño-vigilia](#)
 - [6.4.2. Ejercicio físico](#)
 - [6.4.3. Dieta y hábitos de comida](#)
 - [6.4.4. Relaciones sociales](#)
 - [6.4.5. Trabajo y horarios](#)
 - [6.4.6. Estudios](#)
- [6.5. Control y manejo del estrés](#)
- [6.6. Pareja y familia](#)
- [6.7. Incidencia de las enfermedades físicas en el curso del trastorno](#)
- [6.8. Tratamiento de la depresión y de la manía](#)
- [6.9. Tratamiento de los problemas de comorbilidad](#)
 - [6.9.1. Trastorno bipolar y abuso de sustancias](#)
 - [6.9.2. Trastorno bipolar y trastornos de ansiedad](#)
 - [6.9.3. Trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad](#)
 - [6.9.4. Trastorno bipolar y trastorno por déficit de atención con hiperactividad](#)

[6.10. Control de las ideas suicidas y de los intentos de suicidio](#)

[6.11. Prevención de la recaída](#)

[Bibliografía](#)

Presentación

El trastorno bipolar, al igual que otras enfermedades crónicas, como la diabetes, supone un gran sufrimiento para la persona que lo padece, así como para las personas de su entorno.

Este trastorno motiva grandes oscilaciones en el estado de ánimo, es difícil de diagnosticar y complicado de tratar. Aunque puede aparecer a cualquier edad, lo más probable es que lo haga al comienzo de la edad adulta, y una vez diagnosticado exige un tratamiento continuado, salvo raras excepciones.

Aunque inicialmente su tratamiento consistía, casi exclusivamente, en el uso de fármacos, en la actualidad se puede beneficiar ampliamente de otros tratamientos de tipo psicológico, psicosociales y psicoeducativos.

A pesar de que lo que determina el diagnóstico de bipolaridad es la subida de la manía, hay que considerar que la mayoría de los pacientes pasan más tiempo deprimidos a lo largo de su vida, con el consiguiente sufrimiento. Precisamente, para aliviar este sufrimiento, muchas personas que padecen esta enfermedad intentan suicidarse, o se suicidan, como una forma de solucionar su malestar. Por esta razón, el trastorno bipolar es el que registra las tasas más altas de ideación suicida, y de suicidio, de todos los trastornos mentales.

Además de todo esto, también registra unas altas tasas de comorbilidad y otras complicaciones, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de abordar su tratamiento. Igualmente, los pacientes tienen asociadas y derivadas un gran número de enfermedades físicas (p. ej., obesidad, problemas cardiovasculares, diabetes, etc.).

En suma, el trastorno bipolar se caracteriza por ser crónico, recurrente y con grandes oscilaciones en el estado de ánimo de quien lo padece, por lo que

desencadena grandes repercusiones a nivel individual, familiar, laboral y social.

Dado que los fármacos solo permiten controlar el trastorno parcialmente, el acompañamiento de la psicoeducación y de la terapia psicológica será de gran ayuda en el tratamiento. Además, esta terapia pueden dirigirse a otros problemas que puede presentar el paciente fuera de su sintomatología bipolar, y que frecuentemente se hallan presentes por la alta comorbilidad con otros trastornos.

No hay que olvidar el estigma social que pueden sufrir quienes padecen un trastorno bipolar, similar al que sufren otros pacientes con trastornos mentales graves. Por ello, se debe realizar un gran esfuerzo para evitar estigmatizarlos, y conseguir que su vida sea lo más normalizada posible.

El presente libro se centra en el trastorno bipolar. Sus distintos capítulos tratan de explicar en qué consiste, su diagnóstico y evaluación, la comorbilidad y el tratamiento psicológico. A pesar de que la medicación es un elemento imprescindible de su tratamiento, en los últimos años ha quedado clara la necesidad de añadir la terapia psicológica, para mejorar la eficacia del tratamiento farmacológico, y para lograr que el paciente conozca mejor su trastorno. Igualmente, mediante el adiestramiento necesario, podrá aprender a mantener unos hábitos de vida saludables, y a tomar las riendas del trastorno, para hacerle ganar confianza y aumentar la sensación de control del proceso de su enfermedad. Todo ello producirá, en suma, una mejora general de su calidad de vida.



El trastorno bipolar

El trastorno bipolar (TB) es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una oscilación extrema que va desde la elevación de los estados maníacos, hasta las depresiones más profundas.

Clásicamente, dentro de los trastornos del estado de ánimo, la depresión ha ocupado un lugar central (Pérez y García, 2001). Pero, junto a ella, y como otro trastorno del estado de ánimo, se halla el TB. Es un trastorno mental crónico, grave, recurrente e incapacitante. Se caracteriza básicamente por episodios de depresión, manía o hipomanía, y ambos estados se presentan de modo extremo. Hay periodos de recuperación de la normalidad en los cuales hay carencia de síntomas agudos (eutímicos), y periodos de recaída. Es, por tanto, un trastorno crónico y complejo (Becoña y Lorenzo, 2003).

En el TB se pueden dar los siguientes episodios:

- a) Episodio depresivo mayor.
- b) Episodio maníaco.
- c) Episodio mixto.
- d) Episodio hipomaníaco.

Estos episodios, combinados de distintas formas, delimitarían los distintos tipos de TB, que eran hasta hace poco, en el DSM-IV-TR, cuatro: TB tipo 1, TB tipo II, trastorno ciclotímico y TB inespecificado. En el reciente DMS-5 se consideran siete tipos: TB tipo 1, TB tipo II, trastorno ciclotímico, TB inducido por sustancias/medicación y otros relacionados, TB y trastornos relacionados debidos a otra condición médica, TB especi Picado y relacionado, y otro TB inespecificado y relacionado. En el episodio depresivo, la persona se encuentra triste y desganada durante al menos dos

semanas. En el episodio maníaco, la persona puede presentar una euforia exagerada o una gran irritabilidad durante al menos una semana. En el episodio mixto, la persona presenta una rápida alternancia de síntomas tanto depresivos como maníacos. El episodio hipomaníaco es de menor intensidad y duración que el episodio maníaco. Solo se requieren cuatro días. Presenta menos interrupción de la vida ordinaria, y no se acompaña de síntomas psicóticos, como puede suceder en la manía. Todos estos trastornos, como los de ciclado rápido y ciclotimia, se verán más ampliamente en el capítulo de evaluación y diagnóstico.

La hipomanía es más benigna que la manía y, con frecuencia, está asociada a un incremento de la creatividad y mejora de las relaciones sociales de los individuos. Muchos grandes creadores literarios (p. ej., Victor Hugo), compositores (p. ej., Robert Schumann), pintores (p. ej., Vincent van Gogh), actores y directores de cine (p. ej., Tim Burton), etc., han sido o son personas con probable TB. Si bien es cierto que el TB es frecuente en artistas y personas con una actividad creativa, esto no significa que cualquier persona vaya a desarrollar un talento artístico al tener este trastorno.

Tener varios episodios de hipomanía facilita la aparición de posteriores periodos de manía o de depresión. Dado que hay un continuo entre lo que es una conducta normal y un TB, como se muestra claramente cuando diferenciamos normalidad-hipomanía-manía, es importante saber exactamente qué es lo que tiene el individuo en cada momento, y no cometer errores a nivel diagnóstico por exceso o por defecto. Puede haber frecuentes errores diagnósticos en este trastorno, y son la manía y la hipomanía, y los ciclos manía/hipomanía-depresión, dos de los elementos básicos a dilucidar para un correcto diagnóstico del TB. Además, cuando el individuo consume al mismo tiempo distintas sustancias psicoactivas, o tiene problemas de abuso o dependencia de ellas, la probabilidad de llegar a diagnósticos incorrectos aumenta.

La prevalencia del TB se halla en torno al 1% para el tipo I, y del 1% para el tipo II, aunque para las otras categorías del TB el porcentaje puede ser aún algo mayor, del 2% al 4%.

En las últimas décadas existe la sensación clínica, confirmada por los estudios epidemiológicos, de que ha aumentado el número de personas con TB, y que afecta a ambos sexos por igual y en distintos momentos de la vida. Dentro de las personas que sufren este trastorno podemos considerar tres tipos de poblaciones con un interés especial: infancia y adolescencia, mujeres y personas mayores. En el caso de las mujeres hay un interés especial por las embarazadas.

El interés por la infancia y la adolescencia con TB viene dado por el incremento de este trastorno en la clínica, sobre todo en los últimos veinte años (Carlson y Glovinsky, 2009; Goldstein y Birmaher, 2012), aunque este dato no ha estado exento de importantes controversias (Robbins et al., 2011). El interés actual por este trastorno en las edades tempranas viene dado por el hecho de que las personas adultas con TB suelen afirmar, en un porcentaje de casos, que ya tenían síntomas de manía antes de los 13 años. También se indica que el excesivo uso de medicamentos para regular el estado de ánimo en niños y adolescentes podría estar relacionado con el TB (Zito et al., 2003). Igualmente, se relaciona con otros trastornos importantes en esas edades, como el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (Correll, 2007).

Un grupo de especial interés actual es el de las mujeres con TB embarazadas. El embarazo constituye un estado importante para analizar los efectos que el mismo tiene en el curso del TB, y viceversa. Distintos estudios indican que las mujeres mejoran de su TB durante el embarazo (Sharma y Pope, 2012). La medicación es un tema de controversia durante la gestación por los efectos teratogénicos para el feto, sobre todo en los tres primeros meses (Meador et al., 2009). Por lo tanto, deberían ser consideradas intervenciones psicosociales como una alternativa a la farmacoterapia, especialmente en el primer trimestre del embarazo.

En los últimos años se ha incrementado también el interés por el TB en personas mayores, debido al incremento del número de ellas en prácticamente todos los países desarrollados, y por la cronicidad del TB. De ahí que sea importante situar este trastorno como prioritario dentro de los problemas de

salud mental. Pese a ello, existe un importante vacío en la investigación sobre este trastorno en edades superiores a los 65 años (Reiser et al., 2011).

El TB es actualmente una de las seis causas de incapacidad a nivel mundial (Ferrari et al., 2011), y tiene unos costes económicos elevados. Así, Hakkaart-van Roijen et al. (2004) calcularon, para los pacientes bipolares holandeses, que el coste médico directo que tiene un paciente con un TB es de 848 dólares al año. Cuando este coste se multiplica por los miles de personas que padecen un TB, dada su alta prevalencia, el resultado final es enorme. Si a esta cantidad se añaden los costes debidos a la ausencia del trabajo, que calcularon en 3.432 dólares por persona y año, a los que hay que añadir los costes que tiene el cuidado por parte de la familia, junto a los que no se computan en términos económicos, como es el personal y familiar, se hace evidente la relevancia del tema. Debido a su cronicidad, claramente vemos que estamos ante un importante problema de salud, y de una enorme relevancia social.

Dada esta alta prevalencia en la población, que es mucho mayor en el contexto clínico, hospitales psiquiátricos, clínicas de salud mental y consultas privadas (Price y Marzani-Nissen, 2012), se sabe que el TB es uno de los trastornos con el que nos vamos a encontrar de modo frecuente en la clínica. Además, suele venir asociado con una alta comorbilidad, de ahí que en otras ocasiones se descubra el TB a través de la demanda por otro trastorno distinto. Por ello, se viene insistiendo en los últimos años en la necesidad de detectar a estas personas en las consultas de atención primaria, ya que, aunque la mayoría están diagnosticadas y en tratamiento, no lo están todas (Merikangas et al., 2007). En atención primaria se detecta en ocasiones a los pacientes con un TB porque tienen asociados un gran número de problemas físicos, sobre todo conforme aumentan en edad (Price y Marzani-Nissen, 2012).

1.1. Tipos de trastorno bipolar

El diagnóstico del TB no siempre es fácil, por la complejidad y evolución del

trastorno. Además, suele ser frecuente que las personas con TB no lleguen a tener este diagnóstico hasta varios años después de padecerlo. Esto muestra la complejidad del trastorno, y la dificultad en muchas ocasiones de realizar un diagnóstico adecuado. El reciente DSM-5 clarifica mejor que como se ha hecho hasta ahora los distintos tipos de TB.

Aunque solemos hablar de TB, la realidad nos indica que estamos ante un conjunto heterogéneo de TB, tal como indicaba ya el DSM-IV-TR (APA, 2004) y deja más claro el reciente DSM-5 (APA, 2013) y, de igual modo, se muestra en la gran variedad de ellos, como indica el CIE-10 (OMS, 1992).

El DSM-IV-TR, como el DSM-5, distingue primeramente tres grandes grupos de TB: tipo 1, tipo II y trastorno ciclotímico. El TB tipo 1 se caracteriza por la existencia de uno o más episodios maníacos, y es frecuente que previamente hayan tenido uno o más episodios depresivos. El TB tipo II se caracteriza por la existencia de episodios depresivos mayores a lo largo del tiempo, junto a episodios hipomaníacos. De ahí que para su diagnóstico tenga que haber presencia, o historia, de uno o más episodios de depresión mayor; presencia, o historia, de al menos un episodio hipomaníaco; y no haberse producido ningún episodio maníaco.

En ambos casos - TB tipo 1 y TB tipo II - los síntomas afectivos no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otros trastornos del espectro esquizofrénico no especificado o psicóticos. También, en ambos casos, los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo y deterioro a nivel laboral, social o en otras áreas importantes de la vida del individuo.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones, que comprende numerosos periodos de síntomas hipomaníacos y numerosos periodos de síntomas depresivos. Son síntomas y no trastorno, tanto depresivos como hipomaníacos, y de ahí que para poder hacerse este diagnóstico deben no haber tenido en los dos años anteriores ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto.

El DSM-IV-TR consideraba el TB no especificado, que incluía los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno específico, como alternancia muy rápida (en días) entre síntomas maníacos y síntomas depresivos que no cumplen el criterio de duración mínima para un episodio maníaco, o un episodio depresivo mayor; episodios hipomaníacos recidivantes sin síntomas depresivos intercurrentes; episodio maníaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante, una esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado, y situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un TB, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por una sustancia.

El DSM-5 amplía los diagnósticos de TB a partir de la investigación científica sobre el TB que se ha venido realizando en las últimas décadas. Así, se considera, aparte de los anteriores tipos de TB comentados el TB inducido por sustancias/medicación y otros relacionados, el TB y trastornos relacionados debidos a otra condición médica, otro TB especificado y relacionado, y otro TB inespecificado y relacionado. Como se aprecia por estos tipos de TB, lo que hace el DSM-5 es concretar en criterios diagnósticos lo que la investigación ha encontrado sobre algunas causas que producen el TB, como el abuso de ciertas sustancias psicoactivas (p. ej., estimulantes como la cocaína), la toma de ciertos medicamentos (p. ej., antidepresivos) o el padecimiento de ciertas enfermedades médicas (p. ej., la enfermedad de Cushing), sin dejar de considerar aquellos casos en los que el clínico considera que debe hacerse el diagnóstico de TB, pero no cumple todos los criterios para los principales tipos de TB.

Dichos cuadros se verán más ampliamente en el siguiente capítulo.

Cuadro 1.1. Principales características de las personas con trastorno bipolar

-
- Tienen episodios depresivos que pasan en otro momento a episodios hipomaniacos o maniacos, y también a periodos eutímicos (remisión de los síntomas).
 - Son evidentes para las personas de su entorno los cambios que tienen en su estado de ánimo, de la euforia a la tristeza, en muy poco tiempo.
 - Se encuentran muy bien en la fase eufórica y muy mal en la fase depresiva.
 - Hacen excesos en su fase maniaca o hipomaniaca, y caen en una profunda depresión en las fases depresivas.
 - El trastorno interfiere de modo importante en su vida cotidiana, en su trabajo, en su vida en pareja, en su vida social, etc.
 - A una parte de las personas que tienen un TB les cuesta ser conscientes de su trastorno, y tomar medidas de autocuidado.
 - El inicio puede ocurrir en la adolescencia o en la edad media de la vida, sobre los 40 años.
 - Es un trastorno incapacitante y crónico, que pasa por distintos episodios a lo largo de la vida del individuo.
 - Registra un alto índice de intentos de suicidio y de suicidio.
-

Otro aspecto importante del TB es que, conforme pasa el tiempo, puede haber una evolución diagnóstica, pasando de un tipo de TB a otro. Así, es más frecuente de lo que parece que se pueda pasar, conforme transcurre el tiempo, de un trastorno depresivo mayor a un TB tipo 1, o de un trastorno ciclotímico a un TB tipo 1 o tipo II. De los anteriores, el más importante es el TB tipo 1, así como el que más ingresos hospitalarios causa, seguido del TB tipo II y del trastorno ciclotímico.

Los pacientes pueden experimentar delirios y alucinaciones durante los episodios de manía o depresión. También existe un alto riesgo de suicidio en estos pacientes. Igualmente, en algunos casos, puede surgir conducta violenta. Es frecuente que tengan asociado un abuso de sustancias psicoactivas, trastornos de la personalidad (sobre todo el límite y el antisocial), trastornos de ansiedad, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, otras enfermedades médicas asociadas (p. ej., función anormal de la tiroides), interacciones adversas con distintos medicamentos, etc.

En relación al TB en la infancia y en la adolescencia, la guía NICE (2006)

ha propuesto que para este grupo de edad se maticen los criterios diagnósticos, especialmente para el TB tipo 1. Sugiere que para el diagnóstico de los niños prepúberes se requiera que la euforia esté presente, y no considerar la irritabilidad como criterio diagnóstico principal. En adolescentes, la irritabilidad puede ser de ayuda para el diagnóstico si es episódico y severo y resulta en un funcionamiento perjudicial. Pero, igualmente, no debe ser considerado como un criterio central para el diagnóstico.

El trastorno bipolar tipo III y tipo IV

Ghaemi et al. (2002) proponían, estando vigente el DSM-IV-TR, otros dos tipos de trastorno bipolar: TB tipo III y TB tipo W. El primero sería aquel en el que la hipomanía es producida por los antidepresivos; el segundo sería el TB de ciclado ultrarrápido.

El actual DSM-5 ha incluido el TB tipo III de Ghaemi et al. (2002) como el TB inducido por sustancias/medicación y otros relacionados. El TB tipo IV no aparece incluido como tal en el DSM-5, pero sí en los criterios diagnósticos del TB tipo 1 y TB tipo II, dado que se ha incrementado la relevancia que tiene el ciclado rápido o ultrarrápido.

1.2. Prevalencia

La prevalencia del TB en los estudios poblacionales suele estar en torno al 1% para el TB tipo 1, y de otro 1% para el TB tipo II (Ferrari et al., 2011). Algún estudio indica que el espectro bipolar puede llegar a afectar al 6% de la población (Angst et al., 2003; Judd y Akiskal, 2003).

Actualmente, se dispone de un buen número de estudios realizados para conocer la prevalencia del TB en distintos lugares del mundo, así como distintas revisiones sistemáticas sobre los mismos. A continuación nos centraremos en los más importantes.

La revisión de Ferrari et al. (2011) sobre la prevalencia del TB en distintas

regiones del mundo es de gran valor. Además, se ha centrado en la calidad metodológica de los estudios, y en la prevalencia por continentes o grandes regiones del mundo. Usaron los estudios realizados entre 1980 y 2010, considerando solo la prevalencia para los últimos 6-12 meses, no la de vida. Adujeron que lo hacían porque cuando se evalúa la prevalencia de vida hay sesgos de recuerdo, lo que puede incidir en los resultados que se obtienen. Igualmente, solo utilizaron estudios poblacionales con muestras representativas. De este modo, excluyeron los utilizados con muestras clínicas, que sobreestiman el trastorno. Finalmente, solo consideraron los estudios en los que el diagnóstico se hacía con criterios DSM o CIE. Incluyeron en sus diagnósticos el TB tipo 1, el TB tipo II, la ciclotimia y el TB no especificado en otros apartados. No incluyeron los diagnósticos subumbral o de espectro amplio.

De los 29 estudios que incluyeron en su revisión, de 20 países, encontraron una prevalencia promedio del 0,74% para el último mes, y del 0,84% para los últimos 6-12 meses (en este último caso, del 0,62% de varones y del 0,97% de mujeres). Aparecen diferencias por distintas regiones del mundo. Aunque la mayoría son semejantes, en Australasia la prevalencia es mayor, aunque hay una importante diferencia entre estudios de un mismo país. Para Europa occidental los resultados son del 0,51% para varones y 0,78% para mujeres, en relación con los últimos 6-12 meses. Para Norteamérica la prevalencia es del 0,87% de varones y 0,87% de mujeres. Destaca también que el TB tiene una mayor prevalencia en los países desarrollados (0,75% varones, 1,13% mujeres), que en los emergentes (0,3% varones, 0,3% mujeres). El resultado también destaca que, dependiendo del sistema de evaluación utilizado (MINI, CIDI, SCID), las estimaciones de prevalencia del TB varían.

Los anteriores resultados llevan a Ferrari et al. (2011) a concluir que la estimación correcta para el TB estaría en un 1-2%, considerando más dudosas las estimaciones que se han hecho en torno al 5%, dato que consideran sobreestimado.

Aparte de la revisión anterior, distintas revisiones previas (Angst, 1998;

Fajutrao et al., 2009), para los países europeos, indican prevalencias para los trastornos del espectro bipolar del 2,8% al 6,5%. Otros estudios realizados en los últimos años en Europa (Regeer et al., 2004; Szádóczy et al., 1998) obtienen resultados semejantes.

De los estudios realizados a nivel epidemiológico sobre el TB destaca el de Merikangas et al. (2007). Fue realizado utilizando una muestra representativa de la población adulta de Estados Unidos, de 9.282 personas, la conocida como National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). El TB lo evaluaron con la entrevista CIDI de la OMS, que permite llegar a diagnósticos basados en el DSM-IV, junto a otros cuestionarios para evaluar la severidad de los síntomas. Un valor añadido del estudio fue que también evaluaron la comorbilidad de otros trastornos clínicos relacionados con el TB.

En su estudio, Merikangas et al. (2007) encontraron una prevalencia del TB tipo I para la vida del 1% (0,8% de varones y 1,1% de mujeres), del TB tipo II del 1,1% (0,9% de varones y 1,3% de mujeres) y del TB subumbral del 2,4% (2,6% de varones y 2,1% de mujeres). Para el último año la prevalencia era del 0,6% para el TB tipo I, del 0,8% para el TB tipo II y del 1,4% para el TB subumbral. La edad de comienzo para los distintos tipos de TB osciló entre los 18 y los 22 años.

Cuadro 1.2. Prevalencia (vida y último año) del trastorno bipolar en el estudio NCS-R de Estados Unidos

	<i>Cualquier TB</i>	<i>TB tipo I</i>	<i>TB tipo II</i>	<i>TB subumbral</i>
Prevalencia de TB (%)				
• Vida	4,4	1,0	1,1	2,4
• Últimos 12 meses	2,8	0,6	0,8	1,4
Edad de comienzo, media (DT)	20,8 (11,8)	18,2 (11,6)	20,3 (9,7)	22,2 (12,6)

DT: Desviación típica.

Fuente: adaptado de Merikangas et al. (2007).

Otro importante estudio norteamericano es el basado en la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). En Hoertel et al. (2012), sobre una muestra norteamericana representativa de 43.093 personas, analizaron la comorbilidad del TB con otros trastornos. Los resultados de prevalencia van en la línea del estudio anterior, pero con algunos cambios. Así, para el último año, el TB tipo 1 tendría una prevalencia del 0,87% (2,19% para vida), y la del TB tipo II del 0,32% (1,12% para vida). Para el trastorno depresivo mayor, con hipomanía subumbral, la prevalencia sería del 1,84% para el último año (2,53% para vida).

Cuadro 1.3. Prevalencia del trastorno bipolar en el estudio NESARC de Estados Unidos

<i>Trastorno</i>	<i>Vida</i>	<i>Último año</i>
Trastorno depresivo mayor puro	10,70%	4,04%
Episodio depresivo mayor más hipomanía subumbral	2,53%	1,84%
Trastorno bipolar I	1,12%	0,32%
Trastorno bipolar II	2,19%	0,87%

Fuente: adaptado de Hoertel et al. (2012).

Como ya se ha indicado anteriormente, en los últimos años ha crecido el interés por estudiar el TB en niños y adolescentes, por el incremento de este trastorno en la clínica. A nivel epidemiológico destaca el estudio realizado en Estados Unidos con el título de National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A), sobre una muestra representativa de adolescentes de este país (Kessler et al., 2009). Según este estudio, un 1% de los adolescentes estadounidenses tenían un TB tipo 1, tasa que subía al 6% utilizando los síntomas subsindrómicos del TB. Otros estudios obtienen resultados semejantes, y la mayoría de ellos presentan prevalencias entre el 1,7% y el 1,9% (Goldstein y Birmaher, 2012).

Lo que indican estos estudios es que hay diferencias entre niños y adultos, sobre todo en la presentación de la manía y de la hipomanía, junto a la dificultad de diferenciar la conducta normal del niño o el adolescente de los síntomas psiquiátricos. También hay que diferenciar claramente los síntomas en aquellos niños que son además hiperactivos, o si los síntomas pueden ser fruto del estrés o de un trastorno por consumo de sustancias. Uno de estos síntomas característicos es el insomnio, o la reducción de horas de sueño. Al ser esta etapa, la adolescencia, de grandes cambios, la diferenciación de síntomas de normalidad-anormalidad es un tema central, pero a veces resulta difícil de solventar. Por este motivo, la guía inglesa NICE sobre el TB tipo 1 propone que se hagan modificaciones para el diagnóstico del TB en niños y adolescentes (NICE, 2006).

1.3. Edad de inicio

Parece que la edad de comienzo del TB ha descendido a lo largo de las últimas cuatro décadas, al menos en Estados Unidos, lo que está asociado con una mayor incidencia a lo largo de la vida y mayores tasas de repetición. Nótese que las tasas de depresión son mayores en los países industrializados, así como en las zonas urbanas que en las zonas rurales (Frank y Thase, 1999).

Distintos estudios han indicado que hay tres picos para el surgimiento del TB: a los 17 años, a los 26 años y alrededor de los 50 años (Leboyer et al., 2005). En el estudio de Tozzi et al. (2011), sobre una muestra de 964 pacientes bipolares de tres países (Italia, Reino Unido y Canadá), encontraron tres picos para la edad de inicio: 16,1 años, 25,4 años y 32,2 años. Por lo tanto, las edades coinciden con la adolescencia, la adultez temprana y la adultez.

Por su parte, Perlis et al. (2004) han realizado un amplio estudio sobre la edad de inicio, también con 1.000 pacientes norteamericanos con TB, con el resultado de 17,37 años (DT = 8,67). De ellos, un 27,7% tuvieron su primer episodio antes de los 13 años; un 37,6%, entre los 13 y los 18 años, y el 34,7%, después de los 18 años. Los que sufrieron el primer episodio más

tempranamente tenían un curso del trastorno más severo, más comorbilidad en el eje 1, mayor cronicidad (más episodios de estado de ánimo, mayor número de días deprimidos y mayor riesgo de intentos de suicidio a lo largo de la vida), así como una peor calidad de vida.

Los pacientes que viven en Norteamérica tienen una edad de inicio algo menor que los que viven en Europa (Post y Leverich, 2006). Lo que se ha atribuido a la mayor o menor cantidad de luz solar en la primavera en una y otra región (Bauer et al., 2012), porque la luz es la que regula los ritmos circadianos, y se ha visto que a mayor radiación solar menor edad de inicio de TB tipo 1. También se ha constatado, en todos los países, que en los meses en tomo al verano y finales de la primavera es cuando se producen más inicios del TB, en comparación con el resto de los meses del año.

El TB puede comenzar también en personas mayores, aunque no es frecuente, y se conocen menos las causas de su surgimiento en esta edad (Carlino et al., 2013), aunque puede estar relacionado con la toma de distinto tipo de medicación o con padecer distintas enfermedades físicas u otros trastornos psicopatológicos.

1.4. Comorbilidad del trastorno bipolar con otros trastornos mentales y del comportamiento

Se sabe que existe una alta comorbilidad entre el TB y otros trastornos psicopatológicos.

En el estudio de Merikangas et al. (2007), realizado sobre una muestra representativa de la población adulta de Estados Unidos, encontraron una muy alta prevalencia de otros trastornos en personas con TB. Como puede verse en el cuadro 1.4, casi un 90% de las personas con TB tipo 1 y tipo II tienen asociado un trastorno de ansiedad. Entre ellos destacan comorbilidades tan altas como del 50-55% para la fobia social, y sobre el 30% en las demás. De modo semejante, un 70% de los afectados por el TB tipo 1 acusa, como asociado, un trastorno de control de impulsos; un 38%, dependencia del alcohol, y un 30%, dependencia de las drogas. Estos porcentajes se reducen

en el TB tipo II al 19% para la dependencia del alcohol, y al 9% para la dependencia de las drogas, valores semejantes a los del TB subumbral.

Cuadro 1.4. Comorbilidad entre distintos tipos de trastorno bipolar y otros trastornos psicopatológicos

	<i>TB tipo I</i>		<i>TB tipo II</i>		<i>TB subumbral</i>	
	%	<i>OR</i>	%	<i>OR</i>	%	<i>OR</i>
Cualquier trastorno de ansiedad	86,7	14,1	89,2	17,6	63,1	3,8
• Trastorno de pánico	29,1	9,4	27,2	8,1	13,1	3,6
• Trastorno de estrés postraumático	30,9	6,6	34,3	7,3	16,5	3,0
• Trastorno de ansiedad generalizada	38,7	9,4	37,0	7,7	22,3	4,3
• Fobia social	51,6	7,9	54,6	9,0	24,1	2,4
• Trastorno obsesivo-compulsivo	25,2	21,4	20,8	16,7	4,3	3,0
Cualquier trastorno de control de impulsos	71,2	8,3	70,4	8,1	56,1	4,2
Cualquier trastorno de abuso de sustancias	0,3	8,8	40,4	3,9	35,5	3,2
• Dependencia del alcohol	38,0	11,6	19,0	4,4	18,9	4,5
• Dependencia de drogas	30,4	13,7	8,7	3,1	9,5	3,4

OR: Odds ratio.

Fuente: adaptado de Merikangas et al. (2007).

Esta alta comorbilidad entre TB y otros trastornos debe tenerse muy presente en el tratamiento.

Otro trastorno frecuentemente asociado al TB es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Distintos estudios nos indican que la comorbilidad entre ambos trastornos es alta, algo especialmente importante en niños y adolescentes (Kowatch et al., 2005), como tendremos ocasión de ver más adelante.

De todas las personas con TB en su vida, el 80,1% recibieron tratamiento farmacológico, lo que descendía al 50,7% para el último año. Otro interesante resultado del estudio en cuestión fue que el 45% recibían tratamiento

psiquiátrico farmacológico adecuado, y otro 9% tratamiento médico, por parte de su médico general, que era adecuado para el trastorno. El resto no lo recibía, para el periodo de los últimos 12 meses. Esto significa, tal como apuntan Merikangas et al. (2007), que alrededor de la mitad de las personas con TB recibían un tratamiento farmacológico inadecuado.

Un grupo de trastornos menos frecuentes que los anteriores son los de alimentación. En el estudio de McElroy et al. (2011), realizado con una amplia muestra de pacientes bipolares, encontraron que el 14,3% padecía un trastorno de la alimentación. El más frecuente era el trastorno de atracón (8,8%), seguido de la bulimia nerviosa (4,8%) y de la anorexia nerviosa (3,1%). En todos los casos, los trastornos de la alimentación eran más frecuentes en las mujeres que en los varones (p. ej., 12,4% de mujeres y 4,3% de varones para el trastorno de atracón).

Lo mismo que ocurre en adultos, en los estudios realizados en niños y adolescentes con TB se encontró una importante comorbilidad, lo que dificulta llegar a un diagnóstico adecuado, o hace imposible descubrir si el niño o adolescente tiene un TB. De ahí que sea un tema a veces controvertido. Así, en el metaanálisis de Kowatch et al. (2005), con niños y adolescentes con TB, un 62% tenía trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), un 53% trastorno negativista desafiante, un 27% trastorno de ansiedad, un 19% trastorno de conducta y un 12% trastorno por consumo de sustancias. La comorbilidad incide negativamente en el curso y en el resultado del tratamiento del TB.

Dado que se llega a afirmar que hasta el 50% de los niños y adolescentes con TB no reciben tratamiento (Goldstein y Birmaher, 2012), es necesario afinar tanto en el diagnóstico del TB en este grupo de edad como en diferenciarlo bien de los otros trastornos comórbidos.

1.5. Los ciclos de depresión y manía

Respecto a la duración de los episodios, o longitud del ciclo, Goodwin y Jamison (1990) indican que, después del primer episodio, hay un ciclo de 40-

60 meses sin episodios que luego va descendiendo en tiempo en los siguientes episodios, como 10-30 meses después del tercer ciclo, hasta que los ciclos se estabilizan en 5 o 10 meses. Por ello, las personas con TB tipo 1 experimentan un promedio de 14,7 episodios maníacos y 15,9 episodios depresivos, para unas 30 recaídas a lo largo de su vida (Schaffer et al., 2006). Esto implica que a lo largo de su vida van a tener múltiples episodios, en algunas ocasiones llevándolos a situaciones incapacitantes. De ahí la relevancia de conocer la historia de los episodios previos, porque es un importante predictor de la recaída (Tohen et al., 1990).

El TB tiene una alta recurrencia, de modo que alrededor del 60% de los pacientes experimenta recurrencia de manía o depresión dentro de los dos años siguientes, con un porcentaje de recurrencia que llega al 75% a los cinco años. Además, los pacientes bipolares experimentan síntomas significativos durante, aproximadamente, la mitad de las semanas de su vida, algo que los puede llevar a tener múltiples problemas en los estudios o la vida laboral, las relaciones interpersonales y sociales, etc. (Judd et al., 2002). Una de las peores consecuencias es el suicidio: el 15% muere por esta causa, y el 50% de ellos intenta suicidarse una o más veces (Miklowitz y Johnson, 2006).

La recurrencia de los episodios del estado de ánimo en el TB se ha asociado, entre otros factores, a eventos vitales, historia de episodios previos, síntomas depresivos, síntomas psicóticos, abuso de sustancias o historia previa de alcoholismo, relaciones familiares conflictivas y síntomas subsindrómicos (Lam et al., 1999). Antes de que aparezca la manía o la depresión se pasa por una fase prodrómica. Un pródromo es cualquier señal o síntoma cognitivo, conductual o afectivo que puede hacer que los pacientes piensen que pueden llegar a estar o pasar a una fase de manía o de depresión. El periodo prodrómico es el intervalo de tiempo que va desde que los primeros síntomas son reconocidos, hasta el momento en que los síntomas alcanzan su máxima severidad.

Los pacientes bipolares pueden detectar los pródromos, especialmente los pródromos maníacos, que son detectados por ellos mejor que los pródromos depresivos. Los pródromos de manía más frecuentemente indica dos son

tener menos sueño, más conductas dirigidas a una meta, irritabilidad, incremento de la sociabilidad, fuga de ideas e incremento del optimismo. Los pródromos más frecuentes de depresión son pérdida de interés en actividades o en la gente, no ser capaz de dejar de estar preocupado o de dejar la ansiedad aparte, sueño interrumpido, sentirse triste o tener ganas de llorar.

Cuadro 1.5. Síntomas de los episodios maníaco y depresivo

Los episodios anímicos son intensos.

Las emociones son fuertes y ocurren junto con cambios extremos en los niveles de comportamiento y energía.

Los que sufren un episodio maníaco pueden:

- Sentirse muy alegres y animados.
- Sentirse muy nerviosos o alterados y ansiosos.
- Hablar muy rápido, de muchas cosas distintas.
- Estar inquietos, irritados o sensibles.
- Tener problemas para relajarse o dormir.
- Creerse capaces de hacer muchas cosas a la vez y estar más activos de lo común.
- Hacer cosas arriesgadas, como gastar mucho dinero o tener sexo sin protección o excesivo.

Los que sufren un episodio depresivo pueden:

- Sentirse muy deprimidos o tristes.
- Sentirse preocupados y vacíos.
- Tener problemas para concentrarse.
- Olvidarse mucho las cosas.
- Perder el interés en actividades divertidas y volverse menos activos.
- Sentirse cansados o sin energía.
- Tener dificultad para dormir.
- Pensar en la muerte o en el suicidio.

Fuente: U. S. Department of Health and Human Services (2009).

1.6. Estrés y trastorno bipolar

Los estresores ambientales tienen un papel importante tanto en el inicio del TB como en precipitar los episodios depresivos y maníacos, en el consumo de sustancias psicoactivas, en la recaída y en el agravamiento de los síntomas en los pacientes bipolares (Post y Miklowitz, 2010). Esta realidad no solo es importante conocerla, para realizar un seguimiento del curso del trastorno, sino que se halla en la base del tratamiento psicológico y en la necesidad del mismo. La farmacoterapia es importante en el TB, pero poco o nada puede hacer sobre los estresores ambientales. Cuando están presentes es necesario solucionarlos también, o buscar estrategias para hacerles frente.

Son varios los estresores que se han encontrado relacionados con el TB, tales como el abuso físico o sexual en la infancia, modulado en muchos casos por el concurrente consumo de sustancias psicoactivas, lo que agrava y complica el trastorno, su curso y su tratamiento (Leverich y Post, 2006). Otros estresores indicados son la ruptura sentimental o de pareja, pérdida del trabajo, ruina económica, etc. Se sabe también que los eventos vitales estresantes, si van unidos al consumo de drogas, incrementan la sensibilización al estrés.

Otro problema para el desarrollo posterior del individuo es cuando padece un estado de estrés crónico, que lleva a alterar distintas regiones del cerebro y su funcionamiento. Por ello, el estrés tiene una gran relevancia para explicar el inicio de los episodios de depresión y/o manía.

Sabemos que las personas que han padecido eventos estresantes en su infancia o adolescencia (sobre todo eventos traumáticos, como abuso infantil, sufrimientos en guerras o desastres naturales) registran un mayor consumo de drogas y de alcohol (Cleck y Blendy, 2008; Sinha, 2008). Ese consumo serviría a esas personas para hacer frente a su dolor emocional, para olvidar, para dormir o para aliviar su culpa, vergüenza, ansiedad y terror (CCSA, 2009), lo que los lleva a sumirse en un círculo vicioso. Además, sabemos que el estrés produce varios cambios en la química cerebral, cambios que se relacionan con la búsqueda de drogas y con la recaída (Koob, 2008). De ahí

la relevancia de que esas personas tengan adecuadas estrategias de afrontamiento para hacer frente a estas situaciones, ya que el estrés lleva al consumo de alcohol y sin esas habilidades seguirá bebiendo (Monti et al., 2002). A su vez, el consumo de alcohol incidiría tanto en la gravedad del TB como en la complejidad de su tratamiento.

Comienzo del trastorno bipolar, cohortes y sus causas

Sobre el comienzo del TB en la infancia, Post y Miklowitz (2010) indican que el TB aparece cada vez a edades más tempranas, refiriéndose al efecto de las cohortes de edad, sobre todo las de las últimas décadas:

Muchos investigadores tienen su opción favorita para explicar el efecto de las cohortes de edad [sobre el comienzo más temprano del trastorno bipolar], que van desde el incremento de la tasa de divorcios y ruptura de la familia nuclear; incremento de la prevalencia del abuso del alcohol y drogas en la población; y las proporciones casi epidémicas del abuso físico y sexual en la infancia que ha sido documentado por las autoridades de salud pública, y la incidencia no informada, que se estima en Estados Unidos y Canadá en un 20% de la población general. Otros piensan en la televisión, los videojuegos, los estresores, la polución, la expansión de la población y otras posibilidades (pág. 381).

La mayoría de las terapias psicológicas para el TB se orientan de modo importante a un adecuado manejo de las experiencias vitales estresantes; mejorar la comunicación en el trabajo, con otras personas y en la pareja y familia; entrenarlo en solucionar sus problemas: enseñarle técnicas de regulación emocional; saber reconocer y revisar las distorsiones cognitivas; saber manejar adecuadamente el ciclo sueño-vigilia y no romper los ritmos circadianos; detectar y reconocer el inicio de la sintomatología para evitar la recaída; y mejorar la comunicación con su médico sobre qué hacer cuando ocurre un episodio de recaída (Post y Leverich, 2008). Por ello, es posible prevenir la aparición de las recaídas del TB. La vulnerabilidad no es

suficiente para muchas personas. Tienen que estar presentes también factores ambientales que lo precipiten. De ahí la relevancia de reducir los factores de riesgo y los factores estresantes relacionados con el inicio del TB.

1.7. El riesgo de suicidio

Uno de los problemas más preocupantes en las personas con TB es la ideación suicida, el intento de suicidio y acabar suicidándose. El TB registra la mayor tasa de suicidios de todos los trastornos psiquiátricos (Proudfoot et al., 2011). De ahí la relevancia de tener en cuenta este aspecto.

Goodwin y Jamison (1990), a lo largo de 30 estudios, hallaron una tasa de suicidios entre el 9% y el 60%, con un promedio del 19%. El rango de intentos de suicidio oscilaba del 20% al 56%, siendo más alto en mujeres que en varones. Esto convierte al TB en el trastorno con mayor riesgo de suicidio de todos los trastornos mentales (Rivas-Vázquez et al., 2002). Como ejemplo, en el estudio de Kupfer et al. (2002), sobre una muestra de 2.839 pacientes bipolares, la mitad de ellos habían intentado suicidarse al menos una vez. El 54% de ellos afirmaban también que tenían algún miembro en su familia con TB.

En el caso de los niños y los adolescentes que tienen un TB, uno de los mayores problemas que hay que tener en cuenta es el riesgo de suicidio. Tres de cada cuatro tienen ideación suicida (Axelson et al., 2006), y de un 20% a un 50% realizan intentos de suicidio (Goldstein et al., 2005). Es una tasa mayor que en los pacientes bipolares adultos. Se ha encontrado que algunos de los predictores de los intentos de suicidio en pacientes jóvenes con TB son los episodios mixtos, las psicosis, la hospitalización psiquiátrica, el trastorno de pánico comórbido, el trastorno de consumo de sustancias comórbido, el pobre funcionamiento familiar, la historia familiar de intentos de suicidio, la historia de abuso físico y sexual, la ideación suicida y la autolesión (Goldstein et al., 2005).

1.8. Los problemas físicos de los pacientes bipolares

Otra importante complicación para los pacientes bipolares son los problemas físicos, de modo especial la diabetes tipo II, la obesidad y los trastornos cardiovasculares (Price y Marzani-Nissen, 2012). También los que pueden derivar de los intentos de suicidio (traumatismos, intoxicaciones, lesiones, etc.).

En el estudio de Friedorowicz et al. (1998) sobre esta cuestión, se indica que la mayoría de estas consecuencias se deben a los efectos secundarios que produce la medicación para el TB. De modo concreto, el estudio encontró que en la muestra de pacientes con TB un 27% tenía sobrepeso, a lo que había que añadir otro 48% con obesidad. Un 48% registraba altos triglicéridos (>150 mg/dL) y un 27% HDL (lipoproteínas de alta intensidad) elevadas (<40 mg/dL en varones, <50 mg/dL en mujeres). El motivo de padecer estas enfermedades en mayor grado que la población general se debe, en el caso de la diabetes, a que la medicación para el tratamiento del TB incrementa la susceptibilidad al síndrome metabólico. Sin embargo, existe un gran riesgo de trastornos cardiovasculares en pacientes con TB, sigan o no tratamiento farmacológico.

1.9. Etiología del trastorno bipolar: ¿herencia o ambiente?

Se conocen varios factores relacionados con tener más riesgo de llegar a padecer un TB. Hay causas biológicas, genéticas y ambientales.

El TB tiene una importante carga genética, aunque también influyen distintos factores ambientales en su surgimiento, o favorecen a la predisposición genética para la aparición del trastorno. Las teorías actuales indican que hay múltiples genes interactuando con factores ambientales para producir el TB. No existe un gen o un factor ambiental particular que produzca el TB por sí solo (Mick y Faraone, 2009; Van Meter, 2012).

El riesgo de tener un TB en un familiar de primer grado es del 9%. En gemelos monoigóticos del 40-45% (Barnett y Smoller, 2009). Otros estudios de gemelos indican que la heredabilidad del TB es del 0,7-0,8, mientras que para el trastorno depresivo mayor es del 0,3 (Goodwin y Jamison, 2007). Los

estudios genéticos han asociado varios genes con esta heredabilidad, como los BDNF, DAOA, DISC1, TPH2, SLC6A4 (Barnett y Smoller, 2009). Aún así, los expertos en estudios genéticos indican que "la concordancia en gemelos monozigóticos no es del 100%; los genes no pueden ser causas `suficientes' para el TB, aunque ellos pueden ser `necesarios'. La etiología del TB es compleja, y probablemente implica múltiples influencias genéticas y ambientales, que pueden variar ampliamente entre los individuos afectados" (Barnett y Smoller, 2009, pág. 333). Los estudios genéticos también indican que puede ser de particular importancia la exposición al consumo de drogas ilegales, tanto por los riesgos ambientales como por las interacciones genes-ambiente, para el surgimiento de distintos trastornos psiquiátricos, como puede ser el TB.

Se ha indicado que varios genes se relacionan de modo común con el trastorno depresivo mayor, con la esquizofrenia y con el TB (Proudfoot et al., 2011).

Varios factores ambientales se han estudiado en relación con el TB, entre los que se encuentran los eventos vitales estresantes, destacando el suicidio de un miembro de la familia, los problemas en el ciclo sueñovigilia o tener miembros de la familia o cuidadores con una alta expresión de emociones (Proudfoot et al., 2011).

Se han encontrado varios factores que se relacionan con la aparición de la manía o hipomanía que precipitan el TB. Estos son (Proudfoot et al., 2011) los eventos vitales estresantes severos; la falta de sueño; la disregulación del sistema de activación conductual (que se relaciona con el sistema que regula las conductas dirigidas hacia una meta); la alta expresión de emociones en precipitar la depresión bipolar; tomar medicación antidepresiva que lleva a un ciclado más rápido (Schneck et al., 2008), aunque ello parece que depende del tipo de antidepresivo utilizado; ritmos circadianos interrumpidos; la estacionalidad (se producen más episodios maníacos en la primavera o en el paso de la primavera al verano); la psicosis posparto (ocurre en 1 de cada 1.000 nacimientos), frecuentemente en mujeres con TB tipo 1; el uso de la hierba de San Juan para tratarse la depresión en personas que tienen una

historia de TB; el spray nasal de esteroides en pacientes con TB, y tomar bebidas energéticas. A lo anterior hay que añadir consumir cannabis o drogas ilegales (De Hert et al., 2011), ya que sabemos que el consumo de cannabis acelera la edad de inicio del TB, al tiempo que el consumo de alcohol la retrasa (Langerberg et al., 2011). Además, hay que tener en cuenta que varios medicamentos pueden producir manía, como los esteroides, la pseudoefedrina, los agonistas de la dopamina, el interferón y los broncodilatadores (Browden y Singh, 2005).

Antidepresivos y trastorno bipolar

La investigación muestra que los antidepresivos pueden inducir o empeorar los episodios maníacos o hipomaníacos. La repentina interrupción de los antidepresivos puede llevar a la interrupción de los síndromes, o a un empeoramiento de los síntomas (VA/DOD, 2012, pág. 5).

1.10. El trastorno bipolar en niños y adolescentes

El diagnóstico de TB también se da en niños y en adolescentes con los mismos criterios diagnósticos que en adultos. Sin embargo, los clínicos diagnostican más frecuentemente el TB en adultos porque es más fácil hacerlo que en niños y adolescentes.

Pero realmente sí existen algunas diferencias en la presentación del TB en niños y adolescentes respecto a los adultos. Por ejemplo, para la identificación de la manía se requiere que los síntomas sean euforia, alegría e irritabilidad, y para la hipomanía los de incremento de la grandiosidad, rapidez en el habla e incremento de actividades de riesgo. Sin embargo, todas las conductas anteriores pueden ser normales en la infancia y en la adolescencia, lo que hace difícil diferenciar en ocasiones si estamos ante una conducta normal, o ante síntomas del TB cuando ocurren en niños y adolescentes.

Con el DSM-5 los criterios diagnósticos para el TB son iguales tanto para

los niños y adolescentes como para los adultos, pero no para el trastorno ciclotímico, en el que los episodios tienen que ser de dos años en adultos, y solo de un año en niños y adolescentes. Esto muestra que hay algunas diferencias que hay que considerar tanto para el diagnóstico de este grupo de personas jóvenes como en otros aspectos que veremos.

Una característica significativa en niños y adolescentes es la hipersexualidad. Es un síntoma frecuente en la manía, la hipomanía y los episodios mixtos en niños y adolescentes diagnosticados de TB (RamírezBasco y Rush, 2005), y se ha definido como una conducta caracterizada por un incremento de la sexualidad, el interés o la preocupación en relación con su desarrollo evolutivo normal. Puede ser precoz, socialmente inadecuada o asociada con la falta de control de impulsos. También puede estar caracterizada por la coerción o la agresión. En un estudio con niños y adolescentes con TB (Geller et al., 2000) encontraron que el 30% de los prepúberes y el 60% de jóvenes adolescentes diagnosticados de TB mostraban hipersexualidad.

La prevalencia y consecuencias de la hipersexualidad hace necesario que los cuidadores preparen a los jóvenes con TB para manejar sus urgencias sexuales, ya que, por ejemplo, en las chicas aumenta el riesgo de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual que más tarde pueden incrementar el riesgo de cáncer cervical.

1.11. El trastorno bipolar en la mujer

Un grupo de gran interés es, actualmente, el de las mujeres con TB, por varios motivos. Uno de ellos es que el curso del trastorno es diferente al de los varones, sobre todo porque registra más episodios depresivos. En segundo lugar, porque las mujeres tienen mayor riesgo de ser cicladoras rápidas que los varones. Y, en tercer lugar, porque cuando quedan embarazadas la medicación puede afectar al curso del embarazo y al feto. Además, las mujeres adolescentes con TB tienen mayor riesgo de embarazos no deseados, debido a la hipersexualidad en la fase maníaca.

Ya que las mujeres suelen desarrollar el TB al final de la adolescencia, o al inicio de la edad adulta, hay un alto riesgo de episodios de estado de ánimo a lo largo de su edad fértil. Varios estudios sugieren que el embarazo podría mejorar el curso del trastorno, ya que actuaría como factor de protección. Sin embargo, la investigación de la asociación entre embarazo, curso y resultado del TB ha producido resultados contradictorios, dado que es poco probable que el embarazo sea un protector para todas las mujeres con TB y, en realidad, este efecto puede haber sido sobreestimado en el pasado. Además, no todos los embarazos son planificados, y se encuentran diversos resultados negativos para los niños de madres con TB (como bajo peso al nacer, nacimientos pretérmino y bebés pequeños para la edad de gestación).

Las mujeres bipolares en el periodo premenstrual tienen mayores tasas de hospitalizaciones, precisan más tratamientos de urgencia y registran más intentos de suicidio (Cirillo et al., 2012). Después del parto tienen un alto riesgo de padecer episodios del estado de ánimo, debido a que cuando una mujer bipolar vuelve a recuperar la ovulación, y tiene el síndrome premenstrual, incrementa la labilidad de su estado de ánimo, la ira, la irritabilidad, los síntomas severos y las frecuentes recaídas. Además, el insomnio es común en el síndrome premenstrual, y la privación de sueño puede inducir o perpetuar la manía en las pacientes. En estos casos se ha sugerido el uso continuo de anticonceptivos (Rasgon et al., 2003).

A pesar de todo ello puede haber importantes confusiones. Studd (2012) ha publicado una serie de casos en un artículo cuyo título es así de llamativo: Síndrome premenstrual severo y trastorno bipolar: una trágica confusión. Indica que hay muchos síntomas comunes entre el síndrome premenstrual severo o el trastorno disfórico premenstrual y el TB, y que, por ello, no se puede caer en el error de hacer un diagnóstico inadecuado, el de un trastorno psiquiátrico severo, que se puede tratar adecuadamente con terapia hormonal. Studd (2012) considera que cuando la depresión bipolar desaparece al tratar el síndrome premenstrual, probablemente el primer diagnóstico es erróneo. Y no sería entonces correcto el diagnóstico de depresión bipolar, sino que estaríamos ante un síntoma de la fluctuación hormonal, la depresión

premenstrual o depresión reproductiva (Studd y Nappi, 2012). Estas personas, además, se encontrarían muy bien cuando se hallan embarazadas, pero tienen una mayor probabilidad de sufrir una depresión posparto, que puede durarles meses o años. Studd (2012) insiste en que, en estos casos, el tratamiento con antidepresivos no es adecuado, sino con estrógenos. Para justificar su afirmación presenta once casos en los que el diagnóstico incorrecto de TB fue tratado por él con hormonas para el síndrome premenstrual, con resultados positivos en diez de sus once casos.

Para evitar lo anterior, Studd (2012) propone formular a las mujeres de quienes se sospecha que tienen un TB o un síndrome premenstrual las ocho preguntas que aparecen en el cuadro 1.6, para saber si realmente tienen un TB o un síndrome premenstrual severo.

Cuadro 1.6. Preguntas para diferenciar un trastorno bipolar de un trastorno disfórico premenstrual

-
1. ¿Tiene una historia de moderado o severo síndrome premenstrual desde la pubertad?
 2. ¿Siente un alivio de sus síntomas depresivos durante el embarazo?
 3. ¿La depresión comienza o vuelve a aparecer después del parto, como depresión posparto?
 4. ¿La depresión premenstrual vuelve a aparecer cuando la menstruación y los ciclos vuelven después del parto?
 5. ¿La depresión premenstrual empeora con la edad de transición a la menopausia, y se hace menos cíclica?
 6. ¿Coexisten a menudo síntomas somáticos cíclicos, tales como las migrañas, la hinchazón o la mastalgia?
 7. ¿Tienen habitualmente de 5 a 20 días buenos al mes?
 8. ¿Estas pacientes tienen episodios recurrentes de depresión, a menudo severos, relacionados con los periodos, pero raramente tienen episodios de manía?
-

Es importante para el manejo del TB en mujeres embarazadas considerar los riesgos de la medicación y de la no medicación para el TB. Por lo tanto,

las intervenciones psicosociales deberían tenerse en cuenta como una importante línea de tratamiento, y como una alternativa a la farmacoterapia, especialmente en el primer trimestre del embarazo.

Quedar embarazada y tener un hijo desempeña un papel muy relevante en el curso del TB. Como un ejemplo, el estudio de cohorte de casos de Munk-Olsen et al. (2006) encontró que las mujeres con TB tenían una probabilidad 23 veces mayor de ser hospitalizadas con un episodio de TB durante el primer mes después del parto, en relación con su etapa de embarazo. Esto sería motivado por los cambios hormonales en la mujer, especialmente en relación con el estrógeno, hormona que regula el ciclo menstrual y prepara el útero para el embarazo, junto a otro amplio número de efectos sobre distintos neurotransmisores. Además, la utilización de tamoxifeno, un modulador selectivo del receptor del estrógeno e inhibidor de la proteína kinasa C, ha mostrado efectos antimaniacos en mujeres (Meinhard et al., 2013).

Por todo lo anterior, se considera que es clave tener en cuenta el nivel reproductivo de la mujer cuando tiene un TB, tanto por el alto riesgo de desarrollar depresión posparto como porque, con frecuencia, estos síntomas son más severos, y van en ocasiones unidos a episodios psicóticos (Sharma y Pope, 2012).

Los estudios epidemiológicos indican una baja prevalencia de TB en la población cuando la mujer está embarazada (Sharma y Pope, 2012). También suele afirmarse, como hemos visto, que estar embarazada mejora el curso del trastorno, porque la paciente se siente mejor, aunque no se encuentra esto en todos los estudios (Sharma y Pope, 2012), pero sí indican que cuando está embarazada baja su tasa de suicidios.

El tratamiento farmacológico de estas pacientes bipolares embarazadas es un asunto delicado, sobre todo por los efectos negativos que puede producir en el feto, especialmente en los tres primeros meses de gestación. Como ejemplo, en el estudio de Meador et al. (2009), los niños de mujeres embarazadas que habían tomado valproato tenían 9 puntos menos en el coeficiente intelectual que los controles.

Todo lo anterior sugiere que en la mujer hay que prestar una atención especial a algunos aspectos específicos, y hacer una monitorización importante cuando queda embarazada. También, que en muchos casos el tratamiento de elección va a ser el psicológico, ante los posibles problemas que le pueden ocasionar los distintos fármacos para el TB, o por las contraindicaciones o efectos teratogénicos que pueden tener en el periodo de gestación.

1.12. El trastorno bipolar en personas mayores

El incremento de la esperanza de vida en los países desarrollados, en las últimas décadas, ha incrementado la prevalencia de distintas enfermedades físicas y mentales. Una de ellas es el TB, sea porque personas que lo sufren se han hecho mayores con el trastorno, sea porque en algunos casos la persona mayor puede desarrollar un TB por otros motivos, como una enfermedad física (p. ej., enfermedad orgánica cerebral), la toma de ciertos medicamentos (p. ej., antidepresivos) o porque el trastorno aparece a una edad tardía.

El manejo de estas personas no puede ser el mismo que el que se hace con niños, adolescentes y adultos. Hay diferencias de edad, de experiencias, del curso del trastorno, etc. Además, las complicaciones van a ser mayores como consecuencia de la edad, tanto de tipo físico como mentales. Va a ser importante el nivel de apoyo social que tenga la persona y su apoyo familiar. Los déficits cognitivos pueden ser un importante obstáculo, tanto para el tratamiento farmacológico como para la aplicación de un tratamiento psicológico. En ocasiones, van a hacer que sea difícil llevarlo a cabo, y aumentar la necesidad de una hospitalización.

Otro problema importante es que esas personas tienen un mayor riesgo de cometer suicidio, y de intentos de suicidio, que los pacientes bipolares adultos. Algunos de ellos suelen atravesar fases depresivas más largas, lo que hace que el manejo clínico resulte más complejo y esté necesitado de una mayor dedicación y de un seguimiento más minucioso.

Por todo ello, la conjunción entre el curso del TB, enfermedades físicas debidas a la edad o la propia medicación para el TB, trastornos psicológicos asociados a la edad y la comorbilidad de otros trastornos mentales asociada al TB hace que este tipo de paciente bipolar requiera mayor atención.

1.13. Conclusión: la complejidad del trastorno bipolar

Los síntomas del estado de ánimo en el TB varían en términos de severidad y duración durante su curso, y pueden ser maníacos, hipomaníacos o depresivos, aparte de los subsindrómicos, los estados mixtos y la ciclotimia. Además de estas variaciones, la presentación adicional de otros trastornos, como la ansiedad, el abuso de sustancias, los trastornos de personalidad, etc., pueden enmascarar y complicar el diagnóstico y su tratamiento. Estas comorbilidades han sido relacionadas con una peor recuperación del trastorno, la reducción de la calidad de vida y el aumento del riesgo de suicidio. Por lo tanto, es importante saber que el TB es un trastorno de gran complejidad (tipos, curso, recaídas, comorbilidad, etc.), para su adecuado diagnóstico, evaluación, enfermedades físicas asociadas, comorbilidad, relaciones familiares, contexto en el que vive, etc. Sin todo ello será difícil un tratamiento eficaz.

¿Es el trastorno bipolar una enfermedad?

En España se habla con frecuencia de enfermedades mentales, entendiendo que existen padecimientos crónicos que son como las enfermedades físicas. Del trastorno bipolar se dice con frecuencia que es una enfermedad mental, pero ¿lo es realmente?

Los sistemas clasificatorios internacionales no hablan de enfermedades mentales, sino de trastornos mentales y del comportamiento. ¿Por qué esta denominación, y no la de enfermedad? Pues, sencillamente, para evitar el efecto del rotulado o del estigma. Como dice el CIE-10:

El término trastorno se usa a lo largo de la clasificación para

evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como enfermedad o padecimiento. Aunque trastorno no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en el CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

El término trastorno mental implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos mentales y físicos (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de "físico" en los trastornos mentales y mucho de "mental" en los trastornos "físicos". El problema planteado por el término trastornos mentales ha resultado ser más patente que su solución y, lamentablemente, el término persiste en el título del CIE-10, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada para sustituirlo.

En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (págs. 25-26).

Por todo ello, lo correcto es hablar del TB como un trastorno mental y del comportamiento, no como una enfermedad mental.

Sin embargo, la población y los pacientes españoles están habituados a hablar de enfermedades mentales, como en el campo de la psiquiatría, y a considerar muchos trastornos como enfermedades. Esto no es correcto, porque no hay un virus, una bacteria, un receptor, un órgano,

etc., que se haya deteriorado y haya producido la "enfermedad". La biología tiene su relevancia en todos los trastornos mentales, y más en el trastorno bipolar, pero no es la única causa, como veremos a lo largo de este libro, ya que en ocasiones la "causa" es externa a la biología (p. ej., el estrés), o una combinación entre biología, procesos cognitivos y elementos ambientales.

2

Diagnóstico del trastorno bipolar

El diagnóstico de las personas que tienen, o se sospecha que tienen, un trastorno bipolar (TB) es de gran importancia. A diferencia de otros trastornos, existe un campo de indefinición importante en los distintos tipos de TB, lo que exige conocer bien el TB y las distintas maneras como se presenta. Esto ha llevado a hablar actualmente del "espectro bipolar", dado que un porcentaje importante de casos no reciben el diagnóstico de TB tipo 1 o tipo II, sino que entran en las otras categorías, y con prevalencias mucho más altas que las existentes en el TB tipo 1 y tipo II. Por todo ello, es importante una adecuada evaluación y diagnóstico en aquellas personas en las que se sospecha que puedan padecer el trastorno. Y, también, es necesario diferenciar este trastorno de otros que pueden tener características comunes, como el trastorno por consumo de sustancias, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, o distintas enfermedades médicas.

Igualmente relevante es saber que los trastornos no siempre son estáticos, sino dinámicos, como lo es la vida de las personas. De ahí que, conforme la persona va cumpliendo años, unos trastornos conducen a otros, y el curso del trastorno puede cambiar también dentro de la cronicidad que lo caracteriza.

Cuando no se realiza un diagnóstico correcto del TB, las consecuencias pueden ser muy negativas para el paciente, porque la medicación que se le administra puede no ser la correcta. Ramírez Basco y Rush (2005) han indicado que los tres errores diagnósticos más comunes en el TB son los siguientes:

1. Confundir episodios mayores recurrentes con reacciones normales a las

dificultades de la vida.

2.No detectar los episodios maníacos o hipomaníacos.

3.Considerar que el paciente tiene esquizofrenia, en lugar de un TB con características psicóticas durante los episodios maníacos, maníacos mixtos o depresivos.

A continuación nos detenemos en los dos principales sistemas diagnósticos: CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) y DSM-5, de la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA, 2013), junto con la descripción de las características más importantes de cada uno de los tipos de TB.

2.1. Criterios CIE-10

El CIE-10 incluye el trastorno bipolar (F31) dentro de los trastornos del estado de ánimo (afectivos), y considera diez categorías (cuadro 2.1). La ciclotimia se considera dentro de los trastornos del estado de ánimo (afectivos) persistentes (F34.0). Igual que hace el DSM-5, el trastorno bipolar se va a caracterizar por tener un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo, con o sin síntomas psicóticos.

También puede haber formas mixtas, estar en remisión o en la categoría de no especificado.

La manía sin síntomas psicóticos está caracterizada por una exaltación del humor, sin relación con las circunstancias ambientales, que puede variar de una jovialidad descuidada a una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de vitalidad, con hiperactividad, logorrea y disminución de la necesidad de dormir. Hay una pérdida de la inhibición social normal, imposibilidad de mantener la atención y gran tendencia a distraerse. La estimación de sí mismo crece desmesuradamente, y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o se muestran extraordinariamente optimistas. Durante la manía y la hipomanía pueden presentarse trastornos de

la percepción, que originan una agudización de los sentidos, por lo que cualquier sensación se percibe amplificada (colores, olores, música, vida sexual, alimentos, etc.), lo que los lleva a disfrutar más de cualquier sensación. También puede aparecer una preocupación por los detalles finos de las superficies o texturas, así como hiperacusia subjetiva. El individuo se puede embarcar en proyectos extravagantes e impracticables, gastar dinero de forma exagerada o hacerse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas. En algunos episodios maníacos, el humor es irritable y celoso, más que exaltado. El episodio maníaco dura al menos una semana, y es de tal gravedad que afecta gravemente a la actividad laboral y social del individuo.

En la manía con síntomas psicóticos se agravan los síntomas anteriores. El aumento de la estimación de sí mismo y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes, y la irritabilidad y el recelo dar paso a ideas delirantes de persecución. En los casos graves pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas, referidas a la propia identidad o a una misión especial. La fuga de ideas y la logorrea pueden dar lugar a falta de comprensibilidad del lenguaje, y la excitación y la actividad física intensa y mantenida, a agresiones o violencia. El descuido en la alimentación, la ingesta de líquidos y la higiene personal puede originar situaciones peligrosas de deshidratación y abandono. En el CIE-10 las ideas delirantes y las alucinaciones pueden calificarse de congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Para realizar el diagnóstico de manía con síntomas psicóticos debe hacerse el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo. Considerarse también que no han existido pródromos de hipomanía, y que la fase activa del trastorno no está enmascarada por la presencia de ideas delirantes generalizadas, lenguaje incomprensible y excitación violenta.

La hipomanía se considera un grado menor de manía, en el que las alteraciones del humor y del comportamiento son demasiado persistentes y marcadas como para ser incluidas en el apartado de ciclotimia, pero, a su vez, no se acompañan de alucinaciones o ideas delirantes. En la hipomanía, el

individuo tiene una exaltación leve y persistente de ánimo, durante al menos varios días seguidos, un aumento de la vitalidad y de la actividad en general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico o mental. Esto suele llevar a que se haga más sociable, más hablador, con un comportamiento de familiaridad excesiva, mayor vigor sexual y menos necesidad de dormir. Pero lo anterior no interfiere con la intensidad suficiente en la actividad laboral, ni le produce rechazo social, aunque puede alterar su capacidad de atención y concentración.

En el estado depresivo, el individuo tiene un estado de ánimo bajo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, y una disminución de su vitalidad, que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos la disminución de la atención y la concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, los trastornos del sueño y la pérdida del apetito. La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro, y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. Las formas atípicas son frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, como la irritabilidad, el consumo excesivo de alcohol, el comportamiento histriónico, la exacerbación de fobias o los síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para poder hacer el diagnóstico los síntomas tienen que mantenerse al menos dos semanas, aunque se puede aceptar un tiempo menor si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. Se consideran las categorías de episodio depresivo leve, moderado y grave.

Para el CIE-10, lo que caracteriza al TB es la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de

actividad del paciente están profundamente alterados. En unos casos, con una exaltación del estado de ánimo, aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía). En otros, con un descenso del estado de ánimo, de la vitalidad y de la actividad (depresión). Entre ambos episodios se produce una recuperación completa. Los episodios de manía suelen empezar de manera brusca, y duran de dos semanas a cinco meses. Las depresiones suelen durar más, seis meses habitualmente, y solo se prolongan más de un año en personas mayores. Con frecuencia, los anteriores episodios surgen debido a episodios estresantes u otros traumas psicológicos.

En el episodio maníaco se diferencia:

- a) Hipomanía.
- b) Manía sin síntomas psicóticos.
- c) Manía con síntomas psicóticos.
- d) Otros episodios maníacos.
- e) Episodio maníaco inespecificado.

En el episodio depresivo se diferencia:

- a) Episodio depresivo leve (con o sin síntomas somáticos).
- b) Episodio depresivo moderado (con o sin síntomas somáticos).
- c) Episodio depresivo grave (con y sin síntomas somáticos).
- d) Otros episodios depresivos.
- e) Episodio depresivo inespecificado.

En el cuadro 2.1 indicamos los principales tipos de TB y sus criterios diagnósticos.

Cuadro 2.1. Tipos de trastorno bipolar y pautas para su diagnóstico en el CIE-10

Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco

- El episodio actual satisface las pautas de hipomanía.
- Se ha presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos

- El episodio actual satisface las pautas de manía sin síntomas psicóticos.
- Se ha presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos

- El episodio actual satisface las pautas de manía con síntomas psicóticos.
- Se ha presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado (distingue sin y con síntomas somáticos)

- El episodio actual satisface las pautas de episodio depresivo leve o moderado.
 - Se ha presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.
 - Se especifica sin o con síntomas somáticos.
-

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos

- El episodio actual satisface las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- Se ha presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos

- El episodio actual satisface las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Se ha presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

Trastorno bipolar, episodio actual mixto

- El paciente ha padecido en el pasado por lo menos un episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto, y en la actualidad presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maniacos, hipomaniacos y depresivos.

Trastorno bipolar, actualmente en remisión

- El paciente ha padecido al menos un episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado, y por lo menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto, pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del estado de ánimo, ni la ha sufrido en varios meses. Puede estar recibiendo tratamiento para evitar futuros episodios.

Otros trastornos bipolares

- Incluye el trastorno bipolar de tipo II.
- Incluye los episodios maniacos recurrentes.

Trastorno bipolar sin especificación

2.2. Criterios DSM-5

El DSM-5 se publicó en mayo de 2013 (APA, 2013). Previamente teníamos el DSM-IV-TR (APA, 2004). Ambos han sido elaborados por la Sociedad Americana de Psiquiatría y son el referente que más se utiliza en la investigación, y de modo importante en la clínica, por estar actualizado. En los cuadros 2.2 a 2.6 indicamos los criterios diagnósticos para el TB tipo 1, el

TB tipo II, el trastorno ciclotímico, el TB inducido por sustancias/medicación y otros relacionados, el TB y trastornos relacionados debido a otra condición médica. El DSM-5 también considera otro TB especificado y relacionado, y otro TB inespecificado y relacionado. En los puntos siguientes iremos presentando estos criterios y las características de cada TB.

Cuadro 2.2. Criterios diagnósticos para el trastorno bipolar tipo I según el DSM-5

Para realizar el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I la persona tiene que cumplir los criterios para el episodio maníaco. El episodio maníaco puede haber estado precedido o seguido por un episodio hipomaníaco o depresivo.

Tiene que cumplir al menos el criterio para un episodio maníaco.

La ocurrencia de un episodio maníaco o depresivo mayor no son mejor explicadas por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otros trastornos del espectro esquizofrénico no especificado u otros trastornos psicóticos.

Episodio maníaco

- A) Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que incrementa la actividad o la energía dirigida a una meta, que dura al menos una semana y se presenta la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
 - B) Durante el periodo de alteración del estado de ánimo e incremento de energía o actividad han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), están presentes en un grado significativo y representan un cambio importante de la conducta habitual:
 - a) Autoestima exagerada o grandiosidad.
 - b) Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras solo tres horas de sueño).
 - c) Más hablador de lo habitual o verborreico.
 - d) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
 - e) Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes), tanto indicados como observados.
 - f) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.
-

-
- g) Implicación excesiva en actividades que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).
- C) La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral, o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- D) El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento), ni a otra enfermedad médica.
- Nota:* Un episodio maníaco completo que aparece durante un tratamiento con antidepresivos (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), y que persiste en un completo nivel subsindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es evidencia suficiente para un episodio maníaco y, por ello, para un diagnóstico de trastorno bipolar tipo I.
- Nota:* Los criterios A-D constituyen un episodio maníaco. Se requiere al menos un episodio maníaco durante la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I.
-

Episodio hipomaníaco

- A) Un periodo diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado y anormal, expansivo o con estado de ánimo irritable y con un incremento persistente de la actividad o de la energía, durante al menos cuatro días consecutivos, y que está presente durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- B) Durante el periodo de alteración del estado de ánimo, y del incremento de la energía y de la actividad, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), representando un cambio importante de su conducta habitual, y han estado presentes en un grado significativo:
1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras solo tres horas de sueño).
 3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
 5. Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes), tal como es indicada u observada.
 6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.
-

-
7. Implicación excesiva en actividades que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).
- C) El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico de la persona cuando está asintomática.
- D) La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.
- E) El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante, o para necesitar hospitalización. Si hay síntomas psicóticos el episodio es, por definición, maníaco.
- F) El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Un episodio hipomaníaco completo que emerge durante el tratamiento con antidepresivos (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), y que persiste en un completo nivel subsindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es evidencia suficiente para un diagnóstico de episodio hipomaníaco. Sin embargo, debe tenerse precaución para que uno o dos síntomas (especialmente el incremento de la irritabilidad, el nerviosismo o la agitación que sigue al consumo de antidepresivos) no deban ser consideradas como suficiente para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni necesariamente indicar un riesgo de bipolaridad.

Nota: Los criterios A-F constituyen un episodio hipomaníaco. Los episodios hipomaníacos son comunes en el TB tipo I, pero no se requieren para el diagnóstico del TB tipo I.

Episodio depresivo mayor

- A) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa. Al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo (punto 1) o pérdida de interés o de la capacidad para el placer (punto 2).

(Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente atribuibles a otra enfermedad médica)

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indica el propio individuo (p. ej., se siente triste, vacío o desesperanzado) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

Nota: En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

-
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso (p. ej., cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi todos los días.
(Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables).
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi todos los días (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B) Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C) El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra enfermedad médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio depresivo mayor. Los episodios depresivos mayores son comunes en el trastorno bipolar tipo I, pero no se requieren para el diagnóstico del trastorno bipolar tipo I.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., pérdida de un ser querido, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad o incapacidad médica severa) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, rumiación sobre la pérdida, insomnio, pobre apetito y pérdida de peso, tal como se indica en el criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. A pesar de que tales síntomas pueden ser comprensibles o considerados apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor añadido a la respuesta normal para una significativa pérdida deberá ser cuidadosamente considerada. Esta decisión inevitable requiere el ejercicio del juicio clínico, basado en la historia del individuo y de las normas culturales de la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Codificación

Se hará según el episodio más reciente, teniendo en cuenta la severidad, la presencia de síntomas psicóticos y el estatus de remisión. El TB se clasificará en medio, moderado, severo, con síntomas psicóticos, en parcial remisión, en total remisión, e inespecificado, considerando en cada caso los actuales o más recientes episodios maníaco, hipomaníaco, depresivo e inespecificado.

La codificación del diagnóstico debe hacerse en el siguiente orden: trastorno bipolar tipo I, tipo de episodio actual o más reciente, severidad/síntomas psicóticos/especificadores de remisión, seguido por tantos especificadores como sea necesario aplicar al episodio actual o al más reciente (con ansiedad, con características mixtas, con ciclado rápido, con características melancólicas, con características atípicas, con características psicóticas congruentes o incongruentes con el estado de ánimo, con catatonía, con comienzo en el periodo perinatal, con patrón estacional).

Cuadro 2.3. Criterios diagnósticos para el trastorno bipolar tipo II según el DSM-5

-
- A) Para hacer el diagnóstico de trastorno bipolar tipo II la persona tiene que cumplir los criterios para al menos un episodio hipomaníaco (véase el cuadro 2.2) y al menos un episodio depresivo mayor (véase el cuadro 2.2).
 - B) Nunca ha tenido un episodio maníaco.
 - C) La ocurrencia del episodio o los episodios hipomaníacos y depresivos mayores no es mejor explicada por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otros trastornos del espectro esquizofrénico no especificado, u otros trastornos psicóticos.
 - D) Los síntomas de la depresión, o la impredecibilidad causada por la alternancia frecuente entre episodios de depresión e hipomanía, causan un malestar o daño clínicamente significativo en las áreas de funcionamiento social, laboral u otras importantes.
-

Codificación

Especificar el episodio actual o el más reciente (hipomaníaco, depresivo).

Especificar si con malestar ansioso, con características mixtas, con ciclado rápido, con características psicóticas congruentes o incongruentes con el estado de ánimo, con catatonía, con comienzo en el periodo perinatal, con patrón estacional.

Especificar el curso (en parcial remisión, en total remisión).

Especificar la severidad si el criterio completo para un episodio de estado de ánimo se cumple actualmente (media, moderada, severa).

Cuadro 2.4. Criterios diagnósticos para el trastorno ciclotímico según el DSM-5

-
- A) Durante al menos dos años (al menos un año en niños y adolescentes) ha habido numerosos periodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para el episodio hipomaníaco, y numerosos periodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
 - B) Durante el anterior periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) los periodos hipomaníacos y depresivos habían estado presentes durante al menos la mitad del tiempo, y la persona no ha dejado de presentar los síntomas durante un tiempo superior a los dos meses.
 - C) Nunca se han cumplido los criterios para el episodio depresivo, maníaco o hipomaníaco.
 - D) Los síntomas en el criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otros trastornos esquizofrénicos específicos o no especificados, u otros trastornos psicóticos.
 - E) Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
 - F) Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo, o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si: con malestar ansioso.

Cuadro 2.5. Criterios diagnósticos para el trastorno bipolar inducido por sustancias/medicación y otros relacionados según el DSM-5

-
- A) Una notable y persistente alteración del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que está caracterizado por estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, con o sin estado de ánimo depresivo, o marcada disminución del interés o el placer en todas, o en casi todas, las actividades.
- B) Hay evidencia en la historia, examen físico o hallazgos de laboratorio de los siguientes puntos:
1. Los síntomas en el criterio A se desarrollaron poco tiempo después de la intoxicación por la sustancia, o por el síndrome de abstinencia, o después de la exposición a una medicación.
 2. La sustancia/medicación implicada es capaz de producir los síntomas señalados en el criterio A.
- C) El trastorno no se explica mejor por un trastorno bipolar u otro relacionado que no es inducido por sustancias/medicación. Tal evidencia de un trastorno bipolar independiente o relacionado puede incluir lo siguiente:
- a) Los síntomas preceden el comienzo del consumo de la sustancia/medicación.
 - b) Los síntomas persisten durante un sustancial periodo de tiempo (p. ej., un mes) después de cesar el síndrome de abstinencia agudo o la intoxicación severa.
 - c) Hay otra evidencia que sugiere la existencia de un TB independiente no inducido por sustancias/medicación u otro trastorno relacionado (p. ej., una historia de episodios recurrentes relacionados con no tomar sustancias/medicación).
- D) La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E) La alteración causa un malestar o perjuicio clínicamente significativo a nivel social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Especificar si:* con comienzo durante la intoxicación; con comienzo durante el síndrome de abstinencia.
-

Cuadro 2.6. Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra condición médica según el DSM-5

-
- A) Un prominente y persistente periodo de estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un anormal incremento de la actividad o energía que predomina en el cuadro clínico.
 - B) Hay evidencia de una historia, examen físico, o hallazgos de laboratorio, de que la perturbación es la consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.
 - C) La perturbación no se explica mejor por otro trastorno mental.
 - D) El trastorno no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
 - E) El trastorno causa un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o necesita hospitalización para prevenir el daño a sí mismo o a otros, o hay características psicóticas.

Especificar si: con características psicóticas; con episodio como maníaco o hipomaníaco (todos los criterios para el episodio maníaco menos el D, o menos el F en el episodio hipomaníaco); con características mixtas.

2.3. Trastorno bipolar tipo 1

Lo que caracteriza al TB tipo 1 es el episodio maníaco. La persona se halla en una fase expansiva, muy activa, incapaz de parar en su actividad, día tras día, sin apenas dormir o con insomnio. La euforia y la actividad son dos de las características más propias de este episodio. Todo ello acarrea al individuo importantes problemas a nivel laboral, familiar, social, etc. A veces lo puede llevar a dedicarse incansablemente a una actividad (p. ej., pintar, escribir) días y días, sin parar. La autoestima en esta fase está muy incrementada, como la grandiosidad, el optimismo y la pobre capacidad de juicio. Le puede llevar a realizar actos excesivos, con consecuencias negativas (p. ej., inversiones excesivas, conductas sexuales excesivas, etc.). Para el diagnóstico del episodio maníaco tiene que realizar esta conducta durante al menos una semana.

El TB es difícil de diagnosticar, sobre todo en su inicio (en muchos casos, se tarda de 5 a 10 años). Por ejemplo, con frecuencia es difícil diferenciar si la persona tiene solo un episodio depresivo, o un TB tipo 1 o un TB tipo II. El diagnóstico es fácil cuando hay varios episodios previos de manía, pero

cuando no los hay se complica en muchos casos. Además, con frecuencia hay un infradiagnóstico o un sobrediagnóstico del TB, por la dificultad de diferenciar los episodios o por la confusión con otros trastornos, como veremos en el diagnóstico diferencial.

A lo anterior hay que añadir el que muchos pacientes con TB tipo II atraviesan más tiempo y más veces un episodio depresivo que uno hipomaniaco, lo que dificulta el diagnóstico. También en el TB tipo 1 la mayoría tienen episodios depresivos y pocos maníacos (solo un 9% del total de episodios en los estudios realizados). Además, los pacientes suelen buscar tratamiento para los episodios depresivos, no para los maníacos, lo que a veces los lleva a infravalorar los episodios maníacos o hipomaniacos.

Se ha indicado que la baja respuesta de los antidepresivos en distintos ensayos clínicos puede deberse a que realmente muchos pacientes tienen un TB sin diagnosticar. Por ello, se ha sugerido que una parte de las personas con depresión reciente tendrían realmente un TB (Philips y Kupfer, 2013). En el futuro, nuevos métodos diagnósticos, como los biomarcadores (p. ej., genes específicos) y las técnicas de neuroimagen (p. ej., estudios de los sistemas subcorticales implicados en la emoción y el procesamiento del reforzamiento, como la amígdala y el estriado ventral) pueden arrojar luz sobre esto.

Dado que distintas drogas pueden tener efectos semejantes a los síntomas del episodio maníaco (p. ej., la cocaína), debe descartarse dicho consumo o el abuso de las mismas. Igualmente, en el DSM-5 aparece que un episodio maníaco puede estar causado por el uso de antidepresivos, como ha demostrado la investigación en los últimos años (Ghaemi et al., 2002; VA/DOD, 2012).

En la fase maníaca los pacientes bipolares se encuentran subjetivamente muy bien, no son conscientes de su problema y no buscan tratamiento. Se sienten los "amos del mundo". Por ello, con frecuencia son sus familiares quienes los ingresan porque su comportamiento se ha hecho muy anormal, raro o excéntrico.

2.4. Trastorno bipolar tipo II

Lo que caracteriza al TB tipo II es que el episodio no es de tipo maníaco, sino hipomaníaco y, al tiempo, ha tenido uno o más episodios depresivos mayores. El episodio depresivo mayor tiene que durar al menos dos semanas, y el episodio hipomaníaco al menos cuatro días.

Los pacientes en fase hipomaníaca tienen un estado de ánimo más elevado de lo habitual en ellos. Su nivel de actividad es mayor y a veces se ponen irritables. Aunque los criterios diagnósticos para el episodio maníaco e hipomaníaco sean casi idénticos (p. ej., autoestima exagerada o grandiosidad; disminución de la necesidad de dormir; más hablador de lo habitual o verborreico; fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado; distraibilidad; aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora, e implicación excesiva en actividades que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves), diferenciamos un episodio maníaco de otro hipomaníaco en que este no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante, o para requerir hospitalización. Además, si hubiese síntomas psicóticos necesariamente estaríamos ante un episodio maníaco.

Aunque puede ser difícil diferenciar un episodio maníaco de otro hipomaníaco, en la práctica los pacientes bipolares tipo II suelen acudir a tratamiento cuando están en un episodio depresivo. En él se puede detectar que han padecido, semanas o meses antes, un episodio hipomaníaco. A diferencia del TB tipo 1, en el que el nivel de grandiosidad, actividad y euforia son enormes, en el episodio hipomaníaco las personas pueden pasar por estar normales y es menos probable que se causen daño a sí mismos, o que sigan conductas de riesgo, como hacen los pacientes en la fase maníaca en el TB tipo 1. Por ello, muchos de estos pacientes no son conscientes de que tienen un cambio en su estado de ánimo cuando están en la fase hipomaníaca, y solo reparan en que tienen problemas cuando caen en un episodio depresivo.

Otra diferencia importante entre el TB tipo 1 y el TB tipo II es que en el

segundo la cronicidad es mayor y, además, están más tiempo en la fase depresiva que en la fase hipomaniáca. De ahí que el número de episodios hipomaniácos y depresivos en los pacientes bipolares tipo II sea mucho mayor que en los pacientes bipolares tipo 1. Además, el TB tipo II se da más en mujeres que en varones. Con la edad, tiende a descender el intervalo entre los episodios del estado de ánimo en estos pacientes, de ahí su cronicidad, al tiempo que se hacen más largos los episodios depresivos. En este sentido, se insiste en que se mantenga el diagnóstico en TB tipo II, aunque lo que predomine sea el episodio depresivo mayor en muchos de estos pacientes a lo largo del tiempo. Aunque el riesgo de suicidio es similar al TB tipo 1, la letalidad es mayor en el TB tipo II.

Debe notarse que en el TB tipo 1 los individuos pueden tener tanto episodios maníacos como hipomaniácos. De ahí que con un solo episodio maníaco una persona reciba el diagnóstico de TB tipo 1, aunque luego pase a tener frecuentes episodios hipomaniácos más que maníacos. De ahí la dificultad diagnóstica en muchos casos, o el que el diagnóstico no sea adecuado si el paciente no especifica bien su historia clínica previa.

También hay que tener cuidado en no confundir un episodio hipomaniáco, aunque la persona se encuentre "bien", con la eutimia, que es volver al estado normal, "sin síntomas", de un paciente con un trastorno depresivo. La fase eutímica es la fase de estabilización o de falta de periodos agudos en un TB.

2.5. Trastorno ciclotímico

El trastorno ciclotímico es un tipo de TB al que se le ha dedicado poca investigación (Van Meter et al., 2012). Hasta el DSM-II, la ciclotimia se consideraba un trastorno de personalidad afectivo. Tanto para el DSM-IVTR como para el DSM-5 el trastorno ciclotímico es un tipo de TB caracterizado por una presentación crónica de síntomas depresivos y de síntomas hipomaniácos de nivel moderado (Akiskal y Akiskal, 1992), asociado al bajo estado de ánimo y a la inestabilidad. La ciclotimia es un estado crónico, alternante con síntomas depresivos e hipomaniácos durante al menos un año

para los niños y adolescentes, y dos años para los adultos. Al menos durante dos meses consecutivos el individuo no está libre de síntomas. Cuando los síntomas son severos, entonces pasan al diagnóstico de manía o depresión, con lo que su diagnóstico cambia a TB tipo 1 o TB tipo II. Los síntomas, hipomaníacos o depresivos, son insuficientes en número, severidad, gravedad o duración para llevar al diagnóstico de episodio hipomaníaco o episodio depresivo. Por ello, la ciclotimia se define mejor por su circularidad que por sus episodios, dadas las continuas altas y bajas experimentadas dentro del episodio. Además, estos estados pueden ser muy cortos, de menos de una semana (Akiskal et al., 1977).

El temperamento ciclotímico sería un factor de riesgo para la psicopatología, especialmente para incrementar el riesgo de padecer el TB tipo 1 o TB tipo II. Otros consideran la ciclotimia como un rasgo del carácter (Brieger y Marneros, 1997). Lo anterior viene dado porque este trastorno empieza con frecuencia en la adolescencia o la adultez temprana, y del 15% al 50% de ellos acabarán teniendo un TB tipo 1 o TB tipo II. Pero, de un modo u otro, el rasgo o el trastorno ciclotímico es muy relevante porque, aun siendo una forma menos grave del espectro bipolar, afecta a muchas personas y, a partir del mismo, se puede evolucionar al TB tipo 1 o al TB tipo II, que son formas mucho más graves.

El problema del trastorno ciclotímico es que raramente se diagnostica en la práctica clínica, y surge una desconexión entre la prevalencia que se obtiene en los estudios poblacionales y lo que se diagnostica en la clínica (Akiskal, 2001). Por ello, por ser un trastorno con síntomas más moderados que el TB tipo 1 o el TB tipo II, pocas personas con este trastorno buscan tratamiento. Solo lo hacen cuando los síntomas se agravan, especialmente en la fase depresiva.

La presentación de un trastorno ciclotímico es altamente heterogénea. Algunas personas pueden estar distímicas casi todo el tiempo, con varios días de hipomanía, mientras otras pueden cambiar de sentirse deprimidas a sentirse hipomaníacas varias veces en un solo día. De modo similar, aunque los periodos de tener tanto

síntomas depresivos como hipomaníacos ocurren, y pueden hacerlo de un modo que parece episódico, más a menudo la presentación es mixta, sin una clara delimitación entre estados de ánimo. La cualidad de los síntomas hipomaníacos también puede variar entre estados de ánimo positivos versus inquietud e irritabilidad, que lleva a una mayor probabilidad de resultados negativos. Por otra parte, los periodos depresivos a menudo incluyen síntomas hipomaníacos, lo que da lugar a una presentación más agitada (Van Meter et al., 2012: 232).

Un aspecto importante que hay que descartar es que el trastorno ciclotímico no se debe a una enfermedad médica, especialmente el hipotiroidismo. Igualmente, hay que tener cuidado en no confundir la ciclotimia con los efectos del consumo continuado de distintas sustancias psicoactivas, dado el alto consumo de las mismas en las últimas décadas, porque solapan y producen en algunos individuos los mismos síntomas que los del trastorno ciclotímico. También, y dado que el trastorno ciclotímico comparte con el trastorno de personalidad límite el bajo estado de ánimo, la impulsividad y los problemas interpersonales, con frecuencia se confunden ambos casos. En los niños es importante la comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, lo que hace en ocasiones difícil el diagnóstico diferencial con el trastorno ciclotímico.

A veces las personas con un trastorno ciclotímico, al no mostrar síntomas sobresalientes, son diagnosticadas erróneamente como afectadas por un trastorno de personalidad, un trastorno desafiante o un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Younstrom, 2009). También pueden ser diagnosticadas como una presentación subumbral dentro de la categoría de TB no clasificado en otros apartados, especialmente en el caso de los niños. Además, la irritabilidad es una característica central del trastorno ciclotímico, tanto en los periodos hipomaníacos como en los depresivos, lo que lleva con frecuencia al inadecuado diagnóstico del trastorno ciclotímico como depresión.

La investigación sobre el tratamiento del trastorno ciclotímico es limitada

(Baldessarini et al., 2011). Para su tratamiento se ha utilizado medicación, higiene de sueño y terapia cognitivo-conductual, aunque hay pocos estudios realizados que indiquen que su tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo (litio, valproato) tiene una respuesta positiva. Pero, como ya indicamos, pocos acuden a tratamiento por este trastorno.

En el cuadro 2.7 se presenta el diagnóstico diferencial del trastorno ciclotímico con otros trastornos similares, con los que se confunde con frecuencia, como son el TB tipo II o el TB no especificado, la distimia, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno de personalidad límite.

Cuadro 2.7. Diagnóstico diferencial entre el trastorno ciclotímico y otros trastornos cercanos

<i>Diagnósticos cercanos</i>	<i>Características similares al trastorno ciclotímico</i>	<i>Características diferenciales del trastorno ciclotímico</i>
Trastorno distímico	<ul style="list-style-type: none"> – Trastorno del estado de ánimo crónico. – Síntomas depresivos subumbrales. – Factores de riesgo compartidos. – Posible presentación prodrómica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Periodos de elevado estado de ánimo. – Presentación mixta.
Trastorno bipolar tipo II	<ul style="list-style-type: none"> – Común episodio de estado de ánimo prolongado. – Periodos intermitentes hipomaníacos y depresivos. – Factores de riesgo compartidos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Sin depresión mayor. – Presentación mixta más que común. – Más frecuente la hipomanía.

Trastorno bipolar no especificado	<ul style="list-style-type: none"> – Más habitual la presentación de los episodios de estado de ánimo prolongados. – Presentación mixta común. – Inicio temprano. – Factores de riesgo compartidos. – Posible presentación prodrómica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Presentación crónica. – Pocos días buenos.
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	<ul style="list-style-type: none"> – Presentación crónica. – Agitación. – Factores de riesgo compartidos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cambio en la presentación del estado de ánimo. – Comienzo típico más tarde. – Más variación en la presentación de los síntomas.
Trastorno de personalidad límite	<ul style="list-style-type: none"> – Presentación crónica. – Inestabilidad del estado de ánimo. – Dificultades interpersonales. – Afecto lábil. 	<ul style="list-style-type: none"> – Claro cambio en el funcionamiento en el inicio. – Pocos factores de riesgo compartidos. – Mayor variación en la presentación de los síntomas.

Fuente: adaptado de van Meter *et al.* (2012).

2.6. Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicación y otros relacionados

Otro tipo de TB es aquel producido por el consumo de sustancias, o por tomar una medicación concreta que lleva a la persona a desarrollar un TB. Este diagnóstico es, en parte, consecuencia de las investigaciones realizadas en años previos, en los que se ha visto cómo el consumo de distintas sustancias era responsable de producir en algún consumidor un TB (estimulantes, fenciclidina y esteroides), y como, también, el uso de antidepresivos para el tratamiento de la depresión llega a producir síntomas maníacos

o hipomaníacos en algunas personas, con lo que luego pasan a tener el diagnóstico de TB. Lo mismo se ha encontrado con pacientes que, después de la terapia electroconvulsiva para la depresión mayor, han pasado a tener sintomatología maníaca o hipomaníaca y, con ello, su diagnóstico ha pasado a ser de TB. También es importante distinguir claramente lo que son ciertos síntomas de algunos antidepresivos (p. ej., irritabilidad, agitación) de lo que es un episodio real maníaco o hipomaníaco.

2.7. Trastorno bipolar y trastornos relacionados debido a otra condición médica

Las personas que reciben este diagnóstico se caracterizan porque su TB se debe a una condición médica. Es la que causa el TB, y habitualmente surge al inicio de la enfermedad (un mes), pero también puede aparecer más tarde o puede haber recuperaciones y recaídas, dependiendo de la propia evolución de la enfermedad médica que la causa. Por ello, tienen los mismos síntomas que en el TB, pero lo que diferencia este diagnóstico del TB tipo 1, el TB tipo II y el trastorno ciclotímico es que la causa del trastorno se debe a una enfermedad médica que podemos identificar, y debemos incluir en el diagnóstico.

Las enfermedades más importantes que producen TB, como se expone al final de este capítulo, son la enfermedad de Cushing, la esclerosis múltiple, el ictus cerebral y el daño cerebral traumático.

2.8. Otro trastorno bipolar especificado y relacionado

En esta categoría se incluyen aquellas personas que no cumplen todos los criterios diagnósticos para los tipos de trastornos del espectro bipolar vistos hasta ahora. Para hacer este diagnóstico el clínico tiene que especificar el motivo por el que no cumple el criterio del TB completo (p. ej., duración de la hipomanía corta). Se utiliza este diagnóstico cuando el clínico considera que la persona tiene un TB, pero no cumple todos los criterios. El DSM-5 considera que las especificaciones que se pueden incluir en el mismo son la

corta duración de los episodios hipomaníacos (2-3 días) y de los episodios depresivos mayores; episodios hipomaníacos con insuficientes síntomas y episodios depresivos mayores; episodio hipomaníaco sin episodio depresivo mayor previo, y corta duración de la ciclotimia (menos de 24 meses).

2.9. Otro trastorno bipolar inespecificado y relacionado

Este diagnóstico se aplica, como en el caso anterior, cuando no cumple los criterios diagnósticos para ninguno de los tipos de TB vistos anteriormente. El clínico lo elige pero no especifica el motivo para este diagnóstico, o no tiene suficiente información para hacerlo (p. ej., en un servicio de urgencias). Es, claramente, el diagnóstico más ambiguo y menos objetivo de todos.

2.10. Criterios diagnósticos en niños y adolescentes

Los criterios diagnósticos para el TB son los mismos para los niños, los adolescentes y los adultos en las dos principales variantes, tipo 1 y tipo II. Para el trastorno ciclotímico en adultos se precisa que la duración de los síntomas sea de al menos dos años. En cambio, en los niños y los adolescentes es suficiente con un año. En el resto de los trastornos del espectro bipolar los síntomas son iguales para adultos, niños y adolescentes.

Sin embargo, hay diferencias de desarrollo en la presentación de la manía e hipomanía en los jóvenes. Los síntomas de la manía son el distintivo del TB. Se requiere euforia/alegría o irritabilidad para un diagnóstico de manía. Además, estos síntomas, así como el incremento de la grandiosidad, la rapidez al hablar o el incremento de actividades de riesgo, pueden ser conductas propias de la infancia y de la adolescencia, lo que puede llevar a confusiones diagnósticas y al sobrediagnóstico o infradiagnóstico en esas personas. Por lo tanto, es importante distinguir, en la manía, pero de modo especial para la hipomanía, esas conductas normales de las propias de la sintomatología psiquiátrica.

2.11. Diagnóstico diferencial

Actualmente, hay una importante comorbilidad entre el TB y otros trastornos. En primer lugar, hay que diferenciar el TB de otros trastornos del estado de ánimo, especialmente del trastorno depresivo mayor, ya que en ocasiones el curso de este trastorno va acompañado de síntomas hipomaníacos o maníacos. Los trastornos de ansiedad tienen una alta comorbilidad con el TB, lo que obliga a diferenciar uno de otro.

A continuación presentamos una breve reseña de otros tres trastornos en los que es relevante hacer un adecuado diagnóstico diferencial: la esquizofrenia, el abuso de sustancias y el trastorno límite de la personalidad.

2.11.1. Trastorno bipolar y esquizofrenia

Aunque las nosologías clásicas diferenciaban en dos categorías separadas el TB y la esquizofrenia, con frecuencia los pacientes bipolares tienen tanto síntomas afectivos como síntomas esquizofrénicos. Ello obliga a diferenciar entre TB, cuando el paciente tiene también síntomas psicóticos, y esquizofrenia.

Los síntomas psicóticos se experimentan con frecuencia en los episodios maníacos. Goodwin y Jamison (1990) llegan a estimar que un 47% tienen delirios de grandeza, un 28% delirios paranoides, un 15% experiencias de pasividad y un 15% alucinaciones.

2.11.2. Trastorno bipolar y abuso o dependencia de sustancias

Actualmente es importante diferenciar si el episodio maníaco o hipomaníaco se debe a que la persona tiene un TB, o se trata de un síntoma de la intoxicación por sustancias psicoactivas, como puede ocurrir con la cocaína y con otras drogas. Dado el alto consumo actual de distintas drogas entre la población, es necesario diferenciarlos claramente. Por ello, cuando la persona tienen un problema de abuso o dependencia de la cocaína, se sugiere que no se haga un diagnóstico adicional mientras no logre entre dos y cuatro semanas de abstinencia, para no cometer errores diagnósticos y atribuir los

síntomas de la dependencia o de la abstinencia de la sustancia a otro trastorno.

2.11.3. Trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad

Para Paris (2007), los clínicos rechazan con frecuencia reconocer y diagnosticar el trastorno de personalidad (TP) límite porque:

1. Los clínicos están más familiarizados con el diagnósticos del eje I. Los criterios de los TP son menos precisos que los del eje 1.
2. Existe una resistencia a diagnosticar a los pacientes con el TP límite por la idea extendida de que es un trastorno intratable, o que no se puede tratar con fármacos.
3. Los clínicos procuran evitar, siempre que sea posible, los diagnósticos que llevan al estigma del paciente, por lo que significa desde la perspectiva clínica, social, de cronicidad, etc. (p. ej., para la esquizofrenia, para el TB, etc.).

Además, los TP límite tienen asociados otros trastornos del eje 1. De ahí que se puedan quedar con solo el diagnóstico del eje 1, que se cree el principal, y sobre el que hay que intervenir, y prestar menos atención al TP límite.

Akiskal et al. (1985) han sugerido que el TP límite es una forma atípica de la depresión mayor, y Ghaemi et al. (2002) que el mismo se halla dentro del espectro bipolar. En él, aparte del TB tipo 1 y del TB tipo II, estaría el TB tipo III, producido por los antidepresivos, que llevarían a la hipomanía, y el TB tipo IV, que sería el rápido cambio de estado de ánimo (p. ej., en horas). Sin embargo, para Paris (2007) el TB y el TP límite serían dos entidades distintas. En cambio, para Bassett (2012) las semejanzas entre el TP límite y el TB estarían en que la desregulación afectiva es inespecífica, las características atípicas depresivas son más comunes que en el trastorno depresivo mayor, la autolesión es habitual, tienen alta heredabilidad, una

posible base genética conjunta, una reducción de la regulación de la actividad límbica, el tamaño del hipocampo reducido, la actividad de la amígdala incrementada, una reducción del tamaño del cuerpo calloso, baja comorbilidad entre TB y TP límite, traumas significativos a edades tempranas, frecuentes disregulaciones del sueño y posibilidad de que se presenten síntomas psicóticos.

Cuadro 2.8. Diferencias entre el trastorno de personalidad límite y el trastorno bipolar

<i>Característica</i>	<i>TP límite</i>	<i>Trastorno bipolar</i>
Sentido de uno mismo	Alterado	No alterado
Relaciones	Severamente disruptivas	No severamente disruptivas
Historia familiar de trastorno bipolar	Sin historia familiar	Con historia familiar
Sensibilidad al receptor glucocorticoide	Incrementada	Disminuida
Estabilizadores del estado de ánimo	Modestamente efectivos	Muy efectivos
Antipsicóticos atípicos	Modestamente efectivos	Muy efectivos
Déficits cognitivos	Menos severos	Más severos
Disregulación afectiva	Entre ira y depresión	Entre euforia y depresión
Suicidio	Mayor incidencia de intentos de suicidio	Mayor incidencia de completar el suicidio
Ciclado del estado de ánimo	Muy rápido	Menos rápido
Abuso sexual en la infancia	Prominente	No prominente
Pérdida de materia gris	Pérdida limitada	Más pérdida
Pérdida de materia blanca	Pérdida limitada	Más pérdida
Actividad de la ínsula	Alterada	Cambios inciertos
Córtices prefrontales dorso-laterales y dorsomediales	Sin cambios en ellos	Actividad reducida en ellos
Cuneus y giro lingual cerebral mitocondrial	Sin cambios en ellos	Actividad reducida en ellos
Psicosis	Características inespecíficas y a veces persistentes a largo plazo	Más a menudo unidas a estados afectivos y no persistentes a largo plazo

Fuente: adaptado de Bassett (2012).

2.12. Curso del trastorno bipolar

El curso del TB es crónico. Esto significa que, a partir de que una persona tiene un diagnóstico de TB, se va a mantener el resto de su vida con este trastorno, aunque va a pasar por distintas fases, unas agudas y otras sin síntomas (eutímicas). El adecuado manejo del TB hará que la evolución del trastorno sea mejor o peor, más o menos grave, con mayores o menores recaídas, etc., ya que es normal la recaída en episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos en el curso de la enfermedad, a lo largo del tiempo. Dependiendo de la edad de aparición, el individuo tendrá más o menos ciclos de episodios del TB en su vida.

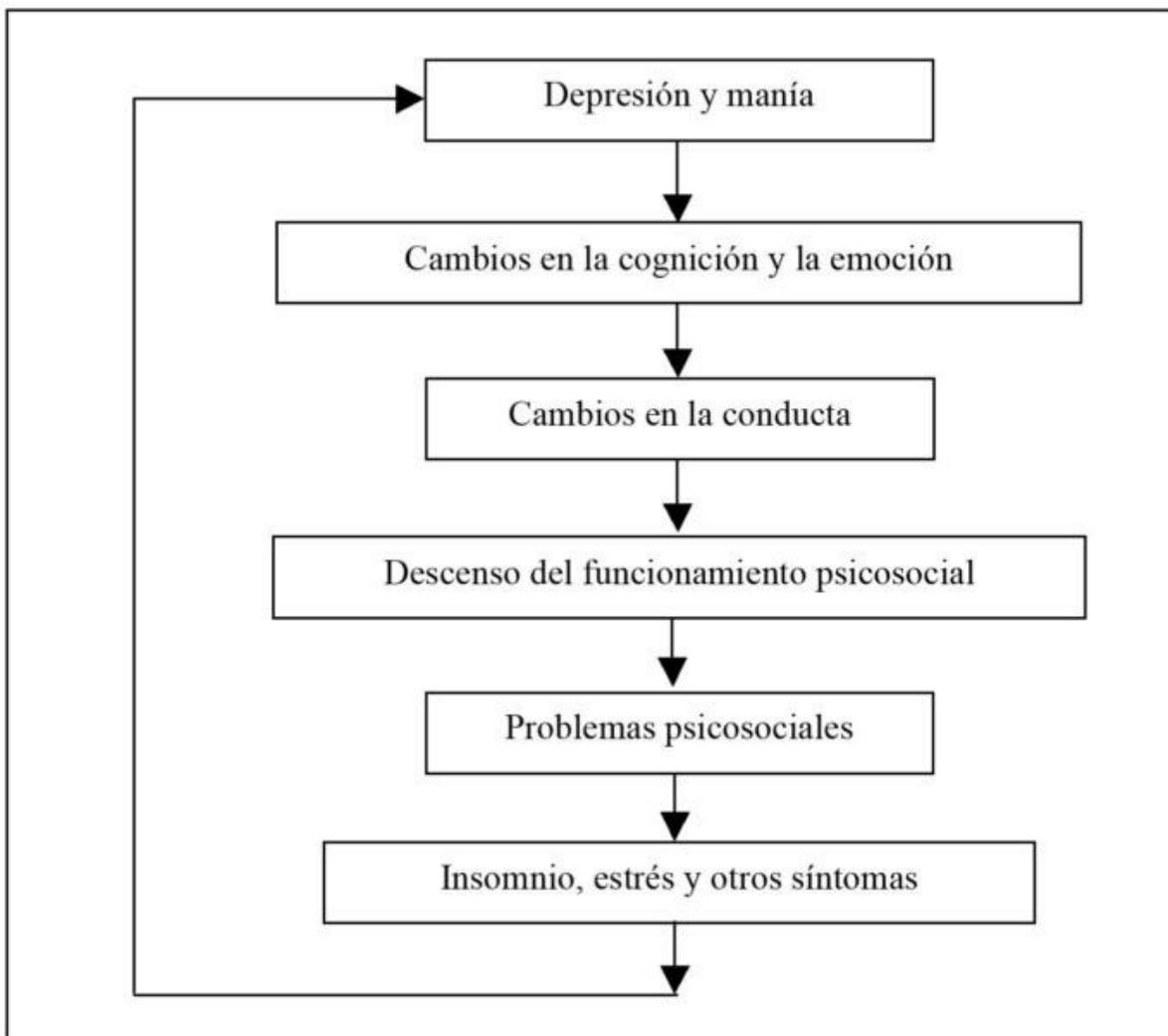


Figura 2.1. Curso del trastorno bipolar (adaptado de Ramírez y Rush, 2005).

El tratamiento de las fases agudas se hará fundamentalmente con medicación. Pero no hay que olvidar que en el tratamiento del TB la persona que lo sufre tiene que aprender a manejar sus distintas fases, así como el reconocimiento de pródromos, para evitar recaídas y poder llevar una vida más normalizada. Para ello, el tratamiento farmacológico debe ir acompañado del psicológico.

Actualmente, un tema de gran importancia es el TB en niños y adolescentes, por la problemática que implica su futuro padecimiento a lo largo de muchas décadas. Debe ser un grupo de especial atención. Aprender a convivir con el TB es de gran importancia en cualquier persona que lo padece, y de modo especial en los niños y adolescentes. Y también es importante que sus familiares sepan que esa persona va a tener muchos cambios en su estado de ánimo, que va a tener comportamientos raros e incomprensibles para ellos, que va a ser difícil la convivencia en muchos casos, que no siempre lo entenderán, etc. (Miklowitz y George, 2008).

Por todo ello, un buen tratamiento es la clave para el buen manejo de este trastorno en sus distintas fases.

2.13. Enfermedades que pueden producir trastorno bipolar

Como ya hemos indicado, sobre todo con el aumento del envejecimiento de la población, ciertas enfermedades pueden producir un TB. El DSM-5 insiste en diferenciar las dolencias que pueden causarlo, como la enfermedad de Cushing, la esclerosis múltiple, el ictus cerebral y el daño cerebral traumático. De ahí que el actual DSM-5 tenga una categoría para ello: la del TB y el trastorno relacionado debido a otra condición médica.

Se indican a continuación las características de estas enfermedades que en ocasiones pueden producir un TB:

a) Enfermedad de Cushing. Ocurre cuando la hipófisis secreta una cantidad

mayor de lo normal de la hormona corticotropina (ACTH), a causa de un tumor o por un crecimiento excesivo de la glándula hipófisis. La corticotropina estimula la producción y secreción de cortisol, una hormona del estrés que controla el uso por parte del organismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas, y también ayuda a reducir la respuesta del sistema inmunitario a la inflamación. La enfermedad de Cushing produce un incremento de peso y obesidad, acné o infecciones de la piel, estrías en la piel del abdomen, los muslos y las mamas, piel delgada con propensión a la formación de hematomas, dolor de espalda y huesos, adelgazamiento de los huesos, lo que lleva a fracturas en las costillas y la columna vertebral, y músculos débiles. En las mujeres se produce un crecimiento excesivo de vello en la cara, el cuello, el pecho, el abdomen y los muslos; el ciclo menstrual se vuelve irregular o cesa. En los hombres disminuye el deseo sexual, aparece impotencia, depresión, ansiedad o cambios en el comportamiento, fatiga, dolor de cabeza, sed y mayor micción. El tratamiento suele consistir en la extirpación quirúrgica del tumor hipofisario. También pueden usarse medicamentos para suspender la producción de cortisol. Si fallan los dos anteriores, puede ser necesario extirpar las glándulas suprarrenales.

b) Esclerosis múltiple. Enfermedad del sistema nervioso que afecta al cerebro y a la médula espinal. Lesiona la vaina de mielina, material que rodea y protege las células nerviosas. La lesión hace más lentos o bloquea los mensajes entre el cerebro y el cuerpo, lo que da lugar a los síntomas de la esclerosis múltiple: alteraciones de la vista, debilidad muscular, problemas con la coordinación y el equilibrio, sensaciones como entumecimiento, picazón o pinchazos y problemas con el pensamiento y la memoria.

No se conoce la causa de la esclerosis múltiple. Puede ser una enfermedad autoinmune, que ocurre cuando el cuerpo se ataca a sí mismo. Afecta más a las mujeres que a los hombres. Suele comenzar entre los 20 y los 40 años. Generalmente, es leve, pero algunas personas pierden la capacidad para escribir, hablar o caminar. No

existe una cura para esta enfermedad, pero ciertos fármacos pueden hacer más lento el proceso y ayudar a controlar los síntomas. La fisioterapia y la terapia ocupacional también pueden ayudar.

c) Ictus cerebral (también conocido como accidente cerebrovascular, infarto cerebral o apoplejía). Se produce cuando se detiene el flujo sanguíneo en el cerebro. En unos minutos las células cerebrales empiezan a morir. Puede ocurrir de forma anormalmente brusca (ictus isquémico), o bien por la hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral (ictus hemorrágico). El más común ocurre cuando un coágulo sanguíneo bloquea o tapona un vaso sanguíneo en el cerebro. El otro tipo es causado por la ruptura de un vaso sanguíneo, que sangra hacia el interior del cerebro. Los síntomas de un derrame cerebral son: entumecimiento o debilidad repentinamente en el rostro, los brazos o las piernas (especialmente de un lado del cuerpo), confusión súbita, dificultad para hablar o entender, problemas repentinamente para ver con uno o ambos ojos, dificultad repentina para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación de los movimientos y dolor de cabeza súbito y severo, sin causa conocida.

d) Traumatismo craneoencefálico. Cada año se produce un gran número de traumatismos craneoencefálicos, por accidentes de tráfico o laborales. Afectan a distintas partes cerebrales (p. ej., neocórtex, estructuras del sistema límbico y lesiones axonales difusas) y producen déficits y discapacidades, como déficits físicos - disminución de la prensión o de las habilidades motoras finas, limitaciones para la deambulación, reducción de la visión o el oído-, y alteraciones cognitivo-conductuales y psicosociales (fallos de memoria, reducción de la atención y concentración, problemas visoespaciales y visomanipulativos, habilidades de razonamiento reducidas y una pobre planificación y capacidad de organización). Los déficits emocionales y psicosociales, como la apatía y falta de iniciativa, la irritabilidad y el bajo control de la impulsividad, la escasa tolerancia a la frustración, una reducida conciencia de las limitaciones, pobres habilidades sociales, etc., son

frecuentes y dificultan el mantenimiento del trabajo diario.

3

Entrevista clínica y evaluación

Como ya hemos visto en los anteriores capítulos, el trastorno bipolar (TB) tiene características bien definidas cuando se presentan los síntomas maníacos, hipomaníacos o depresivos en su cuadro más intenso, pero en muchas ocasiones es difícil evaluar dichos síntomas y conocer si estamos o no ante un TB. Esto ocurre cuando la persona no ha sido previamente diagnosticada de TB. Cuando lo tiene, entonces la evaluación va a ser distinta, porque ya está delimitado el trastorno y el tipo de trastorno que tiene el individuo. En ambos casos se dispone de instrumentos de evaluación, como la entrevista clínica, imprescindible siempre que se vaya a realizar una intervención clínica, como entrevistas clínicas estructuradas, escalas y cuestionarios específicos para evaluar la manía o la depresión, y otras escalas que con frecuencia es necesario aplicar a estas personas para conocer si tienen comorbilidad asociada, lo que suele ser frecuente en este trastorno.

3.1. Entrevista clínica en el trastorno bipolar, ¿qué debemos evaluar?

3.1.1. Primer contacto

La entrevista es el primer contacto que tiene el terapeuta con el cliente. Puede producirse a petición del propio paciente, de su familia, o porque lo remite otro profesional de la salud, con frecuencia el psiquiatra.

Las áreas que hay que cubrir en una entrevista inicial son diversas. Empezaremos con un ejemplo, desarrollado en el cuadro 3.1, que muestra las principales áreas que propone evaluar la guía de la Administración de Veteranos de Estados Unidos (VA/DOD, 2012). En ella se incluyen la comorbilidad psiquiátrica, la comorbilidad médica, los estresores

psicosociales, la medicación que está tomando el paciente, la medicación que ha tomado en el pasado, la adherencia a la medicación, el riesgo de suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas. Como se aprecia, esta evaluación se orienta de modo importante a la parte más biológica o médica.

Los apartados siguientes del texto de este libro mostrarán así mismo la importancia de evaluar otras áreas para poder aplicar un adecuado tratamiento psicológico, complementando al farmacológico, siguiendo aquellos tratamientos que han mostrado ser de mayor ayuda en el caso de este trastorno, en su curso y en la prevención de la recaída del paciente bipolar.

En el primer contacto con el paciente bipolar el objetivo va a ser obtener toda la información que permita conocer su problema, y cómo poder ayudarle como psicólogo clínico. En este contacto, como con cualquier otro paciente, se debe lograr una adecuada relación terapéutica al principio de la entrevista. El terapeuta debe mostrarle claramente su capacidad de ayuda, ser flexible y planificar metas claras por alcanzar. De modo especial, es básico incrementar su motivación para que pueda realizar el tratamiento adecuadamente, lo que va a depender de la fase en la que acuda a tratamiento. No es lo mismo en la fase depresiva que en la maníaca o hipomaníaca. En la primera es más probable que demande tratamiento, pero no tanto en las fases maníacas o hipomaníacas. En muchos casos, la intervención psicológica se realiza en la fase eutímica, cuando no tiene síntomas, para que mejore en su vida cotidiana y para que no recaiga.

Cuando aplicamos una entrevista conductual nos vamos a centrar en conocer los elementos antecedentes que disparan la conducta (p. ej., estresores psicosociales, familiares, laborales, etc.), la topografía de su conducta (sobre todo sus fases depresivas, maníacas o hipomaníacas), las variables del organismo que se relacionan con su problema o problemas, y los consecuentes que le origina su conducta en los distintos contextos (véase Llavona, 2008).

Cuadro 3.1. Información relevante que debemos obtener en la entrevista clínica inicial con el paciente bipolar

<i>Área que se ha de evaluar</i>	<i>¿Qué debemos evaluar?</i>
Comorbilidad médica	Problemas de comorbilidad médica que pueden contribuir a la disregulación del estado de ánimo.
Comorbilidad psiquiátrica	Hay que evaluar y tratar toda la comorbilidad psiquiátrica asociada.
Estresores psicosociales	Los actuales estresores que pueden contribuir a los problemas del estado de ánimo y la adherencia al tratamiento.
Medicación que esté tomando actualmente	Evaluar la frecuencia y dosis de la medicación prescrita, y cualquier otra medicación no prescrita que puede estar tomando el paciente por su cuenta.
Medicación que haya tomado en el pasado	Revisar la respuesta que han tenido las distintas medicaciones que ha tomado en el pasado para estabilizar el estado de ánimo, qué razones lo llevaron a dejar de tomarlas, qué efectos secundarios le producían y si los medicamentos le funcionaban o no.
Adherencia a la medicación	Evaluar si el paciente ha tomado la medicación que le han prescrito en el pasado para su trastorno.
Riesgo de suicidio	Evaluar el riesgo de suicidio, incluyendo la historia familiar, intentos previos de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas.
Consumo de sustancias psicoactivas	Es importante evaluar el consumo de sustancias psicoactivas, porque pueden contribuir o precipitar la recaída. También puede ser la razón que explique la no adherencia al tratamiento, tanto farmacológico, como psicológico.

Fuente: adaptado de VA/DO (2012).

Dentro de la recogida de información va a interesar especialmente el último episodio depresivo o maníaco, y los síntomas que tenga actualmente. No se deben dejar de lado sus episodios previos, pero nos centraremos principalmente en su demanda actual. Dado que un episodio depresivo o un episodio maníaco influyen de modo importante en la vida cotidiana, tendremos que ver cómo incide en su trabajo (o estudios, si es niño o adolescente), en su vida familiar, en si ha tenido o no que coger una baja laboral, en sus amigos, en su ocio y tiempo libre, o en cualquier otro aspecto que sea relevante para la vida del individuo. También va a ser importante centrarnos en la psicopatología frecuentemente asociada al TB, el tratamiento que está recibiendo (habitualmente farmacológico), la valoración de los tratamientos previos y cómo se encuentra ante el nuevo episodio.

Como se insiste siempre, en la evaluación conductual es muy importante ver el grado de motivación y los recursos de los que dispone el paciente. Esto facilitará un mejor o peor tratamiento. Es importante lograr la participación de la pareja, o de la familia, tanto para comprenderlo como para ayudarlo en el nuevo episodio. Dependiendo del tipo de episodio en el que se encuentre, la colaboración será mayor o menor. La familia puede ser un importante aliado para ayudarlo a superar sus problemas.

3.1.2. Episodios depresivos y maníacos

Un problema habitual en la evaluación es que los pacientes no reconocen los episodios maníacos o hipomaníacos. Creen que cuando han tenido ese comportamiento era algo normal. Este tipo de pacientes acuden a tratamiento más cuando tienen episodios depresivos, pero no en los episodios maníacos o hipomaníacos. En estos casos no suelen reconocer el problema y, por ello, no ven la necesidad de pedir ayuda; es en los episodios depresivos cuando se encuentran mal y la reclaman.

Ghaemi et al. (2002), aplicando criterios del DSM-IV, encontraron que había entre un 40% y un 57% de pacientes con TB mal diagnosticados con un diagnóstico de trastorno de depresión mayor unipolar, cuando realmente eran

pacientes bipolares. Por ello, creen que existe un infradiagnóstico del TB, y lo atribuyen a que los clínicos diagnostican mucho mejor el trastorno depresivo mayor que el TB, aparte de que los pacientes indican menos sus síntomas de manía que los de depresión. Además, clínicamente la hipomanía es difícil de diagnosticar. Dado que solo se realiza cuando la misma es "manifiesta", esto la convierte en un término vago y poco fiable. Esto puede llevar a que la manía se diagnostique como hipomanía y la hipomanía como algo normal.

El inadecuado diagnóstico del TB, y un diagnóstico de trastorno depresivo mayor en su lugar, puede llevar a un efecto iatrogénico si a la persona la tratan con antidepresivos, ya que no son el tratamiento de elección para la depresión bipolar y pueden incrementar los episodios maníacos. Igualmente, el ciclado rápido ha aumentado a partir de la introducción de los antidepresivos. Por ello, Ghaemi et al. (2002) concluyen que "los datos de los estudios aleatorizados y naturalísticos apoyan una asociación entre el uso de antidepresivos y el ciclado rápido" (pág. 132).

3.1.3. Estado psicológico y trastornos asociados en el trastorno bipolar

Desde el principio es importante conocer cuál es el estado psicológico del individuo, aparte de su episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo. Como un ejemplo, saber si su nivel de autoestima y de valoración de sí mismo es positivo, negativo o normal. También cómo se ve a sí mismo, si esa visión se relaciona o no con el episodio en el que se encuentra, o con el episodio más reciente que ha padecido, y si otros problemas personales o psicopatológicos le están incidiendo en su situación actual.

Un aspecto de gran relevancia es detectar si tiene otros problemas psicológicos o psicopatológicos asociados al trastorno, como pueden ser los trastornos de ansiedad y de personalidad (p. ej., el límite), si tiene un trastorno de déficit de atención con hiperactividad, si tiene delirios o alucinaciones, etc. Junto a los anteriores es útil evaluar siempre el consumo de sustancias. Hoy sabemos que el consumo de sustancias tiene una alta

comorbilidad en las personas con TB, y que dicho consumo incide negativamente en el curso del trastorno. Además, dado que hay que tratar tanto el TB como los otros trastornos asociados, cuando hay comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias tenemos que aplicar un tratamiento para ambos trastornos, como así se hace en la práctica, e incluso, como veremos en otro capítulo, se han desarrollado protocolos específicos para pacientes bipolares que, al mismo tiempo, tienen problemas con el consumo de sustancias.

En la evaluación del estado psicológico y otros trastornos asociados es importante igualmente descubrir si los mismos son recientes, o los viene arrastrando desde hace tiempo. También, si existe algún factor del pasado que se relacione con los padecimientos actuales. Como ejemplo, hoy se sabe la importante relación del estrés con el TB, como ya comentamos en el primer capítulo. Igualmente, el abuso sexual en la infancia tiene relación con el actual TB, hasta el punto de que este factor es uno de los más estudiados en relación con que aparezca posteriormente la psicopatología.

En relación con el TB en España, Álvarez et al. (2011) encontraron que el 25% de los pacientes bipolares habían recibido tocamientos, fueron acariciados o forzados a tocar o a acariciar en una relación sexual, al menos una vez, cuando eran niños. En otros estudios aparecen cifras iguales o algo menores cuando de niños sufrieron tocamientos o abusaron sexualmente de ellos. Así, en el amplio estudio de Gao et al. (2009), en Estados Unidos, más del 25% de los pacientes con TB de ciclado rápido habían sido víctimas de uno o más episodios de abuso sexual en la infancia. En otros estudios, un 20% de los pacientes bipolares fueron severamente asaltados sexualmente o sufrieron abusos por parte de un adulto (Gamo et al., 2005). Lo que sí se constata es que el abuso sexual es, aproximadamente, el mismo en ambos sexos, o ligeramente superior en las mujeres. El porcentaje de abuso sexual en la infancia que se encuentra en los pacientes bipolares es similar al que se encuentra en personas con otros trastornos psiquiátricos (Maniglio, 2013). Esto no es extraño, dado que el abuso sexual es un factor de riesgo para tener psicopatologías posteriores.

Por ello, en el TB es importante evaluar si se ha sufrido abusos sexuales en la infancia, y tratar esta experiencia traumática dentro del tratamiento del TB. En algunos casos, este abuso puede hallarse en el inicio del TB o en el mantenimiento del mismo. Lo anterior es muy importante si el paciente bipolar es un niño o un adolescente. En este caso hay que intervenir especialmente sobre el abuso, para poder discriminar el riesgo de revictimización. Ello exige disminuir los factores de riesgo ambientales, familiares e individuales para evitar esa revictimización.

Se ha formulado la hipótesis de que el abuso sexual en la infancia puede producir síntomas maníacos, como hipersexualidad o euforia, síntomas que pueden ser vistos como estrategias de afrontamiento evitativo emocional. Es decir, como estrategias conductuales empleadas para, temporalmente, evitar o reducir los estados internos dolorosos relacionados con el abuso (tales como sentimientos, pensamientos, memorias o afectos negativos), mediante la búsqueda de experiencias más placenteras. Se ha sugerido también que el abuso infantil puede inducir una cascada de eventos neurobiológicos que pueden producir una sensibilización persistente de los circuitos del sistema nervioso central, y motivar cambios en la estructura o función cerebral. Estos efectos neurobiológicos, además, pueden proporcionar el sustrato a través del cual el niño con abuso sexual puede incrementar el riesgo de desarrollar el TB (Maniglio, 2013). También se ha sugerido que otro mecanismo por el que el abuso sexual en la infancia puede contribuir al TB es a través del desarrollo de estilos cognitivos negativos (Alloy et al., 2006).

3.1.4. Habilidades de afrontamiento que posee

Una persona con adecuadas habilidades de afrontamiento va a poder abordar los distintos problemas personales, familiares y psicopatológicos más eficazmente que otra que no las tenga. Algunas de estas habilidades son de tipo personal, como ser asertivo, tener una visión positiva de sí mismo, sentirse valioso y útil, tener habilidades manipulativas o laborales concretas, tener una visión positiva de la vida, conocer su trastorno y cómo convivir con él, tener ritmos de sueño-vigilia y otro tipo de ritmos sociales adecuados, etc.

Otras habilidades útiles a nivel familiar también son importantes, como saber comunicarse, saber negociar cuando hay problemas en la pareja o con los hijos, no ser rígido ante situaciones estresantes de tipo familiar, tener habilidades de solución de problemas, ser flexible ante situaciones nuevas e inesperadas, conseguir el apoyo de otros miembros de su familia, etc. A nivel laboral es importante que tenga trabajo, que este le satisfaga, que tenga habilidades en el mismo, o que esté adaptado al estatus de incapacidad, baja laboral o jubilación (p. ej., ser pensionista o tener una incapacidad laboral). Y, en el área del ocio y tiempo libre, que tenga aficiones, que pueda ocupar el tiempo libre, que sus recursos de ocio sean saludables (p. ej., pasear) y no insalubres (p. ej., beber abusivamente con los amigos), etc.

3.1.5. Estresores psicosociales

Como ya indicamos, los estresores psicosociales son un elemento negativo para el curso del trastorno, y causa de la recaída en distintas ocasiones. Por ello tenemos que evaluar detenidamente todos los posibles estresores psicosociales que puedan influir en la persona con un TB, entre ellos, primeramente, los conflictos personales (con su pareja, familia o hijos, con sus amigos, con personas del trabajo, con vecinos, con otras personas). En ocasiones, los conflictos se deben al propio curso del trastorno, y saber manejarlos adecuadamente va a ser muy importante; pero hay que evaluarlos bien desde el principio.

Un importante estresor en los pacientes bipolares procede de la relación con su pareja, con sus hijos y con su familia, que a veces no entienden su comportamiento. Conforme pasa el tiempo los conflictos se pueden ir agravando, ya que en ocasiones les cuesta entender por qué unas semanas o meses está bien y otras no. Se mezcla el desarrollo de la vida cotidiana con el curso en paralelo del trastorno bipolar. El índice de separaciones y divorcios es mayor que en la población normal, y cuando ocurre añade más estrés al individuo, una visión más negativa de sí mismo, del mundo y de los demás. Por ello, conocer el estado civil, sus parejas, hijos, familia y relaciones con ellos es importante en cada momento de la evaluación.

Otra fuente de estresores psicosociales se origina en el campo laboral. Con frecuencia tiene problemas en el trabajo en las fases activas de los episodios del TB, aunque también pueden seguir los problemas en la fase eutímica. Si la persona es un profesional autónomo, un agricultor, tiene una empresa familiar o está empleada en una empresa familiar, el conflicto se extenderá a la pareja y a la familia. En caso de estar empleado en una empresa tiene riesgo de despido si su conducta es errática, rara, extraña, exagerada, etc. O puede irse del trabajo porque en su fase maníaca cree que vale para más de lo que está haciendo en su puesto laboral.

Otro importante estresor psicosocial es el relacionado con los problemas financieros. Por el propio curso del trastorno, en ocasiones los comportamientos no son racionales a nivel económico o en el manejo de las finanzas (p. ej., compras excesivas de cosas, juego excesivo, riesgos económicos exagerados, etc.). Si a ello se une no tener trabajo, el despido o disponer de poco dinero, entonces el nivel de frustración, estrés y malestar será mayor.

Las enfermedades físicas, producidas por la evolución del TB (p. ej., síndrome metabólico) o porque realmente las tiene de modo independiente (p. ej., un trastorno cardiovascular), son otra fuente de estrés, ya que en este caso se une su TB con otra enfermedad física.

Será útil realizar una adecuada evaluación de todos los tipos de estrés que pueda tener el individuo, porque va a ser uno de los pilares de la posterior intervención psicológica.

3.1.6. Relaciones con la pareja

Hay que evaluar si la persona con TB tiene pareja, y cómo es su relación con ella, así como si ha tenido otras parejas y cómo han sido esas relaciones, especialmente si han surgido conflictos domésticos.

Esta evaluación permitirá conocer el estatus actual sobre la pareja, y cómo han sido las relaciones previas. También cómo es la relación con los hijos, si

los tuviere, y con los suegros y padres, si es estable la relación, si hay conflictos con ellos, etc.

Es importante detectar cuál es la actitud de su pareja ante su enfermedad. También cómo repercute el trastorno en su vida conyugal, en su sexualidad y en sus expectativas como pareja. Es conveniente, en la evaluación, o en el propio tratamiento, poder contactar con la pareja para implicarla en la puesta en práctica del tratamiento psicológico. La colaboración de la pareja es siempre importante en el tratamiento de una persona con TB.

Si tiene hijos es importante conocer su nivel de estabilidad emocional, los posibles trastornos psicopatológicos que puedan tener, el rendimiento en la escuela, las relaciones con sus amigos, etc.

3.1.7. Relaciones familiares

Nos referimos aquí a las relaciones familiares distintas a las de la pareja, como puede ser el tipo de relación que tiene, si es que la tiene, con sus padres, suegros, primos, tíos u otra familia. La familia extensa sigue teniendo una gran importancia en nuestro medio. De ahí la necesidad de su evaluación. Puede ser una fuente de ayuda o una fuente de estrés, conflicto o malestar, por lo que es vital saber cuál es su relación con todos sus elementos, para lograr su ayuda, cuando sea posible, o neutralizar los efectos negativos que inciden en el individuo.

Igual que la pareja, con la que contaremos de modo importante desde el principio, si fuera posible, su madre o su padre, los hermanos, otros familiares e incluso los amigos nos pueden ser de gran ayuda en todo el curso del trastorno, y debemos tenerlos siempre en cuenta por si podemos conseguir su colaboración.

3.1.8. Relaciones con amigos, conocidos y personas del trabajo

Es importante recoger datos de las personas cercanas al paciente bipolar, como sus amigos más cercanos, conocidos con los que se relaciona

habitualmente y compañeros de trabajo, si es que trabaja. En ocasiones, pueden proporcionar una fuente importante de información y de ayuda.

Hay que fijarse, sobre todo, en aquellas personas que hayan tenido una relación continuada con el paciente durante varios años. Así podremos conocer mejor la evolución del trastorno, tanto por lo que nos dice el propio paciente como por la información proporcionada por esas personas que han convivido con él durante años. También pueden ser de gran ayuda para el tratamiento si podemos contar con ellos.

Este proceso cíclico, con altos y bajos, con episodios de hipomanía o manía y episodios depresivos, requiere conocer quién le puede ayudar en una u otra fase, para mantener al máximo su nivel de estabilidad. El terapeuta, como las personas de su entorno, tendrán que ayudarlo a que tenga ritmos sociales más estables. Se trata de un aspecto central del tratamiento, como veremos en otro capítulo.

3.1.9. Situación laboral (o escolar)

Conocer la situación laboral es de gran importancia en este trastorno. Puede ser la relacionada con el trabajo (o tener una pensión) o con los estudios, en el caso de los niños, adolescentes o Jóvenes. Con frecuencia, en nuestro medio una parte importante de las personas con TB son pensionistas, o tienen una incapacidad debido a su trastorno.

Cuando trabajan debemos conocer su tipo de ocupación, sus horarios, si tiene turnos con cambios de horario, el nivel de satisfacción con su trabajo, si ha tenido algún tipo de problema laboral, cuántos años lleva en el mismo, cambios de trabajos, a qué distancia está de su casa, cómo va al mismo, horarios, trabajos anteriores que haya desempeñado, etc.

Información también importante es saber si en su trabajo conocen su trastorno (jefe y compañeros), cómo reaccionan ante ello (si lo conocen), el número de bajas laborales que ha tenido en el último año y sus causas, cómo actúa en el trabajo en las fases maníacas, hipomaníacas y depresivas, y

cualquier otro aspecto que se considere relevante en este terreno.

3.1.10. Área social

Muchas personas con TB se sienten estigmatizadas o son estigmatizadas por otros miembros de su familia, por sus amigos, conocidos y a nivel laboral. Los cambios de humor son desagradables para las personas de su entorno, y muchas de esas personas desconocen el curso de ciertos trastornos psicopatológicos propios de esta enfermedad. Todo ello lleva con frecuencia a que las personas con TB se resientan a nivel social, se sientan marginadas, o pierdan amistades. Esto las puede llevar a sentirse peor en el episodio depresivo, y a intentar buscar amigos casi compulsivamente en el episodio maníaco. Estos cambios de humor no son entendidos por muchas personas de su entorno.

En la evaluación inicial, como a lo largo de todo el tratamiento, nos interesa delimitar el área social, para poder intervenir sobre ella. El paciente debe aprender a regular esa faceta tan importante de su vida. Por ejemplo, es importante para un paciente bipolar al que le guste mucho el fútbol acudir a los partidos de su equipo favorito cuando juega en casa, pero debe controlar sus salidas para ver a su equipo cuando juega fuera, porque corre el riesgo de descontrolar con ello sus horas de sueño y su nivel de activación. Lo debe tener en cuenta tanto en las fases activas como en las fases eutímicas, en las que también debe organizar su vida para que la misma tenga "regularidades". Lo puede conseguir por sí mismo, pero las personas del entorno le pueden ayudar en su esfuerzo.

3.1.11. Ocio y tiempo libre

Las personas dedicamos una parte considerable de nuestro tiempo diario y semanal al ocio y el tiempo libre. En las personas con TB es importante conocer cómo organizan su ocio y tiempo libre, a qué lo dedican, si el mismo favorece o no el curso del trastorno, si está organizado en torno a su familia, pareja o amigos, qué aficiones concretas tiene (p. ej., ver la televisión, acudir

a los partidos de fútbol de su equipo local, ir a bailar, etc.), qué ocurre en el ocio y tiempo libre en la fase maníaca o depresiva, etc.

La gestión adecuada de este tiempo y actividades va a ser importante para una buena evolución del trastorno. Es, por tanto, un área clave que hay que evaluar, por su relevancia, para tenerla en cuenta en el tratamiento.

3.1.12. Ideación suicida y riesgo de suicidio

Las ideas suicidas o los intentos de suicidio son uno de los riesgos más importantes en un paciente con depresión o con un TB. Los intentos de suicidio se incrementan conforme existen más factores de riesgo para cometerlo. El predictor más importante del riesgo de suicidio actual es cuando se han producido intentos de suicidio previos, pero no hay que olvidar que muchas personas lo consiguen al primer intento. Por ello, hay que tener en cuenta todos los factores de riesgo para el suicidio que se conocen en el paciente bipolar. La guía VA/DOD (2010) considera tres tipos de factores de riesgo:

- 1.El primero son los factores de riesgo estáticos, entre los que se incluye la presencia de otros trastornos psiquiátricos, enfermedad médica severa, historia previa de intento de suicidio, impulsividad, historia de pobre adaptación al estrés de la vida (incluyendo historia de trauma o abuso), ser varón (las mujeres lo intentan más, pero el 75% de los varones lo completan realmente), edad avanzada (sobre todo a partir de los 60 años) e historia familiar de suicidio.
- 2.El segundo tipo de factores de riesgo son los dinámicos, como el abuso de sustancias (incluyendo la nicotina), medios disponibles para poder completar el suicidio y problemas psicosociales, como una separación reciente, un divorcio, el nacimiento de un hijo, la pérdida del trabajo, el retiro y otros eventos vitales negativos.
- 3.El tercero son los sociales y ambientales, entre ellos la carencia de apoyo social y el incremento del aislamiento, el fácil acceso a medios

para matarse (p. ej., armas, medicación letal, veneno), otros suicidios locales que llevan a una influencia contagiosa, dificultades legales o encarcelamiento, barreras para acceder al sistema sanitario (especialmente al tratamiento de los problemas de salud mental y el abuso de sustancias), creencias culturales y religiosas, exposición a los medios de comunicación y otras influencias de personas que se suicidaron.

Por el lado contrario, se consideran como factores de protección el sentido de responsabilidad hacia la familia, la satisfacción con la vida, el apoyo social, tener habilidades de afrontamiento y de solución de problemas, buena relación terapéutica y fe religiosa, que reafirma la vida.

La guía VA/DOD (2012) sugiere que la evaluación básica para la ideación suicida o para el intento de suicidio en el paciente bipolar debe incluir:

1. Determinar la presencia o ausencia de delirium, psicosis o depresión.
2. Elicitar las afirmaciones de la persona sobre su suicidabilidad.
3. Elicitar las ideas de la persona sobre lo que le puede ayudar a atenuar o a eliminar su ideación suicida o su intento de suicidio.
4. Identificar el contacto que pueda hacer con otras personas cuando sea posible.
5. Elicitar el riesgo de suicidio haciéndole preguntas como:
 - a) ¿Estás descontento con tu condición, situación, vida u otros aspectos?
 - b) ¿Hay veces en las que piensas sobre tu situación y sientes ganas de gritar? Y durante esas veces:
 - ¿Qué tipo de pensamientos pasan por tu cabeza?

- ¿Siempre sientes que si la situación no cambia tu vida no tiene sentido?
- ¿Has pensado en acabar con tu vida?
- ¿Has llegado a un punto en el que has planeado un plan específico para acabar con tu vida?
- ¿Tienes disponibles los elementos necesarios para completar el plan?
- ¿Cuán fuerte es tu intención de hacerlo?
- ¿Puedes resistir el impulso de hacerlo?
- ¿Tienes a ser impulsivo?
- ¿Has ensayado alguna vez cómo podrías matarte?

3.1.13. Riesgo de conductas violentas

En un estudio realizado en Corea del Sur (Yoon et al., 2012) con 219 personas con TB tipo 1 que acudieron al psiquiatra forense para evaluar si su delito se relacionaba o no con su dolencia, encontraron que el 86,8% fueron detenidas cuando se hallaban en fase maníaca, y el 13,2% restante en fase depresiva. En el grupo maníaco los delitos eran violentos (45,3%), otros delitos (35,8%) u homicidios (18,9%). En cambio, en el segundo grupo el delito más común era el homicidio (89,7%), seguido de los delitos violentos (6,9%) y otros delitos (3,4%). Estos resultados indican que, en esta muestra, los pacientes bipolares eran más violentos en la fase maníaca que en la depresiva, pero también que los pacientes con TB tipo 1 registraban casi cuatro veces más episodios depresivos que maníacos. También demostraron que el riesgo de conductas violentas se incrementaba cuando consumían sustancias psicoactivas.

En el estudio de Fazel et al. (2010) compararon a 314 personas suecas con

TB y 1.312 personas de la población general como controles para analizar los delitos cometidos por unos y otros a lo largo de once años. Encontraron que el 8,4% de los pacientes bipolares habían cometido algún delito, mientras que en la población general el porcentaje era del 3,5%. El riesgo en los pacientes bipolares aparecía cuando abusaban de sustancias (OR = 6,4 cuando abusaban de sustancias, respecto a OR = 1,3 cuando no lo hacían).

Los estudios anteriores indican la necesidad de evaluar rutinariamente el riesgo de violencia en los pacientes bipolares, especialmente en los que abusan de sustancias.

Evaluar el riesgo de conductas violentas va a ir en paralelo a la evaluación de la conducta suicida. Cuando el paciente bipolar es una persona agresiva esto incide negativamente en su tratamiento, ya que no suele colaborar en el mismo. Si así ocurre, hay que evaluar si tal comportamiento violento no se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas.

La guía VA/DOC (2010) indica que se han identificado varios factores que se deben evaluar cuando se sospecha o cuando existe una conducta violenta en el paciente bipolar. Factores como la historia de violencia previa, el objetivo del individuo (un factor particular con el delirio de celos, delirio erotomaniaco e ideación paranoide), el trastorno psiquiátrico grave, los problemas psicosociales (separación, divorcio, pérdida de trabajo, retiro, vivir solo), la historia familiar de intentos previos de suicidio, el abuso de sustancias psicoactivas, la impulsividad, los insultos y la hostilidad, la historia de pobre adaptación al estrés vital, y el hecho de ser varón.

3.1.14. Problemas de sueño y ritmos sociales inadecuados

Los trastornos de sueño suelen ser un importante problema en el TB, muy claro en la fase maníaca o hipomaníaca. Todo ello exige evaluar adecuadamente el patrón actual de sueño, el patrón habitual de sueño y los cambios experimentados en las últimas semanas, si han ocurrido.

Pero no solo el ritmo sueño-vigilia es importante. También lo son otros

ritmos, como la hora de levantarse, de comer, de cenar, de salir a divertirse, de ver la televisión o escuchar la radio, etc. Una de las características del TB, sobre todo en la fase maníaca, es la ruptura de los ritmos circadianos, lo que causa un gran impacto en el individuo y en las personas que lo rodean. De ahí que tengamos que conocer bien este aspecto para intervenir sobre el mismo, en muchos casos de modo inmediato.

3.1.15. Enfermedades físicas que padece

Cuando ya está establecido el TB, la persona tiene mayor riesgo de padecer distintas enfermedades relacionadas con el consumo de los psicofármacos, como ocurre especialmente con el síndrome metabólico y con los problemas cardiovasculares. Pero también pueden aparecer otras, debido a la vida sedentaria, a tener pobres hábitos de cuidado de su salud, a hábitos tóxicos, a una mala alimentación, etc. Además, pueden surgir otras enfermedades independientes, que pueden complicar la evolución del TB o de las fases activas del mismo. También es frecuente que padezcan otras enfermedades físicas debido a la comorbilidad que tiene el TB con otros trastornos psicopatológicos (p. ej., VIH por ser consumidor de sustancias psicoactivas).

El tener enfermedades físicas complica el pronóstico, y de ahí la relevancia de su evaluación desde el inicio y para el diseño del tratamiento.

3.1.16. Conciencia de trastorno o enfermedad

Muchas personas con trastornos mentales no asumen que tienen una alteración o una enfermedad que, en algunas ocasiones, es crónica, como ocurre con el TB. Por ello, precisamos conocer cómo conceptualiza la persona su TB cuando ya sabe que lo tiene. Pero puede que no conozca que lo tiene ni sepa en qué consiste, y en este caso tendremos que explicárselo y darle a conocer cómo va a evolucionar en el futuro. Pero cuando ya sabe que tiene un TB es relevante detectar posibles creencias irracionales sobre el mismo, como "me voy a curar", "es algo pasajero", "puedo controlar lo que me pasa", etc. La psicoeducación, el conocimiento del trastorno y otras

estrategias informativas serán relevantes dentro del tratamiento.

3.1.17. Medicación que está tomando

Lo habitual en este trastorno es seguir un tratamiento combinado de tipo psicofarmacológico y psicológico, en las fases en las que es posible llevar a cabo este último (suele ser en la fase depresiva o eutímica del trastorno). Por ello, tenemos que conocer qué psicofármacos está tomando, sobre todo tipos y dosis, dado que en el posterior trabajo terapéutico que se vaya a realizar los psicofármacos pueden o no estar interfiriendo, o van a hacer que vaya más lento el trabajo terapéutico. Dado que los psicofármacos son esenciales en las distintas fases del TB, y siguen siendo relevantes en el mantenimiento, debe existir una buena coordinación entre el psicólogo clínico y el psiquiatra, para comentar la evolución del paciente, indicarle cambios en los síntomas de sus episodios (por si el psiquiatra tiene que aumentar o disminuir la medicación, o hacer algún cambio en la misma), o remitirle al mismo cuando hay pródromos u otras conductas que exijan un ajuste de la medicación si lo considera necesario el psiquiatra.

3.2. Entrevistas clínicas

Son varias las entrevistas clínicas de las que disponemos para realizar un diagnóstico fiable del TB, siguiendo los criterios al uso actualmente, como el CIE-10 y el DSM-IV-TR. Para el DSM-5, por haberse publicado recientemente (2013), no disponemos todavía de entrevistas clínicas. Deben ser realizadas por un clínico entrenado (psiquiatra o psicólogo clínico), y así llegaremos a un diagnóstico psiquiátrico. A continuación describimos brevemente las más relevantes e importantes que se utilizan, aunque también existan otras.

- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I). La entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I (First et al., 1998a) está dirigida a establecer los diagnósticos más importantes del eje I según criterios DSM-IV. Es la principal entrevista de

que disponemos para evaluar de un modo estructurado los criterios diagnósticos del DSM-IV. Tiene que ser realizada por un clínico experimentado, ya que está diseñada para hacer diagnósticos clínicos.

- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del MM-IV (SCID-II). La entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje II (First et al., 1998b) es la versión para diagnosticar los trastornos de personalidad según los criterios del DSM-IV.
- Entrevista CIDI del CIE-10 (Composite International Diagnostic Interview, CIDI). Esta entrevista permite hacer los diagnósticos de modo estructurado de las categorías del CIE-10. Tiene que ser aplicada por un clínico experimentado.
- Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad, IPDE (Loranger, 1988). Se trata de un instrumento diagnóstico basado en una entrevista clínica semiestructurada, que además es compatible con los criterios de valoración CIE-10 y DSM-IV. Consta de un cuestionario (autoadministrado) de screening de 77 ítems, en el caso del módulo DSM-IV, y de 59 ítems para el módulo CIE-10, con respuestas dicotómicas (verdadero/falso) que tienen como fin detectar los posibles casos positivos para la posterior entrevista clínica.

3.3. Escalas y cuestionarios para evaluar la depresión y la manía

Existe un gran número de escalas para evaluar la depresión y la manía (Vázquez y Jiménez, 2003). A continuación indicamos algunas de las más relevantes y más utilizadas en la clínica o en la investigación.

3.3.1. Evaluación de la depresión

- Inventario de Depresión de Beck et al., BDI-II (1996). El BDI-II es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la presencia de sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems, con cuatro alternativas de respuesta, puntuadas de 0 a 3. Cada ítem indica un síntoma de depresión, y

las alternativas de respuesta están ordenadas de menor a mayor gravedad del síntoma, siendo 0 ausencia de síntoma y 3 una presencia muy intensa. El punto de corte varía en distintos estudios entre 19 y 21, cuando se dicotomiza el cuestionario, aunque se han sugerido otros puntos de corte cuando consideramos niveles de gravedad de la depresión (p. ej., 20 o más para la depresión moderada en la versión española, Sanz, 2013).

La versión española del BDI-II muestra una consistencia interna de 0,89 en población universitaria, y de 0,91 en pacientes ambulatorios. Su estructura factorial indica una dimensión general de depresión con dos dimensiones sintomáticas: cognitivo-afectiva y somáticomotivacional.

- Cuestionario de Evaluación de Sintomatología Depresiva, CES-D (Radloff, 1977). Se trata de una escala autoadministrada que evalúa la presencia de síntomas depresivos. Consta de 20 ítems con cuatro alternativas de respuesta, desde "raramente o ninguna vez (menos de un día)" hasta "la mayor parte del tiempo o todo el tiempo (5-7 días)". La persona debe indicar con qué frecuencia se ha sentido de la manera como indican los ítems durante la última semana. Por convención, una puntuación de 16 se considera "clínicamente significativa". Muñoz et al. (2002) señalan que su consistencia interna oscila entre 0,85 y 0,90, y su fiabilidad test-retest entre 0,51 y 0,67. En cuanto a su validez, el CES-D presenta una correlación entre 0,73 y 0,89 con la subescala de depresión del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90).
- Escala de Depresión de Hamilton, HDRS (Hamilton, 1967, 1987). Es una de las escalas más utilizadas para evaluar la sintomatología depresiva, y la que se viene usando en los ensayos clínicos en el tratamiento de la depresión, de ahí su relevancia. Consta en su versión más actual de 17 ítems, que evalúan la gravedad de los síntomas durante la pasada semana. El rango de la escala va de 0 a 52. Se han usado distintos puntos de corte para la misma, que están en distintos estudios en 18-24 para depresión moderada, y 25-52 para depresión grave. Su fiabilidad se halla en torno a 0,90.

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD, Zigmon y Snaith, 1983) consta de 14 ítems, 7 para la depresión y 7 para la ansiedad. Está dirigida a pacientes hospitalizados con problemas médicos no psiquiátricos. Es un instrumento ideal para el screening por ser sencilla, tener pocos ítems y evaluar tanto la ansiedad como la depresión. Su fiabilidad está en torno a 0,80.
- Otras escalas. Existe un amplio número de otras escalas para evaluar la sintomatología depresiva, como escalas específicas (p. ej., Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung; Escala de Evaluación de Carroll, etc.) u otras que están en cuestionarios más amplios, como el MMPI-2, el SCL-90-R, el MCIM-III, etc.

3.3.2. Evaluación de la manía y la hipomanía

- Escala del Estado Maníaco (Manía State Rating Scale, MSE, Beigel et al., 1972). Está compuesta por 26 ítems que evalúan por separado la frecuencia y la gravedad de cada síntoma. Se elaboró para que fuera usada como una escala de observación hospitalaria. Con posterioridad se elaboró otra escala, la Escala de Evaluación del Estado Maníaco Modificado (Blackburn et al., 1977), que incluyó 5 ítems adicionales, aunque solo evalúa la gravedad de los síntomas. Se puede aplicar como una escala sin necesidad de observación, como la anterior. Su fiabilidad está en tomo a 0,90.
- Escala de Evaluación de la Manía de Young (Young Manía Rating Scale, YMRS; Young et al., 1978). Es una de las más utilizadas para evaluar la severidad de los síntomas maníacos. Consta de 11 ítems. Se ha elaborado basándose en la observación clínica, y en procedimientos no estructurados para detectar síntomas que no son fácilmente observables. Tiene una alta fiabilidad, sobre 0,90.
- Escala de Evaluación de la Manía de Bech-Rafaelsen (Manía Rating Scale, Bech et al., 1978). Consta de 11 ítems que evalúan la gravedad de cada uno de ellos a través de una escala que va desde 0 (ausencia), hasta 4

(grave o extremo). Su fiabilidad oscila de 0,70 a 0,90, según distintos estudios.

- Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo (Mood Disorder Questionnaire, MDQ, Hirschfeld et al., 2000). Evalúa la manía y la hipomanía a lo largo de la vida, a través de 13 ítems dicotómicos (sí/no). Los ítems se basan en los criterios del DSM-IV.
- Escala Diagnóstica del Espectro Bipolar (Ghaemi et al., 2005). Diseñada para el diagnóstico del TB tipo II y del TB no clasificado en otros apartados. Tiene dos partes. La primera, de 19 ítems, incluye los distintos síntomas del TB. La segunda, una pregunta de elección múltiple en la que deben indicar lo que los describe a ellos.

Se ha encontrado que el uso conjunto de esta escala y del Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo (MDQ) resulta muy útil para detectar el TB entre pacientes con episodios depresivos recurrentes (Ghaemi et al., 2005; Hirschfeld et al., 2000; Lee et al., 2012). Igualmente, este cuestionario, junto con el MDQ, se ha utilizado en distintos países. En algunos se ha encontrado que el MDQ tiene buena sensibilidad, pero mala especificidad (Leao y del Porto et al., 2012).

Se dispone de otro amplio número de escalas para evaluar la manía, como la Hypomania Symptom checklist de Angst, HCI-32-R, el Bipolar Inventory Symptoms Scale, Screening Assessment of Depression Polarity, Hypomania Checklist, etc.

3.4. Escalas y cuestionarios para evaluar otros aspectos psicopatológicos

Disponemos de un gran número de escalas y cuestionarios para evaluar distintos aspectos psicopatológicos asociados al TB. También disponemos de distintos instrumentos de screening. Tanto en un caso, como en otro, lo que conseguimos es detectar probables problemas psicopatológicos, que comprobaremos, llegado el caso, con una entrevista clínica o veremos si cumplen los criterios clínicos del trastorno.

- Evaluación General del Alcoholismo Crónico (CAGE; Mayfield et al., 1974, validación española de Rodríguez-Martos et al., 1986). Es un instrumento de cribado que permite detectar pacientes con posible dependencia del alcohol. Consta de cuatro preguntas con formato de respuesta dicotómica (sí, no) que han mostrado amplia especificidad (100%, o cerca) y un valor predictivo del 93% (San y Torrens, 1994). Es muy utilizado en atención primaria para el screening del alcoholismo por su brevedad (cuatro ítems), pero se deben intercalar las preguntas dentro de una entrevista más amplia, para evitar que la persona ponga en marcha resistencias a reconocer el problema.
- Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol, AUDIT (Saunders et al., 1993). Tiene como objetivo fundamental detectar el consumo perjudicial de alcohol durante el último año. Es un cuestionario autoadministrado de 10 ítems, con varias opciones de respuesta por ítem. Se considera un "consumo de riesgo" para 8 puntos en el hombre, y 7 en la mujer. A partir de 20 puntos podemos sospechar la existencia de dependencia alcohólica. En los estudios realizados, la consistencia interna oscila entre 0,80 y 0,88.
- Inventario Ansiedad Rasgo-Estado, STAI (Spielberger et al., 1971). Se trata de un instrumento autoaplicado para poder evaluar cómo se siente la persona en el momento concreto en el que está cumplimentando el cuestionario (ansiedad-estado) y cómo se siente en general (ansiedad-rasgo). Consta de dos subescalas (rasgo y estado) de 20 ítems cada una. Tiene una alta consistencia interna, y la fiabilidad es de 0,90 o superior; la estabilidad de la escala se halla entre 0,73 y 0,86 con el método test-retest.
- Cuestionario de 90 Síntomas, versión revisada, SCL-90-R (Derogatis, 2002). Es un instrumento para evaluar el malestar subjetivo de la persona, pero sin hacer una valoración diagnóstica. Permite conocer la existencia de determinados síntomas durante la última semana, y la intensidad de los mismos. Se requieren unos 15 minutos para su cumplimentación y se dispone de datos normativos españoles, tanto para población clínica como para población normal (González de Rivera, 2002). El cuestionario es un

listado de 90 síntomas para medir el malestar, a través de 9 dimensiones sintomatológicas primarias: somatización, obsesividad-compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Aparte, incluye siete dimensiones adicionales que constan de un ítem cada una (pérdida del apetito, aumento del apetito, insomnio de conciliación, alteraciones en el mantenimiento del sueño, despertar prematuro, sentimientos de culpa y pensamientos de muerte). También incluye tres índices globales:

1. Índice Global de Gravedad o Severidad/Índice General Sintomático (IGS).
2. Total de Síntomas Positivos (TSP).
3. Índice de Distress de Síntomas Positivos o Índice de Malestar (IM).

El análisis de estos tres índices es uno de los aspectos más valorados de este cuestionario, ya que indican de forma general el malestar que tiene el individuo. La fiabilidad es buena, entre 0,79 y 0,90.

- MMPI-2-RF. Este inventario usa parte de las escalas del MMPI-2 junto a otras nuevas escalas que se han elaborado para el mismo, con un uso orientado para la clínica (Ben-Porath y Tellegen, 2009). Consta de 338 ítems que dan puntuaciones en 50 escalas, 8 de validez y 42 sobre distintas facetas. Estas abarcan 9 escalas clínicas reestructuradas (p. ej., desmoralización, desconfianza, conducta antisocial, ideas persecutorias, activación hipomaniaca, etc.), 23 escalas de problemas específicos (p. ej., malestar general, quejas neurológicas, ideación suicida, indefensión/desesperanza, ansiedad, propensión a la ira, abuso de sustancias, agresión, problemas familiares, etc.), 5 escalas de personalidad psicopatológica (agresividad, psicoticismo, falta de control, emocionalidad negativa/neuroticismo e introversión/escasa emocionalidad positiva), 2 escalas de intereses (interés estético-literario e interés mecánico-físico) y 3 escalas de segundo orden (alteraciones emocionales e internalizadas, alteraciones del pensamiento y alteraciones del comportamiento

externalizadas). Este inventario es útil para establecer un perfil amplio del paciente, y detectar con él distintos problemas personales y psicopatológicos.

3.5. Pruebas biológicas

Son varias las pruebas biológicas que se consideran importantes en las personas con TB, por el impacto de la medicación y sus efectos en distintos órganos biológicos (p. ej., cuando están tomando litio para evaluar la concentración de litio). Se pueden ver las más importantes en Grupo de Trabajo (2012).

3.6. Evaluación conductual, análisis funcional, formulación del caso y plan de tratamiento

Para un psicólogo es de gran relevancia realizar la evaluación conductual del problema o los problemas que tiene el paciente. No solo conocer su diagnóstico clínico, sino los problemas asociados con el mismo, de tipo personal, laboral/escolar, familiar, laboral, ocio y tiempo libre, expectativas, etc. Con la evaluación conductual podremos hacer posteriormente la formulación del caso y plantear el plan de tratamiento que, como ya indicamos, en el TB complementará casi siempre al tratamiento farmacológico.

Dentro del análisis funcional de la conducta el elemento central es la respuesta o respuestas. En este caso van a estar constituidas tanto por los síntomas de los episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos como por otros asociados, si hay comorbilidad, o por otros problemas distintos al TB, aunque frecuentemente asociados al mismo o a la ingestión de medicación (p. ej., disfunciones sexuales). No solo nos interesa conocer la conducta observable o motórica, sino que es muy importante evaluar y conocer la conducta cognitiva, como pensamientos, creencias, expectativas, autoimagen, etc., que tiene la persona hacia su trastorno, hacia sí mismo, hacia los demás, hacia la forma de ver la vida, su futuro, etc. Mediante su expresión verbal

podremos analizar adecuadamente este tipo de conducta. El sistema de respuesta psicofisiológico es también importante en este trastorno, como veremos reflejado en su sueño, aplanamiento, excitación, etc., bien debido a su fase activa del trastorno, bien a la ingesta de medicación o a la interacción del sistema cognitivo y motor de su conducta.

Los aspectos biológicos del trastorno hay que tenerlos en cuenta, y ver cómo inciden en la conducta y en el curso del trastorno.

Va a ser muy importante detectar tanto los antecedentes y los consecuentes de la conducta problemática como de las conductas normales en la fase eutímica. En estas conductas problemáticas es importante conocer los síntomas concretos de los episodios maníaco, hipomaníaco y depresivo. Es de gran relevancia en el campo psicológico. Si conocemos los elementos antecedentes que pueden llevar a la conducta problema, en este caso a un episodio del TB (p. ej., situación de estrés, discusión o problemas de pareja, expectativas irrealistas sobre el trabajo, etc.), entonces podremos incidir sobre ellos para neutralizarlos y que no ocurra la conducta problema. Así, por ejemplo, si sabemos o entrenamos al paciente en la detección de los pródromos, podremos incidir en su conducta para que acuda al psicólogo clínico o al psiquiatra para que le ayuden y le apliquen el mejor tratamiento en ese momento. Con ello se reducen las recaídas, lo que se consigue con distintas intervenciones tanto farmacológicas como psicológicas.

El análisis de las consecuencias de la conducta problema son importantes tanto para conocer el mantenimiento o reforzamiento de la conducta en sí como para poder intervenir y que no tengan consecuencias negativas para el individuo o estas sean lo menores posibles (p. ej., cuando tiene una crisis hipomaníaca y se va de casa, cuando tiene un internamiento por un episodio maníaco, cuando no reconoce que tiene problemas graves en una de las crisis, etc.). Los consecuentes suelen ser los síntomas de la fase maníaca, hipomaníaca y depresiva, y las consecuencias que se derivan de los mismos ya han sido descritas en páginas anteriores. Incidir sobre los consecuentes directamente cuando es posible o, conociéndolos de episodios pasados, incidir sobre ellos cuando se van a producir es otro buen modo de

intervención en este trastorno.

Con toda la información anterior, que obtendremos en una o en varias sesiones, y complementaremos a lo largo de todo el tratamiento, dada la cronicidad de este trastorno, haremos la formulación del caso para poner en práctica el tratamiento. Esta implantación dependerá también de la demanda y de la gravedad del trastorno. En unos casos habrá que intervenir directamente ante la gravedad del caso, y en otros podremos diseñar el tratamiento de modo más preciso. El tratamiento que aplicaremos se basará en la evidencia disponible de lo que es eficaz en el tratamiento psicológico del TB, como se recoge en este libro y en otros, y ajustaremos los tratamientos eficaces, o los componentes específicos de los mismos, a cada paciente concreto.

Como se afirma siempre, y más en este trastorno, el proceso de evaluación en general, y el de la evaluación conductual en particular, será continuo en el caso del TB, por las características del trastorno, por su cronicidad y por su curso con las fases de eutimia y fases activas del trastorno a lo largo del tiempo.

4

Problemas frecuentes asociados al trastorno bipolar

Uno de los aspectos más relevantes en las personas con TB es que este no suele presentarse solo, sino acompañado por otros trastornos psicopatológicos en un importante porcentaje de casos, entre los que destaca el trastorno por consumo de sustancias, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los problemas de ansiedad, los trastornos de personalidad y los trastornos de la alimentación. Igualmente, el propio curso del TB hace que las relaciones familiares no siempre resulten fáciles, que surjan frecuentes problemas a nivel laboral en un porcentaje de casos, financieros, etc. El propio trastorno hace también que la persona tenga más problemas de tipo físico, porque la propia medicación incrementa el riesgo de padecer enfermedades como hipertensión, alteraciones del metabolismo, etc.

Otro aspecto al que se le está prestando una atención creciente en los últimos años es el surgimiento, o temprana detección, del TB en la infancia y la adolescencia, y la necesidad de prestar más atención a las personas mayores que tienen TB, ya que va a ser en ellas en las que se combine el propio curso del trastorno con otros problemas mentales y físicos característicos de la edad avanzada.

Finalmente, se ha incrementado el número de estudios sobre la mujer con TB, lo que viene dado no solo porque la prevalencia de depresión es el doble en mujeres que en varones, sino también porque se ha encontrado que las mujeres tienen ciertas características diferenciales que exigen una atención específica en ellas, como veremos más adelante.

4.1. La comorbilidad del trastorno bipolar con los trastornos adictivos

La prevalencia de vida de cualquier TB con el trastorno por consumo de sustancias (TUS) es del 47,3%, y llega al 60,3% para el TB tipo 1 (Pettinati et al., 2013). Distintos estudios han encontrado consistentemente, a su vez, que los pacientes que abusan de sustancias padecen un TB con entre 5 y 8 veces más frecuencia que la población general (Kessler et al., 1997). Como es imaginable, lo anterior lleva, cuando esto ocurre, a una pobre respuesta al tratamiento (Strakowski y DelBello, 2000). Padecer ambos trastornos, especialmente cuando es un problema de alcoholismo, lleva a una mayor probabilidad de ciclos rápidos y a un tiempo más lento para la recuperación desde los episodios afectivos, mayor tasa de suicidios, mayor número de hospitalizaciones, además de tener una menor adherencia a la medicación. Lo anterior indica la clara relación del TB con el abuso de sustancias (Goldberg, 2001), así como con otros trastornos, entre ellos los de ansiedad (Freeman et al., 2002), aunque no son los únicos (APA, 2002).

Todo ello indica claramente la relevancia que tiene el consumo de sustancias en estos pacientes. A continuación analizaremos las características principales de esta relación en cada sustancia.

4.1.1. Consumo de tabaco y trastorno bipolar

La prevalencia del consumo de cigarrillos en las personas con TB oscila en los distintos estudios del 50% al 70% (Heffner et al., 2011). Esto significa un consumo de dos a tres veces mayor que el de la población general, y en algún estudio la odds ratio (OR) llega hasta el 7,3 (Díaz et al., 2009). Dependiendo de los estudios, la prevalencia del consumo de tabaco puede ser mayor, menor o igual que la de los pacientes esquizofrénicos (Dickerson et al., 2013). También se constata cada vez de modo más fehaciente que el consumo de cigarrillos es mayor en los pacientes con TB que en los pacientes esquizofrénicos. Como se deduce de los datos anteriores, los pacientes con TB apenas dejan de fumar, o no consiguen dejar de fumar cuando participan en un tratamiento para hacerlo (Becoña, 2010).

A lo anterior hay que añadir el que los pacientes bipolares que fuman cigarrillos también consumen otras sustancias psicoactivas (Heffner et al., 2012), lo que agrava el curso del trastorno, aparte de los problemas de morbilidad y mortalidad producidos directamente por el consumo de tabaco y de otras sustancias (George et al., 2012).

Algunos estudios han indicado que los pacientes con TB que fuman tienen una forma más severa de TB, con mayor gravedad en la fase depresiva, ciclos rápidos, psicosis, mayor riesgo de suicidio y mayores periodos de hospitalización (Berk et al., 2008). También se ha sugerido que dejar de fumar puede precipitar la manía (Weisberger et al., 2008). Dado que varios de los estudios en que se fundamenta lo anterior son casos únicos o estudios descriptivos, quizá sean más correctas las conclusiones de Heffner et al. (2012) obtenidas a partir de una amplia muestra de pacientes bipolares, tanto adolescentes como adultos, después de su primer ingreso y a lo largo de ocho años. Sus resultados indican que fumar no se relaciona con el curso de la enfermedad, como el tiempo de recuperación después del alta hospitalaria, el tiempo con síntomas depresivos, la probabilidad de intentar suicidarse o la posterior hospitalización psiquiátrica, en relación con los pacientes bipolares que no fumaban. Por ello, afirman que "fumar no está asociado con una pobre recuperación de un primer episodio maníaco o mixto en adolescentes y adultos con un trastorno bipolar tipo P' (pág. 106). De modo importante, dejar de fumar no estaba asociado con un incremento de los síntomas de depresión o manía.

Junto a los anteriores efectos en la salud mental, no menos importantes son los que fumar les produce en su salud física, por la alta prevalencia en este trastorno y por su alto consumo de cigarrillos (López-Ortiz, 2011). De ahí la necesidad de que dejen de fumar, y de que este sea un aspecto que esté incluido en su tratamiento.

Goldstein et al. (2008), en su estudio con 441 jóvenes con trastorno bipolar, divididos en función de su estatus de fumador (no fumador, fumador ocasional, fumador diario), encontraron que los fumadores ocasionales y diarios tienen una mayor prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la

vida, más abusos físicos y más problemas con el consumo de drogas que los no fumadores. Además, entre los fumadores diarios, los que consumen un mayor número de cigarrillos registran más intentos de suicidio, más prevalencia de trastornos adictivos y mayores niveles de depresión que los fumadores diarios de poca cantidad de cigarrillos.

Se ha indicado que hay relaciones causales entre fumar y TB, y viceversa, para explicar esta alta prevalencia, y existen factores comunes que lo explican (Heffner et al., 2011). Una parte importante de estas explicaciones se han basado en la relación fumar-depresión y depresión-fumar (Mineur y Picciotto, 2009). A pesar de la relevancia del tema, precisamos conocer más sobre este fenómeno y, de modo específico, sobre las causas biológicas, psicológicas y ambientales que llevan a esta alta interacción.

Otro problema que produce fumar en los pacientes bipolares es que los hidrocarburos policíclicos aromáticos, presentes en el humo del tabaco, incrementan el metabolismo de distintas medicaciones, como varios antipsicóticos y antidepresivos usados frecuentemente por los pacientes bipolares (p. ej., olanzapina, clozapina, haloperidol y fluvoxamina). Esto ocurre a través de las acciones sobre el citocromo P450, a través de la inducción de la enzima CYP1A2. Se ha llegado a indicar que los pacientes bipolares que fuman cigarrillos pueden llegar a requerir hasta un 50% de incremento de la dosis de estos medicamentos para obtener un adecuado alivio de sus síntomas (Haslemo et al., 2006). También debe vigilarse el inicio del consumo o el abandono del tabaco, dado que en este último caso pueden producirse reacciones adversas e incluso probable toxicidad (Jain et al., 2008). La nicotina reduce también los efectos sedativos de las benzodiacepinas y de los betabloqueantes (Heffner et al., 2011). De ahí la necesidad de monitorizar el consumo de tabaco cuando toman estos fármacos.

En el caso del bupropión, utilizado para el tratamiento de los fumadores, Dervaux y Laqueille (2009) previenen del riesgo de su utilización como tratamiento farmacológico para dejar de fumar en pacientes con trastorno bipolar, por el riesgo que parece tener como precipitante de un episodio

maníaco; por ello, alertan que debe de utilizarse con precaución. Otros autores, como Weisberger et al. (2008), en un estudio preliminar, señalan que el riesgo del bupropión de inducir síntomas maníacos o hipomaníacos es bajo, pero indican que el uso de este fármaco en personas con TB debe realizarse con precaución, debido a los efectos adversos que pueden aparecer por la interacción con determinados fármacos antidepresivos o antipsicóticos que se utilizan para su tratamiento.

4.1.2. Consumo de alcohol y trastorno bipolar

El consumo de alcohol en la población llega a cifras importantes en distintos países, como ocurre en los mediterráneos y, concretamente, en el nuestro. Igualmente, el abuso y dependencia del alcohol llega a niveles importantes en muchos países. Como un ejemplo, la última encuesta nacional realizada por el Plan Nacional sobre Drogas indica que en la población adulta española de 15 a 64 años el 94,2% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, un 78,7% el último año, un 63,3% los últimos 30 días y un 11% diariamente a lo largo de los últimos 30 días. Un 4,7% reconoce que se ha emborrachado más de una vez al mes, y un 18,4% con una menor frecuencia. En jóvenes sabemos que el porcentaje de borracheras es mayor.

La comorbilidad entre el TB y los trastornos por consumo de alcohol se halla en torno al 45% (Cardoso et al., 2008), y de ahí la necesidad de intervenir en el abuso y dependencia del alcohol, tanto por sus consecuencias en la salud física y mental del individuo como para el propio curso del TB, que es más negativo cuando la persona abusa o tiene dependencia del alcohol. El problema que subyace al manejo clínico de este problema está en que los pacientes bipolares informan que ellos beben para aliviar los estados de ánimo bajos o, en otros casos, para mejorar su estado de ánimo eufórico o para ser más sociables (McDonald y Meyer, 2012). De ahí que el manejo clínico de este problema sea importante y al tiempo difícil.

La comorbilidad entre TB y dependencia del alcohol hace que la psicopatología sea mayor, como la mayor duración del síndrome de

abstinencia, el incremento de la severidad de los síntomas depresivos y maníacos, el incremento del riesgo de suicidio, el pobre pronóstico y la mayor morbilidad física (Farrea et al., 2012).

Distintos estudios han encontrado que el consumo de una gran cantidad de alcohol, lo que ya de por sí se asocia con una mayor probabilidad de padecer depresión, lleva en pacientes bipolares a que el riesgo de recaída sea mayor, y a que aparezcan los ciclos de modo más rápido (Rakofsky y Dunlop, 2013). Aunque no se haya constatado en todos los estudios, a nivel clínico está claro, junto a otra evidencia: que el consumo abusivo de alcohol acarrea importantes consecuencias negativas al individuo, y desestabiliza el curso del trastorno en muchos pacientes bipolares. Sabemos que cuando un paciente bipolar tiene asociada una dependencia del alcohol se adhiere peor al tratamiento, tiene mayores tasas de intentos de suicidio, más conductas violentas y mayor número de hospitalizaciones. Y, como sabemos, cuando se bebe en exceso el nivel de control del individuo disminuye. También el consumo crónico de alcohol origina problemas de sueño, que inciden directamente en tener dificultades en el manejo del estado de ánimo. De ahí la relevancia de monitorizar y tratar este problema.

Se han realizado varios estudios sobre el tratamiento del TB y de la dependencia del alcohol, y pocos muestran una reducción en su consumo. Nótese que el consumo crónico de alcohol acelera el blanqueamiento de los antidepresivos tricíclicos. Con poca frecuencia los terapeutas se centran en los problemas con el alcohol, tratando solo el TB (Pettinati et al., 2013).

Relacionado con lo que se ha visto previamente con respecto al tabaco, cuando la persona fuma tabaco también consume alcohol con más frecuencia y suele hacerlo con mayor intensidad que los no fumadores (Kahler et al., 2008). Cuando el paciente bipolar es dependiente del alcohol fuma un mayor número de cigarrillos, y cuando intenta dejar de fumar tiene un síndrome de abstinencia más intenso. El estudio de Dierker et al. (2011), con datos de la National Surveys on Drug Use and Health, encontró que, cuando la persona tiene abuso o dependencia del alcohol, se incrementa la probabilidad de desarrollar la dependencia al tabaco en menor tiempo.

Debido a las consecuencias negativas que fumar tiene en la salud, y las también negativas que tiene el abuso y dependencia del alcohol, cuando se dan ambos consumos al mismo tiempo se incrementa el riesgo de padecer enfermedades pulmonares y algunos tipos de cáncer (estómago, esófago, boca, etc.), y este riesgo conjunto es superior al de ambas sustancias por separado. También está relacionado su consumo con problemas cardiovasculares (Nieva et al., 2004).

Otro factor añadido es que la persona con un TB no solo consume alcohol en exceso, sino que también fume cigarrillos y cannabis. En este caso los problemas se incrementan.

4.1.3. Consumo de café y bebidas estimulantes y trastorno bipolar

La cafeína tiene como característica mejorar el estado de ánimo, la ejecución cognitiva, la energía mental y reducir la fatiga. Sabemos que en pacientes psiquiátricos el consumo de cafeína es alto, como lo es igualmente en los pacientes con TB (Maremmani et al., 2011). El problema del consumo de café comienza cuando se convierte en una adicción. Varios estudios de casos (p. ej., Ogawa y Veki, 2003) indican que un alto consumo de cafeína hace que la persona desarrolle una sintomatología que puede ser idéntica a un cuadro hipomaniaco o maniaco, lo que puede llevar a un error en el diagnóstico, o a un cuadro de manía producida por el consumo de cafeína. Por ello, a toda persona en fase maniaca debe preguntársele por su consumo de cafeína, así como de otros estimulantes y, en caso de existir una asociación entre ingestión de cafeína y episodios maniacos, diferenciar si estamos ante un cuadro de intoxicación por cafeína o ante un cuadro de TB. Como dicen Ogawa y Veki (2003), "nuestro caso sugiere que la ingestión prolongada y alta de cafeína puede causar una manía secundaria" (pág. 139).

El problema anterior también ocurre cuando el paciente bipolar ya diagnosticado consume altas dosis de cafeína, que puede facilitar la aparición de un episodio maniaco. Además, el síndrome de abstinencia de la cafeína incrementa la concentración de litio, puede incrementar la concentración de

clozapina y probablemente de olanzapina (Baethe et al., 2009).

El estudio de Baethe et al. (2009) encontró que los pacientes bipolares que consumen cafeína tienen más riesgo de suicidio. Por el contrario, en la población general consumir café reduce el riesgo de suicidio. De ahí que sería recomendable animar a los pacientes bipolares a que dejen de tomar café o a que, al menos, reduzcan su consumo. Otro motivo para ello es que, en su estudio, el 59% de los pacientes bipolares que bebían café experimentaban más episodios maníacos que los que no lo tomaban.

Una línea de resultados semejante a la anterior se encuentra en el consumo de bebidas energéticas, muchas de ellas con altas dosis de cafeína y con contenido de taurina u otros componentes semejantes. Varios estudios (p. ej., Rizkallah et al., 2011) han encontrado que estas bebidas pueden producir la aparición del episodio maníaco en pacientes bipolares, episodio que remite cuando dejan de consumirlas.

4.1.4. Consumo de cannabis y trastorno bipolar

El consumo de cannabis, el más elevado de las drogas ilegales, es también muy importante en los pacientes bipolares (Dell'Osso et al., 2011). El estudio de Lev-Ran et al. (2013a), basado en la encuesta NESARC norteamericana, pone en evidencia que la prevalencia de los últimos doce meses para pacientes bipolares que tenían un trastorno por consumo de sustancias era de un 9,4% para el TB tipo I (14,6% de varones, 5,5% de mujeres), y de un 6,1% para el TB tipo II (8,8% de varones, 4,3% de mujeres). Este porcentaje es muy elevado. En otro estudio de estos mismos autores (Lev-Ran et al., 2013b), basándose en la misma encuesta NESARC, encontraron que la prevalencia de los últimos doce meses era de un 7,2% de trastorno por consumo de cannabis en los pacientes bipolares, cuando en la población general era solo del 1,2%. En este último estudio, los pacientes bipolares que tenían un trastorno por consumo de cannabis, tenían a su vez altas prevalencias de trastorno por consumo de otras sustancias distintas al cannabis; tan altas como del 67% para la nicotina, el 66% para el alcohol y el

71% para otras drogas ilegales distintas del cannabis. También los pacientes bipolares con trastorno por consumo de cannabis tenían en un 80,3% un trastorno de personalidad, entre los que destacaba el antisocial (50%) y el obsesivo-compulsivo (47%). Todo ello significa que este grupo tiene un alto nivel de psicopatología, no solo TB y trastorno por consumo de cannabis, sino también consumo de otras drogas ilegales y trastornos de personalidad, que lo llegan a tener dos tercios de ellos. Además, los datos de este estudio indican que estos pacientes experimentaban un comienzo más temprano del TB cuando tenían un trastorno por consumo de cannabis, y mayor número de episodios depresivos y maníacos o hipomaníacos; algo que indica el riesgo de que lleve a un ciclado más rápido, y también a responder peor al tratamiento. Todo esto significa una mayor severidad del trastorno cuando consumen cannabis, lo que también viene parcialmente explicado porque la mitad de ellos tenga asociado un trastorno de personalidad antisocial.

En el estudio de Agraval et al. (2011), con 471 pacientes con TB, el 71,3% habían consumido cannabis alguna vez en la vida (26% en los controles), y el 30% llegaba a presentar abuso o dependencia del cannabis (vida). Normalmente, el comienzo de su episodio maníaco o depresivo ocurría antes del consumo de cannabis. De modo interesante, en la muestra total, un 64% de los pacientes bipolares indicaban padecer psicosis afectiva durante el episodio maníaco, depresivo o en ambos. En su estudio, la asociación entre consumo de cannabis y TB no puede ser atribuible a la psicosis ni a la cronicidad, lo que sugiere la independencia entre ambos trastornos. Lo que sí encuentran es que quienes comienzan a consumir cannabis antes de tener el TB, muestran una mayor incapacidad. Lo mismo ocurre con quienes tienen trastorno por consumo de cannabis.

En el estudio de Braga et al. (2012), con 200 pacientes bipolares en los que 50 cumplían criterios de historia de trastorno por consumo de cannabis (25%), encontraron que los pacientes bipolares con historia de trastorno por consumo de cannabis tenían una mejor ejecución neurocognitiva, sobre todo en medidas de atención, velocidad de procesamiento y memoria de trabajo, respecto a los otros pacientes bipolares sin historia de trastorno por consumo

de cannabis. En la parte negativa, los pacientes bipolares con historia de trastorno por consumo de cannabis registraban una mayor tasa de psicosis durante los episodios agudos, lo que indica una presentación clínica más severa.

Otro estudio de gran interés es el de De Hert et al. (2011), en el que de un grupo de 90 pacientes bipolares, que presentaban características psicóticas, el 18% tenía una historia de trastorno por consumo de cannabis. En este estudio encontraron que el consumo de cannabis reducía en nueve años la edad de comienzo del TB. Aquí se aprecia que la edad de inicio del TB puede estar afectada por el cannabis y por tener características psicóticas.

También hay estudios de caso (p. ej., Iskandar et al., 2011) en los que se describe cómo el consumo de cannabis induce manía, o que un consumo excesivo de cannabis se asocia con el inicio temprano del TB.

Lanberger et al. (2011) compararon el inicio del TB en relación con el excesivo consumo de alcohol y de cannabis en 151 pacientes con TB tipo 1 y TB tipo II. Encontraron que los pacientes que tenían un consumo excesivo de alcohol manifestaban el inicio del TB más tarde (27 años) que cuando consumían cannabis (19,5 años). Además, los pacientes con una historia familiar de trastornos afectivos o psicóticos era mayor en los consumidores de cannabis (63% de ellos), que en los de alcohol (29% de ellos) e, igualmente, los consumidores de cannabis tenían un porcentaje mayor de consumo excesivo de otras sustancias (37%) que los que consumían alcohol en exceso (18%).

Dados los posibles problemas personales, familiares, escolares y psicopatológicos que produce el consumo de cannabis, y sobre todo el abuso y dependencia de esta sustancia (Caldeira et al., 2008), consumir cannabis es de por sí un problema, que se agrava si luego la persona tiene un TB.

Lo anterior se complica si existe consumo de tabaco y cannabis. Sabemos que el consumo de tabaco incrementa entre 3,3 y 5,9 veces la probabilidad de uso y abuso de cannabis (Agrawal y Lynskey, 2009; Okoli et al., 2008), y el

consumo de cannabis incrementa la probabilidad de consumir tabaco, alcohol, sedantes, estimulantes y opiáceos (Degenhardt et al., 2001).

El estudio internacional de Graaf et al. (2010) confirma que, con frecuencia, el consumo de cannabis está precedido por el consumo de tabaco y alcohol; existe variabilidad entre distintos países en esta secuencia y, además, los cambios que hay en la secuencia de consumo no implican una mayor probabilidad de desarrollar dependencia en el futuro. Los problemas con el consumo de drogas se predicen mejor por la edad de inicio en el consumo, y por el acceso a determinadas sustancias.

Respecto a las consecuencias para la salud que tiene el consumo conjunto de ambas sustancias, Tan et al. (2009), con una muestra de 878 personas, encontraron que el consumo conjunto de tabaco y marihuana incrementa el riesgo de tener problemas respiratorios, y en concreto EPOC, en comparación con el consumo de solo tabaco. Asimismo, Agrawal et al. (2009), en un estudio con 3.427 mujeres, señalan que el consumo conjunto de tabaco y cannabis es un factor de riesgo para padecer las consecuencias psicosociales más severas asociadas al consumo de cannabis.

4.1.5. Consumo de cocaína y trastorno bipolar

Un estimulante por excelencia es la cocaína. Además, en España el consumo de cocaína es muy alto (en la población de 15 a 64 años, según datos del Plan Nacional sobre Drogas, el 10,2% la ha consumido alguna vez en la vida, el 2,6% en el último año y el 1,2% en los últimos 30 días). De ahí que vamos a encontrar pacientes bipolares que pueden consumir cocaína, agravándoles el riesgo de cursar con un episodio maníaco, o personas dependientes de la cocaína que acaben teniendo también TB. Notemos que los efectos de la cocaína son muy semejantes a los de un episodio maníaco (euforia, labilidad emocional, grandiosidad, hiperalerta, agitación psicomotriz, insomnio, anorexia, hipersexualidad, tendencia a la vigilancia, deterioro de la capacidad de juicio, etc.). Al mismo tiempo, el síndrome de abstinencia de la cocaína cursa en muchas ocasiones con un cuadro idéntico a un episodio depresivo, y

puede acabar en un cuadro de depresión mayor. Incluso se ha sugerido que el consumo de cocaína o de otros estimulantes se hace para mejorar la hipomanía, la ciclotimia o la hipertimia (Maremmani et al., 2008), siendo además frecuente el TB en las personas dependientes de la cocaína. De ahí la cercana relación entre cocaína, episodio maníaco, episodio depresivo y TB (Ford et al., 2009). Esto ha llevado a que en muchos tratamientos hay que atender tanto el TB, como el trastorno por consumo de distintas sustancias, entre las que se halla la cocaína.

4.1.6. Consumo de heroína y trastorno bipolar

En los adictos a la heroína los trastornos del estado de ánimo están frecuentemente asociados, y llegan al 50% en algún estudio. Dentro del TB se encuentra que la ciclotimia y la manía tienen un porcentaje importante (en el estudio NESARC se indican cifras altas).

Dado que los opiáceos tienen propiedades antidisfóricas, su consumo, sea en forma de heroína o de metadona, parece que les estabiliza el ánimo cuando tienen asociado un TB (Maremmani et al., 2006), y también les funciona como un agente antipsicótico. En cambio, es complejo manejar los episodios maníacos en estos pacientes, y se ha visto que el litio pocas veces funciona adecuadamente. En parte es debido a que el consumo de heroína los lleva a un ciclado rápido, falta de adherencia al tratamiento, riesgos por su consumo (p. ej., deshidratación que puede causar intoxicación). Por ello, muchos clínicos proponen otros fármacos, como el valproato, cuando hay comorbilidad con el consumo de sustancias, por su tolerabilidad y seguridad.

4.1.7. Juego patológico y trastorno bipolar

En el estudio de Quilty et al. (2011), un 3% de los pacientes bipolares eran jugadores patológicos, y ascendía al 10% si se hablaba de jugadores problema. Por su parte, Di Nicola et al. (2010) encontraron que el 33% de su muestra de pacientes bipolares tenía al menos una adicción comportamental, destacando el juego patológico (7%), la compra compulsiva (17%), la

adicción al ejercicio (4%), la adicción sexual (3%) y la adicción al trabajo (13%). La limitación de este estudio es que fue evaluado con cuestionarios, no con diagnóstico clínico. De todos modos, no es extraño que ocurra en estos pacientes en la fase maníaca, y la asociación con este tipo de trastornos.

4.1.8. ¿A qué se debe esta alta comorbilidad con los trastornos adictivos?

Strakowski y DelBello (2000) han analizado cuatro hipótesis sobre la alta comorbilidad que existe entre el trastorno por consumo de sustancias y el TB:

- 1.El abuso de sustancias ocurre como un síntoma del TB.
- 2.El abuso de sustancias es un intento de automedicarse por parte de los pacientes bipolares.
- 3.El abuso de sustancias causa el TB.
- 4.El consumo de sustancias y el TB son parte de un factor de riesgo común.

A partir de ahí revisan la evidencia para cada una de estas hipótesis, centrándose fundamentalmente en los estudios con pacientes con TB tipo I.

Respecto a la primera hipótesis - el abuso de sustancias ocurre como un síntoma del TB-, se ha sugerido que es común en los TB porque los pacientes maníacos hacen todo en exceso, incluyendo el consumo de alcohol y drogas. La revisión de Strakowski y DelBello (2000) indica que durante el episodio maníaco una cuarta parte de los pacientes incrementa el consumo de alcohol, y los demás raramente disminuyen la cantidad que beben. En cambio, durante el episodio depresivo, es más probable que disminuyan el consumo. Respecto al inicio, se encuentra que el abuso de sustancias precede al comienzo del trastorno afectivo. Así, un estudio de los autores, con 77 pacientes hospitalizados durante su primer episodio maníaco, reveló que la manía puede incrementar la conducta de beber en algunos de ellos, lo que parece acentuar el abuso de sustancias ya presente, más que causar nuevos casos de

abuso de sustancias, al menos en las primeras etapas de la enfermedad. Todo ello sugiere la falta de apoyo a la primera hipótesis que analizan.

En cuanto a la segunda hipótesis - el abuso de sustancias es un intento de automedicarse por parte de los pacientes bipolares-, lo cierto es que cuando la hiperexcitabilidad o irritabilidad de la manía se hace intolerable, los pacientes pueden acudir al alcohol o a la marihuana por sus propiedades ansiolíticas y sedativas, o cuando están deprimidos utilizar la cocaína para activarse y elevar su estado de ánimo. Su revisión indica que los estudios no apoyan esta hipótesis. Sin embargo, hay un grupo de pacientes en los que parece que la hipótesis se cumple. Pero, aunque muchos pacientes abusen de sustancias previamente al comienzo del TB, esta hipótesis la consideran inadecuada para explicar el exceso de abuso de sustancias en el TB.

De modo semejante a lo que ocurría con los datos referentes a la segunda hipótesis, en el caso de la tercera - el abuso de sustancias causa el TB - se sabe que la edad de comienzo, y otros datos del curso de la enfermedad, sugieren que algunos pacientes pueden desarrollar el TB debido al consumo previo de sustancias. Si esto ocurre en personas que tienen un bajo riesgo de desarrollar un TB, es difícil demostrarlo. Quizás exista algún fenómeno común a ambos trastornos. Por ello afirman que es probable "que los pacientes bipolares desarrollen el abuso de sustancias desde mecanismos heterogéneos, que confunden los esfuerzos para identificar una causa simple" (pág. 199).

Finalmente, en la cuarta hipótesis - el consumo de sustancias y el TB son parte de un factor de riesgo común - los autores revisan la importancia de los estresores, especialmente para la aparición del TB a través de un mecanismo de sensibilización. Así, Post (1992) sugiere que los estresores son más comunes al comienzo del trastorno, y que precipitan los primeros episodios afectivos en individuos vulnerables. Conforme el trastorno progresa, los episodios ocurren a continuación del incremento de los estresores medios y, de ese modo, se hacen más frecuentes. Algunos estudios, aunque no todos, apoyan esta hipótesis. Los estresores pueden precipitar el episodio afectivo en pacientes bipolares a lo largo del curso del trastorno, aunque no haya

sensibilización. Al mismo tiempo, la dependencia del alcohol y las drogas puede iniciarse a continuación de estresores vitales y estresores que han estado asociados con la recaída. De ahí la propuesta del modelo de vulnerabilidad-estrés para la recaída del alcohol, cuando los eventos vitales estresantes interactúan con otros factores ambientales y psicológicos que llevan a la recaída. Es posible que estos mismos factores de vulnerabilidad interactúen con los eventos vitales estresantes en el TB, contribuyendo a la iniciación de los episodios afectivos. Una de tales vulnerabilidades es el riesgo familiar para ambos trastornos, dado que los pacientes que tienen consumo de sustancias y tienen TB pueden, independientemente, heredar riesgos para ambos.

La revisión de Strakowski y DelBello (2000) los lleva a concluir que probablemente las cuatro hipótesis propuestas, de las que han evaluado la evidencia empírica existente para cada una, contribuyen en algún grado a la elevada tasa de consumo de sustancias en las muestras de pacientes bipolares, concluyendo que "a pesar de que el abuso de sustancias y el trastorno bipolar van juntos de modo más habitual de lo esperado, la razón específica para esto es desconocida" (pág. 203).

4.2. Trastorno bipolar y trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Un tema actual de gran relevancia es el que relaciona el TB en la infancia y adolescencia con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Ambos comparten aspectos comunes, lo que hace que unas personas con síntomas similares puedan ser diagnosticadas de TB y otras de TDAH, dado que ambos cuadros clínicos solo muestran pequeñas diferencias (Lazaratou, 2012). Además, está la cuestión de si hay o no comorbilidad entre ambos trastornos, lo que aparece en Estados Unidos, quizá debido al gran uso de psicoestimulantes para el TDAH (Lazaratou, 2012), pero no en otros países.

En adultos se ha encontrado que entre el 20% (Perugi et al., 2013) y el 23% (Karaahmet et al., 2013) de los pacientes con TB cumplen criterios en la

adulthood of ADHD. In the study of Karaahmet et al. (2013), 37.8% for life. Patients with TB and ADHD, compared to those who do not have it, present an earlier age of onset of TB, a greater number of manic episodes, a greater comorbidity with anxiety disorders and other disorders. This has led Karaahmet et al. (2013) to affirm that "the overlap of symptoms in bipolar disorder and in the disorder of attention deficit with hyperactivity makes the differential diagnosis really difficult" (p. 6).

Cuadro 4.1. Criterios para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en el DSM-5

A) Un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad/impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo, caracterizado por 1) y/o 2).

1. *Inatención*

Seis o más de los siguientes síntomas de inatención que hayan estado presentes en la persona por lo menos durante seis meses, al punto de que sean inadecuados para su nivel de desarrollo y que impactan negativamente sobre las actividades sociales y académico/profesionales.

Nota: Los síntomas no son meramente una manifestación de conducta oposicional, desafiante, hostil o fracaso en seguir tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores y adultos –17 años y más– se requieren al menos cinco síntomas:

- a) A menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades.
- b) A menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o juegos.
- c) A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional ni por no entender las instrucciones).
- e) A menudo le cuesta organizar actividades.
- f) A menudo evita, rechaza o se niega a hacer cosas que requieren un esfuerzo mental sostenido en un periodo largo de tiempo (como tareas escolares o quehaceres de la casa).
- g) A menudo pierde las cosas necesarias para ciertas tareas o actividades (p. ej., juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente ante estímulos extraños.
- i) Tiende a ser olvidadizo en sus actividades cotidianas.

2. *Hiperactividad e impulsividad*

Seis o más de los siguientes síntomas han estado presentes en la persona al menos durante seis meses, inconsistentes con su nivel de desarrollo y que le impactan negativamente en sus actividades sociales y académico/profesionales.

Nota: Los síntomas no son meramente una manifestación de conducta oposicional, desafiante, hostil o fracaso en seguir tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores y adultos –17 años y más– se requieren al menos cinco síntomas:

- a) A menudo juguetea con manos y pies, o se retuerce cuando está sentado.
- b) A menudo se levanta de la silla cuando debe permanecer sentado.
- c) Con frecuencia corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos (es posible que los adolescentes y los adultos se sientan muy inquietos).
- d) A menudo no es capaz de jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades recreativas.
- e) A menudo “está en constante movimiento”, o parece que le hubieran dado “cuerda”.
- f) A menudo habla demasiado.
- g) A menudo suelta una respuesta sin haber oído toda la pregunta.
- h) A menudo le cuesta esperar su turno.
- i) A menudo interrumpe al que está hablando o se entromete con los demás (p. ej., irrumpe bruscamente en las conversaciones o en los juegos).

- B) Varios de los síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad han estado presentes antes de los 12 años.
- C) Varios de los síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad han estado presentes en dos o más entornos (p. ej., escuela o trabajo y casa).
- D) Hay una clara evidencia de que los síntomas interfieren o reducen su calidad de funcionamiento social, académico o profesional.
- E) Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno dissociativo, trastorno de personalidad, intoxicación o síndrome de abstinencia de sustancias).

Especificar si: Presentación combinada, presentación con predominio de la inatención, presentación con predominio de la hiperactividad/impulsividad.

Especificar si: En parcial remisión.

Especificar si: Media, moderada o severa.

4.3. Trastorno bipolar y trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad (TP) tienen una comorbilidad importante con distintos trastornos psicopatológicos, y son un elemento negativo para el tratamiento cuando están presentes. En relación con el TB, los TP más importantes son el límite y el antisocial, con los que hay una importante asociación. El TP límite se caracteriza por una marcada inestabilidad, que invade prácticamente todos los aspectos del funcionamiento de quien lo padece (relaciones interpersonales, autoimagen, sentimientos, conducta, etc.), y es una de las categorías diagnósticas que más problemas conceptuales e investigación ha suscitado (Caballo et al., 2004; Millon y Davis, 1998).

Rasgos y trastornos de personalidad según el DSM-5

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.

Los rasgos de personalidad solo se constituyen en trastornos de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, y se apartan acusadamente de la cultura de la persona, tienen su inicio en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, son estables en el tiempo y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Este patrón desadaptativo se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, actividad interpersonal o del control de los impulsos.

Los tres grandes grupos de trastornos de personalidad son:

- Grupo A.Paranoide, esquizoide y esquizotípico (las personas con estos trastornos suelen parecer raros y excéntricos).
- Grupo B.Antisocial, límite, histriónico y narcisista (las personas con estos trastornos suelen parecer dramáticas, emotivas e inestables).

- Grupo C.Por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo (las personas con estos trastornos suelen parecer ansiosas o temerosas).

En el estudio de Deltito et al. (2001) encontraron que el 44% de los pacientes con TP límite cumplían también criterios de TB tipo 1 o TB tipo II. Como sabemos, cuando se tiene un TP, y especialmente si es el límite o el antisocial, el pronóstico del trastorno es peor. La impulsividad, que caracteriza a los TP del clúster B (antisocial, límite, histriónico y narcisista), explica el peor manejo de estos pacientes que también tienen asociado un TB.

Distintos estudios han indicado la acumulación de síntomas, peor pronóstico, mayor número de episodios, mayor gravedad en los episodios, mayor abuso de sustancias, más intentos de suicidio, mayor número de hospitalizaciones, cuando la persona tiene un TB y, especialmente, un TP límite o antisocial (Paris et al., 2007; Ruggero et al., 2010; Swann et al., 2013).

Otra cuestión importante es no confundir los síntomas del TB con el TP límite. Por ejemplo, la inestabilidad afectiva es una característica de ambos trastornos, como la dificultad de controlar la ira en el TP límite, y la inestabilidad en los episodios maníacos; la impulsividad de ambos trastornos; los intentos de suicidio; el funcionamiento social problemático (Ruggero et al., 2010). De ahí que una parte de los pacientes diagnosticados como TB estén mal diagnosticados, y luego pasan al diagnóstico de TP límite, llegando este mal diagnóstico en el estudio de Ruggero et al. (2010) al 40%. Como es evidente, se trata de un importante problema para el tratamiento. Un diagnóstico erróneo de TB, en vez de TP límite, llevará a darle medicación al individuo para el TB, que no le funcionará, en vez de utilizar una terapia psicológica eficaz, como la terapia de conducta dialéctica de Linehan (2003), que a día de hoy es el tratamiento de elección en el TP límite.

Para algunos, el TP límite sería una forma atípica del trastorno del estado de ánimo (Akiskal et al., 1985). Otros, al hablar del espectro bipolar, incluyen muchos más trastornos, entre ellos varios TP (Angst y Gamma, 2002; Akiskal, 2004; Paris et al., 2007). Sin embargo, la exhaustiva revisión de

Paris et al. (2007) los lleva a concluir que el TB es un trastorno distinto al TP límite, dado que tienen características comunes, pero también muchas diferentes. Hay que insistir, pues, en la importante cuestión de realizar un adecuado diagnóstico cuando existan dudas de si se trata de uno u otro trastorno.

A su vez Goldberg y Garreo (2009) encuentran que la aparición temprana del TB incrementa la probabilidad de desarrollar un TP límite comórbido.

Otro trastorno que complica el tratamiento del paciente bipolar es cuando tiene asociado el TP antisocial. Aquí también la impulsividad va a ser una característica, aunque sabemos que es mayor en el TB que en el TP antisocial. Pero ciertas conductas típicas del TP antisocial, como arreos o encarcelamiento, también son frecuentes en los pacientes bipolares (Swann et al., 2013). Nótese que la comorbilidad de otros trastornos está a su vez presente en uno y otro trastorno, como en el trastorno por consumo de sustancias, complicando aún más el manejo clínico y su tratamiento cuando hay varios trastornos comórbidos.

Cuadro 4.2. Criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad límite, DSM-5

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
(Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5).
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
(Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

4.4. Trastorno bipolar y trastornos de la alimentación

Es frecuente que los pacientes con TB tengan problemas de sobrepeso. También una parte de ellos padece distintos trastornos de la alimentación, aspecto que tiene una gran relevancia y prevalencia en las mujeres (Kawa et al., 2005).

Wildes et al. (2008), en un estudio específico sobre los trastornos de la alimentación en pacientes bipolares, encontraron que el 22% había tenido un episodio de atracón semanal en los últimos seis meses, y un 44% una historia de pérdida de control sobre la alimentación. En el momento del estudio, el 7,4% tenía trastorno de atracón (3,6% de varones y 9,4% de mujeres), que era del 11,1% a lo largo de la vida. Un 7,4% tenía anorexia nerviosa, para toda la vida, y un 8,6% tenía bulimia nerviosa, también para toda su vida.

El estudio de Brietzke et al. (2011) en mujeres con TB encontró que, cuando tienen un trastorno de la alimentación, registran un comienzo más temprano del TB, mayor número de episodios del estado de ánimo, sobre todo depresivos, y altas tasas de comorbilidad con el trastorno de consumo de sustancias, con el trastorno de ansiedad, aparte de una historia de más intentos de suicidio.

4.5. Trastorno bipolar y trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad están frecuentemente asociados con el TB. Como ya comentamos en el primer capítulo, el estrés es una variable central relacionada con este trastorno y con la aparición de los distintos episodios.

En el estudio de Merikangas et al. (2007), utilizando la muestra del National Comorbidity Survey Replication Study (NCS), representativa de la población adulta de Estados Unidos, encontraron una prevalencia de los trastornos de ansiedad en pacientes con TB durante la vida del 86,7% para el TB tipo 1, 89,2% para el TB tipo II y 63,1% para el TB no especificado. Por trastornos específicos, la comorbilidad era del 50-55% para la fobia social, y sobre el 30% en las demás. Lo anterior significa que, de todas las personas del espectro bipolar, un 75% tienen al menos un trastorno de ansiedad asociado a lo largo de su vida. Si lo anterior ocurría en los estudios epidemiológicos, en los estudios clínicos esta relación se sitúa entre el 30% y el 56%. En otro estudio importante, el STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder), con los primeros 500 pacientes bipolares que entraron en el tratamiento, el 50% tenía un trastorno de

ansiedad comórbido. Los que lo tenían obtenían peores resultados en el tratamiento (Simon et al., 2004).

Se ha indicado que cuando está presente un trastorno de ansiedad los episodios afectivos son más largos y más frecuentes (Azorín et al., 2008). Ello contribuye además a un mayor riesgo de consumo de sustancias, psicosis e ideación suicida (El-Mallakh y Hollifield, 2008; Provencher et al., 2012).

Los cambios que ha hecho recientemente el DSM-5 reconocen lo dicho sobre los trastornos de ansiedad en el TB, al incluir un especificador para describir los episodios de estado de ánimo en el TB, lo que hace posible realizar un diagnóstico de TB con ansiedad, media a severa. Ya previamente se había llegado a sugerir la existencia de un subtipo de bipolaridad ansiosa (Dilsaver et al., 2008), como recoge en parte el DSM-5.

La revisión de El-Mallakh y Hollifield (2008) muestra claramente que, cuando los trastornos de ansiedad están presentes en el TB, complican de modo importante su tratamiento, entre otros motivos porque los fármacos que se utilizan para el tratamiento de los trastornos de ansiedad pueden, a su vez, alterar el curso de los episodios maníacos y depresivos. Por tanto, esto tiene un efecto negativo, o muy negativo, en el curso del trastorno y en la respuesta al tratamiento. Además, es muy frecuente que el estrés, que puede llevar en ocasiones a producir un trastorno de ansiedad, incida muy negativamente en todo lo que rodea al TB.

Los pacientes con un trastorno de ansiedad suelen tratarse con fármacos, habitualmente con antidepresivos serotoninérgicos o con benzodiacepinas (El-Mallakh y Hollifield, 2008). A pesar de que estos fármacos van bien para los trastornos de ansiedad, son problemáticos cuando la persona tiene también un TB. Dado que los antidepresivos pueden producir episodios maníacos, con el tiempo les lleva a sufrir mayor número de episodios maníacos y depresivos, o incluso a inducir un estado depresivo crónico (Ghaemi et al., 2003; El-Mallakh y Karipipot, 2006). Esto ha llevado, acertadamente, a que cada vez se sugiera más no usar fármacos para tratar el trastorno de ansiedad en el TB, y sí utilizar terapias psicológicas, ya que

tienen un alto nivel de eficacia para los mismos (Barlow et al., 2013). A su vez, el manejo de ciertos trastornos de ansiedad asociados puede ser muy complejo, como cuando tienen asociado un trastorno obsesivo-compulsivo.

También se ha utilizado con estos pacientes benzodiazepinas para tratar los trastornos de ansiedad. Se han mostrado eficaces a corto plazo, pero si el paciente también tiene una historia de abuso de sustancias, que suele ser frecuente en los pacientes bipolares, pueden producir su desestabilización, reducir el cumplimiento e incrementar la recaída en el consumo de sustancias. Hay que insistir, por tanto, en que la mejor solución para el trastorno de ansiedad comórbido es aplicar un tratamiento psicológico. Además, los efectos del tratamiento psicológico son más duraderos en los estudios con pacientes con solo trastornos de ansiedad, aunque no sabemos si esto ocurre también en los pacientes con TB. De los estudios realizados se deduce que estos tratamientos eficaces reducen los síntomas de ansiedad, y no aumentan los síntomas maníacos o depresivos del TB.

Un importante problema, cuando existe esta comorbilidad, son los intentos de suicidio y la realización del suicidio, que son el doble que en el caso de no tener un trastorno de ansiedad asociado (Simon et al., 2008). Este mayor riesgo se encuentra en todos los trastornos de ansiedad.

4.6. Trastornos del sueño

Los problemas con el sueño, y específicamente los trastornos del sueño, son habituales en los pacientes bipolares, y están presentes en todas las fases del TB, incluyendo la fase eutímica, en la que se encuentran bien, libres de los episodios maníacos o depresivos. Además, hoy sabemos que los trastornos del sueño son un importante síndrome prodrómico del TB y que, por ello, deben ser detectados y tratados, al tiempo que debe entrenarse al paciente en su conocimiento (Sylvia et al., 2012) para evitar la recaída en los episodios del TB debido a estos problemas de sueño. Es necesario hacerlo tanto en los episodios activos de la enfermedad como en la fase eutímica, ya que los problemas de sueño en los pacientes bipolares eutímicos están asociados con

una historia de intentos de suicidio (Sylvia et al., 2012).

Pero también sabemos que los trastornos del sueño tienen un importante papel en el TB porque, con frecuencia, están en la base del surgimiento del trastorno, en las dificultades de su tratamiento y en la recaída. El insomnio y la hipersomnía son criterios diagnósticos para la depresión. Varios estudios han indicado el rol causal que tiene el insomnio en la depresión o en la recaída en pacientes con depresión en remisión. La relación del sueño con la manía se observa en:

- a) El descenso en la necesidad de dormir en el estado maníaco.
- b) La privación de sueño como una causa de la manía.
- c) El tiempo total de sueño como un predictor de futuros episodios maníacos.
- d) El tiempo total de sueño puede ser tanto un marcador de la respuesta como un objetivo del tratamiento de la manía (Plante y Winkelman, 2008).

Por ello, es frecuente la utilización de fármacos en los pacientes bipolares para que duerman, especialmente en las fases maníacas. Las benzodiazepinas y los antipsicóticos son los sedativos más utilizados en la fase aguda de la manía. Más recientemente también se ha comenzado a prescribir la melatonina. Pero no hay que obviar las técnicas conductuales disponibles para los trastornos del sueño, especialmente para el insomnio, como permanecer en cama prolongadamente con oscuridad (Barbini et al., 2005). Se sabe que la privación del sueño es un método rápido para aliviar los síntomas depresivos en el tratamiento de la depresión bipolar.

Los pacientes bipolares suelen tener más problemas de sueño que la población normal, incluso en los periodos eutímicos. También se sabe que pueden ser un factor de vulnerabilidad para la recaída en el TB, y en cualquier caso manejarlos es una prioridad fundamental. Por ello, en todo

paciente bipolar es necesaria una exhaustiva evaluación de los problemas de sueño, y ver si hay o no causas concretas que lo puedan llevar a sufrirlos (p. ej., apnea de sueño obstructiva, síndrome de piernas inquietas).

Algunos autores llegan a afirmar incluso que, en algunos casos, el trastorno de sueño primario, o una importante privación de sueño, es la causa de la recaída en los episodios maníacos de esos pacientes bipolares. Nótese además que la obesidad es el factor de riesgo principal para la apnea de sueño obstructiva, y, dado el incremento de peso que ocurre en una parte de los pacientes bipolares (a veces es iatrogénico al consumo de la medicación para el TB), debe analizarse cuándo está presente la relación obesidad-apnea de sueño-desestabilización del estado de ánimo. Ello exige, por tanto, intervenir en el sobrepeso, en el problema de sueño y en el episodio maníaco.

Además, en los pacientes bipolares que tienen pobres patrones de sueño, y que simultáneamente tienen dependencia de sustancias, suelen ser los patrones inadecuados de sueño los responsables de predecir los posteriores episodios del estado de ánimo, aunque, dado que la comorbilidad del trastorno por consumo de sustancias agrava el problema, es necesario intervenir también en los problemas de sueño (Putnins et al., 2012).

Vida recreativa, carencia de sueño y trastorno bipolar

En la revisión de Wu y Bunney (1990) encontraron que el 29% de los pacientes depresivos bipolares, y el 25% de los pacientes depresivos inespecíficos, se hacían hipomaníacos o maníacos después de una noche de total privación de sueño. Estudios posteriores encontraron porcentajes algo más bajos, pero siguen encontrando esta relación.

Dada la actual costumbre española de "salir de marcha", sobre todo en la adolescencia y adultez temprana, durante toda la noche, tenemos un importante factor de riesgo para que las personas predispuestas o con TB pasen a una fase maníaca o hipomaníaca.

Además de la desregulación del sueño que produce en algunas personas el salir a divertirse hasta el amanecer, hay que añadir el problema adicional en algunos de ellos del consumo de sustancias estimulantes (p. ej., cocaína), todo lo cual puede producir en algunas personas vulnerables el surgimiento de una fase maníaca o hipomaníaca. Por ello, en algunos casos de personas con TB los problemas de sueño están en la génesis de la manía y, por tanto, del TB.

4.7. Problemas familiares

Las personas viven normalmente en el seno de una familia. En ella se socializan, crecen y establecen vínculos afectivos con los distintos miembros de la misma. Cuando en la familia uno de sus miembros padece un TB, las relaciones de grupo se ven afectadas. Habitualmente, los miembros de la familia no entienden el problema, no saben qué problema tiene, o no saben cómo actuar ante el paciente bipolar.

Además, en la infancia y adolescencia es difícil establecer un diagnóstico de TB. El propio desarrollo normal de la adolescencia puede llevar a sospechas de ciertos síntomas anormales (p. ej., impulsividad). De ahí que sea tan importante por parte del clínico tener una postura abierta, un buen conocimiento de la etapa del desarrollo evolutivo de la persona, y no etiquetarla con una categoría diagnóstica si no está seguro de ello. Ya lo vimos anteriormente para las probables confusiones entre TDAH, TB y otros problemas semejantes. A nivel familiar, cuando se confirma que un hijo tiene un TB, se produce un importante cambio en la dinámica familiar. El propio trastorno hace más difícil el manejo de la persona, cuesta entender su curso y no siempre se sabe cómo ayudarlo o se llega a aceptar la cronicidad del trastorno.

Cuando el TB ya está desarrollado, tanto los episodios maníacos como los depresivos van a ser vividos por el paciente y su familia con gran sufrimiento, mientras no tengan la suficiente información. Pueden sentirse desbordados, porque no entienden lo que le pasa, y pueden pensar que el

familiar con TB puede estar desarrollando una grave enfermedad mental, quizás incurable, o que se puede estar volviendo loco. Algunos familiares también creen al principio que el paciente no hace los esfuerzos necesarios para estar mejor, y lo acusan a él y no a su trastorno de lo que ocurre. También las continuas visitas médicas o a profesionales de la salud mental, las dudas sobre el diagnóstico, etc., producen un malestar adicional. Todo ello puede causar un gran impacto familiar, y alterar las relaciones interpersonales.

Conforme avance el tiempo, o cuando el TB se desarrolle más tarde, ya en la vida adulta, la relación de pareja, si existiera, irá resintiéndose tanto en las fases activas del TB como en las de remisión. De ahí que las personas con TB registren un porcentaje mayor de divorcios, de conflictos familiares en las fases activas del trastorno, de problemas y conflictos con sus hijos, y otros problemas de la propia evolución del trastorno.

Lo anterior exige que el tratamiento tenga que orientarse de modo importante a ese aspecto. Si las personas de su entorno lo entienden y le ayudan, sobre todo en las fases activas del trastorno, los síntomas estarán más amortiguados, serán menores o el paciente llevará mucho mejor su trastorno crónico. También será de gran ayuda el que la persona con TB conozca los síntomas de las distintas fases de su dolencia, así como las personas de su entorno.

4.8. Problemas laborales

Ya se ha comentado que los problemas laborales son habituales en el TB, y más en las fases activas, especialmente en la fase maníaca, en la que la persona no duerme, está muy activa, tiene continuas ideas y hace continuas propuestas, a veces arriesgadas, etc.

Cuando la fase hipomaníaca o maníaca es muy activa suele ocurrir que sus compañeros de trabajo no entienden lo que ocurre, por qué se comporta de ese modo. Y cuando atraviesa las distintas fases sucesivamente aprecian que es muy inconstante, que un día hace una cosa y otro la contraria, que unos

días o semanas está muy alegre y otros muy triste, que un día grita y otro no dice nada, y así sucesivamente. Además, pueden surgir problemas con los compañeros debido a que el TB hace al enfermo muy impredecible o variable. Así, su rendimiento laboral puede oscilar de elevado a ínfimo, dependiendo del episodio que atraviese. Si no saben que tiene un TB, no comprenden ese comportamiento; pero si lo saben pueden estigmatizarlo, aislarlo, ignorarlo, etc. Además, son personas que en la fase maníaca no se concentran, tienen gran hiperactividad, fuga de ideas, se ponen pesados, etc. Esto puede llevar a un bajo rendimiento laboral, a comportamientos inadecuados (p. ej., gritar, no hacer caso, hacer propuestas extrañas o irrealizables, etc.).

Todo lo anterior conduce, con frecuencia, en las fases activas del trastorno, a que tenga bajas laborales o, incluso, a que le den una incapacidad parcial o permanente, lo que suele ocurrir después de un internamiento por urgencias o por acudir a su psiquiatra y tener bajas muy prolongadas.

Una consecuencia muy negativa de todo lo anteriormente expuesto es cuando su comportamiento conduce a que lo despidan o, incluso, a que pierda su trabajo voluntariamente, abandonándolo. O, en el caso de ser un empresario, a que arruine su empresa, no la atienda, realice inversiones arriesgadas en las fases maníacas que lo lleven a la ruina, que tenga un optimismo irreal, etc.

A pesar de que una parte importante de las personas con TB llevan una vida relativamente normal, otros tienen frecuentes problemas en el trabajo y cambian de uno a otro a lo largo del tiempo. Como consecuencia, disponen de menos dinero por las bajas frecuentes, cuando los despiden, o cuando tienen una incapacidad parcial o permanente. Esta situación repercute no solo en el paciente, sino que además tiene un alto impacto en la familia y en los hijos, si los tuviere.

Además, si la persona está en el paro, de baja, o con una incapacidad, dispone de mucho tiempo libre que, si no se ocupa adecuadamente, puede desembocar en alguna conducta inadecuada para su salud, tanto física como

mental. Así, algunos pacientes en esta situación pueden desregular totalmente sus horarios, y se involucran en otras conductas nocivas, como beber en exceso, fumar más, jugar y otros comportamientos que, a su vez, le impiden controlar su trastorno, lo cual puede dificultar su vuelta al trabajo.

4.9. Problemas físicos y enfermedades

Una importante consecuencia del TB es que el propio tratamiento farmacológico produce distintos efectos secundarios, que deben ser controlados para no desarrollar problemas físicos. Además, el propio curso de las fases lleva en ocasiones a que puedan desarrollar más enfermedades como consecuencia de dicho trastorno (p. ej., enfermedades de transmisión sexual, problemas cardiovasculares, etc.). De modo especial se deben tener en cuenta los factores que llevan a enfermedades como la diabetes tipo II y los trastornos cardiovasculares, sea por la medicación, por el estilo de vida, como el sedentarismo, o por otros factores. Se necesita una adecuada monitorización de las mismas para que se puedan prevenir y para que no se conviertan en una complicación adicional al propio TB.

Es especialmente importante en el TB la evaluación de los principales problemas físicos (médicos), como la hipertensión, el síndrome metabólico, la enfermedad cardiovascular y la diabetes, ya que a menudo acompañan al TB y deben incluirse en el proceso de tratamiento. La diabetes es particularmente problemática, ya que muchos antipsicóticos atípicos que se emplean en el tratamiento tienen potenciales complicaciones metabólicas. Por todo ello, un cuidadoso control de la salud del paciente deberá ser una condición obligatoria en el plan de tratamiento del TB (Malhi et al., 2012a).

Cuadro 4.3. Conductas, síntomas y trastornos que agravan el curso y pronóstico del trastorno bipolar

<i>Riesgo</i>	<i>Alto riesgo</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Fumar cigarrillos. • Consumir alcohol. • Consumir cannabis esporádicamente. • Consumir café. • Consumir bebidas energizantes. • Consumir cocaína. • Alta impulsividad. • Rasgos de personalidad, como impulsividad, búsqueda de sensaciones. • Dormir mal. • Problemas de conciliación del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia de la nicotina. • Abuso o dependencia del alcohol. • Consumir cannabis regularmente. • Consumo alto de café. • Abuso o dependencia de cocaína. • Dependencia de la heroína. • Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. • Trastorno de personalidad límite, trastorno de personalidad antisocial. • Trastornos del sueño. • Trastornos de la alimentación. • Trastornos de ansiedad. • Delirios. • Alucinaciones.

5

Tratamientos para el trastorno bipolar

La evidente complejidad del TB se presenta como un desafío para los clínicos que deben tratarlo. Serán necesarios diferentes fármacos y tratamientos psicológicos para ser eficaces en las diferentes fases o episodios del trastorno. Además, hay que considerar separadamente el mantenimiento y las fases agudas del trastorno (Mahli et al., 2012b).

La primera dificultad con la que se encuentra el clínico es que, habitualmente, el TB se presenta con síntomas depresivos, que pueden ser confundidos y tratados como una depresión mayor, dado que los episodios depresivos son mucho más frecuentes que los maníacos (Kupka et al., 2007). Los síntomas maníacos, que son los que determinan el diagnóstico del TB, ocurren más tarde, así como los síntomas subsindrómicos y los mixtos (Judd et al., 2002). Además, el TB va a menudo acompañado por otros síntomas comórbidos, como ansiedad y abuso de sustancias. Cuando el TB ya está implantado, y el actual episodio no es el primero que tiene el individuo, será preciso llevar a cabo un tratamiento farmacológico específico para su TB, psicoeducación en muchos casos, y seguir una terapia psicológica de mantenimiento una vez superada la fase aguda del episodio maníaco, entre episodios, o como elemento para la prevención de la recaída (Miklowitz, 2008).

La depresión bipolar es más refractaria, con menor respuesta a los antidepresivos y con un alto riesgo de giro a la manía si es tratada con ese tipo de medicamentos. Esto supone un gran reto para su tratamiento, ya que los pacientes bipolares, una vez diagnosticados, pasan mucho más tiempo deprimidos (32%) que maníacos (9%), aunque pasen la mayoría del tiempo con síntomas subclínicos (Fountoulakis et al., 2008).

¿Es preciso e/ tratamiento psicológico en el trastorno bipolar?

Aunque el manejo psiquiátrico y la farmacoterapia son componentes esenciales del tratamiento del TB, hay distintos tipos de psicoterapias necesarias en el plan de tratamiento para muchos pacientes. Los pacientes con TB sufren las consecuencias psicológicas de los episodios pasados, la continua vulnerabilidad para episodios futuros y las dificultades de adherirse a un plan de tratamiento a largo plazo que puede implicar efectos secundarios molestos. Además, muchos pacientes tienen síntomas residuales clínicamente significativos, o inestabilidad del estado de ánimo entre los episodios. El objetivo principal de los tratamientos psicoterapéuticos es reducir el malestar y mejorar el funcionamiento del paciente entre los episodios, así como reducir la probabilidad y severidad de los episodios futuros.

Muchos pacientes con trastorno bipolar se tienen que enfrentar a:

- Las consecuencias emocionales de los episodios de manía y depresión.
- Asumir que tienen una potencial enfermedad mental crónica.
- Problemas asociados con la estigmatización.
- Retraso o desviaciones importantes en su desarrollo.
- Miedo a la recurrencia y la consecuente inhibición de un funcionamiento más autónomo.
- Dificultades interpersonales, incluyendo cuestiones relativas al matrimonio, la familia, tener hijos y la crianza de los hijos.
- Problemas académicos y laborales.
- Otros problemas legales, sociales y emocionales que surgen de las conductas independientes, inapropiadas, apartadas o violentas que

pueden ocurrir durante los episodios. A pesar de que las aproximaciones específicas de psicoterapia (además del manejo psiquiátrico) pueden ser necesarias para estas cuestiones, la forma, intensidad y foco de la psicoterapia puede variar a lo largo del tiempo para cada paciente (Hirschfeld et al., 2002, pág. 98).

Como se suele afirmar en las guías clínicas (p. ej., la de la American Psychiatric Association, 2002), en la actualidad no existe cura para el TB, aunque sí tratamientos que disminuyen la morbilidad y la mortalidad asociadas, permiten llevar una vida normalizada la mayor parte del tiempo y que el individuo pueda afrontar adecuadamente las diversas situaciones que se le presentan en su vida. De ahí que el objetivo específico del tratamiento sea disminuir la frecuencia, la severidad y las consecuencias psicosociales de los episodios, y mejorar el funcionamiento global entre ellos.

5.1. ¿Sabemos lo que funciona para el tratamiento del trastorno bipolar?

Desde hace varias décadas se viene considerando que el manejo psiquiátrico y la terapia farmacológica son componentes esenciales del tratamiento para los episodios agudos, y para la prevención de los episodios futuros en los pacientes con TB. Ha sido en los últimos 20 años cuando han surgido, y se han evaluado, distintos tratamientos psicológicos o psicoterapéuticos que, añadidos a la medicación, han mostrado mejorar el curso y el resultado del tratamiento. Se han orientado a reducir el malestar y mejorar el funcionamiento del paciente entre los episodios, y disminuir la frecuencia de los episodios futuros.

A día de hoy existe una clara evidencia de que distintos abordajes y tratamientos psicológicos son eficaces en dicha mejora. También se asume que un complemento a la medicación, con técnicas psicológicas efectivas, es aconsejable para cualquier paciente bipolar, aunque dicho abordaje va a depender de la fase del trastorno en la que se encuentre, ya que no es lo mismo intervenir en la fase aguda (en la que la medicación es predominante, e incluso lo es la hospitalización), que en la fase depresiva o eutímica, en la

que se puede aplicar un tratamiento psicológico junto a la medicación para mejorar el curso del trastorno, mantener el estado maníaco o depresivo estable, o para reducir las recaídas y hospitalizaciones reiteradas.

Actualmente se dispone de información consistente sobre el tratamiento psicológico, como se puede ver en distintas revisiones recientes (p. ej., Lolic et al., 2012; Musetti et al., 2013; Poon et al., 2013; Schottle et al., 2013) y en diferentes guías clínicas (p. ej., Grupo de Trabajo, 2012; Hirschfeld et al., 2002; NICE, 2006; VA/DOD, 2012).

Así, siguiendo una de las revisiones más relevantes, la de Miklowitz y Craighead (2007), que actualiza otras previas (Craighead et al., 1998, 2002) sobre los tratamientos psicológicos en el TB, y otra revisión reciente de estos mismos autores (Geddes y Miklowitz, 2013), se concluye que hay varios tratamientos psicológicos que se pueden considerar eficaces en el tratamiento del TB, como los programas para aumentar la adherencia a la medicación, la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar y marital, y la terapia interpersonal y del ritmo social. En muchos casos, estos tratamientos se pueden aplicar en grupo. Otros tratamientos no han mostrado ser eficaces.

En el STEP-BD, el estudio más importante hasta ahora realizado con pacientes bipolares, en Estados Unidos, los tratamientos psicológicos anteriores (terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y del ritmo social, y terapia centrada en la familia) han mostrado ser eficaces, aplicándose en distintos ensayos clínicos con 30 sesiones cada uno de ellos a lo largo de 9 meses (Parikh et al., 2010).

Hay que insistir de nuevo en que la recomendación clínica actual es que se utilice el tratamiento psicológico como un complemento a la medicación del paciente. A continuación se describe más ampliamente cada uno de ellos, y en el cuadro 5.1 se presenta un breve resumen de los mismos.

Aunque la investigación en este campo es difícil, se encuentran con facilidad estudios descriptivos, de tipo clínico u observacional, pero menos ensayos clínicos de tratamiento psicológico, que en muchos casos se realizan

combinadamente con el tratamiento farmacológico. Cuando se utiliza, el tratamiento psicológico muestra su eficacia añadido al farmacológico.

El motivo por el que el tratamiento psicológico mejora el curso del trastorno, aun estando tomando medicación la persona con TB, es claro: el tratamiento psicológico se va a centrar en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo en su contexto, teniendo en cuenta las relaciones que establece consigo mismo, con su pareja y familia, con sus amigos, con sus compañeros de trabajo, etc. En muchos casos va a ser necesario que la persona adquiera nuevas habilidades, nuevas estrategias, para llevar una vida normalizada y que elementos externos o internos al mismo (p. ej., conflictos, estrés, discusiones, malentendidos, etc.) no le lleven a la recaída o a sentirse peor; aprender cómo detectar los pródromos, cómo manejarlos o, sencillamente, entrenarlo para que busque la ayuda de su psiquiatra o de su psicólogo clínico cuando le aumentan los síntomas maníacos, cuando hay cambios en su comportamiento, cuando se halla más deprimido. Esto facilitará la intervención, y en muchos casos logrará que se mantenga en la fase eutímica y que no pase a la fase maníaca, hipomaníaca o depresiva.

Cuadro 5.1. Tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces en el trastorno bipolar

<i>Tratamiento</i>	<i>Características</i>	<i>Eficacia</i>
Psicoeducación individual y grupal	Proporciona información a los pacientes bipolares y a sus familias sobre el trastorno, su tratamiento farmacológico y sobre los efectos secundarios de los fármacos.	Reduce las tasas de recaída y mejora la adherencia al tratamiento farmacológico.
Terapia cognitivo-conductual	Consiste en analizar y controlar los factores ambientales que se relacionan con la aparición o agravamiento del trastorno, los factores cognitivos y los pensamientos negativos, y entrenar al paciente en habilidades conductuales y cognitivas.	Se mejora la adherencia a la medicación y produce un menor nivel de recaídas y de hospitalizaciones reiteradas.
Terapia interpersonal y del ritmo social	Partiendo del hecho de que la alteración de los ritmos circadianos es un factor patogénico central en el TB, la misma se centra en: <ul style="list-style-type: none"> a) Mejorar la adherencia a la medicación. b) Eliminar las rupturas de los ritmos circadianos (sobre todo los del sueño y los de las rutinas diarias). c) Evitar o controlar los estresores psicosociales. 	Se consigue una significativa mejoría en la fase de mantenimiento del TB.

Terapia familiar	Consiste en mejorar el funcionamiento familiar y reducir la alta expresión de emociones, por su relación con la recaída. Junto a la psicoeducación, se centra en el entrenamiento en la mejora de la comunicación (p. ej., cómo expresarse adecuadamente, saber escuchar), el entrenamiento en habilidades de negociación y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas (sobre todo los familiares).	Cuando se combina con la farmacoterapia se reducen las recaídas, mejora la adherencia a la medicación y mejora el funcionamiento familiar.
Diversos fármacos (litio, valproato, carbamazepina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol)	Fármacos.	Son eficaces en el tratamiento de la manía aguda.
Diversos fármacos (litio, olanzapina, fluoxetina, quetiapina, lamotrigina, tricíclicos, IMAO y pramipexol)	Fármacos.	Son eficaces en el tratamiento de la depresión bipolar aguda.
Diversos fármacos (litio, lamotrigina, olanzapina y aripiprazol)	Fármacos.	Son eficaces en la prevención de la recaída.

Fuente: Adaptado de Becoña y Lorenzo (2003), Craddock y Sklar (2013), Grupo de Trabajo (2012), Hirschfeld *et al* (2002), Keck y McElroy (2007) y Miklowitz y Craighead (2008).

Pero hay que ser realistas. Aunque hoy se sabe de la eficacia del

tratamiento psicológico combinado con el farmacológico en el paciente bipolar, hay mucho trabajo por hacer a lo largo del tratamiento. Así, por ejemplo, se registran altas tasas de no adherencia al tratamiento farmacológico, que pueden llegar al 40% o al 50%, y altas tasas de recaída a lo largo del año en el que es iniciado el tratamiento farmacológico.

Todo esto obliga a un tratamiento combinado, mantenido en el tiempo, dado que sabemos que el tratamiento farmacológico en exclusiva para el TB es insuficiente. Por todo ello, el tratamiento psicológico es una importante ayuda para poder mejorar la calidad de vida y evolución del trastorno de estas personas.

5.2. Tratamiento farmacológico

Existe un acuerdo prácticamente unánime entre los clínicos de la salud mental de que el TB requiere medicación en su tratamiento. Es más, el tratamiento farmacológico resulta indispensable en todas las fases del TB. Su función es reducir la intensidad, frecuencia y consecuencias de los episodios agudos, así como mejorar el funcionamiento global y la calidad de vida que discurre entre ellos. El tratamiento farmacológico se administrará en función de las fases en las que se encuentra el paciente cuando empieza a ser tratado. Se distinguen tres fases. En la primera, o fase aguda, el objetivo es eliminar los síntomas del TB, consiguiendo que la persona vuelva a la estabilidad. En la segunda, o fase de estabilización, el objetivo es mantener el estado de ánimo estable o asintomático; sería el momento ideal para aplicar el tratamiento psicológico, y así se hace en la mayoría de los tratamientos que se han desarrollado. Y la tercera fase, de mantenimiento, es en la que se mantiene la estabilidad y se la entrena para que reduzca al máximo las posibilidades de recaída; esta fase durará todo el tiempo que el paciente tarde en mostrar síntomas de recaída. Si se produce una nueva recaída, entonces será el psiquiatra quien pautará el tratamiento farmacológico adecuado para la fase del TB en la que el paciente recaiga.

Los tratamientos farmacológicos que se han utilizado son muchos, y se

dispone tanto de los de primera elección como de otros. Entre los primeros están el litio, el más utilizado, junto al valproato, la carbamazepina, los antipsicóticos (p. ej., olanzapina), los neurolépticos, etc. (véanse los cuadros 5.2 y 5.3), que se aplican en función de la fase aguda, de mantenimiento o de prevención de la recaída. Igualmente, hay que intervenir en otros problemas frecuentemente asociados al trastorno, como el abuso de sustancias, la impulsividad, la irritación, la agitación, el insomnio, los problemas de relación y otros. En unos casos se utilizará tratamiento psicológico, y en otros farmacológico. Así, el tratamiento en la fase depresiva suele hacerse solo con fármacos, o combinando estos con tratamiento psicológico.

Cuadro 5.2. Tratamientos farmacológicos más utilizados y eficaces en el TB según Musetti et al. (2013)

<i>Litio</i>	<i>Anticonvulsivos</i>	<i>Antipsicóticos atípicos</i>	<i>Antidepresivos</i>
	Lamotrigina Valproato Carbamazepina	Quetiapina Olanzapina Aripiprazol	

Cuadro 5.3. Fármacos que propone utilizar para el trastorno bipolar la guía clínica española

<i>Estabilizadores</i>		<i>Antipsicóticos</i>		<i>Antidepresivos</i>	<i>Ansiolíticos</i>
	<i>Anticonvulsivos</i>	<i>1ª generación</i>	<i>2ª generación</i>		
Litio	Valproato sódico Carbama- zepina Oxcarbama- zepina Lamotrigina	Clorpro- mazina Haloperidol Levomepro- mazina Perfecanina	Risperidona Olanzapina Quetiapina Ziprasidona Aripiprazol Paliperidona Asenapina Amisulprida Clozapina	Tricíclicos ISRS Duales (venlafaxina, duloxetina) NASSA Bupropión	Benzo- diazepinas

Fuente: Grupo de Trabajo (2012).

El litio revolucionó el tratamiento del TB. Desde su aparición en la década 1950-1959 se ha convertido en un fármaco de gran importancia en el tratamiento del TB, pero algunos pacientes creen erróneamente que con él se cura su dolencia (Kupfer y Frank, 1997). El litio es de gran ayuda, sobre todo para las fases maníacas, pero también se utiliza en las fases depresivas. No es la solución definitiva para este trastorno, pero resulta de enorme ayuda para que los pacientes puedan llevar una vida normalizada. Hay que destacar que en los últimos años el litio es menos eficaz que en sus inicios. Ello parece debido al incumplimiento de la medicación, las dosis y la educación del paciente, que pocas veces asume el curso de su enfermedad (Frank et al., 1999), a lo que hay que añadir la comorbilidad del TB con otros trastornos, como ya hemos visto.

El valproato sódico es un antiepiléptico que se utiliza también como antimaniaco y eutimizante. Se usa tanto para la fase aguda como en la fase de mantenimiento en el TB.

La carbamazepina ha mostrado eficacia antimaniaca. Se usa para la manía y para la profilaxis del TB e, igualmente, para la psicosis refractaria, el descontrol de los impulsos y la agresividad. De ahí su utilidad cuando hay

comorbilidad asociada.

La oxcarbamazepina es un derivado de la carbamazepina con resultados semejantes a ella.

La lamotrigina es un fármaco antiepiléptico que ha mostrado ser útil en la prevención de las fases depresivas en el TB. Se ha utilizado sobre todo en el TB tipo II. Ofrece la ventaja de que no produce virajes maníacos, pero tiene importantes efectos secundarios que obligan a aumentar la dosis de forma muy lenta.

Los antipsicóticos empezaron a utilizarse en el TB cuando tenía cuadros psicóticos asociados. Pero, con el tiempo, se encontró que diversos antipsicóticos de segunda generación eran eficaces para el TB, convirtiéndose así también en tratamientos farmacológicos de primera línea para el TB.

Entre los antipsicóticos de segunda generación que se recomiendan para el TB se hallan los siguientes: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol, paliperidona, asenapina, amisulprida y clozapina. Y, entre los de primera generación, clorpromazina, haloperidol, levomepromazina y perfecanina, tal como indica la guía española del TB (Grupo de Trabajo, 2012).

También se utilizan las benzodiazepinas en el TB. Sus propiedades ansiolíticas, miorrelajantes, hipnótico-sedantes y anticonvulsivas son de utilidad en el TB, sobre todo en la fase aguda como coadyuvante en la agitación psicótica.

Los antidepresivos se usan junto con los estabilizadores del estado de ánimo en el tratamiento del episodio depresivo. La guía española del TB incluye dentro de los antidepresivos para el TB los antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, clomipramina, maprotilina, desipramina y nortriptilina), los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) (paroxetina, citalopran, escitalopran, fluoxetina, fluvoxamina, sertralina), los antidepresivos duales (velafaxina, duloxetina), los inhibidores

de la monoaminooxidasa (IMAO), los NASSA (mirtazapina, reboxetina) y el bupropión. Se deben tomar precauciones con los antidepresivos al tratar personas con TB, y llevar a cabo una buena monitorización de su utilización, ya que pueden provocar giros maníacos en los pacientes, como se ha podido constatar desde hace algunos años (VA/DOD, 2012).

Cuando los pacientes bipolares presentan gran agitación o síntomas psicóticos, se utilizan neurolépticos de última generación.

Para que el tratamiento farmacológico sea eficaz, es frecuente que la persona tenga que tomar más de un tipo de medicación al mismo tiempo, por lo que es importante que los fármacos prescritos tengan el menor número de efectos secundarios posible. Además, se deberá empatizar con la frustración y la incertidumbre del paciente, y proporcionarle información realista sobre el proceso terapéutico, los efectos de los fármacos, los efectos secundarios, el curso del trastorno, etc.

El tratamiento farmacológico es complejo debido a los distintos tipos que puede presentar el trastorno, al episodio en el que se encuentre el paciente, a su respuesta pasada a distintos fármacos, a los efectos secundarios, a las contraindicaciones, a la adherencia al tratamiento, etc. Así, en función de la fase y del curso clínico, los síntomas que presenta, los antecedentes de comorbilidad y las complicaciones presentes, el tratamiento será de un tipo u otro. También es importante diferenciar si el tratamiento va dirigido a un hombre o a una mujer, a un niño o a un adolescente, o a un adulto, además de la respuesta de los pacientes a los tratamientos previos.

En general, la toma de decisiones en el tratamiento farmacológico del TB resulta difícil, porque cada fase del trastorno exige una estrategia diferente, y cada persona, a su vez, tiene unas manifestaciones diferentes dentro del mismo trastorno, por lo que el terapeuta (médico psiquiatra) debe reevaluarlo constantemente (Grupo de Trabajo, 2012). En la mayoría de los casos es necesaria una combinación de fármacos.

El abandono del tratamiento puede ser la causa principal de una recaída.

La baja adherencia al tratamiento ocurre con frecuencia a lo largo del curso del trastorno. El 50% de los pacientes bipolares abandonan la medicación por su cuenta a lo largo del proceso, y más del 90% lo consideran en algún momento (Grupo de Trabajo, 2012). Las causas de la baja adherencia son múltiples, y entre ellas destaca la poca conciencia del trastorno, las creencias irracionales acerca de los medicamentos, el estigma social, los efectos secundarios o el consumo concomitante de sustancias psicoactivas. En pacientes con alta ideación suicida esta falta de adherencia puede ser dramática. También el poco conocimiento del trastorno puede originar el abandono de los fármacos en las fases asintomáticas, por considerar el paciente que ya se encuentra curado y no precisa la medicación.

No hay ninguna duda sobre la eficacia de la medicación en el TB, y sobre la necesidad de que los pacientes bipolares la tomen todos los días y en la dosis prescrita. Pero, desgraciadamente, muchos pacientes bipolares deciden abandonar su medicación, o se olvidan de tomarla, lo que puede empeorar sus síntomas o desencadenar un episodio agudo. De ahí la insistencia, y el surgimiento de tratamientos complementarios, como la psicoeducación o los tratamientos psicológicos, con la idea de que el paciente bipolar conozca su trastorno, su evolución y cómo afrontarlo más adecuadamente. Es necesario que los pacientes colaboren al máximo en su tratamiento, y que los terapeutas les guíen más adecuadamente en este proceso mediante el cambio de creencias negativas de los pacientes sobre su medicación. Los terapeutas también deben escuchar y tener en cuenta las quejas de los pacientes sobre la medicación. Por ello, hay que utilizar en muchos casos con estos pacientes procedimientos que permitan mejorar su adherencia a la medicación. De modo específico, sabemos que es importante el que los pacientes bipolares tengan suficiente información sobre la medicación y su función, para seguir tomándola diariamente. Las razones que acostumbran a dar para dejar de tomarla, o negarse a tomarla, van desde los molestos efectos secundarios que les producen hasta tener dificultades para acordarse de tomarlas, no estar de acuerdo con el diagnóstico o negarse a ceder el control de su propio estado de ánimo (Miklowitz, 2004).

Uno de los grandes problemas de los fármacos son sus efectos secundarios en una parte de los pacientes, algo que también se debe tener en cuenta. Dado que el presente manual no se orienta al tratamiento farmacológico, recomendamos revisar la guía clínica española para el TB (Grupo de Trabajo, 2012), junto a guías internacionales como la NICE (2006), VA/DOD (2012), entre otras, o revisar las prescripciones aprobadas por la Agencia Española del Medicamento para el TB.

5.3. Tratamiento psicológico

Desde hace unas décadas, sobre todo a partir del manual de Ramírez Basco y Rush (1995, 2005), Lam et al. (1999), Miklowitz y Goldstein (1997) y Newman et al. (2002), entre los más importantes, el tratamiento psicológico se ha hecho habitual como coadyuvante al tratamiento farmacológico del TB. Varias guías clínicas sobre el TB han incorporado el tratamiento psicológico dada su eficacia, y recomiendan su uso en la práctica clínica. Por ejemplo, la guía NICE (2006) para el TB dedicó casi cincuenta páginas al manejo psicológico del TB, y lleva a cabo numerosas recomendaciones considerando la optimización de los tratamientos psicosociales, entre los que se incluyen los siguientes:

- a)Psicoeducación.
- b)Monitorización de los síntomas del estado de ánimo, incluyendo los disparadores y los avisos tempranos o pródromos.
- c)Estabilización de los ciclos de sueño-vigilia y los niveles de actividad.
- d)Desarrollo de estrategias de afrontamiento para limitar la progresión a episodios agudos.

Se hacen recomendaciones adicionales apoyando las intervenciones familiares, así como intervenciones motivacionales en el consumo de drogas y alcohol. La guía NICE (2006) indica que muchos tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces contienen elementos similares, incluyendo la

psicoeducación sobre la enfermedad, promover la adherencia al tratamiento, la promoción de rutinas diarias saludables y de sueño, monitorizar el estado de ánimo, la detección de señales (pródromos) y la prevención de nuevos episodios, y estrategias de afrontamiento en general, incluyendo técnicas de solución de problemas. También considera que debería tenerse en cuenta la aplicación de terapias psicológicas para mejorar la adherencia a la medicación, identificar los pródromos de recaída, reducir los síntomas residuales (particularmente los depresivos) y la conducta suicida, y ayudar a los pacientes a una completa recuperación funcional.

Desde la perspectiva del paciente, muchos afirman que el tratamiento psicológico es un factor esencial para recuperarse de sus episodios, y lo colocan a la misma altura que la medicación (Miklowitz, 2004). El tratamiento psicológico puede ayudarle a reconocer los disparadores de los cambios del estado de ánimo, y a aprender estrategias de afrontamiento de su problema. De ahí que siempre sea recomendable que una persona con TB acuda también a tratamiento psicológico.

Para Miklowitz (2004) existen varias razones que justifican el tratamiento psicológico en el TB. Una de las más importantes es que la persona obtiene consejo y orientación para afrontar su trastorno y explorar, entre otras cosas, el papel de los sucesos vitales estresantes, ciertas relaciones familiares disparadoras de cambios en su estado de ánimo, y sus dificultades para aceptar su trastorno o el estigma que este conlleva, o sus dudas sobre la conveniencia de tomar la medicación. También permite examinar el impacto del TB en todos los aspectos de la vida de la persona, así como de encontrar la mejor manera de comunicar sus problemas.

Cuadro 5.4. Objetivos básicos que tienen los tratamientos psicológicos para las personas con trastorno bipolar

-
- Ayudarles a comprender sus episodios hipomaníacos, maníacos y depresivos, tanto los actuales como los pasados.
 - Entrenarles en hacer planes a corto y a medio plazo, teniendo en cuenta su vulnerabilidad a futuros episodios de TB.
 - Ayudarles a que comprendan la necesidad de tomar la medicación prescrita para el trastorno, los efectos secundarios que produce, y entrenarles para que sigan tomando la medicación a largo plazo.
 - Identificar las situaciones potenciales de estrés, y entrenarles en estrategias específicas para hacerle frente eficazmente a las mismas.
 - Mejorar su rendimiento laboral o escolar.
 - Que conozcan el posible estigma social que produce el trastorno, y entrenarles en estrategias para hacerle frente o superarlo.
 - Mejorar las relaciones con la pareja y las relaciones familiares.
 - Identificar las situaciones ambientales que pueden relacionarse con un episodio de TB o ser las disparadoras.
 - Identificar los pródromos y pedir ayuda para poder manejarlos.
 - Que asuman que están ante un trastorno crónico, con causas biológicas y ambientales, pero que ellos pueden aprender a manejarlo o pueden reducir sus consecuencias cuando se presentan las fases del TB.
-

Fuente: adaptado y ampliado a partir de Miklowitz (2004).

Desde la psicología también se pueden afrontar problemas que la persona arrastra desde hace tiempo, y que pueden no tener relación con el trastorno, pero que siguen presentes independientemente de su estado de ánimo. Aunque estas cuestiones psicológicas no sean causas directas del TB, pueden pasar a un primer plano cuando cambia el estado de ánimo (Miklowitz, 2004). Comprender en cierta medida la naturaleza de estos conflictos, y encontrar maneras de afrontarlos, hace que la persona sea menos vulnerable a nuevos cambios del estado de ánimo.

El tratamiento psicológico es más eficaz cuando las personas combinan la comprensión de la situación por la que están atravesando con el aprendizaje de las aptitudes necesarias para cambiar sus patrones de pensamiento o de

conducta. Por ejemplo, en la terapia cognitivo-conductual se anima a los pacientes a afrontar los pensamientos negativos que tienen de sí mismos, de su mundo y de su futuro. Se propone al paciente que lleve un registro de sus pensamientos, lo que le permitirá identificar sus supuestos acerca de determinados sucesos importantes, se le entrena en diversas habilidades, se utiliza la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, etc.

Por todo ello, en la última década los tratamientos psicológicos o las intervenciones psicosociales para el TB se han ido abriendo paso, poco a poco, y hoy se consideran imprescindibles para mejorar en varios aspectos importantes la vida de un paciente con TB. Las distintas intervenciones se han orientado básicamente a incrementar la adherencia al régimen de medicación, disminuir las hospitalizaciones y las recaídas y mejorar la calidad de vida de los pacientes, mediante el entrenamiento en distintas habilidades y técnicas cognitivo-conductuales.

5.4. Tipos de tratamiento psicológico en el trastorno bipolar

5.4.1. Psicoeducación

Desde hace décadas el litio ha sido el fármaco más utilizado para tratar el TB, o la psicosis maníaco-depresiva, como era conocida en el pasado. El fármaco ha demostrado su eficacia en la estabilización del trastorno, aunque no sea suficiente, porque una parte de los pacientes que toman correctamente el tratamiento continúan recayendo. Además, no todos toman el tratamiento de forma habitual. En la revisión de Lingman y Scott (2002) sobre este tema se encontró que la no adherencia al tratamiento farmacológico para el TB oscila del 20% al 66%, con una mediana del 41%. Hay que añadir, además, que aun teniendo una medicación adecuada, la mayoría de las personas con el trastorno continúan con niveles significativos de síntomas subsindrómicos en los periodos entre episodios, síntomas que pueden causar sufrimiento emocional y deterioro funcional por sí mismos. Para evitar un empobrecimiento de la calidad de vida de los pacientes puede ser útil poner en práctica un programa de psicoeducación, que consiste en enseñarles a

conocer su enfermedad para manejarla más eficazmente, aprender a convivir con ella y aceptar la necesidad de seguir un tratamiento farmacológico.

Los programas psicoeducativos se orientan a proporcionar a los pacientes, y con frecuencia a las familias, tanto información sobre el TB como maneras de detectar los síntomas tempranos de los episodios, manejar los eventos vitales estresantes, entrenarles en la toma de la medicación y en que no la abandonen, mejorar su estilo de vida y mejorar otros aspectos de su vida, con la idea de que no recaigan.

Objetivo fundamental de todos los programas psicoeducativos es mejorar la adherencia a la medicación, y en este sentido han demostrado su utilidad y eficacia (Becoña y Lorenzo, 2003). Como ejemplo, el estudio de Perry et al. (1999), sobre una muestra amplia, demostró que entrenar a los pacientes bipolares a identificar los pródromos o síntomas de la recaída, nada más aparecer, y a buscar tratamiento, produjo una menor tasa de recaída en los episodios maníacos en el grupo entrenado. Sin embargo, reconocer los pródromos depresivos no redundó en una menor recaída en depresión, sin diferencias entre el grupo experimental y el de control.

En España se han desarrollado varios programas psicoeducativos para el TB (p. ej., Colom et al., 2003, 2009; Colom y Vieta, 2004; González et al., 2012; González-Isasi et al., 2012, entre otros). Como un ejemplo, el programa psicoeducativo de Colom et al. (2009) consta de 21 sesiones, que se llevan a cabo a lo largo de seis meses, a cargo de experimentados psicólogos. Utiliza técnicas cognitivo-conductuales (p. ej., técnicas de manejo del estrés, técnicas de solución de problemas), junto a elementos más habituales de estos programas (p. ej., información sobre el TB, efectos de la medicación, riesgos asociados a abandonar la medicación, etc.). En el cuadro 5.5 se indican los componentes que utiliza este programa.

Cuadro 5.5. Programa psicoeducativo de Colom y Vieta (2004)

Objetivos:

1. De primer nivel, elementales.
 - Conciencia de enfermedad.
 - Detección precoz de los síntomas prodrómicos.
 - Adherencia al tratamiento farmacológico.
2. De segundo nivel, deseables.
 - Control del estrés.
 - Evitar el uso y el abuso de sustancias.
 - Lograr regularidad en el estilo de vida.
 - Prevenir la conducta suicida.
3. De tercer nivel, desiderativos.
 - Incrementar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de los episodios pasados y futuros.
 - Mejorar la actividad social e interpersonal entre episodios.
 - Afrontar los síntomas residuales subsindrómicos y el deterioro.
 - Incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida.

Duración: 6 meses.

Sesiones: 21 sesiones, una vez por semana, de 90 minutos de duración.

Bloques del programa psicoeducativo:

1. Conciencia de enfermedad (6 sesiones).
2. Adherencia farmacológica (7 sesiones).
3. Evitación del abuso de sustancias (1 sesión).
4. Detección precoz de nuevos episodios (3 sesiones).
5. Regularidad de hábitos y manejo del estrés (4 sesiones).

5.4.2. Terapia cognitivo-conductual

Se han desarrollado distintos tratamientos de tipo cognitivo-conductual que han mostrado ser eficaces en el TB. Desde los más simples, que eran una mejora de los programas de psicoeducación, aplicados individualmente o en grupo, hasta programas más estructurados o complejos, como son los desarrollados en los últimos años (p. ej., Lam et al., 1999; Newman et al., 2002).

La mayoría de los tratamientos cognitivo-conductuales dan una gran relevancia desde su inicio a que la persona siga un adecuado régimen de medicación para, con ello, evitar las recaídas y que se pueda trabajar mejor con ellos en las fases eutímicas o depresivas. En los últimos años ha cobrado gran relevancia la terapia cognitiva de Beck, no solo aplicada a la depresión (Beck et al., 1979), sino que se han desarrollado protocolos completos tanto para la fase depresiva como para la maníaca, que han tenido gran aceptación (Newman et al., 2002). En este caso se parte del modelo cognitivo para la depresión de Beck, que se ha ampliado a las fases maníacas. En el modelo de Beck el elemento fundamental lo tiene la forma de pensar del individuo en la producción y el mantenimiento de los distintos trastornos. Lo que hace la terapia cognitiva es cambiar las interpretaciones y creencias disfuncionales, así como los supuestos subyacentes (Ramírez Basco y Rush, 2005; Ramírez Basco y Thase, 1997; Newman et al. 2002).

Otro tratamiento cognitivo-conductual es el de Lam et al. (1999). Estos autores parten del hecho de que el litio es inefectivo para el 20-40% de los pacientes por su inadecuada respuesta o por sus efectos secundarios. Por ello, una parte importante del tratamiento se orienta a que los pacientes sean capaces de reconocer sus pródromos. Dado que desde la aparición de los síntomas prodrómicos de la depresión hasta que aparece el episodio agudo pasan varias semanas, la temprana detección de los mismos y su intervención puede ser posible para prevenir los cambios moderados en los estados de ánimo antes de que pasen a ser más severos y se hagan prolongados. Igualmente, se centran en los eventos vitales de los pacientes, que tienen una gran relevancia en los pródromos y suelen preceder a los mismos. Algunos de ellos se relacionan con las recaídas en el TB, como no tener claras las rutinas diarias, cuando se viaja continuamente recorriendo largas distancias o cuando se tiene jet lag, no tener adecuadas rutinas de sueño, tener alto nivel de estrés, etc.

La evaluación del tratamiento de Lam ha demostrado, a un año de seguimiento, en pacientes bipolares con alto riesgo de recaída, que se conseguía prevenir la misma respecto al grupo de control, concluyendo que el

tratamiento, además de prevenir la recaída, lleva al alivio de los síntomas y proporciona a los pacientes un funcionamiento social más adecuado (Lam et al., 2003).

Un resultado distinto al de Lam es el de Parikh et al. (2012). Aplicando una adaptación del tratamiento de Lam en 20 sesiones, en comparación con un programa psicoeducativo en 6 sesiones, no encontraron diferencias entre ambos grupos, aunque sí se habían obtenido resultados positivos con ambos programas. Ello lleva a Parikh et al. (2012) a sugerir que se les preste más atención a las intervenciones breves en el TB.

Scott et al. (2006), partiendo de la terapia cognitiva de Beck, han desarrollado un tratamiento para el TB en 20 sesiones, a lo largo de 38 semanas. Los componentes del mismo se orientan a facilitar la aceptación del trastorno y la necesidad de su tratamiento; ayudar a reducir la inestabilidad en el estado de ánimo y en los síntomas; reconocer y manejar los estresores psicosociales y los problemas interpersonales; enseñar estrategias cognitivoconductuales para el afrontamiento de la depresión; identificar y modificar los pensamientos automáticos disfuncionales, así como las creencias desadaptativas subyacentes; mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico; entrenarlo en hacer frente al consumo y el abuso de sustancias; enseñarle a reconocer precozmente los síntomas de la recaída, y a que conozca distintas estrategias para hacerles frente. Los resultados con este tratamiento fueron eficaces, especialmente para aquellos con menos episodios previos.

Otro tratamiento actualmente de referencia a nivel cognitivo-conductual para el TB es el de Ramírez Basco y Rush (2005). Su manual se utiliza ampliamente para el tratamiento del TB, por su buena organización. A lo largo de 20 sesiones se entrena al paciente en mejorar la adherencia al tratamiento, tanto al farmacológico como al psicológico, donde tienen un papel especial los contratos que se hacen para su cumplimiento; la psicoeducación, con una especial atención a la medicación, sus tipos, los efectos que produce y eliminar falsas concepciones sobre la misma; el entrenamiento en la detección de los pródromos para poder prevenir la

recaída; manejar los síntomas conductuales, controlando los disparadores de los mismos e incrementando las conductas positivas para reducir las negativas (p. ej., entrenándoles en mejorar su sueño, sus contactos con otras personas); el manejo de los síntomas cognitivos, cambiando los contenidos de las cogniciones (p. ej., las distorsiones cognitivas, los pensamientos automáticos); el manejo del estrés, tanto dándole estrategias como entrenándolo en su prevención; la detección y el afrontamiento de los problemas en la comunicación interpersonal (p. ej., entrenándolo en habilidades de comunicación), y el manejo de la comorbilidad y otros problemas que se puedan presentar a lo largo del tratamiento.

En España, González-Isasi et al., (2010, 2012) han aplicado y evaluado un tratamiento cognitivo-conductual para pacientes bipolares. El mismo incluye psicoeducación; entrenarlos en el conocimiento de la relación pensamientos-actividades, sentimientos y estado de ánimo; identificar los síntomas tempranos de los episodios; técnicas de control de la ansiedad (relajación, respiración, autoinstrucciones y distracción cognitiva); hábitos de higiene de sueño; planificación de actividades agradables; reestructuración cognitiva; entrenamiento en solución de problemas; mejora de la autoestima, y programa de habilidades sociales. El tratamiento dura 20 sesiones, una a la semana, de 90 minutos de duración cada una. Los resultados del tratamiento han sido buenos en comparación con el grupo de control. Además, los mismos se mantenían cinco años después del tratamiento (González-Isasi et al., 2012).

Otro manual de tratamiento cognitivo-conductual publicado en castellano es el de Sevillá y Pastor (2009), centrado de modo especial en los aspectos cognitivos del trastorno.

5.4.3. Terapia interpersonal y del ritmo social

La psicoterapia interpersonal ayuda al paciente a comprender el papel que desempeña su trastorno en sus relaciones familiares, sociales o laborales, y la influencia de estas relaciones en su trastorno. Se centra en los hábitos que

muestra el paciente en sus relaciones personales, y en la modificación de los mismos para contribuir a estabilizar el estado de ánimo. A partir de ella, y de modo ampliado, se ha elaborado la terapia interpersonal y del ritmo social (IPSRT) (Frank, 2005; Frank et al., 1994; Frank et al., 2000), que incluye un nuevo elemento: la observación y el control de los ritmos circadianos, los patrones de actividad y los niveles de los estímulos sociales (p. ej., la cantidad de contactos de alta y baja intensidad con amigos y familiares). Se trata de un aspecto central en la vida del paciente bipolar, en el que es clave un adecuado control de los ritmos cotidianos. El tratamiento se dirige a los eventos vitales estresantes, las rupturas en los ritmos sociales y el no cumplimiento de la medicación. Por ejemplo, las áreas de problemas interpersonales que se identifican y se tratan son la tristeza o el duelo, las disputas interpersonales, las transiciones de rol (p. ej., divorcio, cambio laboral, etc.) y los déficits interpersonales. Se les instruye de modo especial para regularizar sus ritmos sociales, como la hora a la que se levantan, la hora a la que van a dormir, cuándo hacen ejercicio, el horario de comidas, con quién comen, cuándo hacen vida social, etc. Igualmente, qué acontecimientos pueden producir cambios en esas rutinas, desde el surgimiento de síntomas de un episodio del trastorno, como cambios en el horario laboral, el tipo de ocio en días concretos, el estrés, etc. En suma, la IPSRT se orienta a ayudar a los pacientes a maximizar la regularidad de sus ritmos cotidianos, adherirse al régimen de medicación, manejar mejor los síntomas afectivos y resolver los problemas interpersonales.

Para esta terapia, por tanto, la alteración de los ritmos circadianos es un factor patogénico central en el TB. Por ello, parte de que hay tres factores centrales sobre los que hay que actuar:

- a) Evitar la no adherencia a la medicación.
- b) Eliminar las rupturas de los ritmos circadianos (sobre todo los del sueño-vigilia y los de las rutinas diarias).
- c) Evitar o controlar los estresores psicosociales (Frank et al., 2000).

Esta terapia se suele aplicar individualmente, pero también puede hacerse grupalmente. Se centra, como vemos, en dos aspectos básicos: las relaciones e interacciones interpersonales y establecer ciclos rítmicos (ritmos circadianos) o rutinas cotidianas, basados en la hipótesis de la estabilidad del ritmo social (Ehlers et al., 1988). Da una gran importancia a la regulación del sueño, que, como se sabe, es un aspecto básico en este trastorno, porque incide positivamente en el estado emocional. Si, además, identifica adecuadamente los eventos vitales que lo llevan a la ruptura de sus rutinas y las relaciones interpersonales problemáticas, todo ello conducirá no solo a una mejora de su estado emocional, sino también de su vida social.

La diferencia de esta terapia respecto a otras es que no tiene una duración concreta, por la necesidad de hacer un tratamiento a largo plazo. De ahí que la duración de la misma sea libre, dado que estamos ante un trastorno o enfermedad crónica. En los ensayos clínicos con este tratamiento se ha evaluado hasta dos años de mantenimiento después de un tratamiento intensivo en la fase aguda.

La evaluación de la terapia interpersonal y del ritmo social ha demostrado que disminuye la duración de los episodios depresivos, y aumenta la duración de los períodos de estabilidad (Frank et al., 1999, 2005), efecto que se produce básicamente por haber incrementado sustancialmente la regularidad de las rutinas cotidianas, como se constata en el grupo de terapia interpersonal y del ritmo social, y no en los otros grupos de comparación. También se encontró que con este tratamiento mejoraban su adherencia a la medicación, solucionaban mejor sus problemas y mejoraban en su afrontamiento del trastorno. Otro resultado fue que los que estaban casados al inicio del trastorno obtenían mejores resultados a largo plazo. Frank et al., (2008) también han indicado que la aplicación del tratamiento debería hacerse en la fase aguda, que es cuando se consigue la mayor estabilización de los ritmos sociales.

La terapia interpersonal y del ritmo social también se ha utilizado con éxito en grupo (Bouwkamp et al., 2013), reduciendo la sintomatología depresiva y el número de hospitalizaciones. En adolescentes bipolares

(Hlastala et al., 2010), a lo largo de 20 semanas de tratamiento, se logra una reducción de los síntomas maníacos y depresivos, como también una disminución en la otra sintomatología psiquiátrica asociada.

Cuadro 5.6. Componentes de la terapia interpersonal y del ritmo social para adolescentes

-
1. *Psicoeducación*: discutir con el adolescente su historia de enfermedad, revisar los síntomas del TB, educarlo sobre el TB, discutir la contribución de los distintos factores biopsicosociales al trastorno, centrarse en la adherencia a la medicación y en los efectos secundarios de la misma.
 2. *Mejorar los problemas interpersonales* más relevantes del adolescente (tristeza, disputas interpersonales, transiciones de rol y déficits interpersonales), y mantener una atención constante sobre las otras áreas problemáticas que presenta a lo largo del tratamiento.
 3. *Estabilización del sueño y del ritmo social*: cómo organizar rutinas, sobre todo las rutinas sociales y la regularidad del sueño a lo largo de todo el tratamiento.
-

Fuente: adaptado de Hlastala et al. (2010).

5.4.4. Terapia familiar

La familia y las relaciones de pareja son fundamentales en la vida de las personas. En el caso del paciente bipolar, su vida en pareja, o en familia en general, va a estar condicionada por tener importantes altibajos en las fases activas del trastorno, tanto en el episodio depresivo como en el episodio maníaco o hipomaníaco. De ahí que se hayan desarrollado intervenciones de tipo familiar y de pareja específicas para estos pacientes, con el objetivo de centrar su atención especialmente en los problemas que pueden surgir en las relaciones cotidianas, junto al manejo de los otros problemas característicos del TB.

Se sabe que altos niveles de actitudes críticas, hostiles o una sobreimplicación emocional, es decir, la alta expresión de emociones, en los padres o en la pareja del paciente bipolar se halla asociado a altas tasas de

recaída, a pobres resultados en el manejo y remisión de los síntomas, o a ambos problemas al mismo tiempo. De ahí el desarrollo de intervenciones psicosociales orientadas a tratar a la familia para mejorar el ajuste de los pacientes.

Hay dos grupos principales que han aplicado intervenciones familiares y de pareja con el paciente bipolar: el de Clarkin (Clarkin et al., 1988, 1990; Glick et al., 1991; Haas et al., 1991; Spencer et al., 1988) y el de Miklowitz (Miklowitz, 2004; Miklowitz y Goldstein, 1990, 1997; Miklowitz et al., 2000).

El grupo de Clarkin ha desarrollado una intervención familiar para la familia y los pacientes psiquiátricos hospitalizados, entre los que se encuentran los pacientes bipolares. El tratamiento dura un promedio de nueve sesiones, y se centra en ayudar a los pacientes a afrontar la hospitalización y a hacer planes para cuando le haya sido dada el alta. A lo largo del tratamiento se entrena al paciente y a su familia a aceptar que el trastorno es real y que probablemente sea crónico, que es necesario el tratamiento farmacológico junto al psicológico una vez que haya sido dado de alta, a identificar los estresores que pueden precipitar la recaída, a aprender el modo de modificar los patrones familiares disfuncionales y a ser capaz de hacer frente a los estresores en el futuro.

Miklowitz (2004, 2007; Miklowitz y Goldstein, 1997) ha desarrollado la terapia centrada en la familia (family-focused therapy, FFT), la más influyente hoy dentro de las intervenciones familiares, la cual ha cosechado buenos resultados. Parte de la relevancia del ambiente familiar en el TB se debe a la necesidad del manejo de los eventos estresantes en la familia y en la vida cotidiana. El estrés familiar se operacionaliza por la alta expresión de emociones (EE), que consiste en altos niveles de críticas, hostilidad o sobreimplicación emocional de un cuidador, habitualmente un padre o un esposo, durante o inmediatamente después de que el paciente sufra un episodio agudo. La relevancia de tener esto en cuenta, y de manejarlo adecuadamente, radica en que cuando la familia tiene una alta EE en casa, después de que el paciente haya tenido un episodio agudo, es que la recaída a

los nueve meses del mismo es dos o tres veces mayor en estos pacientes que en los que vuelven a familias de baja EE (Miklowitz, 2004). Esto se debe a que las familias con alta EE atribuyen más probablemente las conductas negativas de los pacientes a factores personales o controlables (p. ej., personalidad, carencia de esfuerzo), que los familiares con baja EE, que relacionan con más probabilidad la conducta a factores incontrolables (p. ej., enfermedad o estresores externos). Por ello, Miklowitz (2007) considera que las intervenciones familiares en el TB deben considerar:

- a) Los procesos del desarrollo por los que se han originado las actitudes de alta EE.
- b) Los modos en que los pacientes procesan y reaccionan a los efectos negativos de los padres u otros cuidadores.
- c) La reactividad cognitiva de los familiares.
- d) La habilidad de los pacientes para manejar las interacciones familiares estresantes.
- e) Las conductas de los pacientes que provocan rechazo entre sus cuidadores.

Cuadro 5.7. Características del tratamiento centrado en la familia de Miklowitz

-
- a) Comienza poco después de que la persona haya tenido un episodio de manía, depresión o mixto.
 - b) Implica la participación del paciente y uno o más familiares (p. ej., la esposa, los padres, los hermanos).
 - c) Consta de 21 sesiones a lo largo de 9 meses (semanalmente durante los tres primeros meses, bisemanalmente en los siguientes tres meses y mensualmente en los últimos tres meses).
 - d) Se le aplican tres módulos consecutivamente:
 1. *Psicoeducación*: Información didáctica y discusión interactiva sobre los síntomas del TB, temprana detección de los síntomas, planes de prevención de la recaída, papel de los factores de riesgo y de protección en el trastorno e importancia de la adherencia a la medicación (7 sesiones).
 2. *Entrenamiento en la mejora de la comunicación*: Ensayo conductual sobre cómo hablar adecuadamente, saber escuchar y entrenamiento en habilidades de negociación con actividades de prácticas para casa (7-10 sesiones).
 3. *Entrenamiento en habilidades de solución de problemas*: Identificar y definir problemas familiares específicos, soluciones basadas en la tormenta de ideas, evaluar las ventajas y desventajas de cada solución, elegir una solución o una combinación de soluciones, desarrollar planes de implementación. Realización de tareas para casa entre sesiones (4-5 sesiones).
Se pueden llevar a cabo sesiones adicionales cuando sea necesario.
-

Fuente: adaptado de Miklowitz (2004, 2007).

El tratamiento desarrollado por Miklowitz dura 9 meses, con 21 sesiones; en el cuadro 5.7 indicamos sus características. Su eficacia ha sido demostrada en distintos estudios. En el más reciente, dentro del Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD), se muestra que un año después de aplicarse el tratamiento se conseguía la recuperación de un 77% de los pacientes (Miklowitz et al., 2007).

5.4.5. Tratamiento en grupo

En los últimos años se ha ampliado la aplicación de distintos tratamientos

eficaces a la modalidad de grupo. Esto tiene la ventaja de que podemos hacer llegar el tratamiento a más personas en el mismo tiempo e, igualmente, lograr que el paciente vea que su problema también lo tienen otras personas, poder interaccionar unos pacientes con otros, darse apoyo mutuo, etc. Normalmente, lo que se hace cuando se aplica técnicamente un tratamiento en grupo es partir de un tratamiento eficaz que ha sido validado previamente. Indicamos a continuación uno de estos ejemplos, el del programa de tratamiento en grupo de González-Isasi (2011), un tratamiento cognitivo-conductual que tiene como objetivo principal, en palabras de la autora, potenciar en la persona aquellos recursos de los que dispone para "domesticar el trastorno bipolar".

El tratamiento, que está en formato de manual, propone un tratamiento psicológico integral, basado en la psicoeducación y en la terapia cognitivo-conductual, con el objetivo de paliar, en la medida de lo posible, el deterioro funcional y la pérdida de habilidades sociales y de la calidad de vida que sufren estos pacientes. Para ello se les ofrece un tratamiento psicológico que, junto al tratamiento farmacológico, resulte eficaz, efectivo y eficiente en los pacientes a los que se ha aplicado, como son los pacientes con TB o con TB refractario o resistente (que se caracteriza por continuas recaídas y la necesidad de continuos cambios de medicación), este último con una mala evolución previa.

Los objetivos específicos que cubre el tratamiento son los siguientes:

- 1.Reducir el número de ingresos y recaídas.
- 2.Reducir la sintomatología psicopatológica general.
- 3.Equilibrar el nivel del estado de ánimo.
- 4.Reducir el nivel de ansiedad.
- 5.Mejorar el repertorio de habilidades sociales.
- 6.Aumentar el nivel de autoestima.

7. Mejorar la adaptación a la vida cotidiana.

8. Mejorar la calidad de vida global.

9. Aumentar el nivel de salud general y la percepción subjetiva.

Para conseguir estos objetivos el tratamiento incluye diferentes técnicas y estrategias de distintos modelos, basándose fundamentalmente en la psicoeducación y el modelo cognitivo-conductual, como ya hemos visto.

5.4.6. Otros tratamientos psicológicos

La investigación sobre los tratamientos del TB, tanto psicológicos como farmacológicos, es constante. De ahí que en el tratamiento psicológico aparezcan frecuentemente nuevos desarrollos, bien para complementar tratamientos existentes, para evaluar nuevos tratamientos o para formular nuevos formatos de aplicación. Vamos a indicar dos ejemplos. El primero es el de Perich et al., (2013), que han desarrollado una terapia cognitivoconductual para el TB basada en el mindfulness (o conciencia plena); los primeros resultados de su aplicación indican, a los 12 meses de seguimiento, que mejora los síntomas de ansiedad y depresión. El segundo es el de Liberman et al., (2011), que han realizado un estudio piloto con la terapia interpersonal y del ritmo social a través de Internet. Con ella lograron una mejor estabilización del ritmo social y un ligero descenso en los síntomas de estado de ánimo anormal a los tres meses. De confirmarse este resultado, se abriría una importante vía para tratar a los pacientes bipolares a través de la red, al poder llegar a ellos en cualquier lugar y con tratamientos eficaces.

5.4.7. Tratamientos combinados para la comorbilidad con el trastorno bipolar

Como ya hemos visto en capítulos anteriores, actualmente una persona con un TB suele tener asociados otros trastornos, como pueden ser los de ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de personalidad, etc. Para ellos se han desarrollado diversos tratamientos combinados, sobre todo los dirigidos a los pacientes que tienen al mismo

tiempo un TB y un problema de abuso o dependencia de sustancias. En puntos posteriores de este capítulo presentamos más ampliamente este tipo de tratamientos.

5.4.8. El tratamiento del paciente bipolar resistente

Cuando el paciente bipolar responde inadecuadamente al tratamiento farmacológico, cuando se le proporcionan dos o más fármacos indicados para el TB y no hay resultados positivos, entonces se habla de un paciente resistente al tratamiento (Poon et al., 2012). Este hecho, que es relativamente frecuente en el TB, lleva en la práctica clínica psiquiátrica a combinar distintos fármacos, cambiar unos por otros fármacos dentro de los indicados para el TB, o a añadirle más fármacos para el TB. Esta práctica trae consigo que se incrementen los efectos secundarios producidos por los fármacos, lo que en ocasiones produce problemas de adherencia al tratamiento o incluso su abandono.

Uno de los pocos ejemplos de que se dispone de la aplicación de un tratamiento psicológico en estos pacientes resistentes es el estudio de González-Isasi et al., (2012). En él encuentran pocas diferencias, probablemente por el reducido tamaño de la muestra, pero los resultados indican que hay cambios, lo que ha llevado a que se afirme en alguna revisión (p. ej., Poon et al., 2013) que hay resultados "sugerentes". Se trata de una vía que hay que seguir investigando, por las ventajas que puede tener para que el paciente se adhiera mejor al protocolo de tratamiento, y que este, sobre todo el farmacológico, le funcione más adecuadamente.

Donde no hay estudios con tratamientos psicológicos, por el momento, es en pacientes con ciclado rápido (presencia de cuatro o más episodios discretos - manía, hipomanía, depresión o mixto - a lo largo de un año). La revisión de Fountoulakis et al. (2013) indica que en los ensayos clínicos no hay ninguno con tratamiento psicológico. Estos pacientes tienen peores resultados a largo plazo con fármacos que los pacientes de ciclado no rápido. Por suerte, el ciclado rápido no es una característica constante en una persona

con TB.

S.S.Otros tratamientos

5.5.1. Fototerapia

La fototerapia, o terapia mediante luz artificial intensa, es un procedimiento utilizado desde hace tiempo para tratar las depresiones estacionales, aunque también pueda ser útil para el tratamiento de la depresión no estacional. Parte de la observación de que hay problemas en los ritmos circadianos en relación con la depresión, dependiendo de la época del año, como ocurre especialmente en el trastorno depresivo estacional. De ahí que se haya considerado que la luz podría ser un elemento de ayuda y terapéutico para regular ese estado anómalo. En la práctica suele usarse un foco de luz de 10.000 lux, durante 30 minutos.

Algunos estudios con fototerapia indican que es eficaz para el tratamiento de la depresión bipolar (p. ej., Pail et al., 2009), pero otros no han encontrado resultados positivos. Por ello distintas guías clínicas, al considerarla menos eficaz que otros tratamientos de primera elección para la depresión, no suelen recomendar su uso, como no la recomienda la guía española del TB (Grupo de Trabajo, 2012).

5.5.2. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en la inducción eléctrica de convulsiones generalizadas sobre el sistema nervioso central de tipo tónico-clónico, con una duración y características determinadas, repetidas en diferentes sesiones (Grupo de Trabajo, 2012). La TEC es uno de los tratamientos que se utiliza para la depresión severa, sobre todo cuando no funcionan los fármacos. El fundamento de la misma es aplicar una corriente eléctrica en la zona frontoparietal, bajo anestesia, que produce una crisis epiléptica muy leve, debida a la sedación generalizada, con efectos antidepressivos eficaces gracias a la recaptación de los neurotransmisores

cerebrales (Rojas, 2006).

Se considera que la terapia electroconvulsiva puede ser una opción de segunda línea en aquellos pacientes con depresión bipolar severa, son resistentes al tratamiento, tienen alto riesgo de suicidio o muestran síntomas psicóticos o catatónicos (Musetti, et al., 2013). También se aplica en mujeres bipolares embarazadas, dado que los episodios depresivos pueden estar presentes y la toma de medicación es una decisión clínica importante, sobre todo si puede afectar al feto, y porque los antidepresivos incrementan el riesgo de aborto, entre otros para la madre, como también ocurre con los antipsicóticos (Bulbul et al., 2013).

La guía clínica española para el TB (Grupo de Trabajo, 2012) indica que la TEC es una técnica de segunda elección en el TB, sobre todo para alcanzar una mejoría rápida de los síntomas graves, al haber fracasado otras opciones terapéuticas de primera elección, o cuando la situación del paciente es potencialmente amenazante para su vida. Suele usarse para los episodios depresivos graves o para los episodios maníacos o mixtos persistentes.

5.5.3. Estimulación magnética intracraneal

La estimulación magnética intracraneal es una técnica no invasiva con la que se consigue una despolarización selectiva de las neuronas de la corteza cerebral ubicadas entre 1,5 y 2 cm por debajo del cráneo, mediante pulsos magnéticos de intensidades específicas, únicos o regulares repetidos. La guía clínica española sobre el TB indica en su revisión que los resultados con esta técnica son contradictorios en su eficacia (Grupo de Trabajo, 2012).

5.5.4. Estimulación del nervio vago

La estimulación del nervio vago se realiza mediante un generador implantado que envía una señal eléctrica a un electrodo situado alrededor del nervio vago izquierdo, en su tramo cervical (Grupo de Trabajo, 2012). En el caso del TB hay pocos estudios que le apliquen esta técnica, y los existentes no indican

que con la estimulación del nervio vago se obtengan resultados claros. De ahí que la guía española sobre el TB no considere su uso para la práctica clínica (Grupo de Trabajo, 2012).

Cuadro 5.8. Resumen y conclusiones sobre el tratamiento del TB

1. El TB es un trastorno crónico que exige un tratamiento a largo plazo.
 2. El tipo de tratamiento dependerá de la fase en la que se encuentre el trastorno:
 - Fase aguda.
 - Fase de estabilización o fase de mantenimiento.
 3. El tratamiento farmacológico es el primer abordaje para este tipo de pacientes. El litio es el fármaco más utilizado, junto a otros como el valproato, la carbamazepina, la lamotrigina, la quetiapina, la olanzapina, los antidepresivos, etc.
 4. El tratamiento psicológico mejora la eficacia de la medicación en el TB, y se aplica habitualmente en la fase eutímica o depresiva. Destacan la psicoeducación y los programas para mejorar la adherencia a la medicación, la terapia marital y familiar, la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal y del ritmo social.
 5. En muchos casos habrá que tratar otros problemas asociados con el TB, como son el abuso o la dependencia de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de personalidad límite, etc.
 6. La evidencia empírica sugiere que para todo paciente con un TB el mejor tratamiento sería aquel que combinase medicación específica para este trastorno con uno de los tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces para el mismo.
-

Fuente: adaptado y ampliado de Becoña y Lorenzo (2003).

5.6. El tratamiento de otros problemas frecuentemente asociados

5.6.1. Trastornos de ansiedad

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en los pacientes bipolares es alta. Como ejemplo, en el estudio STEP-BD, de los primeros mil pacientes

bipolares que comenzaron el tratamiento, el 32% tenía un trastorno de ansiedad comórbido, trastorno que se relacionó con un peor pronóstico (Otto et al., 2006).

Provencher et al. (2012), en su revisión sobre psicoterapias para la comorbilidad de los trastornos de ansiedad y del espectro bipolar, indican, por una parte, que, a pesar de la necesidad de aplicar un tratamiento psicológico cuando existe esta comorbilidad, hay pocos estudios sobre ello, y, por otra parte, que los tratamientos que funcionan eficazmente son la terapia cognitivo-conductual, la terapia cognitivo-conductual basada en el mindfulness y el entrenamiento en relajación. Cuando se usan solo los tratamientos psicológicos para el TB, sin tener en cuenta los específicos para los trastornos de ansiedad, no mejoran esta última. De ahí la necesidad de aplicar un tratamiento psicológico para los trastornos de ansiedad, junto al que se aplica para el TB.

Cuadro 5.9. Módulos del protocolo unificado para el tratamiento
transdiagnóstico de los trastornos emocionales

-
1. Mejora de la motivación.
 2. Psicoeducación y racionalidad del tratamiento.
 3. Entrenamiento en tomar conciencia de las emociones.
 4. Reevaluación cognitiva.
 5. Conductas relacionadas con las emociones y evitación emocional de las conductas.
 6. Conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas.
 7. Exposición interoceptiva y situacional.
 8. Prevención de la recaída.
-

Fuente: adaptado de Wilanowska *et al.* (2010).

Por tanto, una opción de tratamiento para una persona con TB que tiene un trastorno de ansiedad comórbido es aplicar el tratamiento psicológico de elección para ese específico trastorno de ansiedad o, aún mejor, como

recientemente se ha propuesto, aplicar el tratamiento transdiagnóstico para cuando la ansiedad es comórbida con el TB (Ellard et al., 2012; Farchione et al., 2012; Wilamowska et al., 2010). Este tratamiento consta de ocho módulos (véase el cuadro 5.9), con la posibilidad de adaptar los distintos módulos a cada paciente. Dada la alta comorbilidad que con frecuencia se encuentra de trastornos de ansiedad en pacientes bipolares, es necesario aplicar también un tratamiento para uno y otro trastorno. Además, dado que en la mayoría de los casos las benzodiazepinas están contraindicadas por el riesgo de provocar un episodio maníaco, el tratamiento psicológico es una buena alternativa. El protocolo anterior ha comenzado a utilizarse en estudios de caso con pacientes bipolares que también tienen un trastorno de ansiedad, y se han obtenido buenos resultados (p. ej., Ellard et al., 2012).

5.6.2. Trastornos adictivos

Weiss, Najavits y Greenfield (1999) han desarrollado un tratamiento para los pacientes que tienen al mismo tiempo un trastorno por abuso de sustancias y un TB, dado el incremento en las últimas décadas de esta comorbilidad. Consideran adecuado aplicar un tratamiento específico para los pacientes que padecen al mismo tiempo ambos trastornos, más que lo que se hace habitualmente con otros pacientes que reciben un diagnóstico dual. Esto se justifica por el mayor riesgo de consumir drogas en la fase maníaca, el incumplimiento de la medicación prescrita, etc. De este modo, no se aplicaría un tratamiento secuencial (primero el tratamiento para un trastorno y luego para el otro) ni paralelo (recibir dos tratamientos distintos también por clínicos distintos), sino uno integrado, al mismo tiempo para ambos trastornos.

El tratamiento se basa fundamentalmente en un modelo de prevención de la recaída, y tiene la ventaja de que se aplica en formato de grupo. Se lleva a cabo a lo largo de 20 sesiones, y sus objetivos centrales son:

1. Educar a los pacientes sobre la naturaleza y el tratamiento de los dos trastornos.

2. Ayudarle a ganar mayor aceptación de sus trastornos.
3. Ayudarle a ofrecer y recibir apoyo social en su esfuerzo por recompensarse.
4. Ayudarle en su deseo de alcanzar el objetivo de la abstinencia de la sustancia de abuso, y a cumplir con el régimen de medicación y otras recomendaciones de tratamiento para su TB.

A lo largo de las sesiones se discuten toda una serie de cuestiones relevantes para ambos trastornos. Las sesiones funcionan con un formato abierto, para que los pacientes puedan entrar en el tratamiento en cualquier momento. Algunas de las cuestiones que se tratan son las siguientes: identificar y combatir los desencadenantes, manejar el TB sin abusar de sustancias, rehusar el alcohol y otras drogas, tomar la medicación, etc.; así hasta un total de 15 temas bien estructurados.

De ellos, los temas que resultan centrales y que recurrentemente aparecen son los de la norma central de recuperación; es decir, un pensamiento de recuperación contrapuesto a un pensamiento de recaída, y el pensamiento de que debe llevarlos a una adecuada toma de decisiones y no a tener más problemas si dejan de tomar la medicación.

Distintos estudios realizados con este tratamiento psicológico (p. ej., Weiss et al., 2000) indican su utilidad en aquellos pacientes que tienen al mismo tiempo un TB y abuso de sustancias.

5.6.3. Trastornos de personalidad

Dado que varios trastornos de personalidad están frecuentemente asociados con el TB, como ya vimos en relación sobre todo con el trastorno de personalidad límite, hay que considerar que algunos de los pacientes traen consigo uno o más trastornos de personalidad (Paris et al., 2007). Cuando ocurre esto, el tratamiento y el pronóstico se complican, al tiempo de ser una fuente de recaídas, tanto por el incumplimiento terapéutico como por la no

asistencia a las sesiones o por las crisis que pueden surgir por el propio trastorno de personalidad, aparte de los episodios que pueda tener por el TB.

Para el TP límite contamos con la terapia conductual dialéctica de Linehan (1993), que es a día de hoy la de elección para este trastorno (Bloom et al., 2012). Se orienta hacia los siguientes objetivos:

- a) Que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema y se reduzcan las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo.
- b) Que el individuo aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y actividades (García, 2004).

Por ello se va a centrar en solucionar los problemas emocionales del paciente mediante cambios tanto cognitivos como comportamentales. Uno de los aspectos centrales de la misma va a ser reducir las conductas suicidas, o las amenazas de intentos de suicidio e intentos reales de suicidio, tan habituales en estos pacientes. Otros aspectos de la terapia es entrenarle en distintas habilidades que le permitan manejar más adecuadamente sus conductas anómalas, su forma inadecuada de comportarse ante los demás y lograr que tenga una buena adherencia a la terapia.

5.6.4. Trastornos del sueño

Sabemos que los trastornos del sueño son comunes entre los pacientes bipolares eutímicos, y son un factor de riesgo independiente para los episodios recurrentes del estado de ánimo (Sylvia et al., 2012). Dada la potencial importancia de los trastornos del sueño en estimular los episodios maníacos, y el hecho de que los trastornos del sueño persistentes sean comunes en la eutimia, manejar las quejas de sueño es una prioridad fundamental en el trastorno bipolar. Es por ello esencial que los clínicos tengan un conocimiento de las causas que producen los problemas de sueño en los pacientes bipolares, y desarrollen la intervención adecuada para manejar las quejas de sueño (Plante y Winkelman, 1998).

El tratamiento cognitivo-conductual para el insomnio está bien establecido y puede ser más eficaz que la farmacoterapia (Jacobs et al., 2004; Morin et al., 2006). Disponemos de técnicas cognitivo-conductuales para el insomnio, como la técnica de control estimular, la restricción del sueño, el entrenamiento en relajación, la terapia cognitiva y la higiene de sueño. De ellas, no estaría recomendado la restricción del sueño en el TB, dado que sabemos que si se reduce el sueño se incrementa el riesgo de que aparezca una fase maníaca.

Dado que el tratamiento psicológico integral de un paciente bipolar implica que sepa identificar sus síntomas prodrómicos (p. ej., problemas de sueño), así como organizarse en todos sus aspectos vitales a nivel de regularidad (p. ej., un ritmo estable y permanente de sueño-vigilia) y reducir las situaciones de estrés (que les pueden llevar tanto a recaer como a tener problemas de insomnio), habría que añadir el tratamiento psicológico del insomnio como un componente más que deben aprender para afrontar su trastorno. De ahí que los tratamientos psicológicos incluyan el tratamiento de los problemas de sueño como uno de los componentes del tratamiento del TB (p. ej., Lam et al., 2003).

Hay varias medicaciones para el tratamiento del insomnio, como las benzodiazepinas, los agonistas del receptor benzodiazepínico, los antidepresivos sedantes, los anticonvulsivantes, los antipsicóticos sedantes y los agonistas del receptor de la melatonina (Plante y Winkelman, 2008). Sin embargo, en el caso del TB no todas son adecuadas, como ocurre con las benzodiazepinas. La trazodona y otros antidepresivos, sobre todo los tricíclicos, por ejemplo, tienen la capacidad de inducir manía en pacientes bipolares. Por ello se recomienda que se tenga cuidado con el uso de antidepresivos sedativos en pacientes bipolares, incluso a dosis bajas.

Estos efectos son de sobra conocidos por el psiquiatra, pero puede ocurrir que el paciente bipolar acuda a otros profesionales médicos por problemas de insomnio y no les comente que tiene un TB, con lo que corre el riesgo de que no le prescriba la medicación adecuada para sus problemas de sueño, y le provoque un giro a la manía.

5.7. Tratamiento en niños y adolescentes

En el caso del tratamiento de niños y adolescentes con TB hay dos líneas específicas que se están siguiendo en este momento: una dedicada a la posible prevención del trastorno, y la otra dedicada al tratamiento específico de las personas cuando tienen ya el diagnóstico de TB.

En relación con la posible prevención del TB, se ha comenzado a realizar en estudios con niños y adolescentes que tienen un alto riesgo de desarrollar un TB, sobre todo en aquellos con una historia familiar de TB. Se considera que este abordaje podría ser un modo adecuado para que estas personas no lleguen a tener un TB o a poder manejar más adecuadamente los síntomas subsindrómicos. En este caso, la única alternativa lógica sería aplicar un tratamiento psicológico, dado que estas personas no tienen el diagnóstico de TB, pero sí un alto riesgo de desarrollarlo. Distintos estudios (Miklowitz et al., 2013; Nadkarni y Fristad, 2010), con una intervención psicoeducativa multifamiliar, han logrado una reducción en los síntomas y una menor conversión en TB. Esto probablemente se deba a que hoy sabemos que, si se comienza el tratamiento del TB en los estadios tempranos, el resultado es mejor (Berk et al., 2011). Por ello, si comenzamos el tratamiento antes de que surja el TB es más probable que no llegue a aparecer o, en caso de que aparezca, lo haga con síntomas más amortiguados.

En el caso del tratamiento de los niños o adolescentes, cuando ya tienen un TB, una vez que están estables con la medicación y son capaces de aprender nuevas habilidades, podría ser útil aplicarles una terapia de las que han mostrado ser eficaces. Por ello, se ha sugerido utilizar psicoeducación (p. ej., enseñar a los padres y a los niños información sobre el TB, sus síntomas, curso, tratamiento y sistemas de cuidado), entrenarles en la adquisición de habilidades de comunicación y de solución de problemas sobre el manejo de sus síntomas, la regulación de sus emociones y el control de sus impulsos. Las técnicas terapéuticas que se usan en ambos casos parten de las intervenciones familiares y de las intervenciones cognitivoconductuales que han mostrado funcionar bien en adultos (Miklowitz et al., 2013).

En niños y adolescentes tiene una especial relevancia establecer desde el inicio una buena alianza terapéutica con el paciente y, también, con su familia, especialmente los padres y los hermanos, si los tiene. Para que un niño o una niña se beneficie de la terapia debería estar cómodo hablando con su terapeuta. En ocasiones, cuando hay que forzar al niño a acudir a tratamiento, puede ser contraproducente, porque puede rechazar la terapia, la ayuda que se le ofrece. En caso de que el niño o el adolescente no quiera acudir a tratamiento podemos incidir sobre sus padres, para ayudarles a comprender mejor el trastorno, a que reconozcan los síntomas, aprendan habilidades de solución de problemas para el adecuado manejo de sus hijos sobre la problemática que tienen, sepan cómo desarrollar estrategias de reducción del estrés tan necesarias para la buena marcha de la familia, la evitación de conflictos y posibles problemas de ruptura de la pareja por incomprensión, discusiones, etc.

En el TB es importante que el terapeuta tenga un buen conocimiento del trastorno. De otra manera, puede ser frustrante para él, si no está preparado, por los pocos avances que se obtienen en algunos de estos pacientes, la resistencia al cambio, los conflictos familiares, la incomprensión, la no aceptación del trastorno, etc. Estas dificultades son más evidentes en la fase maníaca (Mackinaw-Koons y Fristad, 2004).

La intervención en niños y adolescentes tiene una gran relevancia en el TB, ya que se está ante un trastorno crónico, que va a mantenerse a lo largo de la vida del individuo, con distintos episodios depresivos, maníacos o hipomaníacos, y que va a afectar a las personas de su entorno. De modo inmediato, a padres, hermanos y otros familiares; posteriormente, a su familia, pareja e hijos. En la escuela, y luego en el trabajo. En la relación con sus amigos, ocio y tiempo libre, y en el resto de las áreas de su vida. Por ello, en niños y adolescentes el tratamiento debe ampliarse a sus padres y familiares cercanos, en la medida en que también van a sufrir las consecuencias del trastorno.

También se sabe que cuando los padres tienen un TB se incrementa la probabilidad de que lo pueda llegar a padecer uno de sus hijos. En este caso,

cuando lo tienen tanto uno de los padres como un hijo, la intervención terapéutica se hace más compleja y aumentan las dificultades para aplicar el tratamiento.

Otro problema a esa edad es la hipersexualidad (Ramírez Basco y Celis de Hoyos, 2012), un síntoma frecuente de la manía, la hipomanía y los episodios mixtos en niños y adolescentes diagnosticados de TB. Se ha definido como un incremento de la conducta sexual caracterizada por un mayor interés y preocupación superior a lo normal para su edad. Puede ser precoz o socialmente inadecuada, o estar asociada con la falta de control de impulsos. También puede estar caracterizada por la coerción o la agresión. En un estudio con niños y adolescentes (Geller et al., 2000), encontraron que el 30% de los prepúberes y el 60% de jóvenes adolescentes diagnosticados de TB mostraban hipersexualidad. Dada la prevalencia y consecuencias de este síntoma, es necesario preparar a los jóvenes con TB para manejar sus urgencias sexuales, ya que, por ejemplo, en el caso de las chicas aumenta el riesgo de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual, que más tarde pueden incrementar el riesgo de padecer cáncer cervical.

5.8. Tratamiento en mujeres

El tratamiento en mujeres, siendo en general el mismo que para los hombres, tiene algunos aspectos diferenciales debido a características ligadas al género y también por su mayor vulnerabilidad a distintos trastornos mentales, dada la alta comorbilidad que tiene todo paciente bipolar. Además, hay que tener en cuenta que las mujeres tienen una mayor prevalencia de depresión en relación con los varones. También sabemos que en el TB tienen un mayor riesgo de ser cicladoras rápidas que los varones. Otra cuestión importante en ellas es que cuando las mujeres son adolescentes tienen otros riesgos asociados (p. ej., embarazos no deseados). Y, finalmente, cuando la mujer está embarazada hay que tomar precauciones con la medicación, como se indica a continuación.

5.8.1. Tratamiento durante el embarazo

El tratamiento farmacológico de la paciente bipolar embarazada es un asunto delicado, sobre todo por los efectos negativos que pueden producir los medicamentos en el feto, especialmente en los tres primeros meses de gestación. Como ejemplo, en el estudio de Meador et al. (2009), los niños de mujeres embarazadas que habían tomado valproato tenían 9 puntos menos en el cociente intelectual que los controles. Por ello, hay que prestar una atención especial a la paciente que esté en edad fértil, y hacer una monitorización importante cuando queda embarazada.

En la paciente bipolar embarazada el primer tratamiento de elección va a ser el psicológico, por los posibles problemas que le pueden producir los distintos fármacos indicados en el TB, durante el periodo de gestación. Por ello, en los tres primeros meses del embarazo se debería estudiar una alternativa terapéutica psicológica al tratamiento farmacológico. En caso de que no sea posible evitar la medicación en la paciente embarazada, se debería recurrir a un solo medicamento, administrado en dosis lo más reducidas posible. Además, se deben controlar sus posibles efectos sobre el feto, de modo especial durante el primer trimestre del embarazo (Malhi et al., 2012b).

¿Por qué la necesidad del tratamiento psicológico en la mujer embarazada? Básicamente por los efectos negativos de los distintos fármacos. Así, el valproato tiene un alto riesgo de malformaciones congénitas y está asociado con un pobre desarrollo neuronal en el feto, particularmente a dosis superiores a 1.000 mg (Malhi et al., 2012a). Es el fármaco de mayor riesgo teratogénico, por lo que en principio no es adecuado para una mujer con TB que quiera quedarse embarazada, o incluso para una mujer en edad fértil si tenemos en cuenta que la mayoría de los embarazos no se planifican debidamente en la población general (Colon y Vieta, 2008). El valproato provoca también alteraciones de la menstruación.

El uso de la carbamazepina ha sido asociado con menor circunferencia craneal, bajo peso al nacer y menor talla (Malhi et al., 2012a) en los recién nacidos. El litio ha sido asociado con parto prematuro y anomalías del peso durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo, pero los resultados de las investigaciones en las que se ha utilizado no son concluyentes respecto al

embarazo, por lo que todavía no se pueden utilizar en las recomendaciones clínicas.

Con los antipsicóticos atípicos (p. ej., olanzapina), aunque su uso no ha sido definitivamente asociado con malformaciones fetales, son solo recomendados en casos severos. Igualmente, la clozapina puede empeorar o provocar diabetes gestacional, convulsiones neonatales y otros problemas en el neonato (Malhi et al., 2012a). Solo se recomienda la clozapina, si los beneficios superan a los potenciales riesgos.

En la fase depresiva podría considerarse el tratamiento con quetiapina o con ISRS, con la excepción de la paroxetina y el citalopram. La lamotrigina se debe evitar en el primer trimestre, pero se considera una opción viable en los dos trimestres posteriores como tratamiento de mantenimiento.

Asimismo, es importante saber que la carbamazepina y la oxcarbazepina disminuyen la eficacia de los anticonceptivos orales, con lo que sería conveniente que las mujeres en edad fértil utilizaran otros métodos anticonceptivos.

El tratamiento electroconvulsivo se recomienda en casos graves y resistentes al tratamiento farmacológico. Algunos lo recomiendan como el de elección en el embarazo (Balbul et al., 2013), porque la mayoría de los estabilizadores del estado de ánimo y de los antidepresivos conllevan cierto riesgo de dañar al feto, pero la terapia electroconvulsiva no supone ningún riesgo cuando se administra en las condiciones clínicas normales. Esta terapia nunca se administra sin el permiso del paciente y, al igual que cualquier otro tratamiento psiquiátrico, su administración se basa en una decisión conjunta entre el paciente y el médico.

Por todo ello, cuando la mujer queda embarazada, o cuando quiere quedarse embarazada, la sustitución de los fármacos por un tratamiento psicológico sería la primera elección. Si no se mantiene la estabilidad, o si no se adhiere al tratamiento psicológico, entonces habría que pasar a otras opciones de tratamiento, de segunda elección.

5.9. El tratamiento en personas mayores

El aumento de la esperanza de vida está originando un incremento del número de personas mayores con TB. Aunque la prevalencia del trastorno es menor que en el conjunto de los pacientes bipolares, que apenas oscila en personas mayores entre el 0,1% y el 0,5%, con el incremento del envejecimiento de la población los números absolutos se incrementarán en los próximos años.

Las personas mayores con TB, además de la sintomatología típica de este trastorno, pueden presentar síntomas adicionales, incluyendo la probabilidad de un incremento del deterioro cognitivo, el descenso en la calidad de vida relacionado con la salud y un mayor riesgo de suicidio. Aunque las personas mayores ya tienen un elevado riesgo de suicidio, el TB es uno de los trastornos asociados con el mayor riesgo de suicidio en este segmento de la población (Kales, 2007). Los deterioros cognitivos son habituales en personas con TB de cualquier edad, y se manifiestan con pérdidas en la función ejecutiva, memoria y/o rapidez de procesamiento, síntomas cognitivos que persisten incluso en los periodos eutímicos, pero todo este cuadro parece empeorar en las edades más avanzadas (Reiser et al., 2011).

La comorbilidad asociada tanto en enfermedades físicas (cardiovasculares, diabetes, etc.) como psicológicas, en el caso de las personas mayores, parece complicar el curso de la enfermedad. Aunque el desarrollo del TB comienza típicamente a los 20 años, se constata también una aparición tardía, alrededor de los 50 años, que suele ser más común entre las mujeres.

Parece que hay significativas diferencias entre la aparición temprana del trastorno frente a su aparición tardía, y esta segunda se relaciona con factores orgánicos cerebrales (Reiser et al., 2011), mientras la aparición temprana se asocia más con una sintomatología psicótica y episodios mixtos. El tratamiento psicosocial, la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual para estas personas se ha visto incrementados en los últimos años. El mayor peso de estos tratamientos, unido a la farmacoterapia, puede deberse a que los pacientes se pueden beneficiar durante las fases de mantenimiento de estos

tratamientos que se centran en el manejo de la enfermedad, así como en las dificultades interpersonales que puedan ir surgiendo.

Dadas las características singulares de las personas mayores es necesario adaptar las terapias para el TB a las características socioculturales de esta población. Así, Reiser et al. (2007) propusieron un modelo conceptual para adaptar la terapia cognitivo-conductual a su uso en personas mayores, utilizando una formulación y un modelo utilizado inicialmente por Laidlaw et al. (2004). Este modelo tiene en cuenta cinco factores considerados fundamentales en el tratamiento de las personas mayores:

- a) Creencias de su grupo de edad.
- b) Cambio en sus roles de compra y de disponibilidad de dinero.
- c) Vínculos intergeneracionales.
- d) Contexto sociocultural.
- e) Salud física.

Cuadro 5.10. Terapias psicológicas para el trastorno bipolar en personas mayores

-
- Psicoeducación.
 - Promover la adherencia al tratamiento.
 - Promover rutinas diarias saludables y de sueño.
 - Monitorizar el estado de ánimo, detección de señales (pródromos) y prevención de nuevos episodios.
 - Estrategias de afrontamiento en general, incluyendo técnicas de solución de problemas.
-

Fuente: adaptado de Reiser et al. (2011).

Las personas mayores tienen una perspectiva histórica y cultural distinta que condiciona sus percepciones y el significado de su enfermedad. Por ello,

su tratamiento debe tenerlo en cuenta para que tenga éxito.

5.10. Papel de la familia en el tratamiento

Los familiares de las personas afectadas con TB suelen tener reacciones que van de la angustia al enfado, o a adoptar una actitud de sobreprotección. Naturalmente, es necesario suministrar la información precisa a la familia, así como dotarla de las habilidades necesarias para ayudar a los pacientes cuando lo necesiten (Miklowitz, 2004). Los pacientes, por su parte, tienen y pueden aprender a afrontar los conflictos y las exigencias de su vida familiar. Hay distintas técnicas y habilidades que permiten mejorar las relaciones familiares: comunicación, autoprotección, solución de conflictos, etc. Resumiendo, la familia debería tener una información adecuada del TB y de su curso a lo largo del tiempo, y además será necesario entrenar a sus miembros en técnicas adecuadas para cuando surjan dificultades.

Naturalmente, el papel de la familia variará en función de la edad del paciente. Es esencial una alianza terapéutica cuando se trabaja con familias de niños y adolescentes con TB. Para que un niño se beneficie de la terapia debe estar cómodo para hablar con franqueza con su terapeuta. Forzar al niño a acudir a la terapia puede ser contraproducente, y se corre el riesgo de que no se implique en el proceso terapéutico, con las repercusiones posteriores en su tratamiento. Pero, incluso si un niño no desea asistir a la terapia, los padres pueden beneficiarse igualmente de las sesiones con un profesional que puede ayudarles a reconocer los síntomas, a aprender habilidades de solución de problemas para manejar los síntomas y a desarrollar estrategias de reducción del estrés necesarias para el buen funcionamiento familiar.

El TB es un trastorno crónico, como la diabetes o la epilepsia, por lo que una buena relación con el terapeuta puede ayudar a la familia a mantener el rumbo a través del difícil proceso de este trastorno (AACAP, 2007).

5.11. La terapia de pareja

Cuando una persona acaba de superar un TB maníaco o mixto, puede que se sienta preparada para reintegrarse a su vida familiar, pero puede encontrarse con que las personas con las que convive no la tratan ya como lo hacían anteriormente a su episodio. Su pareja puede mostrarse distanciada, confundida, enfadada, crítica o sobreprotectora.

Es posible establecer unas buenas relaciones de pareja incluso después de los episodios más graves. Para ello, la persona afectada tiene que desarrollar sus capacidades para saber informar a los demás sobre su trastorno, sobre lo que le pasa, sobre lo que siente, comunicarse con ellos y resolver los problemas interpersonales que puedan surgir, a pesar de los inevitables altibajos que pueda experimentar debido a su trastorno.

Donde se manifiestan los problemas de forma más delicada es en las relaciones íntimas. Puede ocurrir que durante los episodios agudos cesen las relaciones sexuales, con lo que luego, cuando el paciente se recupera, puede existir un periodo de distanciamiento que es preciso superar (Rowe y Morris, 2012). Si una persona lleva tiempo sintiéndose bien, le resultará más fácil reanudar las relaciones sexuales con su pareja. Si esto no fuera posible, tendrían que recurrir a las técnicas específicas de terapia de pareja. Se recomienda utilizar técnicas para mejorar la comunicación, así como técnicas de resolución de problemas.

5.12. ¿Por qué se debe utilizar el tratamiento psicológico combinado con el tratamiento farmacológico en el paciente bipolar?

Hoy no hay ninguna duda de que es necesario utilizar el mejor tratamiento disponible con los pacientes, cualquiera que sea el trastorno que tengan. En el caso del TB, por lo que se lleva visto hasta aquí, sabemos que es un trastorno de una enorme complejidad, con varios subtipos, a veces difícil de diagnosticar, con una alta comorbilidad asociada, con episodios de hipomanía o manía que son seguidos por otros de depresión, y así sucesivamente, con problemas físicos, laborales, personales, etc., que lo convierten en un trastorno crónico que, si no se trata adecuadamente, puede causar un gran

sufrimiento al paciente y a todas las personas de su entorno (familiares, amigos, etc.).

¿ Por qué debemos utilizar el tratamiento psicológico junto al farmacológico en el tratamiento del trastorno bipolar?

Añadir psicoterapia es frecuentemente necesario para el trastorno bipolar dado que, a pesar de la disponibilidad de fármacos eficaces, los resultados no acaban de ser óptimos en los pacientes bipolares. Especialmente, la adherencia al tratamiento es baja en ellos (sobre el 50% de promedio) y hay un pobre insight sobre la enfermedad. Por otra parte, la psicoterapia se dirige a otros determinantes de los pobres resultados, incluyendo los estresores y la comorbilidad, el funcionamiento social pobre y la baja calidad de vida. La naturaleza cíclica de la enfermedad también precisa de psicoeducación adicional sobre el manejo de los síntomas, y estrategias de afrontamiento que se centran en mantener y mejorar la adherencia a la medicación (VA/DOD, 2012, pág. 29).

Por la evidencia de la que se dispone, es indudable que el tratamiento farmacológico es esencial en este trastorno. Pero también va quedando cada vez más claro que el tratamiento psicológico se está convirtiendo en imprescindible para lograr adecuados resultados en las distintas fases del trastorno y, en otras ocasiones, es el más adecuado cuando se presentan algunos tipos de comorbilidad asociada (p. ej., trastornos de ansiedad, abuso o dependencia de sustancias, etc.). De ahí la necesidad de una buena coordinación entre distintos clínicos, y de aplicar los mejores tratamientos en cada momento.

También los pacientes demandan cada vez más tratamientos para sentirse mejor y poder mejorar su calidad de vida, y para llevar un día a día lo más normalizado posible. Esto se puede lograr en muchos casos, a pesar de la frustración, o de no entender lo que les ocurre cuando están en las fases agudas, mediante el tratamiento psicológico, entrenándolos para que puedan entender y afrontar lo que les pasa en todas las fases de su trastorno.

6

Tratamiento psicológico del trastorno bipolar

Ya hemos visto anteriormente que en el tratamiento del TB es indispensable la medicación. Sin embargo, muchas personas con TB, aun teniendo una buena adherencia al tratamiento farmacológico, sufren síntomas residuales periódicamente. Además, aunque lleven algún tiempo padeciendo el trastorno, no todos los pacientes tienen habilidades suficientes para identificar las señales de recaída. Para estas personas que tienen dificultades para manejar la enfermedad, y que cuentan con pocos recursos psicosociales, el tratamiento psicológico puede ser útil para paliar estas deficiencias.

Este tipo de terapia tiene la ventaja de que los pacientes pasan a ser parte activa en su tratamiento. Aprenden a manejar el trastorno desde su conocimiento, porque con este tipo de terapia pueden aprender las habilidades que necesitan para enfrentarse con los síntomas que la medicación no remedia totalmente. Les ayuda también a mejorar el efecto de la medicación, al proporcionarles estrategias para tomarla regularmente. Dada la naturaleza episódica y recurrente del trastorno, psicoterapias como la cognitivo-conductual pueden facilitar a los pacientes la anticipación y prevención de futuros episodios, enseñándoles procedimientos de detección temprana, manejo del estrés y solución de problemas. Diversos estudios sugieren que la terapia cognitivo-conductual, combinada con medicación estabilizadora del estado del ánimo, puede ser útil en el tratamiento de episodios agudos de depresión, sin el riesgo de viraje maníaco que se produce con los antidepresivos (VA/DOD, 2012).

La evidencia apoya el uso de la terapia cognitivo-conductual junto con la farmacológica en pacientes con TB en remisión (Geddess y Miklowitz, 2013; Lam et al., 2003, 2005). Aunque esta terapia se recomienda en cualquier

momento del proceso, parece que cuando se ha encontrado su mayor eficacia es en los primeros estadios del trastorno y en los pacientes que tienen menos recurrencias, aunque los resultados de los estudios no son concluyentes. En esta línea, Scott et al. (2006) comprobó en un estudio que los pacientes respondían mejor a la terapia cognitivo-conductual si habían tenido menos de 12 episodios previos. Este estudio tiene la particularidad de que los pacientes podían entrar en tratamiento en cualquier estadio clínico (en remisión, subsindrómico, en episodio agudo). También se constata en distintos estudios que esta terapia es más eficaz en la reducción de los síntomas depresivos, y con menos beneficios en el control de la manía (Geddes y Miklowitz, 2013). Hay que señalar que los efectos de la intervención cognitivoconductual se han encontrado también en la mejora en la adherencia a la medicación, por lo que es eficaz en cualquiera de las fases o episodios del trastorno. Tanto la terapia cognitivo-conductual como la terapia interpersonal y del ritmo social y la terapia familiar han demostrado ser eficaces en gran medida con los pacientes bipolares. El terapeuta puede utilizar estas terapias, y adaptarlas a los distintos tipos y pacientes que acuden a tratamiento.

6.1. ¿Qué tratamiento psicológico debemos aplicar?

Como hemos visto en capítulos anteriores, disponemos de distintos tratamientos para el TB, con una clara eficacia del tratamiento farmacológico, pero sabiendo también que el tratamiento psicológico es de gran ayuda para las distintas fases del trastorno, o cuando el paciente está en fase eutímica. Además, con el tratamiento psicológico podemos prevenir la recaída, junto a la toma de fármacos. Podemos entrenar a la persona tanto en el reconocimiento de sus pródromos como en el manejo inicial de su sintomatología maníaca o depresiva, el manejo de los distintos problemas de su vida cotidiana, con una atención especial al estrés, junto con la mejora de distintos estilos de vida que sabemos que se relacionan con el trastorno, especialmente con su curso y con el proceso de recaída (p. ej., el ciclo sueño-vigilia, el consumo de sustancias, etc.).

Como ya hemos visto, se han propuesto distintos tratamientos

psicológicos, previamente evaluados, como la psicoeducación (información sobre el trastorno, la medicación y sus efectos secundarios), la terapia cognitivo-conductual (reestructuración cognitiva para la depresión, manejo de la fase maníaca, etc.), la terapia interpersonal y del ritmo social, la prevención de la recaída, la resolución de problemas familiares, etc. También conocemos los elementos que más se usan en los tratamientos (véase el cuadro 6.1).

Toda la evidencia actualmente disponible indica que en el tratamiento psicológico del TB parece conveniente incluir como mínimo los siguientes elementos:

- Psicoeducación o información sobre el trastorno.
- Entrenamiento en mejora de la adherencia al tratamiento.
- Detección de los pródromos y de su manejo.
- Entrenamiento en estilos de vida saludables (sueño-vigilia, ejercicio físico, actividades, dieta, relaciones sociales y horarios de trabajo).
- Control y manejo del estrés.
- Relaciones de pareja y familiares.
- Tratamiento de las enfermedades físicas en el curso del trastorno.
- Tratamiento de la depresión y de la manía.
- Tratamiento de los problemas de comorbilidad (especialmente abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastorno límite de personalidad y TDAH).
- Control de las ideas suicidas.
- Prevención de la recaída.

En cualquier caso, será el terapeuta quien decida cómo se llevará a cabo el

tratamiento, y las técnicas o áreas específicas en las que tiene que incidir, dependiendo del paciente y de la fase del trastorno en la que se encuentra.

También destacaríamos que actualmente existen protocolos de tratamiento, muy bien delimitados, para ser llevados a cabo con pacientes individuales o en grupo. Estos protocolos pueden servir de guía o de orientación para muchos terapeutas, o para seguir uno de los mismos. Como ejemplos podemos citar los de Ramírez Basco y Rush (2007), Newman et al. (2002), Miklowitz (2004) y Weiss y Connery (2011), entre otros.

Cuadro 6.1. Elementos comunes y específicos en el tratamiento psicológico del trastorno bipolar

Elementos comunes (presentes en todos o en la mayoría de los tratamientos)

- Psicoeducación: información didáctica sobre los síntomas, características, tipos de trastorno bipolar, etiología, curso y tratamiento.
- Información y educación sobre la medicación y sus efectos secundarios.
- Que aprendan a resolver importantes problemas interpersonales y familiares.
- Que mejoren sus habilidades de afrontamiento ante el estigma de ser un enfermo mental.
- Usar los servicios de la comunidad para que puedan atender sus necesidades (sanitarias, sociales, laborales, etc.).

Elementos específicos (presentes en distintas modalidades de tratamiento)

- Llevar a cabo un autorregistro de su estado de ánimo.
- Planear la prevención de la recaída: intervención temprana con los síntomas prodrómicos.
- Mejorar la adherencia con medicaciones estabilizadoras del estado de ánimo.
- Programa de eventos placenteros o de activación conductual.
- Reestructuración cognitiva.
- Seguimiento y regularización de los ciclos de sueño-vigilia y rutinas diarias.
- Uso de materiales psicoeducativos escritos.
- Entrenamiento en comunicación.
- Tratamiento de los trastornos comórbidos.

Fuente: adaptado de Miklowitz (2009).

6.2. Psicoeducación (información didáctica sobre el trastorno)

La psicoeducación es, en términos generales, una información lo más asequible posible para el paciente sobre la naturaleza del TB, sus síntomas, así como sobre su etiología, curso y tratamiento. Se le dará también información sobre la medicación, con el fin de mejorar el cumplimiento terapéutico y el conocimiento y manejo de los efectos secundarios.

Si el paciente bipolar es un niño o un adolescente, es posible que la psicoeducación se centre más en sus padres que en el propio afectado, quien algunas veces puede mostrar más reticencias a comenzar la terapia. De todas

formas, la educación de la familia del paciente, de cualquier edad, suele ser frecuente y muchas veces necesaria.

La información a los pacientes se refiere a cómo se presenta el trastorno o enfermedad (manía, hipomanía, depresión), señales que preceden a los episodios y sus síntomas, tanto a nivel cognitivo como conductual, así como sobre el curso y el tratamiento. La educación del paciente va a facilitar el que participe más activa y eficazmente en el proceso terapéutico, al comprender la naturaleza del trastorno y su papel en su tratamiento; su finalidad es asegurarle un mejor ajuste con su enfermedad. Está comprobado que los pacientes que reciben una correcta información, además de mostrar un mejor cumplimiento de su tratamiento, tienen menos miedo a los efectos secundarios de los fármacos, y muestran un menor consumo y dependencia de drogas.

Es importante que la psicoeducación haga hincapié en la importancia de que el paciente asuma un papel activo en su tratamiento. Le ayudará a comprender la naturaleza de su enfermedad y la forma más eficaz de tratarla, así como a prevenir las recaídas. Para ello necesita saber los factores biológicos, conductuales y ambientales que pueden influir en el curso del trastorno, y que pueden aumentar el riesgo de recaída.

Aspecto importante de la psicoeducación suele ser la mejora de la adherencia a la toma de la medicación, que se comentará en el apartado siguiente.

6.3. Entrenamiento en la mejora de la adherencia al tratamiento

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es uno de los grandes problemas en el paciente bipolar, falta de adherencia que oscila del 12% al 64% en distintos estudios (Leclerc et al., 2013). Las consecuencias son claras: recaídas, deterioro, internamiento, mayor riesgo de suicidio, etc. (González-Pinto et al., 2006; López-Castromán et al., 2009).

Se han analizado los factores asociados a la pobre adherencia, tanto en los

tratamientos farmacológicos como en los psicológicos (Leclerc et al., 2013). En el cuadro 6.1 se indican los elementos que debe tener el tratamiento psicológico. Es importante señalar que los factores varían en ocasiones en función del tipo de tratamiento, aunque en los farmacológicos una parte importante se relacione con la toma y efectos de los fármacos. Por ejemplo, los jóvenes se adhieren peor al tratamiento farmacológico, mientras los mayores lo hacen peor al tratamiento psicológico.

En el tratamiento farmacológico se consideran factores negativos para la adherencia mantener actitudes negativas ante el tratamiento, mostrar temor a los efectos secundarios de los fármacos, bajo nivel de satisfacción con la vida, bajo nivel de funcionamiento cognitivo, comorbilidad con el consumo de alcohol y cannabis y tener un trastorno obsesivo-compulsivo. A estos factores habría que añadir una temprana edad de comienzo del trastorno, hospitalización o intento de suicidio, ciclado rápido, un TB tipo 1, alto número de episodios, uso de antidepresivos y eficacia inadecuada de la medicación.

Lo anterior sugiere que se puede mejorar la adherencia tanto a la toma de la medicación como al seguimiento adecuado del tratamiento psicológico, controlando los factores que la impiden.

Cuadro 6.2. Factores asociados a la baja adherencia a los tratamientos psicológicos en el trastorno bipolar

<i>Relacionados con el paciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficos (ser varón, mayor edad, tener un bajo nivel educativo). • Psicológicos (carencia de conciencia de enfermedad, locus de control externo).
<i>Sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • No tener una historia familiar de TB o suicidio.
<i>Características del trastorno</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo/maníaco. • Larga duración de la enfermedad. • Mayor número de episodios.
<i>Relacionados con el tratamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pobre respuesta a la medicación. • Baja adherencia a la medicación y al seguimiento médico.

Fuente: adaptado de Leclerc *et al.* (2013, pág. 248).

Cuadro 6.3. Beneficios de tomar medicación que tenemos que transmitirle al paciente

-
- Evita la psicosis.
 - Evita la hospitalización.
 - Reduce la probabilidad de consumir drogas.
 - Hace que se sienta más responsable de su cuidado.
 - Evita el gasto de modo maníaco.
 - Evita la depresión.
 - Mejora el sueño.
 - Evita las conductas sexuales de riesgo.
 - Hace que sienta que está haciendo lo que quiere hacer.
 - Hace que otras personas importantes para él sientan que se está ayudando.
 - Evita el potencial impacto negativo sobre su familia y amigos si se pone maníaco, psicótico o muy deprimido.
 - Hace que esté menos irritable y más paciente consigo mismo y con otras personas.
 - Evita perder el trabajo o fracasar en los estudios.
 - Evita problemas legales.
 - Evita accidentes y daños personales o a otros.
 - Obtiene beneficios personales en esa situación.
-

Fuente: adaptado a partir de Weiss y Connery (2011).

Lo primero que hay que hacer para mejorar la adherencia al tratamiento es encontrar la causa o causas que llevan a no seguirlo. Una vez localizadas se pueden abordar mediante el incremento de la alianza terapéutica, aplicar un tratamiento psicológico o aplicar un programa psicoeducativo (Leclerc et al., 2013). De modo específico, los programas psicoeducativos suelen centrarse en la manera de incrementar la adherencia a la medicación.

Los tratamientos psicológicos tienen siempre como uno de sus componentes importantes el que la persona tome la medicación regularmente y conozca los efectos secundarios que le puede producir. Pero también tenemos que ser conscientes de que, por las características y curso del TB, los pacientes no siempre se van a adherir al tratamiento psicológico.

Aunque la información y educación de los pacientes bipolares tiene como uno de sus objetivos principales el mejor conocimiento del trastorno y de la necesidad de tratamiento farmacológico, algunas veces esto no es suficiente para que todos los pacientes cumplan con su medicación. Son necesarios también otros tipos de intervenciones más concretas para asegurarse de que no muestren reticencias ni impedimentos. Aquí es necesario introducir los métodos cognitivo-conductuales para mejorar la adherencia. Pueden ser de tipo conductual, como los contratos, recordatorios o autorregistros, o de tipo puramente cognitivo, como el manejo de las ideas erróneas (miedos) de que no necesitan tomar la medicación de forma continua, o simplemente de que no le gusta depender de la medicación. Estos obstáculos para la adherencia, unidos a otros factores, como problemas con los efectos secundarios, pueden hacer que el paciente deje de tomar su medicación, con el riesgo de recaer en una fase activa de su enfermedad.

En este proceso de enfrentamiento con los obstáculos resulta de gran ayuda el que el paciente haga un registro de las posibles causas que le impiden tomar la medicación. Una vez terminado, y examinado conjuntamente con el terapeuta, se podrá trazar un plan para reducir o anular los obstáculos que bloquean la adherencia. Es importante resaltar que la severidad de los síntomas puede ser una variable que determine el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Así, es más probable que cumplan con el tratamiento los pacientes con síntomas muy intensos, que desean mejorar rápidamente. En cambio, si los síntomas son menores, y los efectos secundarios de la medicación más molestos, es más probable que decidan abandonarla. Algunos síntomas del TB dificultan también el cumplimiento del tratamiento, como cuando el paciente tiene dificultades de concentración y memoria, y necesita poner en práctica mecanismos para recordar que tiene que tomar la medicación, así como las dosis. En estos casos, necesitarán la ayuda de otra persona.

También los síntomas de depresión o manía pueden afectar al cumplimiento. Los pacientes en fase depresiva tienen poca motivación para buscar el tratamiento, o pueden no estar interesados en los registros y tareas

que se les recomienda hacer en casa. Los sentimientos de desesperación pueden acompañar a la creencia de que la medicación es inútil, y no encontrar un motivo para tomarla.

Los hipomaníacos y eutímicos pueden no ver la necesidad de seguir con la medicación. En este contexto es cuando familia y amigos pueden adoptar un papel más activo para animarlos a cumplir con la medicación o a buscar ayuda. Para vencer los obstáculos a la adherencia, el terapeuta, en un clima de confianza, informará al paciente sobre la idea de que no seguir el tratamiento prescrito es más una regla que una excepción. Esto permitirá al terapeuta un mayor acercamiento al paciente, así como evaluar mediante sus registros qué problemas impiden seguir con el tratamiento. También le preguntará acerca del mismo, para conocer las creencias y las actitudes sobre el diagnóstico y el plan de tratamiento. Esto ayudará a identificar cualquier concepto erróneo sobre su diagnóstico o tratamiento, para poder corregir estas ideas equivocadas con información cierta, y utilizar las técnicas de reestructuración cognitiva. Es preciso comentar con los pacientes sus dificultades para tomar la medicación, y hacer los cambios necesarios para adaptarla a su estilo de vida (p. ej., la hora en que la toma, qué le impide tomarla, etc.). Se puede utilizar la técnica de solución de problemas si el paciente plantea dificultades presentes o futuras para tomar su medicación.

Hay que señalar que, incluso en pacientes que no muestran reticencias ni obstáculos en la medicación, puede que necesiten algún tipo de ayuda para tomarla. Ayuda de varias maneras: tomarla al mismo tiempo que el desayuno, tener la rutina de tomarla siempre a la misma hora, una alarma despertador que lo avise, ponerla a la vista en un determinado recipiente, que alguien le recuerde que debe tomarla, usar un pastillero, etc.

6.4. Entrenamiento en estilos de vida saludables

Cuando los pacientes aprenden a predecir qué hábitos influyen en el empeoramiento de sus síntomas les es más fácil controlar este proceso, y evitar que progrese hacia la depresión o la manía. El terapeuta puede

ayudarles con las acciones o cambios que puedan realizar para reducir el riesgo de recaída, especialmente si no son conscientes de los factores que influyen en ello. Nos vamos a referir en este apartado a los hábitos saludables que, añadidos a sus rutinas diarias, van a contribuir a la mejoría de los síntomas. Más que eliminar las conductas o hábitos de vida negativos, se trata de implantar conductas positivas para, poco a poco, ir eliminando las negativas.

Cuando se les pregunta qué rutinas o hábitos saludables deberían adquirir para su mejoría, es frecuente que los pacientes se refieran a los siguientes: dieta saludable, aumentar el ejercicio físico u otras actividades, controlar el alcohol, el tabaco y la cafeína, las horas de sueño, así como la mejora de las relaciones sociales.

Como no se puede pretender que el individuo mejore en todos estos aspectos al mismo tiempo, para conseguir cambios positivos será útil seleccionar, en primer lugar, una sola conducta o hábito saludable, y poner el empeño en mejorarla. Por ejemplo, más ejercicio regular, ir a trabajar caminando y dejar el coche para ocasiones en las que sea imprescindible, etc. De lo que se trata es de ir dando pequeños pasos de acercamiento a la meta, para conseguir un éxito que motive al paciente a seguir adelante. Mucha gente que no tiene reguladas sus rutinas diarias con un trabajo u otras obligaciones necesita implantar en su vida una organización y hábitos saludables que les permitan suprimir sus malos hábitos, como, por ejemplo, dormir durante el día y estar despierto por la noche, comer a cualquier hora, y descuidar totalmente su vida social, laboral o educativa, así como el cuidado personal y de su casa. Estas personas a menudo se quejan de sentimientos de pérdida, soledad, falta de suerte y aislamiento del mundo. Necesitan controlar esta desorganización para conseguir hábitos adecuados tanto en su vida diurna, como por la noche, así como mejorar sus relaciones sociales.

6.4.1. Sueño-vigilia

Ya hemos visto cómo el mantenimiento de las rutinas de sueño-vigilia

contribuye a mantener la estabilidad en el TB. Así, la pérdida de sueño se asocia con la manía, aunque también puede ser síntoma de la depresión. Por todo ello, es necesario tomar alguna medida para lograr que los pacientes bipolares consigan dormir lo que necesitan.

Dormir y profilaxis del trastorno bipolar

Tener al menos siete horas de sueño de calidad es una de las mejores "medicaciones" naturales para mantener los síntomas del trastorno bipolar controlados. Lo contrario es también cierto: no tener un patrón de sueño saludable es una de las causas más frecuentes para tener un episodio de estado de ánimo (Weiss y Connery, 2011, pág. 154).

Cuadro 6.4. Elementos de la higiene del sueño

-
- No permanecer en la cama más tiempo del necesario para dormir. Acostarse cuando se tenga sueño y levantarse todos los días a la misma hora. No dormir durante el día.
 - Evitar la cafeína y bebidas energéticas ya desde la tarde.
 - Evitar el consumo de alcohol antes de intentar dormir.
 - Reducir el consumo de cigarrillos.
 - Hacer ejercicio con regularidad, pero evitarlo en las horas más cercanas al momento de ir a dormir.
 - En general, evitar la actividad física intensa en las horas anteriores al momento de intentar dormir. Al contrario, realizar actividades que ayuden a reducir la activación del organismo (p. ej., relajarse, tomar un baño, etc.).
 - Evitar las comidas y cenas pesadas, de difícil digestión.
 - Reducir el consumo de líquidos después de cenar (evitando tener que ir al cuarto de baño durante la noche). En todo caso, tomar un vaso de leche caliente (contiene triptófano), ya que puede ayudar a conciliar el sueño.
 - Establecer comportamientos rutinarios que pueden llegar a asociarse con la conducta de dormir (p. ej., tomar un baño caliente, beber un vaso de leche, lavarse los dientes, ponerse el pijama, programar el despertador a la hora prevista, practicar algunos ejercicios de relajación, leer un rato, apagar la luz).
 - Cuidar el ambiente de la habitación en la que duerme. Evitar ruidos que dificulten el sueño. Programar en lo posible la temperatura más agradable. Evitar que entre la luz de la calle o de otras habitaciones de la casa. Procurar tener una buena cama.
 - Evitar las preocupaciones en la cama. Programar un tiempo durante el día para preocuparse, siempre a la misma hora y en el mismo lugar. Si surge una preocupación durante la noche, recordar que al día siguiente podrá tratarse durante el tiempo dedicado a las preocupaciones.
 - No tomar medicación para dormir, salvo en casos excepcionales. Consultar al médico cuando, para el tratamiento de otros trastornos, se toman medicamentos que puedan dificultar el sueño.

Fuente: Buceta y Bueno (2000).

Hay una serie de sugerencias para conseguirlo, y se basan en medidas dirigidas al control de estímulos y mejora del sueño, lo que conocemos como "higiene de sueño" (véase el cuadro 6.4). Esto se traduciría en evitar

conductas que puedan interferir con el sueño, y crear un ambiente que lo facilite.

Aunque la falta de sueño es vivida de manera diferente por los pacientes hipomaniacos que por los depresivos, en el tratamiento de todos ellos es necesario conseguir que duerman las 7 u 8 horas que se recomiendan, en términos generales, para todas las personas. Existen una serie de estrategias comunes para ambos grupos, como indicamos en el cuadro 6.5, estrategias que siempre hay que adaptar a las características del paciente bipolar. Este periodo de descanso procura la relajación de la mente y del cuerpo, limita la sobreestimulación en la tarde-noche y evita el miedo al insomnio.

Se pueden utilizar también ejercicios de relajación y otras técnicas para el manejo de los problemas de sueño.

Cuadro 6.5. Técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento del insomnio

-
- *Técnica de control estimular.* Conjunto de instrucciones diseñadas para reasociar la habitación o la cama con el sueño, y reestablecer un consistente programa de sueño-despertar a través de:
 1. Ir a la cama solo cuando tenga sueño.
 2. Levántese de la cama cuando sea incapaz de dormirse (permanezca solo 10 minutos en la cama sin dormirse).
 3. Use la habitación o la cama solo para dormir (no para leer, ver la televisión, comer, etc.).
 4. Levántese todos los días a la misma hora. Use el despertador y levántese en cuanto suene, independientemente del tiempo que haya dormido durante la noche.
 5. No haga siesta, ni duerma durante el día.
 6. Realice actividades relajantes antes de acostarse, o cuando se ha levantado porque no puede dormir.

 - *Terapia de restricción del sueño.* Consiste en limitar el tiempo en la cama al número de horas reales de sueño. Por ejemplo, a un paciente que informa de que duerme una media de 4 horas cada noche, pero que permanece 9 horas en la cama, inicialmente se le permitirá pasar un máximo de 4 horas en la cama cada noche. A medida que el porcentaje de sueño total dormido, respecto a la media del tiempo en la cama, sea superior al 90% se le añadirán 15 minutos más al tiempo total permitido al paciente estar en la cama. Este ajuste durará hasta que se consiga un sueño eficiente en torno a 7 horas cada noche.
-

-
- *Entrenamiento en relajación.* Procedimientos dirigidos a reducir la tensión, el estrés, la ansiedad o el exceso de activación mediante un método de relajación para reducir la tensión somática (p. ej., entrenamiento en relajación muscular progresiva; entrenamiento autógeno, etc.), o para reducir los pensamientos intrusivos o la excesiva activación cognitiva antes de acostarse o de dormirse (p. ej., entrenamiento en imaginación, meditación, hipnosis, etc.) que interfieren con el sueño.
 - *Terapia cognitiva.* Procedimiento psicológico dirigido a modificar y cambiar las concepciones erróneas sobre el sueño, las creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño, y las consecuencias percibidas de su problema de sueño a lo largo del día. El objetivo de la terapia cognitiva es cortar el círculo vicioso del insomnio, la angustia emocional, las cogniciones disfuncionales y los posteriores problemas de sueño.

También se utilizan otros procedimientos cognitivos, como la intención paradójica, o métodos dirigidos a reducir o prevenir la excesiva rumiación, autoobservación y preocupación sobre el sueño, los problemas que produce y sus consecuencias.
 - *Educación en higiene de sueño.* La higiene de sueño se centra en aspectos generales sobre prácticas de salud (p. ej., la dieta, el ejercicio, el consumo de sustancias estimulantes, etc.) y en los factores ambientales (p. ej., la luz, el ruido, la temperatura, el tipo de colchón, etc.) que pueden interferir con el sueño. Suele incluir también información básica sobre el sueño normal, cambios en los patrones de sueño con el envejecimiento y promover mejores prácticas en relación con el sueño, basándose en tener un mejor conocimiento y llevar a cabo estilos de vida más saludables.
-

6.4.2. Ejercicio físico

Hacer ejercicio físico es recomendable para los pacientes que sufren TB. Naturalmente, hay que seleccionar el ejercicio físico en función del paciente (edad, gustos, condiciones físicas, etc.), y también hay que controlar si el paciente entra en una fase aguda de la enfermedad. Cuando está deprimido, o simplemente no tiene esa rutina instalada en sus hábitos de vida, hay que empezar poco a poco y elegir muy bien el ejercicio o actividad física que puede ser asumida por el paciente. Por ejemplo, ir a natación tres veces por semana puede ser una buena opción para un joven al que le guste el agua,

pero puede ser una mala idea para una mujer más mayor y que odia las piscinas o simplemente las tiene muy lejos de su casa. En este caso, caminar todos los días una media hora puede ser más adecuado que ir a nadar a la piscina.

Volviendo al tema de la depresión, es de todos conocido que el ejercicio mejora el estado de ánimo, así como ayuda a otras mejoras, como el control del peso, la hipertensión, etc. Además, muchas veces, cuando el paciente entra en fase depresiva se repliega totalmente. Por ello, deberíamos intentar que por lo menos siga con su nivel mínimo de ejercicio.

En los pacientes que están en fase maníaca o van hacia ella es frecuente, por el contrario, el aumento del ejercicio físico. Aquí, al contrario que en el caso anterior, hay que evitar que siga una escalada de aumento exagerado del ejercicio, ya que le sería nefasto y lo llevaría a un empeoramiento de los síntomas maníacos.

Por todo ello, en los pacientes bipolares es saludable un nivel de actividades y de ejercicio físico moderado y continuo.

6.4.3. Dieta y hábitos de comida

Al igual que el ejercicio físico, la dieta es muy importante para los pacientes bipolares. Debido a que muchas veces tanto la medicación como otros problemas de salud les generan un sobrepeso considerable, se recomienda que hagan un esfuerzo no solo en comer una dieta sana, sino también en comer a unas horas regulares en el sitio adecuado y en las cantidades que necesitan. Esto previene el sobrepeso, así como otras enfermedades que pueda producir.

Además de la dieta, es importante controlar el consumo de alcohol, tabaco y café por su contribución al empeoramiento de los síntomas.

Es frecuente que algunos pacientes bipolares que han ganado mucho peso decidan adelgazar. En este caso, se les aconseja que se pongan en mano de un

profesional, un endocrinólogo, ya que no se recomiendan ni las dietas en las que se pasa hambre ni otras dietas mal llamadas milagrosas. Lo más adecuado es una dieta equilibrada y racional. Además, hay que tener en cuenta la edad del paciente. Tampoco se recomiendan productos farmacéuticos para adelgazar, ya que están contraindicados en el TB porque pueden ser diuréticos, no adelgazan e interfieren con la toma de litio. También hay personas que utilizan productos para adelgazar ilegales, que contienen anfetaminas, que les suprime la sensación de hambre, pero posibilitan la recaída porque aumentan la ansiedad.

6.4.4. Relaciones sociales

El contacto con otras personas de su entorno, así como unas buenas relaciones sociales, puede ser muy importante para las personas con TB. Pero es frecuente que cuando se deprimen lleguen a aislarse totalmente de todo contacto social, negándose incluso a contestar a las llamadas telefónicas de sus amigos. Esto les crea además muchos problemas, ya que luego sienten remordimientos al darse cuenta de lo mal que han actuado. Las razones que les llevan al aislamiento pueden ser varias: algunos dicen que les falta la energía suficiente, especialmente si no quieren confiar su problema a otras personas; otros pierden interés en la interacción social y no quieren que los otros les molesten; también se aíslan para evitar las discrepancias con otras personas. Estas personas, pues, se centran en los aspectos negativos, pero fracasan para encontrar las razones positivas para relacionarse. Muchas veces lo hacen por falta de habilidades sociales. Esta reducción de los contactos sociales impide a la persona deprimida tener interacciones positivas que le proporcionarían apoyo, experiencias divertidas y reforzantes, así como oportunidades para recibir afecto, valoración y cuidado por parte de los otros. Además, la relación con los demás proporciona ánimo para vencer las dificultades, incrementa nuestra esperanza en el futuro y nos hace sentir mejor con nosotros mismos. La ausencia de estas relaciones hace que la persona lleve sus problemas a solas consigo mismo, lo que es más duro y difícil.

El aislamiento social para una persona en fase depresiva le deja demasiado tiempo para pensar. La depresión facilita los pensamientos sobre todo lo que va mal, y en cambio dificulta recordar cualquier cosa que vaya bien. Es necesario por ello incrementar la interacción con otras personas, familiares, amigos o conocidos, para que la persona deprimida consiga oportunidades para recibir ánimo de los demás, distracción para no pensar en sus problemas y que además puedan darle nuevas razones para vivir.

Es necesario entrenar al paciente para que se anime a no interrumpir sus llamadas telefónicas con sus amistades, aceptar invitaciones para visitar a la familia, o bien a sus amigos o compañeros.

Desarrollar una mejor conexión emocional con las personas con las que interacciona le protegerá contra la depresión. Aunque las fases depresivas son las que suelen predominar en los distintos tipos de TB, durante la hipomanía y, sobre todo, durante la manía, es frecuente que algunos síntomas de esta interfieran con unas buenas relaciones sociales. El apoyo de otras personas será necesario para que se sientan bien durante los periodos eutímicos, y también cuando empiezan los procesos de escalada de la manía, ya que a veces la ayuda de los demás será muy necesaria, dado que a la persona afectada le es difícil controlarse ella sola.

6.4.5. Trabajo y horarios

Los pacientes bipolares pueden realizar, en principio, cualquier trabajo o actividad si están tratados adecuadamente, pero prestando atención a un aspecto: los horarios o turnos de trabajo. Los trabajos que no siguen horarios acordes con los ritmos circadianos normales afectan a todas las personas en diferentes grados. Así, por ejemplo, los pilotos de aviación, las azafatas, los médicos, etc., con turnos nocturnos o incluso con turnos diferentes cada semana pueden verse afectados por esta ruptura de los ritmos o rutinas de vida diaria.

En los pacientes bipolares este tipo de horarios o turnos puede desencadenar un episodio agudo, sobre todo de manía, con lo que puede

contribuir a tener problemas a la hora de controlar su trastorno. Es un tema delicado, que requiere ser tratado con el fin de mejorar los horarios, si fuera posible, para que no tengan repercusiones en el trastorno. Con un informe médico o psicológico debería ser posible que los pacientes consigan un horario más estable, sin constantes cambios de turnos y, sobre todo, evitando el de noche.

6.4.6. Estudios

Los pacientes bipolares pueden y deben estudiar como cualquier otra persona, aunque en ocasiones su trastorno puede interferir en esta actividad. Si una persona tiene una recaída depresiva o maníaca en alguno de sus cursos, puede que lo pierda o que el resultado no sea tan bueno como el esperado. Debido a la sintomatología depresiva o maníaca es muy difícil preparar los exámenes, bien por los problemas de concentración o memoria, bien porque la medicación dificulte el aprendizaje. A pesar de ello, muchos pacientes consiguen acabar sus estudios y, además, son alumnos brillantes. Lo consiguen con una buena planificación académica, estudiando con regularidad y no dejando todo para última hora. Esto último sí que podría provocarles estrés y una recaída.

6.5. Control y manejo del estrés

Cuando el paciente bipolar baja su rendimiento, o se encuentra raro o mal consigo mismo a causa de sus síntomas, esta misma situación delicada le puede acarrear problemas psicosociales. Problemas que empeoran el estrés, interfieren con el sueño y pueden disparar los síntomas de depresión y manía. Para romper el ciclo, una vez que los problemas se han desarrollado, puede necesitar no solo un entrenamiento en solución de problemas, sino también otras técnicas para poder mantener el estrés en un nivel bajo y manejable, y no se empeoren los síntomas de depresión y manía.

El estrés no siempre se produce por un descenso en el funcionamiento psicosocial debido a los síntomas. Algunas veces, el ciclo empieza con un

estrés que pasa directamente al paciente, lo que le impide dormir y lo hace más vulnerable a la recaída. El manejo del estrés debería incluir métodos para prevenir el estrés directo, métodos para manejar los inevitables problemas vitales estresantes y métodos para manejar los episodios agudos.

Podemos ayudar a los pacientes a enfrentarse a sus estresores comenzando por ayudarles a definir y priorizar los problemas que necesitan atención en la terapia. Como los pacientes suelen intentar enfrentarse con los estresores por sí mismos, el terapeuta deberá proponer otras intervenciones que todavía no haya intentado, o quizás una modificación de las estrategias fallidas. Debemos respetar los intentos de afrontamiento previos del paciente, y darle asistencia si necesita información adicional. El terapeuta será un colaborador, no quien arregle los problemas al paciente, que puede utilizar sus propios recursos para enfrentarse con su estrés (sentido común, inteligencia, creatividad, sentido del humor, dinero, habilidad para pedir ayuda, paciencia, etc.), aunque a menudo necesite también recursos y ayuda a través de amigos, compañeros, familia, terapeutas, etc., así como de otros servicios (canguros, taxis, apoyo religioso). Movilizar los recursos de los pacientes o la adquisición de nuevos recursos de afrontamiento con los estresores psicosociales puede parecer simple, pero puede haber muchos factores, internos y externos, que interfieran con el éxito del afrontamiento. El paciente deberá reconocer los obstáculos que le impiden utilizar sus recursos para un afrontamiento eficaz.

El entrenamiento en relajación puede ser útil para que los pacientes reduzcan la estimulación mental y la tensión muscular, algo que, además, les puede facilitar el sueño. También otras estrategias, como pasear, hacer ejercicio físico, tomarse un baño caliente, recordar lo que hizo exitosamente en ocasiones previas para superarlo, etc.

6.6. Pareja y familia

Dada la complejidad del TB y de los síntomas que pueden experimentar quienes lo padecen, es frecuente que por su causa se vean afectadas tanto las

relaciones con la familia, como las relaciones con su pareja. Para que la relación de pareja con un paciente bipolar no resulte una tarea imposible, será necesario disponer de la suficiente información para poder entenderlo y, al mismo tiempo, ayudarlo si fuera necesario.

Ya hemos visto en el apartado de psicoeducación todo lo que debe saber el paciente y su pareja. El conocimiento del trastorno ayudará a esta a no culpabilizarlo cuando las manifestaciones de su fase maníaca o depresiva se produzcan, además de las manifestaciones bastante habituales de irritabilidad, hipersensibilidad para el rechazo o las críticas, paranoias, así como una pesimista visión del mundo. También es posible que se produzcan conductas como infidelidades, hipersexualidad o prodigalidad, propias de las fases maníacas, que pueden afectar en gran medida a la estabilidad de la pareja.

Un aspecto importante en la relación de pareja es la comunicación, tanto verbal como no verbal. Todos sabemos que las emociones, y en el caso de los pacientes bipolares la alta emocionalidad, son una fuente de interferencia o dificultad para la comunicación personal. Así, emociones intensas, como puedan ser la tristeza, la frustración y la ira, pueden influir en cómo es comunicada y cómo es recibida la información. Si el nivel emocional de una persona está alterado, o interfiere con la interacción, la discusión debería cesar hasta que la intensidad de la emoción haya descendido sustancialmente; en consecuencia, se necesitará tener un plan para retomar la discusión en otro determinado momento. Para solucionar estas deficientes comunicaciones es útil que los pacientes y sus parejas aprendan varias técnicas, como las de solución de problemas y el aprendizaje de reglas para una comunicación más eficaz.

En algunas discusiones puede ser útil la ayuda de una tercera persona como mediadora. Esta tercera persona suele ser el terapeuta. Este les puede ayudar a definir el problema y encontrar las soluciones más adecuadas. Para ayudar a los pacientes a mejorar su comunicación el terapeuta puede enseñarles unas reglas básicas de comunicación para prepararlos ante cualquier discusión que pueda ser conflictiva.

Cuadro 6.6. Elementos básicos del entrenamiento en solución de problemas

Cómo solucionar los problemas

A diario nos enfrentamos a distintos problemas. Saber hacerles frente es una primera estrategia para solucionarlos, lo mismo que saber analizarlos y buscarles una solución efectiva. A continuación, indicamos un modo sencillo de detectar los problemas y buscarles soluciones efectivas en varios pasos:

- Reconocer que el problema existe.
- Definición y formulación del problema.
- Generación de varias soluciones alternativas al mismo.
- Toma de decisiones para seleccionar la mejor solución.
- Puesta en práctica de la solución elegida y comprobación de que realmente es la mejor para el problema.

1. *Reconocer que el problema existe*

Distintos son los problemas que tenemos que enfrentar en la vida cotidiana. Unas personas los solucionan mejor que otras. El desconocimiento, no tener habilidades, la indecisión o no hacer nada pueden ser la causa de no resolverlos. Si reconocemos qué problema tenemos, podremos comenzar el proceso de resolverlo.

2. *Definición y formulación del problema*

Todo problema ha de estar claramente formulado, y para ello tenemos que saber previamente de qué problema estamos hablando (personal, familiar, en nuestra cabeza, laboral, etc.). Dedicar un tiempo a definirlo y formularlo claramente es importante. Para ello debemos basarnos en hechos, datos objetivos, concretos, no inferidos, imaginados o basados en creencias. Aquí no es importante la solución. Vendrá después. Lo que nos interesa ahora es saber exactamente de qué problema estamos hablando.

3. *Generación de soluciones alternativas al mismo*

Si tenemos bien definido un problema es más fácil buscarle alternativas de solución. En esta fase debemos proponer el mayor número de soluciones alternativas. Cuantas más mejor. Ya las analizaremos después.

4. *Toma de decisiones para seleccionar la mejor solución*

Con las alternativas de solución propuestas para el problema debemos ahora seleccionar la que consideremos mejor, teniendo en cuenta si se nos adecúa, sus consecuencias positivas y negativas, si es viable, etc. Una vez seleccionada, tendremos que diseñar un plan para ponerla en práctica.

5. *Puesta en práctica y verificación de la solución*

Cuando ponemos la solución elegida en práctica, comprobamos si funciona o no. Si funciona, entonces probablemente lograremos solucionar el problema. Si no funciona, habrá que ver dónde ha estado el error, o pasar a seleccionar otra alternativa distinta. Con ello aprendemos a solucionar los problemas adecuadamente.

La repetición de este proceso nos permite aprender a solucionar más adecuadamente nuestros problemas, a darnos cuenta de que son resolubles casi siempre y de que nosotros podemos aprender a solucionarlos.

Fuente: adaptado de Becoña (2008).

Cuadro 6.7. Reglas para una comunicación eficaz

En la comunicación diaria normal no se necesita habitualmente ninguna norma particular, pero cuando entre dos personas surgen dificultades, como es el caso de personas con trastorno bipolar, a menudo son necesarias unas reglas básicas para que las discusiones sean menos conflictivas.

Algunos ejemplos de reglas básicas serían:

- *Mantén la calma.* Es contraproducente intentar discutir un asunto difícil estando enfadados o estresados. Una persona enfadada puede dejar que las emociones dicten la elección de las palabras y las soluciones que ofrece. Soluciones que parecen adecuadas o razonables cuando se está enfadado, pero que no así cuando se examinan más tarde. Es mejor esperar hasta que las emociones se calmen antes de tomar malas decisiones.
-

-
- *Organízate.* Es mejor acercarse a la discusión de un asunto problemático después de haber tomado un tiempo para pensar en el problema, y su posible solución. Por lo tanto, es útil tener un plan para discutir el asunto.
 - *Sé preciso.* Las quejas globales, como “no soy feliz”, “eres un irresponsable” o “no puedo más”, no pueden resolverse fácilmente. Es necesario especificar las acciones, los sucesos o los procesos que están siendo problemáticos: ¿qué te gustaría ver?, ¿cómo saber qué está sucediendo?, ¿qué causa el malestar?
 - *Habla claro.* Hablar con términos vagos deja muchas oportunidades para que el mensaje se malinterprete. Puede parecer que la intención del mensaje fue recibida, pero el mensaje puede no haber sido recibido correctamente.
 - *Esfuézate en escuchar.* La mejor manera para ser oído es ser un oyente respetuoso. Es importante una escucha atenta, sin interrupciones. El que escucha no debería meramente usar las palabras de la otra persona como una oportunidad para preparar una respuesta.
 - *Sé flexible.* La solución de los problemas entre las personas requiere dar y tomar. Aunque puede haber un plan desarrollado anteriormente para resolver el problema, antes de que la discusión empiece, es importante considerar otras ideas de forma previa a la elección de una solución. Sobre todo, porque los demás tienen un diferente punto de vista del problema, y todos los participantes deberían acercarse a la discusión considerando las otras perspectivas, que pueden ser tan válidas como las tuyas.
 - *Sé creativo.* En la búsqueda de una solución para un problema específico es útil mirar más allá de las estrategias usadas en el pasado, ser imaginativo e intentar nuevos planes.
 - *Simplifica el problema.* Los que tienen dificultades con la comunicación deberían resolver los problemas en el tiempo previsto. Cuando discutimos un problema, debe ser descrito del modo más sencillo posible. Si la conversación empieza a dispersarse en otras áreas, es necesario parar y reconducir la conversación al tema inicial.

Fuente: adaptado a partir de Ramírez Basco y Rush (2005).

6.7. Incidencia de las enfermedades físicas en el curso del trastorno

Es frecuente que las personas con TB padezcan otras enfermedades físicas (cardiovasculares, diabetes, hipertensión, síndrome metabólico, etc.). El problema incide de modo notable en la medicación, porque exige mayor control de los pacientes y de sus tratamientos, por si fueran incompatibles o interaccionan entre sí. El tratamiento con litio también puede originar a largo plazo algunos problemas de salud, como obesidad, problemas cardiovasculares, neurológicos y otros renales derivados de su toxicidad. El riesgo de intoxicación por litio se incrementa en pacientes con déficit renal (Eyer et al., 2006). El paciente con TB tiene, además, tasas iniciales de anomalías en el tiroides más altas que la población general, por lo que el tratamiento con litio incrementa en él la probabilidad de hipotiroidismo subclínico transitorio.

El 10% de los pacientes tratados con litio pueden llegar a padecer diabetes. Es preciso manejar muy cuidadosamente el tratamiento de los pacientes bipolares, ya que, como hemos visto, padecen una serie de enfermedades, no solo las derivadas de su tratamiento, sino otras que podrían ya padecer anteriormente, o las que suelen ser frecuentes cuando la persona va cumpliendo años, lo que puede complicar tanto el curso del tratamiento, como el abordaje de este. Por ejemplo, en personas mayores con fallos cardíacos crónicos e hipertensión, podría ocurrir que las múltiples medicaciones que toman para estos trastornos les afecte a las concentraciones de la medicación de litio para el TB. Por ello, se recomienda en estos pacientes, que a menudo están tomando múltiples medicaciones, dosis más bajas de litio y un control más exhaustivo de la medicación.

6.8. Tratamiento de la depresión y de la manía

Al igual que en la depresión mayor, en la depresión bipolar los pacientes sufren distorsiones cognitivas y errores de pensamiento que es preciso que aprendan a identificar, para poder utilizar técnicas como las cognitivas para intervenir con los pensamientos automáticos negativos (Newman et al., 2002). Para ello será útil enseñar a los pacientes a confeccionar registros donde anoten sus pensamientos automáticos, para luego actuar sobre ellos.

También será necesario dotarlos de una lista de los principales errores de pensamiento que suelen tener. Las técnicas cognitivas que se emplearán son la evaluación de la evidencia de los pensamientos automáticos, enseñar a que los pacientes generen explicaciones alternativas para los sucesos que les ocurren, como un medio de combatir los pensamientos automáticos. También se les reforzará la idea de la asociación entre sucesos, pensamientos y sentimientos.

Para el tratamiento de la manía y la hipomanía los fármacos son el tratamiento de elección, como otros fármacos para la depresión en estos pacientes. Pero ello debe complementarse con las técnicas psicológicas para su sintomatología, tanto maníaca como depresiva. La intervención psicológica con la manía puede hacerse en la fase eutímica (para que conozcan mejor sus síntomas, cómo detectarlos y cómo manejarlos) y en la fase prodrómica, o cuando aparecen los primeros síntomas maníacos. Aquí podemos utilizar técnicas de reestructuración cognitiva. En pleno episodio maníaco es difícil intervenir porque no acuden a tratamiento, lo abandonan o es cuando tienen una conducta de exceso que les puede llevar incluso a la hospitalización.

Dentro de las técnicas psicológicas se pueden usar las distintas de la terapia cognitiva de Beck et al. (1979) para la depresión, que se han adaptado para el tratamiento del paciente bipolar (Newman et al., 2002), como autorregistros y diarios, tareas para casa, entrenamiento en el dominio y el agrado, técnica de reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, incremento del apoyo social, rol playing, reducir la impulsividad, utilizar la imaginación, control de los estímulos, relajación y respiración, combatir la desorganización y la distraibilidad, y técnicas específicas para manejar la ideación suicida y los intentos de suicidio. Este abordaje exige una intervención intensiva con el paciente. En los citados manuales de Beck et al. (1979) y Newman et al. (2002), entre otros (p. ej., Ramírez Basco y Rush, 2005), pueden verse descritas ampliamente las técnicas citadas para el episodio depresivo del paciente bipolar. Otros abordajes psicológicos eficaces para el tratamiento de la depresión no se han adaptado específicamente para

el trastorno bipolar, pero también los podemos utilizar, aparte de la terapia cognitiva (p. ej., Beck et al., 1979; Beck, 2012), como la activación conductual (Kanter et al., 2011) o la psicoterapia interpersonal (Diéguez et al., 2012). Como vemos, en el episodio depresivo los pacientes bipolares precisan ser entrenados en todas las técnicas conductuales y cognitivas que les sean necesarias, y que funcionen bien en ellos.

Además de lo anterior, hay que detectar los cambios conductuales y cognitivos asociados con la manía y la hipomanía, a menudo sutiles anticipos del episodio, e intervenir sobre ellos. Los pensamientos que pueden dar lugar a la manía o a la hipomanía pueden ser de irritabilidad, o más positivos, pero igualmente distorsionados, caóticos y desorganizados, de aumento del interés por hacer muchas actividades, grandiosidad, incremento de la autoconfianza, interés en hacer grandes cosas. Para hacerles frente se puede trazar un plan para, una vez identificados, aplicar la técnica de reestructuración cognitiva para evaluarlos y modificarlos. Un pensamiento maníaco muy habitual es el "ya me siento bien, y no necesito tomar la medicación". Precisamente, es cuando empiezan en el paciente los cambios maníacos, cuando decide abandonar la medicación o el tratamiento psicológico complementario. Hay que hacerle ver que en esta situación no debe abandonar el tratamiento, o que debe reincorporarse al mismo; que esos cambios emocionales positivos son los que indican que ha de seguir con la medicación, e incluso que su psiquiatra deba aumentarla. Que lo que interpreta como "estoy bien" significa que "realmente estoy empezando una subida" o "estoy empezando a ponerme mal". La técnica de discusión cognitiva ayuda a cambiar este pensamiento erróneo por otro ajustado a las circunstancias reales.

Un aspecto importante para el manejo de la manía es que el paciente conozca bien los aspectos de sus pensamientos, el estado emocional o la conducta que le pueden llevar a sobreestimularse. Hay que entrenarlo en detectarlos, en poderlos reconocer, para luego poder manejarlos y que no le desborden. Algunos de estos elementos pueden ser el ruido, ser muy creativo, pensar sobre los propios problemas, estar con mucha gente, los gritos de los niños, estresarse en un atasco, tener nuevas y brillantes ideas, grandiosidad,

etc. (Ramírez Basco y Rush, 2005). La sobreestimulación suele llevarlo a tener menos sueño y a un mayor riesgo de pasar a un estado maníaco. Debemos, por ello, entrenarlo en que detecte sus posibles situaciones de riesgo y que no las realice, o que lo haga en el menor grado posible. También, cuando se encuentra sobreestimulado, a que salga de la situación, aplique estrategias conductuales y cognitivas para afrontarla si no puede escapar de ella, busque ayuda en otras personas o desvíe la atención hacia actividades más relajantes y tranquilas.

En todo lo dicho en este punto subyace la idea de que es necesario utilizar distintas estrategias y técnicas para los distintos problemas relacionados con la aparición de un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo. Todo lo realizado a lo largo del tratamiento se orienta, en la práctica, a que la persona no sufra un nuevo episodio, porque su manejo es más difícil en estos pacientes. El tratamiento psicológico previene estos episodios, sobre todo el depresivo (Miklowitz, 2009), pero cuando aparecen en toda su intensidad es el tratamiento farmacológico el fundamental, aunque deba combinarse con el psicológico para la depresión y la manía. Cuando los episodios se han estabilizado, ha de seguirse aplicando tanto el tratamiento farmacológico como el psicológico, para mejorar la calidad de vida del paciente, el curso del trastorno y reducir, además, sus recaídas (Miklowitz, 2009).

6.9. Tratamiento de los problemas de comorbilidad

El tratamiento del TB, ya complicado por sí mismo, puede verse además afectado por la comorbilidad con que se presenta. Los pacientes tienen un alto riesgo de padecer otros trastornos psiquiátricos, como trastornos de ansiedad (p. ej., fobia social), así como abuso de sustancias, y varios trastornos de personalidad que pueden empeorar el curso de la enfermedad y favorecer una más baja adherencia al tratamiento. El tratamiento de todos ellos, que se presentan acompañando al TB, deberá hacerse al mismo tiempo que el del TB, para lograr mejores resultados.

6.9.1. Trastorno bipolar y abuso de sustancias

El consumo de nicotina, alcohol y otras drogas, como la cocaína, suele ser frecuente en los pacientes bipolares y repercute no solo en la puesta en marcha del tratamiento y en su curso, sino además en el aumento del riesgo de suicidio, como ocurre en el caso del consumo de cocaína. Se recomienda que el tratamiento de las adicciones se haga de forma conjunta con el tratamiento del TB. Será necesaria la coordinación de distintos profesionales de la salud, psiquiatras, psicólogos clínicos, etc., para trabajar conjuntamente en la terapia con los pacientes. En estos casos, la ayuda y colaboración de la familia suele ser un elemento de suma importancia, y muy necesario en la terapia.

Cuando una persona con TB tiene un trastorno por consumo de sustancias asociado su pronóstico es peor, porque tiene más hospitalizaciones, mayor riesgo de ser una persona sin hogar y mayor riesgo de suicidio. Weiss y Connery (2011) diseñaron un tratamiento en 12 sesiones, aplicable en grupo, cuando los pacientes bipolares tienen asociado un problema de consumo de sustancias. Lo denominan terapia de grupo integrada (IGT), y sus principales objetivos son los siguientes:

1. Promover la abstinencia de drogas, incluyendo el alcohol.
2. Promover la adherencia a la medicación prescrita para el TB.
3. Enseñarle a reconocer los síntomas, con el propósito de lograr una estabilidad sostenida del estado de ánimo y prevenir la recaída en el consumo de sustancias.
4. Enseñarle habilidades de prevención de la recaída en el consumo de sustancias (p. ej., habilidades de rechazo del alcohol y de las drogas; evitar las situaciones de alto riesgo), así como la estabilización del estado de ánimo (p. ej., priorizar las rutinas de protección, como la higiene de sueño, conductas sociales de alto riesgo).
5. Mejorar otros aspectos de su funcionamiento cotidiano, como las relaciones interpersonales.

La ventaja del IGT es que puede aplicarse al mismo tiempo que el paciente toma el tratamiento farmacológico, y recibe otros tratamientos psicológicos individuales o grupales.

En las sesiones de tratamiento se les entrena en habilidades de solución de problemas y de automanejo, para que luego las apliquen en su vida cotidiana para lograr un funcionamiento más efectivo y el cambio tanto de las conductas, como de los pensamientos desadaptativos del individuo relacionados con su trastorno, para que su conducta se haga más adaptativa. También se da gran relevancia a la monitorización de los síntomas, tanto los del consumo de sustancias como los del TB; el análisis de las creencias nucleares del individuo que le influyen en el modo de verse a sí mismo, al mundo y a los demás (especialmente las de desesperanza e indefensión); conectar los pensamientos con las situaciones, el estado de ánimo y la conducta (p. ej., el papel de los pensamientos y el uso de la evidencia disponible ante ellos; el entrenamiento en habilidades y la solución de problemas conductuales) (véase el cuadro 6.8).

Cuadro 6.8. Elementos básicos del tratamiento de Weiss y Connery (2011) para el trastorno bipolar comórbido con abuso de sustancias

-
1. Regla de recuperación principal: pase lo que pase, no beba, no consuma drogas y tome la medicación que le han prescrito cada día. ¡Pase lo que pase!
 2. Evite los disparadores del consumo cuando le sea posible. No se enfrente solo a ellos, distráigase afrontándolos activamente o evitándolos.
 3. Combata el pensamiento depresivo con el pensamiento de recuperación.
 4. Intente ver aspectos desde el punto de vista de otras personas, para desarrollar relaciones saludables.
 5. Trabaje para aceptar su enfermedad, y céntrese en cómo debe cuidarse.
 6. Conozca los signos tempranos de advertencia de la aparición de un episodio del estado de ánimo, y busque cuanto antes ayuda para el mismo.
 7. Practique decir “no” a las drogas y al alcohol.
 8. Acuda a un grupo de autoayuda para apoyar su proceso de recuperación.
 9. Tome la medicación que le han prescrito cada día.
 10. Elija un pensamiento de recuperación sobre un pensamiento de recaída.
 11. Cuídese a sí mismo (practicando la higiene de sueño y evitando conductas sexuales de riesgo).
-

El tratamiento debe llevarse a cabo en condiciones adecuadas, dado que los pacientes que están en fase maníaca o hipomaníaca no reconocen que tienen ese episodio, o carecen de motivación para llevar a cabo el tratamiento. A lo largo del tratamiento hay que tener en cuenta el abandono de algunos pacientes, las caídas y recaídas a lo largo del proceso terapéutico, y las crisis (intentos de suicidio, fase maníaca o cuando está intoxicado). A los pacientes se les proporcionan los materiales por escrito en cada sesión y también para las tareas para casa.

En el cuadro 6.9 indicamos un ejemplo de las tareas que realizan en una de las sesiones.

Cuadro 6.9. Ejemplo de las técnicas y tareas de una de las sesiones del tratamiento integrado de Weiss y Connery (2011)

<i>Sesión</i>	<i>Título</i>	<i>Técnicas y tareas principales</i>
3	Relacionarse con la depresión sin abusar de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del tema de la semana anterior. • Revisión de las habilidades que tenía que practicar en la última semana. • Introducir el concepto de “pensamiento depresivo” y cómo afrontarlo (demostrar cómo los pensamientos llevan a las conductas, y pueden ser destructivos (conductas de recaída) o positivos (conductas de recuperación). Cómo la depresión afecta no solo a los sentimientos, sino también a los pensamientos. Como el pensamiento de recaída, los pensamientos depresivos, son un pensamiento de enfermedad y no de verdad. • La tarea práctica a realizar para casa será la de prestar atención en esta semana a los pensamientos o conductas depresivas que puedan llevar a la recaída.

6.9.2. Trastorno bipolar y trastornos de ansiedad

La comorbilidad del TB con los trastornos de ansiedad es muy alta, con valores de hasta el 75% en el estudio NCS-R en la población general (Merikangas et al., 2007) y del 50% en población clínica (Simon et al., 2004). Dado que esta comorbilidad hace que la cronicidad del TB sea mayor, es necesario aplicar junto al tratamiento del TB también el tratamiento para el trastorno de ansiedad cuando está presente.

Cuando hay trastornos de ansiedad en el paciente bipolar se utiliza principalmente el tratamiento psicológico, por los problemas que le produce en muchos casos tanto las benzodiazepinas como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Estos fármacos interactúan con los estabilizadores del estado de ánimo, agravan los efectos secundarios y tienen un alto riesgo de producir un episodio maníaco. Además, las benzodiazepinas tienen el riesgo de producir dependencia, lo que no es deseable en estos

pacientes.

La terapia psicológica que se ha de aplicar para el TB sería la habitual, pero, si tiene asociado un trastorno de ansiedad, habría que añadirle al mismo tiempo un tratamiento para ese trastorno, dado que la ansiedad puede interferir poderosamente en la vida diaria de las personas, dificultando sus relaciones y produciendo síntomas muy molestos que dificultan el curso del TB.

Para controlar la ansiedad se deben poner en práctica las distintas técnicas que se utilizan habitualmente en los trastornos de ansiedad, como la relajación, la parada de pensamiento, el afrontamiento de situaciones ansiógenas, las técnicas cognitivas y, si fuera también necesario, el entrenamiento en habilidades sociales y la asertividad. Aplicaríamos las técnicas de elección para cada trastorno de ansiedad, adaptando las mismas a las características de la persona con TB y a la fase en la que se encuentra.

Recientemente, se ha propuesto un nuevo abordaje terapéutico para la comorbilidad del TB con los trastornos de ansiedad: el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2010), cuyos componentes básicos ya los hemos visto en el cuadro 5.9. Este tratamiento se aplica, habitualmente, en un máximo de 15 sesiones. Abarca las técnicas de tratamiento que han mostrado ser eficaces para los distintos trastornos de ansiedad (p. ej., objetivos del tratamiento; incremento de la motivación para el cambio; conocer la relación entre respuestas fisiológicas, pensamientos y conductas; papel de los pensamientos automáticos desadaptativos; reconocer los indicios interoceptivos como disparadores de la ansiedad; reconocer los patrones conductuales de evitación; exposición interoceptiva; exposición emocional; prevención de la recaída). La ventaja del tratamiento es que ha sido adaptado específicamente para aplicarse a los pacientes bipolares que tienen asociado un trastorno de ansiedad.

6.9.3. Trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad

Es frecuente que el TB se presente con otros trastornos psiquiátricos comórbidos, como el trastorno de la personalidad límite, que complica el diagnóstico porque a veces se confunden ambos trastornos y otras veces se presentan juntos.

Muchas observaciones clínicas sugieren que el trastorno de personalidad límite está asociado con una ruptura del sentido de sí mismo, cambios rápidos en su estabilidad afectiva, alta impulsividad y un patrón de severidad e insatisfacción en sus relaciones interpersonales (Meares et al., 2011; Paris et al., 2007). En cambio, el TB está menos asociado con tal ruptura del sentido de sí mismo, y está menos asociado con alta impulsividad y repetidas relaciones insatisfactorias. Los pacientes bipolares tienen a menudo asociada una historia positiva de TB en su familia, y su experiencia de inestabilidad afectiva está caracterizada por menos cambios rápidos y menos reactividad al ambiente que los pacientes con trastorno de personalidad límite. Estos dos trastornos pueden ocurrir juntos o separadamente, pero la evidencia apunta a que, aunque comparten elementos psicopatológicos y biológicos, sus diferencias son muy importantes. Las personas con trastorno de personalidad límite también pueden deprimirse en algún momento de su vida, pero no desarrollan por completo un síndrome afectivo maníaco mixto, a menos que también sufran un TB conjuntamente.

De un 10% a un 40% de las personas que padecen un TB también cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno de personalidad límite. Sabemos que no existen fármacos que sean eficaces para el trastorno de personalidad límite. Por lo tanto, no es de extrañar que, cuando se presentan ambos trastornos juntos, las personas que los sufren sean más refractarias al tratamiento, o tengan más problemas para responder a los fármacos estabilizadores del estado de ánimo. Para estos pacientes es muy útil la terapia psicológica, ya que es difícil su tratamiento solo con fármacos. El tratamiento de elección para el trastorno de personalidad límite sería la psicoterapia conductual dialéctica de Linehan, que se puede aplicar de forma individual o en grupo.

6.9.4. Trastorno bipolar y trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Muchos pacientes con TB padecen también a lo largo de su vida el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Es frecuente el diagnóstico de este trastorno en niños y adolescentes, que se presenta junto con el diagnóstico de TB.

Además de poder presentarse conjuntamente, ambos se pueden confundir, porque muestran alguna sintomatología similar. Ya hemos visto cómo los síntomas del TDAH se parecen a los de un episodio maníaco. Es difícil distinguir un TB con inicio en la infancia de un TDAH, o distinguir un TB en una persona adulta de un TDAH.

El problema se complica cuando ambos trastornos ocurren al mismo tiempo, en la misma persona, ya que la medicación que se suele utilizar para el TDAH son fármacos psicoestimulantes que pueden producir un episodio maníaco o hipomaníaco. Por ello, es necesario realizar un diagnóstico preciso de ambos trastornos, por sus repercusiones en el tratamiento. Es importante que el paciente sepa que puede beneficiarse de técnicas psicológicas específicas para el TDAH, lo que hará más fácil su tratamiento conjunto con el de su TB. Estas estrategias o técnicas para mejorar su atención y concentración se utilizan frecuentemente en niños, pero también pueden ser útiles en personas de más edad (p. ej., autoinstrucciones, técnicas para la mejora de la concentración, etc.).

6.10. Control de las ideas suicidas y de los intentos de suicidio

Como pudo verse en el primer capítulo, un 15% de los pacientes bipolares mueren por suicidio, y un 50% de ellos intenta suicidarse una o más veces (Miklowitz y Johnson, 2006). Dado que los pensamientos acerca del deseo de morir y del suicidio son frecuentes en las personas que sufren TB, debe tomarse muy en serio la ideación suicida. El número de suicidios en estos pacientes es más alto que el que se registra entre otras personas con trastornos mentales (15 veces mayor que en la población general). La ideación suicida en los pacientes con TB adopta diferentes formas, como pueden ser el deseo

de morir, escapar o evitar el dolor psíquico o pensamientos obsesivos repetitivos sobre el suicidio. Los pensamientos suicidas, tanto si son deseos de morir como si son pensamientos acerca de dejar de sufrir, obedecen a la idea de que no hay otra solución para acabar con su inmenso dolor. El suicidio les parece una fórmula atractiva y definitiva para controlar su problema, a falta de otra solución.

Se debe prestar una especial atención a este problema cuando el paciente bipolar tenga asociado un trastorno de personalidad límite, ya que entonces el riesgo de suicidio aumenta. También cuando haya intentado suicidarse anteriormente.

El mayor riesgo de suicidio en la población general se centra en las personas que han vivido hechos estresantes en los meses previos, sobre todo problemas interpersonales, pérdida de seres queridos, problemas laborales, financieros o jubilación. Cuando a lo anterior añadimos que la persona aquejada de un TB es mayor de 65 años, el riesgo se incrementa aún más. De ahí que en todas estas personas haya que prestar una especial atención a este aspecto. También se sabe que la conducta suicida recurrente es más característica en adolescentes y adultos jóvenes, por lo que se debe tener en cuenta cuando el paciente bipolar es adolescente o joven. Si tuviese un trastorno de personalidad límite asociado, hay que hacer un seguimiento preciso de su evolución. Por otra parte, aunque los intentos de suicidio son mayores en las mujeres que en los varones, estos tienen una mayor tasa de suicidios consumados y muestran menos signos de aviso previo.

Ante esta incapacidad por parte de los pacientes bipolares para encontrar otra solución, se los puede reconducir para que se centren más en el deseo de dejar de sufrir que en el deseo de morir. Aquí, por lo tanto, se podría utilizar la técnica de solución de problemas. Debemos notar que cuando se utiliza esta técnica con el paciente deprimido o maníaco, al tener un deterioro cognitivo en estos estados, le es difícil generar otras soluciones alternativas. En este caso, el terapeuta tiene que desempeñar un papel muy activo en el proceso de solución de problemas, hasta que el paciente se encuentre mejor y puedan llegar a una solución.

Es frecuente que las personas que tienen ideación suicida se sientan solas, aunque estén rodeadas de gente, o se alejen para no aburrir con sus problemas, entre otras razones. Este fallo de percepción les impide descubrir que son precisamente sus amigos y su familia quienes les pueden proporcionar el apoyo que necesitan para ver otras soluciones posibles, y que no está todo completamente perdido. Además, podrán comprobar que no están solos en su dolor. Se ha propuesto como método para combatir las ideas suicidas hacerles ver otras soluciones al problema, invirtiendo el proceso. Así, se le propone al paciente que confeccione una lista de razones para vivir. Hay estrategias de otro tipo, como no dejar al paciente solo, no dejarle pastillas u utensilios que podría utilizar en su contra, controlarle la medicación (sobre todo el litio). También es útil educarlos en manifestar su dolor, entrenarlos en habilidades de tolerancia de la frustración, etc. De igual modo, podemos utilizar el resto de las técnicas de que disponemos para el control de suicidio, como puede verse en Robles et al. (2013).

Cuadro 6.10. Aspectos que deben evaluarse cuando hay riesgo de suicidio en el trastorno bipolar

-
- Presencia de ideación suicida o intentos o planes de suicidio.
 - Acceso a medios para cometer el suicidio, y la letalidad de los mismos.
 - Presencia de alucinaciones, otros síntomas psicóticos o ansiedad severa.
 - Presencia de consumo de alcohol o de otras drogas.
 - Historia y severidad de los intentos de suicidio previos.
 - Reciente exposición al suicidio en la familia.
-

Fuente: American Psychiatric Association (2003, pág. 67).

A nivel ambulatorio, una terapia dirigida específicamente a la conducta suicida es la terapia dialéctica conductual de Linchan (1993), que puede adaptarse a los pacientes bipolares, especialmente si tienen un trastorno de personalidad límite. También los distintos manuales para el tratamiento del TB (p. ej., Newman et al., 2002) dan un gran peso al manejo de la ideación suicida o las creencias "suicidogénicas". En este último caso se ha adaptado la terapia cognitiva de Beck para la prevención del suicidio en la depresión al

TB, incluyendo un contrato de seguridad; el cambio de las creencias suicidogénicas; analizar los pros y los contras del suicidio, en el presente y en el futuro; incrementar el dominio y el placer; entrenarlo en solución de problemas, e incrementar el apoyo social. Algunas de estas últimas técnicas también se aplican cuando la persona se halla en la fase depresiva del TB.

Una intervención amplia cognitivo-conductual con el paciente con ideas de suicidio, o que ha tenido intentos de suicidio, pasa por varias fases (Robles et al., 2013):

1. Establecimiento o fortalecimiento de la alianza terapéutica, ya que la misma funciona como un factor protector ante el suicidio.
2. Psicoeducación, tanto al paciente como a su familia o personas con las que vive (p. ej., que sepan detectar las señales de alarma, como son no dormir o abusar de sustancias).
3. Generarle esperanza (p. ej., objetivos concretos que pueda alcanzar, evaluar y construir fortalezas, imaginar tiempos futuros, etc.).
4. Enseñarle habilidades de afrontamiento mediante la aplicación de un amplio conjunto de estrategias y técnicas para todos los problemas que tiene, junto a los que le hacen plantearse el suicidio (p. ej., terapia cognitiva, habilidades conductuales, fomentar entornos sociales positivos, etc.).
5. Tener en cuenta otros trastornos comórbidos que pueden estar incidiendo en su valoración personal y en su ideación suicida (p. ej., dependencia de sustancias o enfermedad médica).
6. Prevención de la recaída para hacer frente a futuros episodios que puedan presentarse.
7. Desarrollar un plan de seguridad para que siempre el paciente o sus familiares sepan qué hacer y a quién pedir ayuda en caso de necesitarla (p. ej., teléfonos de familiares, el terapeuta, el centro sanitario,

urgencias, etc.).

En ocasiones, será necesario el internamiento del paciente bipolar si tiene una alta ideación suicida y riesgo real de suicidio, así como si ha tenido intentos previos de suicidio, y persiste en sus intentos, para evitarle consumarlo, a menos que podamos garantizar un control estricto por parte de su familia. Una vez dado de alta debe hacerse una supervisión del paciente, siendo importante la colaboración de personas cercanas o que vivan con él (p. ej., padres, pareja, familiares, etc.). También debe seguir, si lo necesitara, un tratamiento para el control del suicidio como el que hemos descrito.

6.11. Prevención de la recaída

La clave de la prevención de la recaída es la temprana detección de las señales que conducen a ella, para poder intervenir antes de que ocurra la subida de la manía o el bajón de la depresión. Es necesario descubrir qué síntomas se presentan primero en la secuencia de depresión o manía, qué factores podrían precipitar los giros hacia arriba o hacia abajo y las respuestas que dan los pacientes, bien para controlar los síntomas o los que causan un empeoramiento. Este conocimiento es necesario para que los terapeutas puedan ayudar a los pacientes a conseguir mantener sus cambios de humor bajo control.

Los factores más comunes que precipitan la recaída de la depresión y de la manía son:

- a) Periodos de privación del sueño.
- b) Dejar de tomar la medicación.
- c) Abuso de sustancias.
- d) Sobreestimulación.

Estos precipitantes suelen ocurrir como consecuencia de otros sucesos,

como los siguientes:

1. Pérdida o cambios en el trabajo.
2. Viajes transoceánicos.
3. Nacimiento de un hijo.
4. Otros sucesos que alteren el ciclo sueño-vigilia.

Es importante conocer cualquier suceso en la vida del paciente que lo haya conducido a un episodio agudo de manía o de depresión. Será útil para el tratamiento y la prevención de la recaída conocer los cambios afectivos, cognitivos y conductuales que ocurren durante la depresión, la manía y la hipomanía, síntomas que serán contrastados con los estados normales o eutímicos para que el paciente pueda empezar a distinguir los cambios relacionadas con la enfermedad, las fluctuaciones normales de su estado de ánimo.

Cuadro 6.11. Diez estrategias para manejar la aparición de los síntomas

-
1. Llamar al terapeuta, el doctor o la enfermera.
 2. No quedarse en la cama. Hacer la rutina habitual.
 3. Evitar aislarse. Salir y estar con otras personas en las que se confíe.
 4. Distraerse. Estar ocupado y centrarse en cuestiones distintas a los síntomas.
 5. Evitar situaciones sobreestimulantes que puedan producir ansiedad y empeoren los pensamientos perturbadores.
 6. Intentar mantener un patrón de sueño regular durante al menos siete horas diarias.
 7. Asistir a un grupo de autoayuda o buscar ayuda.
 8. Llamar a una persona de un grupo de autoayuda cuando esté en una situación de alto riesgo, y pedirle ayuda.
 9. Estar lejos de personas que tienden a consumir sustancias, o que trastornen el estado emocional.
 10. Ejercitar o meditar sobre cómo aliviar el estrés y mejorar el sentido de bienestar. De paso, no olvidar el papel central que tiene en su recuperación.
-

Fuente: adaptado de Weiss y Connery (2011).

Ya que el TB tiene un alto riesgo de recurrencia, es esencial la identificación de las tempranas señales de aviso para abortar la progresión hacia el episodio correspondiente (hipomanía, manía o depresión). Para conseguir una temprana detección es necesario que el paciente y quienes están cerca de él conozcan bien los síntomas del TB.

- En primer lugar, es conveniente saber lo que es estable y permanente en sus vidas, lo que es transitorio y los síntomas de su trastorno.
- En segundo lugar, observar regularmente y monitorizar los síntomas claves, tales como los cambios en su estado de ánimo, los patrones de sueño, que pueden indicar un cambio hacia la manía o hacia la depresión. Esto se puede hacer mediante gráficas del estado de ánimo.

El paciente bipolar tendrá que registrar diariamente su estado de ánimo, porque le será muy útil para detectar las señales que anuncian una recaída (pródromos), y podrá así controlar los síntomas para que no progresen hacia una fase aguda del trastorno, bien hacia la depresión, bien hacia una fase

maníaca o hipomaníaca.

Aunque existen una serie de señales precursoras de la recaída comunes a casi todas las personas que padecen este trastorno, cada una puede tener su forma peculiar de manifestar estos cambios, que pueden ser observables a nivel conductual. También es necesario advertir que cualquier cambio en la conducta no es una señal válida de recaída, sino que debe tener unas características determinadas, como son:

- a) Cambios cualitativos. Conductas que no estaban en el repertorio habitual de la persona o, por el contrario, cosas que eran habituales y que de repente se dejan de hacer.
- b) Cambios cuantitativos. Aumento o disminución de una conducta (p. ej., dormir más o menos, hablar más o menos). La conducta debe producirse de forma regular antes de la aparición de la fase aguda.

Si logramos detectar a tiempo estas señales de recaída, podremos evitar que la persona progrese hacia la manía o la depresión.

Cada paciente deberá elaborar una lista de las conductas que son características en su recaída. Para ello será necesario hacer un repaso de lo que es habitual en su vida, así como ayudarse de lo que recuerde de sus anteriores recaídas. Algunos de los pródromos más habituales que conducen a la manía o la hipomanía son los siguientes:

- Comenzar a hablar más rápido y más alto.
- Disminución de las horas de sueño.
- Alterarse con facilidad (irritabilidad).
- Aumentar el consumo de tabaco o de café.
- Aumentar la intensidad y el tiempo de ejercicio físico.

- Aumento de las bromas.
- Aumento del uso del móvil y las redes sociales.
- Aumento de las compras, etc.

Cada paciente debe elaborar su lista de pródromos característicos. Desde que aparecen las primeras señales de aviso, la evolución hacia la manía o hipomanía es muy rápida.

Como ocurría con la manía y la hipomanía, hay unas señales que avisan del episodio depresivo, aunque su evolución hacia la fase aguda es más lenta. Mientras que para la hipomanía, en la mayoría de los casos, solo se necesitan unas pocas horas desde que aparecen las primeras señales hasta que el episodio se instala en el paciente, en el caso del episodio depresivo es necesario que pasen días o incluso semanas. Dado que estas señales son desagradables, son también más fáciles de detectar por parte del paciente; de esta manera, puede hacerles frente. Además, al tener más tiempo que en la progresión hacia los episodios maníacos, es más fácil implantar un tratamiento psicológico para abortar el progreso hacia la depresión. Conocer, pues, los pródromos depresivos permitirá a una persona con TB prevenir el avance hacia la depresión mediante una serie de medidas.

Estas pueden ser:

- 1.Cambios en los hábitos.
- 2.Aumento de la actividad.
- 3.No dejarse llevar por la inercia depresiva.
- 4.Quizás evitar tener que tomar antidepresivos, ya que, como sabemos, entrañan algunos riesgos para estos pacientes.

Aunque el paciente deba confeccionar su propia lista particular, citaremos algunos de los pródromos depresivos más comunes:

- Aumento de las ganas de dormir.
- Inapetencia.
- No tener ganas de nada.
- Estar menos hablador que de costumbre.
- Mayor cansancio.
- Pérdida de interés por la gente y por la pareja o la familia.
- Disminución de la concentración.
- Descuido tanto de la persona como del entorno (no hacer las tareas de casa, no arreglarse).
- Más despistado que de costumbre.
- Necesidad de tomar más café para funcionar por las mañanas.
- Más lentitud que de costumbre.
- No divertirse tanto como antes.
- Deterioro cognitivo (aunque se da tanto en la depresión como en la manía).

El paciente bipolar debe estar preparado para no confundir las oscilaciones normales en su estado de ánimo, como le ocurre a la mayoría de las personas que no tienen TB, con los cambios propios de su enfermedad.

Finalmente, como hemos repetido a lo largo de todo el libro, lo mejor para prevenir las recaídas es dormir lo necesario, tomar la medicación y controlar el estrés.

Bibliografía

Con el propósito de poner en práctica unos principios ecológicos, económicos y prácticos, el listado completo y actualizado de las fuentes bibliográficas empleadas por la autora en este libro se encuentra disponible en la página web de la editorial: www.sintesis.com.

Las personas interesadas se lo pueden descargar y utilizar como más les convenga: conservar, imprimir, utilizar en sus trabajos, etc.

Álvarez, M. J., Roura, P., Osés, A., Foquet, Q., Solá, J. y Arrufat, F. X. (2011). Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 199, 155-161.

Bassett, D. (2012). Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 327-339.

Becoña, E. y Lorenzo, M. C. (2003). Guía de tratamientos eficaces para el trastorno bipolar. En M.Álvarez, J.R.Fernández, C.Fernández e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I.Adultos* (pp. 197-233). Madrid: Pirámide.

Carlson, G. A. y Glover, I. (2009). The concept of bipolar disorder in children: A history of the bipolar controversy. *Child and Adolescent Psychiatry of North America*, 18, 257-271.

Cirillo, P. C., Passos, R. B. F., Bevilacqua, M. C. N., López, J. R. R.A. y Nardi, A. E. (2013). Bipolar disorder and premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder comorbidity: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 467-479.

- Clarkin, J.F., Haas, G.L. y Glick, I.D. (Eds.) (1988). *Affective disorders and the family: Assessment and treatment*. Nueva York (NY): Guildford Press.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Médica.
- Colom, F. y Vieta, E. (2008). *De la euforia a la tristeza*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Craddock, N. y Sklar, P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *Lancet*, 381, 1654-1662.
- Deltito, J., Martin, L., Riefkohl, J., Austria, B., Kissilenko, A., et al. (2001). Do patients with borderline personality disorders belong to the bipolar spectrum? *Journal of Affective Disorders*, 67, 221-228.
- Farren, C. K., Huill, K. P. y Weiss, R. D. (2012). Bipolar disorder and alcohol use disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, 14, 659-666.
- Ferrari, A. J., Baxter, A. J. y Whiteford, H. A. (2011). A systematic review of the global distribution and availability of prevalence data for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 134, 1-13.
- Fountoulakis, K. N., Kontis, D., Gonda, X. y Yatham, L. N. (2013). A systematic review of the evidence on the treatment of rapid cycling bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 15, 115-137.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: A clinician guide to interpersonal and social rhythm therapy*. Nueva York (NY): Guildford Press.
- Geddes, J. R. y Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *Lancet*, 381, 1672-1682.
- Ghaemi, S. N., Hsu, D. J., Soldan, F. y Goodwin, F. K. (2003). Antidepressants in bipolar disorder: The case for caution. *Bipolar Disorders*, 5, 421-433.

- George, T. P., Wu, B. S. y Weinbergr, A. H. (2012). A review of smoking cessation in bipolar disorder: Implications for future research. *Journal of Dual Diagnosis*, 8, 126-130.
- González, S., Artal, J., Gómez, E., Caballero, P., Mayoral, J., et al. (2012). Early intervention in bipolar disorder: The Jano program at Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 51-56.
- González-Isasi, A. (2011). *Trastorno bipolar: el enemigo invisible. Manual de tratamiento psicológico*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- González-Isasi, A., Echeburúa, E., Limiñana, J. M. y González-Pinto, A. (2012). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial. *European Psychiatry*, epub.
- Goodwin, F. K. y Jamison, K. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression*. Nueva York (NY): Oxford University Press.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012). *Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar*. Madrid: Ministerio de Sa nidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Jones, S. H. y Bentall, R. P. (2006). *The psychology of bipolar disorder*. Oxford (Reino Unido): Oxford University Press.
- Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Danielyan, A. y Findling, R. L. (2005). Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescent. *Bipolar Disorders*, 7, 483-496.
- Lam, D. H., Jones, S. H., Hayward, P. y Bright, J. A. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder. A therapist's guide to concepts, methods and*

practice. Chichester (Reino Unido): Wiley.

- Lolich, M., Vázquez, G. H., Álvarez, L. M. y Tamayo, J. M. (2012). Psychosocial interventions in bipolar disorder: A review. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 84-92.
- Maniglio, RT. (2013). Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 561-573.
- Maremmani, L, Pacini, M., Perugi, G., Deltito, J. y Akiskal, H. (2008). Cocaine abuse and the bipolar spectrum in 1090 heroin addicts: Clinical observations and a proposed pathophysiologic model. *Journal of Affective Disorders*, 106, 55-61.
- Malhi, G. S., Bargh, D. M., McIntyre, R., Gitlin, M., Frye, M. A., et al. (2012a). Balanced efficacy, safety, and tolerability recommendations for the clinical management of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 14 (Supl. 2), 1-21.
- Malhi, G. S., Bargh, D. M., Cashman, E., Frye, M. A. y Gitlin, M. (2012b). The clinical management of bipolar disorder complexity using a stratified model. *Bipolar Disorders*, 14 (Supl. 2), 66-89.
- Mick, J. y Fararone, S. V. (2009). Family and genetic association studies of bipolar disorder in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 18, 441-453.
- Miklowitz, D. J. (2004). *El trastorno bipolar. Una guía práctica para familias y pacientes*. Barcelona: Paidós.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1408-1419.
- Miklowitz, D. J. y Cicchetti. D. (eds.) (2010). *Understanding bipolar disorder. A developmental psychopathology perspective*. Nueva York (NY):

Guildford Press.

Miklowitz, D. J. y Craighead, W. E. (2007). Psychological treatments for bipolar disorder. En P.E.Nathan y J.M.Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3rd. ed., pp. 309-322.). Oxford: Oxford University Press.

Miklowitz, D. J. y George, E. L. (2008). *The bipolar teen*. Nueva York (NY): Guildford Press.

Miklowitz, D.J. y Goldstein, M.J. (1997). *Bipolar disorder: A family focused treatment approach*. Nueva York (NY): Guildford.

Musetti, L., Del Grande, C., Marazziti, D., y Dell'Osso, L. (2013). Treatment of bipolar depression. *CNS Spectrum*, 18, 177-187.

Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. S. y Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder. A cognitive therapy approach*. Washington (DC): American Psychological Association.

NICE (2006). *Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Paris, J. (2007). Why psychiatrists are reluctant to diagnose borderline personality disorder. *Psychiatry*, January, 35-39.

Pfennig, A., Correll, C. U., Marz, C., Rottmann-Wolf, M., Meyer, T. D., et al. (2013). Psychotherapeutic interventions in individuals at risk of developing bipolar disorder: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, epub.

Perlis, R. H., Miyahara, S., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., et al. (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Biology*

Psychiatry, 55, 875-881.

Pettinati, H. M., O'Brien, C. P. y Dundon, W. D. (2013). Current status of cooccurring mood and substance use disorders: A new therapeutic target. *American Journal of Psychiatry*, 170, 23-30.

Philips, M. L. y Kupfer, D. (2013). Bipolar disorder diagnosis: Challenges and future directions. *Lancet*, 381, 1663-1671.

Poon, S. H., Sim, K., Sum, M. Y., Kuswanto, C. N., Baldessarini, R. J. (2012). Evidence-based options for treatment-resistant adult bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders*, 14, 573-584.

Post, R. M. y Leverich, G. S. (2008). *Treatment of bipolar illness: A case book for clinicians and patient*. Nueva York (NY): Norton.

Proudfoot, J., Doran, J., Manicavasagar, V. y Parker, G. (2011). The precipitants of manic/hypomanic episodes in the context of bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 133, 381-387.

Ramírez Basco, M. y Rush, J. A. (2005). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorders (2nd. ed.)*. Nueva York (NY): Guildford Press.

Ramírez Basco, M. y Celis-de-Hoyos, E. E. (2012). Biopsychosocial model of hypersexuality in adolescent girls with bipolar disorder: Strategies for intervention. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25, 42-50.

Sevillá, J. y Pastor, C. (2009). *Terapia cognitiva-conductual para el trastorno bipolar*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Sharma, V. y Pope, C. J. (2012). Pregnancy and bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 1447-1455.

Studd, J. (2012). Severe premenstrual syndrome and bipolar disorder: A tragic confusion. *Menopause International*, 18, 82-86.

VA/DOD (2010). Management of bipolar disorder in adults. VA/DOD Evidence Based Practice. Washington (DC): The Department of Veterans Affairs (VA) and The Department of Defense (DoD).

Van Meter, A.R. Youngstrom, E. A. y Finding, R. L. (2012). Cyclothymic disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 32, 229-2443.

Weiss, R. D. y Connery, H. S. (2011). *Integrated group therapy for bipolar disorder and substance abuse*. Nueva York, NY: Guildford Press.

Índice

Presentación	11
1. El trastorno bipolar	13
1.1. Tipos de trastorno bipolar	17
1.2. Prevalencia	20
1.3. Edad de inicio	25
1.4. Comorbilidad del trastorno bipolar con otros trastornos mentales y del comportamiento	26
1.5. Los ciclos de depresión y manía	28
1.6. Estrés y trastorno bipolar	30
1.7. El riesgo de suicidio	32
1.8. Los problemas físicos de los pacientes bipolares	33
1.9. Etiología del trastorno bipolar: ¿herencia o ambiente?	34
1.10. El trastorno bipolar en niños y adolescentes	36
1.11. El trastorno bipolar en la mujer	37
1.12. El trastorno bipolar en personas mayores	41
2. Diagnóstico del trastorno bipolar	44
2.1. Criterios CIE-10	45
2.2. Criterios DSM-5	50
2.3. Trastorno bipolar tipo 1	59
2.4. Trastorno bipolar tipo II	61
2.5. Trastorno ciclotímico	63
2.6. Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicación y otros relacionados	66
2.7. Trastorno bipolar y trastornos relacionados debido a otra condición médica	68

2.9. Otro trastorno bipolar inespecificado y relacionado	69
2.11. Diagnóstico diferencial	69
2.11.3. Trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad	71
2.12. Curso del trastorno bipolar	73
2.13. Enfermedades que pueden producir trastorno bipolar	75
3. Entrevista clínica y evaluación	78
3.1.2. Episodios depresivos y maníacos	81
3.1.3. Estado psicológico y trastornos asociados en el trastorno bipolar	83
3.1.4. Habilidades de afrontamiento que posee	85
3.1.6. Relaciones con la pareja	87
3.1.8. Relaciones con amigos, conocidos y personas del trabajo	88
3.1.10. Área social	90
3.1.12. Ideación suicida y riesgo de suicidio	91
3.1.13. Riesgo de conductas violentas	92
3.1.14. Problemas de sueño y ritmos sociales inadecuados	93
3.1.15. Enfermedades físicas que padece	94
3.1.17. Medicación que está tomando	96
3.3. Escalas y cuestionarios para evaluar la depresión y la manía	97
3.3.2. Evaluación de la manía y la hipomanía	99
3.4. Escalas y cuestionarios para evaluar otros aspectos psicopatológicos	100
3.5. Pruebas biológicas	102
4. Problemas frecuentes asociados al trastorno bipolar	105

4.1. La comorbilidad del trastorno bipolar con los trastornos adictivos	106
4.1.2. Consumo de alcohol y trastorno bipolar	110
4.1.3. Consumo de café y bebidas estimulantes y trastorno bipolar	112
4.1.4. Consumo de cannabis y trastorno bipolar	113
4.1.5. Consumo de cocaína y trastorno bipolar	115
4.1.6. Consumo de heroína y trastorno bipolar	117