



GUÍA INFORMATIVA UPC

Trastorno Bipolar

exígete, innova



LAUREATE
INTERNATIONAL
UNIVERSITIES



TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar, antes más conocido como trastorno maníaco-depresivo, no es un trastorno homogéneo. Es una serie de trastornos del estado de ánimo, relacionados con la depresión y también, con distintos grados de agitación, euforia, impulsividad, irritabilidad e ideación psicótica. Esta sintomatología causa en la persona múltiples interrupciones negativas en su vida y en su salud en general (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington y Gyulai, 2002). Esta patología está altamente asociada a dificultades en el área laboral, al consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias, a la discordia en relaciones familiares y afectivas, y a una sensación general de desesperanza (Goldberg y Harrow, 1999, en Newman et al., 2002).

En referencia a la prevalencia, este trastorno se presenta en la población adulta entre el 0.8% y el 1.6% (Kessler y otros, 1994; Robins y otros, 1994, en Newman et al. 2002), distribuyéndose de manera bastante uniforme entre hombres y mujeres (Goodwin y Jamison, 1990, en Newman et al. 2002). El inicio del trastorno bipolar suele darse al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta (Newman et al., 2002).

EN REFERENCIA AL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR, SE DEBEN CONSIDERAR LOS EPISODIOS DEPRESIVOS, MANÍACOS O HIPOMANÍACOS QUE LA PERSONA HA PRESENTADO EN SU VIDA. ES ASÍ QUE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (2014) CONSIDERA CIERTOS CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESTA ENFERMEDAD.

CARACTERÍSTICAS MÁS IMPORTANTES

EN PRIMER LUGAR, DEBE DE HABER PRESENTADO AL MENOS UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, EN EL CUAL SE INCLUYE TODOS LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS POR LA DSM-5. **LOS CRITERIOS CONSIDERADOS AL REALIZAR EL DIAGNÓSTICO SON:**



1 DEPRESIÓN

estado de ánimo depresivo constante, es decir durante casi todo el día.



2 DISMINUCIÓN DE INTERÉS O PLACER

por todas o casi todas las actividades que realizaba anteriormente.



3 PÉRDIDA O AUMENTO SIGNIFICATIVO DE PESO

más del 5% de su masa corporal en un mes.



4 INSOMNIO Y/O FATIGA

insomnio, hipersomnía, fatiga o pérdida de energía casi todos los días.



5 AGITACIÓN O RETRASO PSICOMOTOR

observado por la persona que lo padece o por otras personas.



6 SENTIMIENTOS NEGATIVOS

de inutilidad y culpabilidad.



7 DISMINUCIÓN EN LA CAPACIDAD PARA PENSAR

concentrarse o tomar decisiones.



8 PENSAMIENTOS NEGATIVOS

pensamientos recurrentes de muerte o ideaciones suicidas.

ESTOS SÍNTOMAS DEBEN PRESENTARSE POR UN LAPSO MÍNIMO DE DOS SEMANAS, ADEMÁS DE PRESENTAR OBLIGATORIAMENTE UNO DE LOS SÍNTOMAS NUMERADOS COMO 1 Y 2.



A SU VEZ, SE DEBE PRESENTAR UN **EPISODIO DE TIPO MANÍACO O HIPOMANÍACO**. SEGÚN EL DSM-5 (2014), PARA REALIZAR UN DIAGNÓSTICO EN REFERENCIA A UN **EPISODIO MANÍACO**, SE DEBE DE CONSIDERAR UN PERIODO EN EL CUAL EL **ESTADO DE ÁNIMO ESTÁ ANORMALMENTE ELEVADO, EXPANSIVO E IRRITABLE**, ADEMÁS DE PRESENTAR UNA ENORME Y **PERSISTENTE CANTIDAD DE ENERGÍA** DIRIGIDA ESPECÍFICAMENTE HACIA UN OBJETIVO.



ES MÁS, ESTOS SÍNTOMAS DEBEN DE DURAR, MÍNIMO, UNA SEMANA, Y ESTAR PRESENTE LA MAYOR PARTE DEL DÍA, CASI TODOS LOS DÍAS.

ADEMÁS, DURANTE ESTE PERÍODO, SE PRESENTAN AL MENOS TRES SÍNTOMAS O MÁS (CUATRO SI EL ESTADO DE ÁNIMO ES MERAMENTE IRRITABLE).

LOS SÍNTOMAS SON LOS SIGUIENTES:



Aumento de la autoestima o sentimientos de grandeza



Disminución de la necesidad de dormir. Consideran que tres horas son más que suficientes.



La persona tiende a ser más habladora o presiona para mantener más conversaciones.



Presenta fuga de ideas o una experiencia subjetiva donde los pensamientos van a gran velocidad.



Facilidad de distracción, es decir, se le es difícil prestar atención a los estímulos más importantes.



Aumento de la actividad dirigida hacia un objetivo (social, escolar, laboral o sexual).



Agitación psicomotora (actividad sin ninguna función específica).

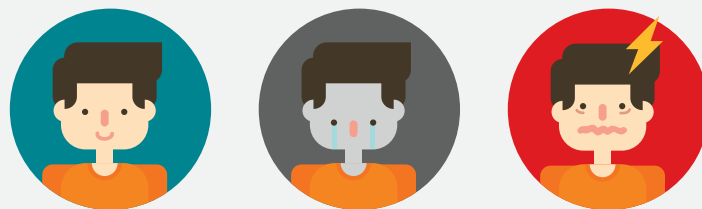


Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas o peligrosas.

LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LOS EPISODIOS MANÍACOS E HIPOMANÍACOS SON EL PERÍODO DE TIEMPO QUE DURAN, Y EL GRADO DE INTERFERENCIA QUE TALES EPISODIOS OCASIONAN EN LA PERSONA. CONSIDERANDO LOS TIPOS DE EPISODIOS QUE EL PACIENTE HAYA PRESENTADO, SE LE PUEDE BRINDAR UN DIAGNÓSTICO DE BIPOLAR TIPO I O II.

LA ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR ES MULTIVARIADA

Se pueden considerar factores hereditarios (las personas con ambos padres bipolares tienen mayor tendencia a desarrollar la enfermedad que las que tienen un solo progenitor con el trastorno). A su vez, se consideran hipótesis bioquímicas, relacionadas al papel de la serotonina. Es más, se llega a la hipótesis de que el paciente bipolar presenta dificultades en el sistema de activación de la conducta. Es decir, existen dificultades en el control del sistema motivador neurobiológico.



Basándonos en aspectos cognitivos, es importante considerar que el paciente bipolar tiende a interpretar de **manera más positiva los inevitables cambios estresantes** que forman parte del ciclo vital y otros factores estresantes más infrecuentes y extraordinarios. Ante ciertas situaciones o sucesos negativos de la vida, el paciente bipolar presenta una **mayor probabilidad de desarrollar una depresión**. Y en ocasiones, cuando se acciona el sistema de activación conductual, se puede **provocar un episodio maniaco o hipomaniaco**. Por ello es importante al momento de trabajar con un paciente bipolar, analizar el estilo cognitivo del mismo. Según Reilly-Harrington y otros (1999, en Newman et al., 2002), este tipo de pacientes presentan estilos atribucionales negativos, los cuales propiciarían el desarrollo de depresión o manía. A su vez, se ha descubierto que los pacientes en estados maniacos llegan a presentar una sensación continua de inutilidad aunque los pacientes no siempre lo corroboren en los cuestionarios (Winters y Neale, 1985, en Newman et al., 2002).

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (SEGUNDA EDICIÓN) – BDI II

(ADAPTACIÓN: BRENLLA, 2006)

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).



1 TRISTEZA

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.



2 PESIMISMO

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía hacerlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.



3 FRACASO

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.



4 PÉRDIDA DE PLACER

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.



5 SENTIMIENTO DE CULPA

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.



6 SENTIMIENTOS DE CASTIGO

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.



7 DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO

- 0 Siento acerca de mí lo mismo de siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.



8 AUTOCRÍTICA

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.



9 PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.



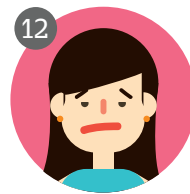
10 LLANTO

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.



11 AGITACIÓN

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.



12 PERDIDA DE INTERÉS

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesando que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.



13 INDECISIÓN

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.



14 DESVALORIZACIÓN

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.



15 PERDIDA DE ENERGÍA

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.



16 CAMBIO EN LOS HÁBITOS DE SUEÑO

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.



17

IRRITABILIDAD

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.



18

CAMBIO EN EL APETITO

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.



19

DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN

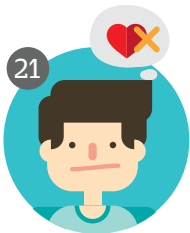
- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.



20

CANSANCIO O FATIGA

- 0 No estoy más cansado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.



21

PERDIDA DE INTERÉS EN EL SEXO

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

EVALUACIÓN

Si la puntuación total está entre:

7 a 11 puntos: leve

12 a 16 puntos: moderado

17+ : severo

¿QUÉ HACER?

DENTRO DEL TRATAMIENTO COGNITIVO, EN PRIMER LUGAR SE LE ENSEÑA AL PACIENTE A RECONOCER LAS SEÑALES DE ADVERTENCIA SOBRE LOS ESTADOS HIPOMANIÁICOS Y MANIÁICOS. ESTAS SEÑALES PODRÍAN SER UNA ALTERACIÓN DEL SUEÑO QUE SE TENÍA REGULARMENTE, UNA DISMINUCIÓN INJUSTIFICADA DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD, DE SOCIABILIDAD, DE LA CAPACIDAD DE ESCUCHA Y DE LA CONCENTRACIÓN, ASÍ COMO AUMENTO DE LA LIBIDO Y FUERTE PERSECUCIÓN DE OBJETIVOS.



Deben aprender a reconocer los ciclos maniácos y depresivos, y también a diferenciar entre un estado de ánimo normal o regular en comparación a un estado ya sea maniaco o hipomaniaco. Luego, se busca que el paciente logre identificar aquellos estímulos o situaciones que generan que se activen aquellos episodios hipomaniacos o maniacos.



Al tener en claro los aspectos mencionados en el párrafo anterior, el paciente debe ser capaz de comprobar si sus pensamientos son en realidad tan ciertos como él o ella lo plantean. Este trabajo se realiza ya sea para pensamientos depresivos o hiperpositivos. A través de la realización de un registro diario de pensamientos, y el conocimiento de los tipos de pensamientos que su dificultad genera, el paciente de alguna u otra manera puede llegar a ser capaz de reestructurar y controlar aquellas ideas que presenta. En el caso de pensamientos depresivos, se puede utilizar los experimentos conductuales para comprobar si sus pensamientos negativos en realidad sean tan racionales o reales.



Cuando se trabajan los pensamientos expansivos, se le puede pedir al paciente que consulte con al menos dos personas de confianza las actividades o las ideas que tiene esperándose que el paciente sea capaz de darse cuenta si es que en realidad sus pensamientos son reales o totalmente racionales. Luego, otra estrategia que se utiliza es el medir ventajas y desventajas en las conductas y acciones que el paciente puede realizar ya sea en fase maniaca o depresiva.



Para reducir la impulsividad y la imprudencia, se pueden usar estrategias cognitivas como la regla de “esperar 48 horas antes de actuar”, que consiste en consultar a dos personas y también reflexionar sobre lo que realmente se desea hacer. Otra estrategia es imaginar las consecuencias negativas de las conductas y los efectos que pueden producir en la vida del paciente. Se puede realizar horarios y planificar las actividades que se deben realizar, comprometiéndose a cumplirlos en un alto porcentaje.



Si se desea modular los estados de ánimo, las técnicas de relajación y respiración pueden ayudar a controlar al menos en algunas situaciones tales dificultades. Evaluarlas e identificar los niveles de intensidad también puede generar un mayor conocimiento de sí mismo.



Finalmente, para trabajar la distractibilidad, se recomienda utilizar técnicas estructuradoras, en las cuales se le repite constantemente los puntos esenciales de la discusión, se le hace preguntas abiertas más que específicas, que tome notas durante la conversación, enseñarle a terminar actividades antes de empezar con otras, y también se le puede enseñar técnicas como solución de problemas.

Solucionar Problemas (D'Zurilla y Goldfried (1971)

Esta lista permite producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar las consecuencias negativas).

FASES DEL ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES

El entrenamiento en SP (Solucionar Problemas sociales) de D'Zurilla consta de cinco fases o etapas:



- 1 Orientación general hacia el problema:**
Tratar de centrarse objetivamente en el problema, sin magnificarlo.
- 2 Definición y formulación del problema:**
¿Cuál es el problema? ¿Dónde se produce? ¿Con quién se da? ¿Cuál es el problema específicamente? Tratar de no interferir con nuestras interpretaciones y no personalizar las cosas ("lo hace contra mí"), tratar de mantener la calma.
- 3 Generación de soluciones alternativas:**
Todas las posibles alternativas.
- 4 Toma de decisiones:**
Decidir la alternativa que mayor ventaja trae en los niveles emocionales y sociales.
- 5 Puesta en práctica y verificación de la solución:**
Evaluar los resultados, las consecuencias.

EN GENERAL AL VER ESTAS MANIFESTACIONES COGNITIVAS, EMOCIONALES Y CONDUCTUALES Y QUE GENERAN LIMITACIONES EN EL DESARROLLO PERSONAL, FAMILIAR, ACADÉMICO Y SOCIAL EN GENERAL SE TIENE QUE ACUDIR A LOS ESPECIALISTAS. EN PRIMER LUGAR, A UN MEDICO PSIQUIATRA Y LUEGO A UN PSICOTERAPEUTA QUE VEA ESTOS CASOS

LA IMPORTANCIA DE CONOCER ESTO ES MUY IMPORTANTE PARA TENER UNA **RÁPIDA ACCIÓN** INTERVENTIVA, LA ADECUADA **MEDICACIÓN** Y EL **SOPORTE TERAPÉUTICO** PERMITEN QUE SE RESTABLEZCAN AQUELLAS ACTIVIDADES Y RELACIONES AFECTADAS.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.

Newman, C., Leahy, R., Beck, A., Reilly-Harrington, N. y Laszlo, G. (2005). El trastorno bipolar: una aproximación desde la terapia cognitiva. España: Paidós.

Olivares J, Méndez F. (2001). Técnicas de Modificación de Conducta. Madrid. Edit Biblioteca Nueva.



UPC

Universidad Peruana
de Ciencias Aplicadas

Informes

T. 610 5030

T. 313 3333

Anexos: 2935, 2936
y 2937

Campus Monterrico
Campus San Isidro
Campus San Miguel
Campus Villa

www.upc.edu.pe

