

Ana González Isasi

TRASTORNO BIPOLAR: el enemigo invisible

Manual de tratamiento psicológico

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

© Ana González Isasi, 2011

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2011

Henao, 6 – 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com

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

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

ISBN: 978-84-330-3577-6

Realización ePub: produccioneditorial.com

A los diferentes.

*A Enrique Hernández Reina. Por abrir las ventanas.
Por inventar un lenguaje.*

*A Agus. Los sueños y el destino. Siempre.
Escribiendo nuestros renglones.*

A Ane, Amaia, Carol e Iker. Mis sobrinos.

Agradecimientos

Mi más cordial agradecimiento a Enrique Echeburúa Odriozola, catedrático de la Universidad del País Vasco, por apoyar y acompañar incondicionalmente mi mirada a la Psicología.

Agradezco especialmente a todos aquellos compañeros del Servicio Canario de Salud que han confiado y creído en mi trabajo. Por el esfuerzo de cada día.

Gracias a José Luis Hernández Fleta, José Pereira Miragaia, Carmen González Noguera, Agustín Cañas Peano, y a los coordinadores de las Unidades de Salud Mental de Telde, Vecindario, Triana y El Lasso, así como a todo su equipo, por su creencia y promoción de todos los proyectos para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Gracias también a la elegante informalidad de la Unidad de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (como a Antonio le gusta) por su inquietud y compromiso, por nuestras risas.

Mi agradecimiento a Ana González-Pinto y a todo el equipo del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz.

Gracias a Jone Ojeda, Marta Alonso, Hiurma Gil, Saioa Eibar, Merche Asensio, Arantza Bellido, Esti Domínguez, Itziar Borja y Elena Palomo. Psicólogas y psiquiatras. Mis amigas. Las que cambian el mundo.

Gracias a Henar, a Gorka, a Luisa, a Paula y a María. A mis hermanos.

Y, por supuesto, a ellos. Mis pacientes. Por compartir sus ilusiones y desesperanzas conmigo. Por reinventarme. Por acompañarme a lo largo de todo el libro. Por vosotros.

Prólogo

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

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

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

Todos conocemos el enfado del Trastorno Bipolar cuando no está satisfecho con sus regalos. Te amarga la vida, no te deja ir a trabajar, te roba las amistades, te aleja de tu familia, te borra de la lista de actividades favoritas, te encierra en psiquiátricos, anula tu persona, y en las más terribles ocasiones, te quita la vida. Cuando el Trastorno Bipolar no está satisfecho con sus regalos se transforma en Trastorno Bipolar Refractario.

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

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

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

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

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

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

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

Introducción general

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

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

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

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

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

suficiente.

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

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

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

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

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

Aspectos clínicos y terapéuticos del trastorno bipolar

1. Concepto del trastorno bipolar

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

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

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

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

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

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

esquizaafectivo.

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

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

El trastorno bipolar es una enfermedad cíclica, de evolución impredecible y con un pronóstico variable. La evolución de estos cuadros va a estar determinada por múltiples factores. En este sentido, el cumplimiento terapéutico se ha considerado como uno de los principales determinantes del curso de la enfermedad bipolar, puesto que la mala adherencia al tratamiento farmacológico provoca mayor número de recurrencias en estos pacientes (Keck, *et al.*, 1998), con las consiguientes implicaciones tanto en el ámbito personal (consecuencias socio-laborales y psicológicas) como en el económico-sanitario (mayor número de consultas de urgencia, más ingresos hospitalarios...).

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

Es evidente que nos hallamos ante un trastorno de gran severidad en el que el tratamiento ha sido fundamentalmente farmacológico, siendo el litio la medicación de mantenimiento más frecuentemente utilizada y mejor estudiada. El litio, con una buena adherencia a la medicación, ofrece a largo plazo una importante protección a los pacientes con trastorno bipolar contra el riesgo de suicidio (González-Pinto, *et al.*, 2005). Sin embargo, el grupo de trabajo NIMH de tratamiento del trastorno bipolar (Prien y Potter, 1990) ya había establecido que el litio es inefectivo entre el 20% y el 40% de los pacientes bipolares debido a respuestas inadecuadas o a efectos colaterales. También Dickson y Kendal (1986) encontraron que la profilaxis del litio protegía sólo entre el 25%

y el 50% de personas con trastorno bipolar en contra de futuros episodios. A pesar de la introducción de nuevas medicaciones, no se ha mejorado el pronóstico. Las variantes del gen transportador de serotonina son un posible impedimento para la eficacia del litio a largo plazo (Serretti, *et al.*, 2004), aunque se necesitan más estudios para analizar esta asociación. En un estudio reciente, realizado con 91 pacientes durante 15 años, se concluyó que el resultado en general de los pacientes que empezaron el tratamiento profiláctico no fue satisfactorio (Licht, *et al.*, 2008). El litio se ha demostrado eficaz como medida preventiva del trastorno bipolar, pero su efectividad en condiciones de rutina ha sido menos evidente.

2. Funcionamiento psicosocial en trastorno bipolar

Las manifestaciones del trastorno bipolar son predominantemente afectivas, cognitivas y comportamentales, y existe evidencia de que los sucesos vitales y el estrés preceden al inicio de un episodio en una enfermedad bipolar (Johnson y Roberts, 1995; Aronson y Shukla, 1987; Ambelas, 1987; Joffe, *et al.*, 1989; Bebbington, *et al.*, 1993), presentando altas tasas de conflicto marital, separación, desempleo o infraempleo.

El trastorno bipolar impacta fuertemente en el funcionamiento de los pacientes. Un tercio de los pacientes bipolares muestra déficits en el funcionamiento social 2 años después de la hospitalización y sólo el 20% trabaja en los niveles esperados de empleo durante los 6 meses siguientes al episodio (Coryell, 1987; Dion, 1988). Los conflictos de pareja son más frecuentes en pacientes bipolares que en la población general (Goodwin y Jamison, 1990; Tárgum, 1981) y la tasa de suicidio está entre el 10% y el 15% (APA, 1994). Todos estos factores pueden limitar la efectividad de la farmacoterapia para pacientes bipolares.

Stefos, *et al.* (1996) describieron dos formas de deterioro social basándose en estudios de apoyo social y de ajuste social. La primera, relacionada con la sintomatología afectiva del episodio, se resolvería rápidamente tras la remisión de éste. La segunda mostraría poca relación con la sintomatología afectiva, permaneciendo relativamente estable en el tiempo, y se relacionaría con las herramientas sociales del paciente y la calidad del ambiente social y familiar.

Con relación al empleo, tan sólo el 23% de los bipolares con recurrencias afectivas obtuvieron un funcionamiento laboral estable a los 4,5 años (Harrow, *et al.*, 1990). La recuperación funcional, que toma en consideración el regreso al nivel previo de funcionamiento tanto laboral como psicosocial, tan sólo se encontró también en el 24% de los pacientes bipolares (Keck, *et al.*, 1998), siendo similar al encontrado por otros

autores.

Otras facetas que también han podido observarse deterioradas en los pacientes bipolares son: las relaciones interpersonales, el disfrute de las actividades recreativas, la frecuencia de la actividad sexual y la satisfacción global, presentando una menor tendencia a mejorar en estos aspectos con respecto a individuos no bipolares (Coryell, *et al.*, 1998).

La ansiedad en pacientes con trastorno bipolar (Kauer-Sant'Anna, *et al.*, 2007; Williams, *et al.*, 2008) está asociada con un impacto negativo en la calidad de vida de los mismos, con un mayor uso de alcohol, ciclos rápidos, psicosis, intentos de suicidio y peor funcionamiento global. No es infrecuente que los pacientes con trastorno bipolar presenten también ansiedad. La ansiedad generalizada y la fobia social como comorbilidades del trastorno bipolar se relacionan con un mal pronóstico (Boylan, *et al.*, 2004). La identificación de la ansiedad en estos pacientes puede ayudar a tratar su malestar psicológico, así como a mejorar su calidad de vida.

Piccinni, *et al.* (2007) encontraron que los pacientes con trastorno bipolar completamente remitido informaban de un funcionamiento físico, salud general, funcionamiento social y salud mental más altos que los pacientes que aún tenían sintomatología subsindrómica depresiva, al igual que aquéllos en los que persistía algún síntoma maníaco, que informaban de mayor salud general, vitalidad y salud mental. Esto nos indica que la afectividad puede influenciar en la percepción del paciente de su propio funcionamiento.

Los pacientes con bajo funcionamiento en variables clínicas se encuentran cognitivamente más afectados que los de alto funcionamiento en recuerdo verbal y funciones ejecutivas (Martínez-Arán, *et al.*, 2007). Así, se observa que la variable que mejor predice el funcionamiento psicosocial es la memoria verbal. Estos déficits pueden explicar las dificultades en el funcionamiento diario de estos pacientes (Martínez-Arán, *et al.*, 2004).

3. Trastorno bipolar refractario

El trastorno bipolar con una mala evolución previa se denomina, en la práctica clínica, trastorno bipolar refractario. Se considera una mala evolución previa cuando los sujetos han tenido dos o más recaídas en el último año, presentan un trastorno bipolar con ciclos rápidos, ingresos psiquiátricos repetidos, tentativas suicidas, necesidad de tratamientos estabilizadores combinados y/o terapia electroconvulsiva, necesidad de cambios repetidos

de tratamiento farmacológico por no lograr la eficacia esperada, repetidas consultas psiquiátricas no programadas, o dificultades prolongadas en el funcionamiento sociolaboral.

Es importante tener en consideración que, tras la remisión de episodios en el trastorno bipolar, es frecuente que se presente algún síntoma subsindrómico de tipo depresivo (Judd, *et al.*, 2002). El 50% de los pacientes siguen teniendo sintomatología subsindrómica, de los que el 32% presentan síntomas depresivos, el 9% síntomas hipomaniacos y el 6% sintomatología mixta. Los síntomas subsindrómicos suelen tener la misma polaridad que la última fase, pero es cierto que son más frecuentes los de tipo depresivo (Yatham *et al.*, 2005).

Los pacientes con trastorno bipolar refractario frecuentemente tienen un pronóstico sombrío; suelen presentar síntomas residuales (López, *et al.*, 2001; Judd, *et al.*, 2008), ciclación rápida (González-Pinto, *et al.*, 2002) e intentos de suicidio (González-Pinto, *et al.*, 2001; González-Pinto, *et al.*, 2006), a pesar de un tratamiento adecuado con estabilizadores del humor. Es frecuente que presenten sintomatología subsindrómica, asociada a un peor pronóstico, mayor deterioro y peor calidad de vida en comparación con pacientes eutímicos (Mansell, Colom y Scott, 2005).

Apenas hay estudios que analicen el pronóstico del trastorno bipolar refractario, ya que implícitamente en este tipo de pacientes se augura una mala evolución. Las publicaciones más recientes encuentran múltiples factores predictores en el curso del trastorno bipolar. Los más destacados son: comorbilidad médica y psiquiátrica interepisódica, síntomas psicóticos en episodios maníacos o mixtos, baja funcionalidad premórbida (Keck, 2006), número de ingresos previos (Rosa, *et al.*, 2009), síntomas depresivos subsindrómicos, deterioro de la memoria verbal y de las funciones ejecutivas (Bonnin, *et al.*, 2009; Martino, *et al.*, 2009), mal cumplimiento terapéutico (Scott, 2000), uso de drogas (Levin, 2004), presencia de ansiedad (Boylan, *et al.*, 2004; Correl, *et al.*, 2008), ciclación rápida (Coryell, *et al.*, 1992), presentaciones mixtas (Benazzi, *et al.*, 2000), sintomatología psicótica incongruente con el estado de ánimo (González-Pinto, *et al.*, 2003), emoción expresada (Kim y Miklowitz, 2004; Eisner y Johnson, 2008), y sintomatología depresiva de inicio o de larga duración (Turvey, *et al.*, 1999; Daban, *et al.*, 2006; Weinstock y Miller, 2008).

Los pacientes bipolares con un curso recurrente de la enfermedad presentan déficits funcionales significativos (Di Marzo, *et al.*, 2006), por lo que se necesitan estrategias de tratamiento que resuelvan esta cuestión. En nuestro estudio, analizamos las variables predictoras de éxito en el trastorno bipolar refractario. Los pacientes que se someten a una terapia combinada (tratamiento farmacológico + psicoterapia) tienen mejor

pronóstico que aquellos que sólo son tratados farmacológicamente, siendo éste el factor más importante en el pronóstico a largo plazo. Asimismo, y de acuerdo con el estudio de Rosa, *et al.*, (2009), los pacientes que han tenido un menor número de ingresos (y, por lo tanto, menos episodios o episodios de menor intensidad) también pueden evolucionar de una forma más favorable. El nivel de autoestima del paciente con un trastorno bipolar refractario influye en su evolución, teniendo mejor pronóstico aquellos que tengan una mayor puntuación.

4. Tratamientos psicológicos del trastorno bipolar

Los datos obtenidos de una pobre evolución en más de la mitad de los pacientes con trastorno bipolar (Stahl, 2002), la presencia de síntomas subsindrómicos significativos que persisten más allá de la fase aguda de la enfermedad y la persistencia de significativos déficits psicosociales han servido de ímpetu en el desarrollo y búsqueda de tratamientos psicosociales coadyuvantes en este trastorno (Prien y Potter, 1990; Rothbaum y Astin, 2000; Swartz y Frank, 2001).

Los objetivos generales de las distintas intervenciones psicosociales, como tratamiento coadyuvante a la farmacoterapia, son los siguientes: incrementar la adherencia al tratamiento médico, disminuir las tasas de recaídas/recurrencia y las rehospitalizaciones y mejorar la calidad de vida del paciente y sus familias. Dichas intervenciones también buscan aumentar el funcionamiento social y ocupacional de los pacientes, así como incrementar y desarrollar las capacidades del paciente para enfrentarse a estresores en el entorno social y laboral (Craighead y Miklowitz, 2000; Huxley, Parikh y Baldessarini, 2000).

Los acercamientos psicoterapéuticos más comúnmente utilizados son:

Psicoeducación

Implica enseñar a los pacientes con trastorno bipolar en qué consiste la enfermedad y su tratamiento y cómo reconocer signos de recaída para una temprana detección antes de que ocurra un episodio total. También puede ser beneficiosa para los miembros de la familia. Los objetivos de la psicoeducación incluyen: aumentar la conciencia de enfermedad y la desestigmatización, prevenir o mitigar recurrencias, aumentar el cumplimiento del tratamiento, evitar el abuso de drogas, identificar los síntomas de recaída, fomentar el manejo del estrés, aumentar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de los episodios, prevenir conductas suicidas, mejorar el

funcionamiento social e interpersonal interepisódico, afrontar síntomas subsindrómicos y residuales, y mejorar la calidad de vida (Rothbaum & Astin, 2000).

El *Manual de psicoeducación para trastorno bipolar*, de Colom y Vieta (2004), recoge en un programa de 21 sesiones todos los aspectos y objetivos fundamentales de la psicoeducación en el trastorno bipolar. A su vez, Mosquera (2007) realizó un manual informativo, recientemente, para pacientes, profesionales y familias en donde sintetiza información psicoeducativa relevante sobre el trastorno bipolar con sencillez, con un lenguaje directo y con un enfoque eminentemente práctico.

Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Diferentes factores de la TCC la hacen particularmente adecuada para el tratamiento del trastorno bipolar. En primer lugar, la naturaleza psicoeducacional de la TCC, que promueve el control y la autorregulación del afecto (Tzemou y Birchwood, 2007), la hace útil para el tratamiento de este trastorno crónico recurrente. En segundo lugar, la TCC ha mostrado ser efectiva en el aumento del cumplimiento del tratamiento farmacológico (Cochran, 1984). Y en tercer lugar, la establecida efectividad de la TCC en la prevención de recaídas en la depresión unipolar (Evans, 1992; Kovacs, 1981; Simons, 1986) sugiere que podría ser de utilidad para la prevención de recaídas de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, ya que, el 70% recaen en un período de 5 años (Coryell, 1989).

Se han publicado dos manuales fundamentales con intervenciones y técnicas específicas de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual al trastorno bipolar: *Terapia Conductual para Trastorno Bipolar*, por Mónica Basco (1996), y *Terapia Cognitiva para el Trastorno Bipolar; Guía del terapeuta: conceptos, método y práctica*, de Dominic Lam (1999).

Los principales objetivos de la TCC son (Basco, 1996): educar a los pacientes y a las personas importantes de su entorno sobre el trastorno, su tratamiento y las frecuentes dificultades asociadas con el mismo; enseñar a los pacientes métodos para registrar la ocurrencia, la gravedad y el curso de los síntomas maníacos y depresivos que permitan una intervención temprana si los síntomas empeoran; facilitar la adherencia a la medicación prescrita eliminando los obstáculos que interfieran con dicha adherencia; proporcionar estrategias no farmacológicas para afrontar los síntomas conductuales y cognitivos de la manía y la depresión; y enseñar habilidades para afrontar los problemas psicológicos que desencadenan los episodios depresivos y maníacos o que son una secuela de los mismos.

Intervención familiar y de pareja

Los modelos psicoeducacionales de familia asumen que las interacciones familiares y de pareja pueden ser problemáticas y pueden ser un importante determinante de la probabilidad de recaídas (Craighead, 2000). La psicoeducación a las familias sobre la enfermedad aumenta el conocimiento de la enfermedad, reduce el estrés y la carga, y disminuye el conflicto con el enfermo (Reinares, *et al.*, 2004).

La Emoción Expresada consiste en criticismo, hostilidad/rechazo o sobreenvolvimiento emocional de las familias hacia el paciente. Se ha visto que este tipo de emoción negativa puede ser susceptible de modificación a través de la psicoterapia (Rothbaum, 2000). En las familias de los pacientes con trastorno bipolar de inicio temprano destaca la alta conflictividad familiar y la alta Emoción Expresada. Así, se emplean estrategias para reducir el nivel de estrés en el entorno familiar o marital que pueden contribuir a reducir los síntomas del paciente.

Miklowitz, *et al.* (1988, 1996, 1997) desarrollaron un tratamiento focalizado en la familia (*Family Focused Treatment, FFT*), siendo una adaptación de las intervenciones familiares en la esquizofrenia. En esta intervención, el individuo afectado es tratado en el contexto familiar, ya que la hipótesis con la que se trabaja es que el paciente está influenciado por el estrés en su familia.

La FFT es una combinación de psicoeducación, habilidades de comunicación e intervenciones conductuales desarrollada en un modelo estructurado con 21 sesiones en un período de 9 meses.

Terapia interpersonal y del ritmo social (IPSRT)

El modelo de psicoterapia IPSRT para el trastorno bipolar deriva de la importancia de los sucesos vitales y de la bibliografía acerca del ritmo social (Frank, 1994, 1995, 1997). Esta teoría asume que el déficit nuclear es la inestabilidad, fundamentada en la teoría de que el humor estable emerge de la estabilidad de los “ritmos sociales”, de los patrones de la actividad diaria y de la estimulación social, basando el sustrato biológico en los ritmos circadianos. Este modelo incluye los elementos fundamentales de la terapia Interpersonal de la depresión de Klerman, *et al.* (1984) y la hipótesis de la estabilidad del ritmo social de Ehlers (1988, 1993), prestando particular atención a las alteraciones que los sucesos interpersonales causan en los rutinas diarias y, consecuentemente, en los estados del humor.

Se centra en mejorar las relaciones interpersonales y en regularizar sus rutinas diarias. La regulación de las rutinas diarias y del sueño puede proteger al paciente de nuevos

episodios maníacos.

Terapias especializadas para el abuso comórbido de sustancias

Uno de los primeros intentos psicoterapéuticos de aunar el tratamiento de pacientes con trastorno bipolar con trastornos de abuso de sustancias comórbidos es el llevado a cabo por Weiss, *et al.* (1999).

El objetivo de la terapia de grupo se dirige a diferentes cuestiones que son comunes en ambos trastornos, incluyendo la ambivalencia en relación al cumplimiento del tratamiento, el afrontamiento de situaciones de riesgo, el control de sí mismo en el deseo de droga, los patrones de pensamiento, y la modificación del estilo de vida para mejorar el cuidado de sí mismo y las relaciones interpersonales. Esta terapia está diseñada para pacientes en remisión o en una fase de estabilización postepisódica.

Otros tratamientos: rehabilitación de disfunciones cognitivas

La educación es un componente fundamental en casi todos los enfoques psicoterapéuticos implicados en pacientes bipolares y adicionalmente puede ser utilizada durante las modalidades individual, familiar y grupal.

En la actualidad se asume que, a través de la educación y la discusión, muchas de las resistencias a aceptar la enfermedad, el significado simbólico de tomar medicación y las preocupaciones acerca del futuro pueden ser sacados a la luz y discutidos abiertamente, lo que va a redundar en beneficio de pacientes y familiares.

5. Modelo de terapia combinada: tratamiento farmacológico + tratamiento psicológico integral

El trastorno bipolar es un trastorno de gran severidad en el que el tratamiento ha sido fundamentalmente farmacológico, siendo el litio la medicación de mantenimiento más frecuentemente utilizada y mejor estudiada. Pero como hemos visto anteriormente, en muchos casos ha sido insuficiente para la prevención de recurrencias y para el control de los síntomas subsindrómicos, así como para normalizar el funcionamiento psicosocial interepisódico.

La adición de terapia psicológica al tratamiento farmacológico ha resultado ser efectiva en la prevención de otros trastornos, como el trastorno mixto de ansiedad y depresión (Echeburúa, Salaberría, Corral, *et al.*, 2006). Si la terapia se aplica en un formato grupal, aparece como una opción atractiva (Becoña y Lorenzo, 2003; Ramírez-Basco y Thase,

1997). Sin embargo, la terapia cognitiva solamente podría quedar también insuficiente, ya que los fármacos son necesarios en este trastorno.

Últimamente, una nueva opción de tratamiento es la terapia combinada (farmacológica y psicológica) para aquellos pacientes en los que su enfermedad influye negativamente en su calidad de vida, que generan muchas consultas médicas, y en los que la evolución de su enfermedad les puede llegar a convertir en pacientes crónicos.

Los estudios sobre psicoeducación y terapia cognitivo-conductual han sido revisados (González-Pinto, González, Enjuto, *et al.*, 2003; Zaretsky, *et al.* 2007), concluyendo ser los más efectivos tratamientos en prevención de recurrencias en pacientes con trastorno bipolar que recibían también tratamiento farmacológico (Becoña y Lorenzo, 2003; Lam, *et al.*, 2003, Colom y Vieta, 2004; Mansell, Colom y Scott, 2005; Vieta, Pacchiarotti, *et al.*, 2005; Scott, Paykel, *et al.*, 2006). La terapia interpersonal y del ritmo social constituye otra pieza fundamental del tratamiento clínico del trastorno bipolar, particularmente con respecto a la profilaxis de nuevos episodios (Frank, Kupfer, Thase, *et al.*, 2005) y el tratamiento de síntomas residuales.

Huxley y Baldessarini (2007) también señalan que la psicoeducación, la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal ofrecen mejoras de las consecuencias funcionales y de los síntomas residuales, pero afirman la necesidad de seguir investigando cómo estas y otras terapias de rehabilitación pueden influir en el funcionamiento global de los pacientes con un trastorno bipolar.

Como hemos visto, el contenido de los programas psicoeducativos clásicos se centra en aspectos como la detección de síntomas prodrómicos y el conocimiento de la enfermedad y de la medicación, así como en las consecuencias de su abandono. Es decir, los programas psicoeducativos tradicionales buscan favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico a través del desarrollo de una adecuada conciencia de enfermedad (Colom y Vieta, 2004). Sin embargo, se ha observado que, al incidir exclusivamente en este aspecto, aparecen en los pacientes sentimientos de indefensión y desmoralización que pueden aumentar el riesgo de suicidio (Amador, *et al.*, 1996).

Sierra, *et al.* (2007) señalan la importancia de enseñar a detectar los síntomas idiosincrásicos y a utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas. Russell y Browne (2005), y Rouget y Aubry (2007) también señalan que la psicoeducación debe formar parte de un tratamiento psicológico integrado que mejore la conciencia y aceptación de la enfermedad, la adherencia a la medicación, el manejo del estrés y las pautas de higiene del sueño, todo lo cual puede aumentar la calidad de vida del paciente.

La tendencia más actual, y que indican varios autores, es aplicar un modelo más integral, a modo de terapia psicológica estructurada, que recoja aspectos de

psicoeducación con otras estrategias a nivel cognitivo-conductual. Aun así, apenas hay estudios controlados que pongan a prueba una terapia psicológica más integral.

Algunos estudios recientes han sugerido que las terapias psicológicas estructuradas pueden reducir el número de recurrencias de episodios en el trastorno bipolar (Lam, *et al.*, 2003; Miklowitz, *et al.*, 2007a, 2007b). La investigación del grupo de Lam (Lam, 2006) incluía un grupo tratado con estabilizantes del humor, así como con una historia de recaídas frecuentes en los últimos cinco años. Sin embargo, en un estudio hecho por el grupo de Scott (Scott, *et al.*, 2006) no hay diferencias entre el grupo de control y el experimental, pero este estudio incluía pacientes agudos y remitidos, y algunos de ellos no tenían tratamiento farmacológico.

Es necesario remarcar la importancia del tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar cuando un tratamiento psicológico va a ser aplicado. En el estudio del grupo de Scott (Scott, *et al.*, 2006) había pacientes que no tomaban tratamiento farmacológico, y tal vez esto fuera la causa de no encontrar diferencias significativas entre el grupo de control y el grupo experimental. Está claro que los fármacos son absolutamente necesarios, aunque tal vez no suficientes, en el tratamiento de los casos resistentes del trastorno bipolar.

En un reciente metaanálisis, los tratamientos psicológicos tuvieron mejores resultados cuando en los pacientes ya habían remitido los episodios agudos (Scott, Colom y Vieta, 2007). En el estudio del grupo de Miklowitz (Miklowitz, *et al.*, 2007b) se constató que las técnicas psicológicas, junto con el tratamiento farmacológico, mejoraban los síntomas depresivos en el trastorno bipolar.

Probablemente, los tratamientos psicológicos sean una buena opción para pacientes con un trastorno bipolar grave, pero sólo cuando los síntomas agudos de manía e hipomanía han remitido, y siempre que el tratamiento farmacológico sea el adecuado.

En nuestro primer estudio piloto (González Isasi, Echeburúa y González-Pinto, 2003), que incluía pacientes con trastorno bipolar refractario y se aplicaba una terapia psicológica estructurada en 13 sesiones, aparecía una mejoría mayor en los pacientes que tenían terapia psicológica en el seguimiento a los seis meses (el 80% en el grupo de terapia combinada, el 70% en el grupo de tratamiento sólo farmacológico), pero no eran diferencias estadísticamente significativas. En el seguimiento al año, se encontró que los pacientes con tratamiento combinado tenían significativamente una mayor calidad de vida que los del grupo con tratamiento farmacológico (González Isasi, Echeburúa, Mosquera, *et al.*, 2010).

Concepto y metodología del programa de tratamiento psicológico para trastorno bipolar

1. Justificación del programa

En los últimos años, se han desarrollado tratamientos psicosociales coadyuvantes al tratamiento farmacológico para dar respuesta al trastorno bipolar. Esta demanda ha sido creada, como señalábamos, por una pobre evolución en más de la mitad de los pacientes con trastorno bipolar, la presencia de síntomas subsindrómicos significativos que persisten más allá de la fase aguda de la enfermedad y la persistencia de significativos déficits psicosociales.

Se ofrecían programas desde distintos modelos teóricos, resultando más eficaces la psicoeducación y la terapia cognitivo conductual. Distintos autores, desde la investigación y desde la clínica, veían la necesidad de realizar una terapia psicológica que integrara técnicas de diferentes modelos y que estuviera estructurada en sesiones.

Así mismo, las terapias psicosociales que resultaban eficaces se aplicaban en pacientes que estuvieran eutímicos, con fases bien delimitadas, y sin cronicidad. Realmente, puede ser dificultoso aplicar una terapia estructurada en la fase aguda de la enfermedad, donde hay que limitarse a evaluar, establecer una buena alianza terapéutica, ofrecer apoyo y alivio, y si es posible, unas primeras pinceladas de psicoeducación. Sin embargo, comprobamos la eficacia de este programa incluyendo pacientes eutímicos y/o con síntomas subsindrómicos, y con una mala evolución previa, ya que representan la realidad diaria que nos encontramos, y son los que más deterioro psicosocial sufren y mayor demanda asistencial crean.

2. Objetivos del programa

Los objetivos que pretende este programa son los siguientes:

1. Reducir el número de ingresos y de recaídas.
2. Reducir la sintomatología psicopatológica general, el sufrimiento global y el número e intensidad de sus síntomas.
3. Equilibrar el nivel del estado de ánimo, tanto de la tasa de depresión como de manía.
4. Reducir el nivel de ansiedad y mejorar el control de las sensaciones fisiológicas.
5. Mejorar el repertorio de habilidades sociales.
6. Aumentar el nivel de autoestima.
7. Mejorar la adaptación a la vida cotidiana y el funcionamiento global en todas las áreas.
8. Mejorar la calidad de vida global, sus actividades y relaciones sociales.
9. Aumentar el nivel de salud general y la percepción subjetiva del mismo.

3. Metodología y evaluación del programa

Tras diseñar el programa psicológico que desarrollamos en este manual, quisimos realizar una evaluación del mismo (González-Isasi, Echeburúa, Limiñana y González-Pinto, 2010).

Para ello, seleccionamos una muestra de 40 pacientes con trastorno bipolar refractario, eutímicos al inicio del tratamiento o con síntomas subsindrómicos, pertenecientes a diferentes Unidades de Salud Mental de Gran Canaria.

Realizamos una asignación aleatoria dividiéndolos en dos grupos: un grupo de control, que seguiría el tratamiento habitual ofertado (tratamiento farmacológico), y un grupo experimental, que, además del tratamiento farmacológico, se beneficiaría del programa de tratamiento psicológico.

Nos planteamos estudiar la influencia de este programa en las recaídas de estos pacientes, en su calidad de vida, en su variada sintomatología, en su autoestima y en su salud, así como en sus habilidades sociales (es decir, en su funcionamiento psicosocial), comparándolo con el grupo de pacientes que tenían su seguimiento habitual tomando tratamiento farmacológico. Les evaluamos al inicio del programa para comprobar la homogeneidad de los dos grupos en las diferentes variables, al finalizar el tratamiento, y también al cabo de seis meses y al año, con el fin de comprobar si los cambios eran mantenidos en el tiempo. También realizamos un estudio dentro de cada grupo a lo largo del tiempo para poder observar su evolución en las diferentes variables medidas.

Además de evaluar varios datos sociodemográficos, el número de ingresos previos, y el número de ingresos presentados en los últimos seis meses, administramos los siguientes cuestionarios con alta fiabilidad y validez en español:

- *Cuestionario de 90 síntomas según el DSM-III-R (SCL-90-R)* (Derogatis, 1975; versión española González de Rivera, 2002): consta de 90 ítems que constituyen 10 escalas de psicopatología general: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y escala adicional. También tiene 3 medidas globales: el GSI nos informa del sufrimiento global del sujeto, el PSDI representa una medida de intensidad sintomática y el PST revela el número de síntomas que el sujeto tiene en algún grado.
- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; versión española de Vázquez y Sanz, 1997): consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos, así como la evolución de los mismos en el transcurso del tratamiento.
- *Escala de Manía de Young* (Young, Biggs, Ziegler y Meyer, 1978; versión española de Colom, Vieta, Martínez-Arán, *et al.*, 2002): consta de 11 ítems que miden síntomas diferentes característicos de una fase maníaca: euforia, aumento de actividad y energía, interés sexual, sueño, irritabilidad, ritmo y cantidad del discurso, trastorno del lenguaje y del pensamiento, contenido del pensamiento, conducta alterada-agresiva, apariencia e *insight* o conciencia de sí mismo.
- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; traducido al español por N. Seisdedos y publicado por TEA): consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado (se administraron estos últimos). La Ansiedad-Estado evalúa el estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo.
- *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965; versión española en Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997): es un instrumento útil para valorar la autoestima general que consta de 10 ítems.
- *Escala de Inadaptación* (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000): refleja el grado en que el problema afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo-estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento consta de 6 ítems.
- *Escala de evaluación de la actividad global (GAF/EEAG)* (American Psychiatric

Association, 2000; traducida al español por Masson, 2000): es una escala que se encuentra en el DSM-IV-TR y tiene una puntuación de 0 a 100. Cuanta más alta es la puntuación, mejor se encuentra el sujeto. La puntuación es anotada por el evaluador tras una entrevista previa con el sujeto respecto a los síntomas que tiene, a las actividades que realiza y a las relaciones sociales en las que se apoya.

- *Escala de Habilidades Sociales (EHS)* (Gismero, 2000): es una escala que mide la conducta asertiva o las habilidades sociales, compuesta por 33 ítems. Cuanto mayor sea la puntuación global, el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos. Consta de 6 factores, aparte del índice general: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.
- *Cuestionario EuroQol* (Badia, Roset, Montserrat, *et al.*, 1999): es un cuestionario genérico que mide la calidad de vida relacionada con la salud. Consta de una primera parte descriptiva del propio estado de salud con 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada una de ellas incluye tres niveles de gravedad. En una segunda parte se presenta la Escala Visual Analógica, que es una escala vertical, milimetrada, en forma de termómetro, que mide puntuaciones de 0 a 100, desde “*el peor estado de salud imaginable*” hasta “*el mejor estado de salud imaginable*”.

Los resultados encontrados fueron los siguientes:

- El grupo con tratamiento farmacológico fue aumentando el número de hospitalizaciones a lo largo del tiempo, presentando diferencias significativas al compararlo con el grupo de terapia combinada.
- Al inicio del programa, el 20% de pacientes en cada grupo que presenta sintomatología afectiva persistente. En el postratamiento, encontramos al 35% de pacientes en el grupo de control frente al 5% en el grupo de terapia combinada. En el seguimiento a los seis meses, encontramos en el grupo de control al 45% frente al 10% en el grupo de terapia combinada. Y en el seguimiento al año, la mitad de los pacientes del grupo de control, es decir, el 50%, presenta sintomatología afectiva persistente, no encontrando ningún caso en el grupo de terapia combinada.
- En las variables de psicopatología general y ansiedad, encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en el seguimiento a los 6 meses y al año.
- El nivel de autoestima va mejorando en el grupo de terapia combinada, mientras que

disminuye en el grupo con tratamiento farmacológico, por lo que encontramos diferencias significativas a los 6 y 12 meses.

- El repertorio de habilidades sociales, adaptación y funcionamiento psicosocial, calidad de vida, actividad global y calidad de salud mejora notablemente en el grupo de terapia combinada, encontrándose diferencias significativas desde el postratamiento y a lo largo de todo el seguimiento.

Con todos estos resultados podemos sacar conclusiones que ya venían confirmando anteriores estudios:

- Los pacientes con trastorno bipolar refractario sufren una evolución más desfavorable y tienen un mal pronóstico. Esto se acompaña de importantes déficits en varias áreas de su vida.
- El tratamiento farmacológico es necesario, pero no suficiente. Es importante introducir un programa de tratamiento psicológico para pacientes con trastorno bipolar. Esto mejora su evolución, frena el deterioro social, familiar y laboral del paciente, mejora su calidad de vida y salud, y evita futuras hospitalizaciones y recaídas.
- El programa de tratamiento psicológico debe ser integral, incluyendo psicoeducación, terapia cognitivo-conductual y técnicas de la terapia interpersonal y del ritmo social.
- El programa de tratamiento psicológico tiene una buena efectividad, eficacia y eficiencia.
- Es necesario seguir investigando sobre este tema, realizar estudios controlados, a poder ser multicéntricos, y ampliar la muestra.

4. Número y tipo de pacientes

El programa puede ser aplicado en grupos de unos 10 pacientes, aunque pueden oscilar entre 7 y 13. Es posible trabajar con un número de pacientes inferior a 7, pero se puede perder la riqueza de las aportaciones y de las oportunidades para interactuar. Si trabajamos con más pacientes corremos el riesgo de que piensen que no les prestamos la atención necesaria, o que no lleguen a desarrollar una identificación con el grupo o un compromiso como miembro imprescindible del grupo, habiendo difusión de la responsabilidad tanto en la participación como en las tareas mandadas para casa.

Hay que procurar que el grupo esté equilibrado en cuanto a género y edad, lo

suficientemente homogéneo como para generar un sentimiento colectivo, pero lo suficientemente heterogéneo para dar riqueza sobre diferentes estilos de vida y puntos de vista que abran nuevas perspectivas a todos los participantes. El rango de edad oscila entre los 18 a los 65 años.

Se incluyen pacientes diagnosticados de trastorno bipolar de tipo I y/o tipo II, y que estén eutímicos o que presenten algún síntoma subsindrómico. Se pueden incluir pacientes con trastorno bipolar refractario (con una mala evolución previa o resistentes a tratamiento), que hayan tenido dos o más recaídas en el último año; ciclos rápidos; ingresos psiquiátricos; tentativas suicidas; necesidad de tratamientos estabilizadores combinados y/o de terapia electroconvulsiva; que hayan realizado consultas psiquiátricas no programadas en el último año; o que presenten dificultades en el funcionamiento sociolaboral.

No se deben incluir pacientes con trastornos del humor secundarios a tóxicos o a enfermedades orgánicas; que estén diagnosticados de esquizofrenia u otras psicosis; que padezcan actualmente una demencia, retraso mental u otra alteración que impida la comprensión del contenido del tratamiento psicológico; o que tengan dificultades de comprensión del idioma.

En algunas ocasiones, surgen relaciones de amistad o de pareja entre miembros del grupo. Esto suele suceder por la estrecha red social que tienen los pacientes. No las incentivamos ni tampoco las prohibimos. En nuestra experiencia, no han interferido en el funcionamiento del grupo.

5. Contenidos del programa

El programa incluye diferentes técnicas y estrategias de distintos modelos, basándose fundamentalmente en la psicoeducación y el modelo cognitivo-conductual.

- **Psicoeducación:**

Se divide en tres bloques de contenidos: conciencia de enfermedad, adherencia a la medicación, y prevención de recaídas.

Para el desarrollo de este apartado nos hemos basado en el excelente *Manual de psicoeducación para trastorno bipolar*, de Colom y Vieta (2004), que recoge en un programa de 21 sesiones todos los aspectos y objetivos fundamentales de la psicoeducación en el trastorno bipolar.

- **Modelo cognitivo-conductual:**

Tras explicar el modelo interaccional de pensamientos, actividades, sensaciones fisiológicas y estado de ánimo; se abarcan los contenidos de planificación de actividades, detección de pensamientos ansiógenos e irracionales, y reestructuración cognitiva.

Para el dominio de otros objetivos, se combina la psicoeducación y el modelo cognitivo-conductual con técnicas de la terapia interpersonal y del ritmo social.

- Control de la ansiedad:

Se aprende y ensaya respiración diafragmática, técnicas de distracción cognitiva, exposición a las situaciones evitadas y autoinstrucciones.

- Habilidades sociales:

Se enseñan a través de teoría, ejemplos, role playing, modelado y registros. Incluyen el aprendizaje de asertividad, comunicación no verbal (expresión y control de emociones), hacer y recibir críticas, hacer y recibir elogios, y hacer peticiones y decir que no.

- Reforzamiento de autoestima:

Se trabaja a través de un Inventario de Autoconcepto que recoge la valoración personal del sujeto en diferentes áreas de su vida. Se realiza reestructuración cognitiva y reforzamiento de la autoestima.

- Regulación de hábitos y control del estrés

Se aprenden pautas de higiene de sueño y regulación de hábitos de la vida diaria.

- Resolución de conflictos

Todos estos contenidos se dan de forma combinada a lo largo de las distintas sesiones. Aquí presentamos de forma esquemática la organización de las distintas sesiones:

1ª sesión:

- Presentación. Alianza terapéutica.
- Expectativas de cada paciente sobre los objetivos propios a conseguir y sobre el grupo.
- Explicación del programa y de los objetivos. Normas del grupo.
- Introducción al concepto de trastorno bipolar.
- Entrega del material para el paciente y de los registros.

2ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: descripción de la enfermedad, de los síntomas

subsindrómicos y de los pródromos de los episodios de manía y depresión; explicación de la base neuronal del trastorno bipolar y evolución de la enfermedad (a nivel general).

- Explicación de la relación existente entre los pensamientos, las actividades, las sensaciones físicas y el estado de ánimo.
- Registro de actividades y del estado de ánimo.

3ª sesión :

- Psicoeducación del trastorno bipolar: representación gráfica de la evolución cronológica y de la alteración del estado de ánimo; representación gráfica del cerebro; mitos sociales sobre el trastorno bipolar.
- Aprendizaje de la planificación de actividades.
- Explicación del mecanismo de evitación en situaciones de ansiedad.
- Registro de actividades y del estado de ánimo, así como listado de situaciones evitadas.

4ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: diferenciar entre desencadenante y causa, entre responsabilidad y culpa, así como profundizar en el episodio de manía (síntomas, consecuencias, diferencias con la felicidad).
- Análisis del desarrollo de actividades y listado de situaciones evitadas.
- Técnicas de afrontamiento de situaciones evitadas, así como control de la ansiedad. Respiración diafragmática y distracción cognitiva.
- Habilidades sociales: asertividad, agresividad, asertividad.
- Registro de actividades realizadas que antes eran evitadas.

5ª sesión :

- Psicoeducación del trastorno bipolar: profundizar en el episodio de depresión (síntomas, consecuencias, diferencias con la tristeza normal, intentos autolíticos).
- Explicación de la influencia de pensamientos en el estado de ánimo.
- Entrenamiento en diferenciar Asertividad-Pasividad-Agresividad.
- Registro de actividades y de situaciones de asertividad.

6ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: resumen de las sesiones previas, así como

representación gráfica de la evolución de la enfermedad de algún paciente.

- Aprendizaje en la detección de los pensamientos irracionales de cada uno.
- Ejercitar técnicas de distracción cognitiva y respiración diafragmática.
- Registro de pensamientos irracionales, así como representación gráfica de la evolución del propio trastorno bipolar y de las situaciones asertivas.

7ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: introducción general sobre los fármacos (tipos, combinados, tratamientos personalizados, efectos secundarios), conocer los estabilizadores del humor.
- Explicación de los pensamientos ansiógenos y ensayo de respiración diafragmática.
- Entrenamiento en reestructuración cognitiva.
- Pautas de higiene de sueño.
- Registro de actividades y de cogniciones.

8ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: sesión sobre fármacos antimaníacos (tipos, abandono y consecuencias, ventajas e inconvenientes, control de la enfermedad).
- Practicar reestructuración cognitiva.
- Técnica de autoinstrucciones.
- Comunicación no verbal.
- Registro de actividades y de cogniciones.

9ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: sesión sobre fármacos antidepresivos (para qué, uso adecuado, riesgos médicos, viraje e interacción).
- Repaso de la planificación de actividades y reestructuración cognitiva.
- Comunicación no verbal y expresión y control de las emociones.
- Registro de actividades y cogniciones, así como cumplimentación del Inventario de Autoconcepto.

10ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: sesión sobre fármacos eutimizantes (niveles plasmáticos, analíticas, necesidad de control estricto, riesgos).

- Reevaluación del autoconcepto (físico, inteligencia, forma de ser, salud, adaptación social). Reglas de autoestima.
- Aprendizaje sobre cómo hacer y recibir elogios.
- Registro de actividades, así como aportación de un elogio para alguien del grupo (“amigo invisible”).

11ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: embarazo y consejo genético, riesgo de heredabilidad, aceptación de la enfermedad.
- Reevaluación del autoconcepto (conducta afectivo-erótica, rendimiento académico-laboral, status socio-económico, ejecución tareas cotidianas, logros y éxitos en la vida).
- Ensayo sobre cómo hacer y recibir elogios.
- Registro de cogniciones.

12ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: tratamientos alternativos inocuos y perjudiciales, método científico, religión.
- Resolución de conflictos.
- Revisión de la reestructuración cognitiva.
- Aprendizaje sobre cómo decir que no.
- Registro de actividades, de resolución de conflictos y de tareas relacionadas con decir que no.

13ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: riesgos asociados a la interrupción del tratamiento (recaídas de cada paciente, razones para el abandono, factores para el mal cumplimiento).
- Repaso de la planificación de actividades y reestructuración cognitiva.
- Revisión de la resolución de conflictos.
- Ensayo de decir que no. Aprendizaje sobre cómo hacer peticiones.
- Registro de cogniciones y de tareas relacionadas con pedir favores.

14ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: riesgos asociados a la interrupción del tratamiento (entorno social y fármacos, consumo de sustancias psicoactivas).
- Repaso del autoconcepto. Reestructuración del mismo.
- Aprendizaje sobre cómo hacer críticas.
- Registro de actividades y de las críticas realizadas.

15ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: prevención de recaídas (hipo)maníacas (señales de alarma, lista general de pródromos, lista propia de pródromos, cambios cuantitativos y cualitativos).
- Repaso de la resolución de conflictos.
- Actividades como hábitos de vida.
- Ensayo de hacer críticas. Aprendizaje sobre cómo recibir críticas.
- Registro de cogniciones y de las críticas realizadas y recibidas.

16ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: detección precoz de episodios depresivos (señales de alarma, lista general de pródromos, lista propia de pródromos, cambios cuantitativos y cualitativos).
- Repaso de detectar pensamientos. Reestructuración cognitiva automática.
- Repaso de todo lo relacionado con hacer y recibir elogios, pedir favores y decir que no.
- Registro de actividades y de situaciones asertivas.

17ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: qué hacer ante una nueva fase (recursos ante una descompensación maníaca o depresiva).
- Planificación de actividades a aumentar o limitar, según estado anímico.
- Repaso de todo lo relacionado con hacer y recibir críticas, así como con iniciar y mantener una conversación.
- Registro de cogniciones y de situaciones asertivas.

18ª sesión:

- Psicoeducación del trastorno bipolar: conveniencia de la regularidad de hábitos (dieta,

sueño, factores de riesgo). Debate de hábitos de vida.

- Técnicas de control del estrés: psicoeducación sobre el estrés, distracción cognitiva, respiración, relajación y racionalización de problemas.

19ª sesión:

- Repaso general de lo estudiado en psicoeducación del trastorno bipolar.
- Repaso de lo relacionado con planificar actividades y con la reestructuración cognitiva.
- Repaso de lo relacionado con la autoestima y la resolución de conflictos.
- Repaso de técnicas de control de la ansiedad.
- Repaso de habilidades sociales.
- Devolverles a ellos el control sobre su calidad de vida, potenciación de recursos y manejo de las técnicas.

20ª sesión:

- Dudas planteadas.
- Opinión sobre las sesiones.
- Valoración del tratamiento: para qué les ha servido y qué cambios subjetivos se han experimentado.
- Expresión de la disponibilidad del terapeuta y refuerzo de su autonomía.
- Despedida y entrega de certificados.

6. Organización de las sesiones

El programa se desarrolla en 20 sesiones, de hora y media de duración. Las primeras 16 sesiones tienen una frecuencia semanal, mientras que las últimas 4 sesiones son quincenales con el fin de romper el vínculo que el sujeto tiene con el grupo.

Se realiza en una sala de terapia donde todas las sillas puedan ponerse en círculo para facilitar la interacción del grupo. Se utiliza una pizarra y un rotulador que nos ayudarán a explicar ciertos contenidos. Se entrega al paciente un protocolo que recoge el material de los contenidos y registros (incluido en Anexos). Este material se irá utilizando a lo largo del programa para explicar los diferentes contenidos (habilidades sociales, técnicas concretas...) y para las tareas para casa (registros). El paciente tendrá que tener disponible este material a lo largo de todas las sesiones.

Es aconsejable que el grupo sea dirigido por más de un terapeuta si es posible. El programa de tratamiento psicológico puede ser impartido por un psicólogo clínico o psiquiatra, que tengan experiencia suficiente en el manejo de grupos y en la aplicación de las diferentes técnicas. El coterapeuta o coterapeutas pueden ser psicólogos clínicos, psiquiatras, residentes de psicología o psiquiatría, o enfermeras de psiquiatría. Deben conocer el desarrollo de las sesiones y éstas deben ser preparadas conjuntamente.

7. Claves para llevar a cabo una terapia de grupo

Tenemos que tener en cuenta que el terapeuta ya ha tenido contacto previo con cada uno de los pacientes y los conoce de forma individual. Pero es fundamental que, ahora que la atención va a ser grupal, cada individuo que forma el grupo se sienta importante.

Cada paciente no es un integrante más con trastorno bipolar, no. Es una persona con su vida propia, con sus necesidades, con sus sueños y sus frustraciones, que además tiene una enfermedad que le crea dificultades de adaptación, y que acude al grupo para buscar ayuda, para ver si algo de lo que se le explique se puede adaptar a su propia vida. Nunca podemos esperar que sea el paciente el que se adapte al programa, porque además de que no le servirá, no va a tomar parte en él.

Aunque el programa es directivo, el funcionamiento del grupo lo llevan los pacientes, cada individuo, que no tendrá un rol de observador, sino de participante.

Nosotros somos profesionales que tenemos un programa psicológico que funciona, y funcionará, sólo si lo sabemos comunicar y acoplar a cada uno de los pacientes. Comunicar es transmitir y estar alerta al feedback verbal y no verbal que el paciente nos devuelve. Si, por ejemplo, un paciente se está quedando dormido, el terapeuta no puede seguir hablando como si nada sucediera, debe preguntarle, con humor, sin acusar ni juzgar, consiguiendo la atención del paciente.

“Parece que igual estoy siendo un poco pesada hoy, porque Pedro se nos está quedando dormido. ¿Qué pasa, Pedro? ¿Te aburres? ¿Has dormido mal esta noche? ¿Te produce sueño la medicación? ¿Te gustaría contarnos algo?”.

Claro que corremos el riesgo de tener varias interrupciones, pero sólo así el sujeto se siente importante, y los demás lo respetan, porque entienden que todos y cada uno de ellos son fundamentales para que el grupo tenga sentido. Todos tienen que sentirse valorados.

A lo largo del programa, reforzaremos a cada uno los pequeños logros que vaya

adquiriendo, así como el esfuerzo que va poniendo y la realización de las tareas que va cumpliendo, ya que muchas veces no son conscientes de ello y no lo valoran en suficiente medida. Insistiremos mucho en la importancia que tienen las tareas para casa, con el fin de generalizar los contenidos a la vida diaria. Les señalaremos que para cumplir su objetivo, el grupo es una guía y un apoyo, pero no un milagro, y que depende de ellos que éste se cumpla. Les devolvemos responsabilidad para mejorar el afrontamiento de su vida y aumentar su satisfacción vital. Les devolvemos responsabilidad sobre su propia vida.

La flexibilidad y disponibilidad del terapeuta es imprescindible si queremos asegurar la asistencia y evitar abandonos. Si al inicio plantean un problema de día u horario, debemos estar dispuestos a consensuar con el grupo otro día u hora en el que todos puedan asistir. Es una forma de transmitir lo importante que es para nosotros la presencia de cada individuo. Debemos transmitirles que consideramos relevante que acudan para que tengan una evolución positiva. Si un paciente te dice que un día concreto no puede acudir, se le señala que en la sesión anterior te quedarás un rato más con él cuando termine el grupo para que sepa lo que se va a dar en la siguiente y para que, de esta forma, no pierda el curso de las sesiones. Si algún paciente falta a alguna sesión es muy importante llamarle por teléfono al finalizar, decirle que le has echado en falta, que le llamabas por si había ocurrido algo y que le esperas en la siguiente. Hay que llamarle hasta lograr localizarle, las veces que sean necesarias. En la sesión siguiente, se dedicará un tiempo con él al finalizar para ponerle al día del contenido visto en la anterior. La víspera de cada sesión llamaremos a todos los pacientes recordándoles que hay grupo y que se les espera.

Al inicio de cada sesión, saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno qué tal ha sido la semana para él, si ha ocurrido algo nuevo que sea relevante comentar, y qué tal se siente en el día de hoy. Dejaremos claro que ésta es la parte de presentación que haremos todos los días, y que tiene que ser limitada en el tiempo para poder ir viendo más contenidos. No obstante, escucharemos a todos los miembros y tendremos en cuenta que lo que dicen es lo relevante para ellos. Tendremos que acogerles con empatía y con una escucha reflexiva, y en alguna ocasión intervenir puntualmente ensayando alguna estrategia de afrontamiento. Profundizar de esta manera no debemos verlo como una pérdida de tiempo, sino como una oportunidad para enseñarles técnicas (que quizás tendríamos programadas para más adelante) adaptándonos a su realidad, a la realidad que les importa. Esta es una manera eficaz para que las técnicas ensayadas cobren sentido para ellos y no se queden en meros enunciados teóricos. Si, por ejemplo, Marta nos dice que el sábado se le quemó la comida y que para ella fue horrible porque

se sintió la más inútil del mundo (idea distorsionada de sobregeneralización según los esquemas irracionales de Beck), aprovechamos y le ayudamos a hacer una reestructuración cognitiva (¿a alguien más se le ha quemado la comida alguna vez?, ¿o sea, que si se nos quema la comida ya no servimos para nada, Marta?, ¿siempre que haces la comida se te quema?, ¿hay más cosas que sabes hacer bien?...). Así lo relativiza y todos los pacientes van aprendiendo a cuestionarse su propio pensamiento. Normalmente, esta primera parte es corta, nunca más de media hora, pero en ocasiones va a ser muy importante trabajarla.

El programa que presentamos hay que tomarlo como guía, pero no es necesario dar los contenidos en un orden estricto. A veces hay técnicas que tenemos preparadas para sesiones posteriores pero que se practican en el momento que surgen, adaptándonos a las necesidades del paciente. Así, ese contenido concreto ya lo tenemos practicado, y ocupa menos tiempo en el momento que lo retomemos. En las últimas sesiones, veremos que se realiza repaso de todos los contenidos, y en ellas se podría añadir algún contenido nuevo si aún no ha sido explicado y profundizar en lo que sea necesario.

Las tareas para casa tienen que ser realizadas por los pacientes para poder generalizar las habilidades aprendidas a su vida diaria. Incidiremos en la importancia que tiene su implicación en este trabajo, fundamental para su evolución positiva, y donde toma parte la responsabilidad individual para el control de su enfermedad. Para ello, corregiremos siempre las tareas mandadas en la sesión anterior, tanto si forma parte del contenido de la sesión actual como si no es así. Tienen que ver que valoramos su trabajo y les reforzaremos por ello.

Al finalizar cada sesión, agradeceremos la asistencia y reforzaremos positivamente la participación de cada uno (buscando la mirada de cada miembro). Les preguntaremos su opinión sobre la sesión del día, y sobre el interés que ha tenido para ellos. Buscaremos el compromiso de cada uno para realizar las tareas para casa, y quedaremos con ellos para la próxima sesión, concretando el día y la hora, y preguntándoles directamente si contamos con su asistencia. De esta manera, además de evitar abandonos, dejamos explícito nuestro interés en cada uno de los pacientes.

En las últimas sesiones del programa (las cuatro últimas se hacen quincenales para romper el vínculo que el sujeto tiene con el grupo), se fomenta especialmente la generalización de las técnicas a la vida diaria. Debemos lograr que el sujeto adquiera autonomía, autoevaluación y capacidad de autorreforzamiento, de tal forma que aprenda a ser su propio terapeuta.

Los objetivos principales del programa son externalizar la enfermedad, desculpabilizar, tomar responsabilidad sobre su vida y su enfermedad, y potenciar sus propios recursos.

Programa de tratamiento psicológico para pacientes con trastorno bipolar

SESIÓN 1

Objetivos de la sesión

El objetivo de la primera sesión es establecer una buena alianza terapéutica, exponer los objetivos del grupo, aclarar dudas sobre lo que va a ser el desarrollo del programa y establecer normas para un buen funcionamiento.

En principio, desconocen para qué sirve el grupo o lo que en él van a aprender. Sólo tienen la idea general que les has podido transmitir de forma individual, distorsionada con sus interpretaciones y fantasías de esa información. Es importante conocer sus expectativas acerca del grupo, incorporar contenidos al programa si alguna de esas expectativas es factible y la consideramos interesante, y corregir distorsiones y aclarar dudas. Así que también va a ser imprescindible explicarles los objetivos del programa, la estructura de las sesiones y el desarrollo de los contenidos a nivel general y de forma esquemática.

Y por último, en esta sesión, se establecerán normas que garanticen la seguridad y la implicación de cada paciente. El poner los límites claros ayuda a que el paciente se sienta comprometido y protegido en el grupo.

Desarrollo de la sesión

Presentación

Antes de comenzar la sesión, prepararemos la sala colocando las sillas en círculo ligeramente espaciadas entre sí. Todas las sillas, incluida la del terapeuta, serán similares. Fuera del círculo tendremos una pizarra y un rotulador.

Cuando ya sea la hora, nos acercamos a la sala de espera y se les invita a pasar a aquellos pacientes que hayan sido puntuales. Se deja un margen de tiempo, para que se vayan incorporando los que van llegando, hablando con el resto, si se quiere, de temas triviales que expongan y que les hagan sentirse cómodos. Una vez que da comienzo la sesión, si algún paciente se incorpora más tarde, se le acogerá saludándole y haciéndole un resumen de lo que se ha ido tratando.

Lo primero es una buena presentación y que quede explícito el interés en conocerles.

“Muy buenos días a todos. Como todos sabéis, yo soy Ana González Isasi, soy Psicóloga Clínica, y bueno, bienvenidos a nuestro primer día de grupo. Luego hablaremos un poco de lo que vamos a aprender en estas sesiones, pero en primer lugar me interesa conoceros. Aunque ya os conozco a todos, me gustaría que nos volviéramos a presentar y así poder conocernos un poquito más entre todos. Me gustaría que nos fuéramos presentando de uno en uno, diciendo el nombre, lo que hacéis, con quién vivís, vuestros hobbies, si queréis contar algo de vuestra enfermedad... cada uno un poco hasta donde desee... ¿Quieres empezar tú mismo, Pedro?”.

Presentación de los pacientes

Entonces, cada paciente va contando datos de sí mismo, de su historia personal y de su historia clínica. Se pueden hacer preguntas para explicitar más, pero siempre marcando que puede responder sólo si lo desea. No debemos olvidar que, en un primer momento, lo que nos diga el paciente es lo verdaderamente relevante, mucho más allá de lo que nosotros tengamos en la cabeza o queramos averiguar. Hay que mostrar interés desde el inicio, verbal y no verbalmente, sorprendernos de lo que nos cuenta, estar totalmente abiertos para el paciente. Desde ese momento, es fundamental llamarles por el nombre. Recordaremos los datos que nos vayan aportando, para luego personalizar ejemplos cuando más adelante les enseñemos a aplicar las técnicas. Si, por ejemplo, María nos cuenta que va a clases de baile, podremos preguntarle cuando ensayemos habilidades sociales, cómo decir que no a un compañero que le pide bailar y que ella no lo desea, o lo usaremos para motivarla más adelante cuando esté presa de la apatía.

Tras esta primera ronda, se les dice que comenten en parejas lo que esperan del grupo, las expectativas que tienen, lo que desean aprender, y las dificultades para asistir o motivos de abandono que tendrían. Posteriormente, cada pareja expone sus conclusiones. En ese momento, el terapeuta refuerza sus motivaciones, toma nota de expectativas que sean factibles e interesantes, y habla con el individuo que tenga alguna

dificultad para asistir, para acomodarse a él lo máximo posible. A veces plantean un problema que para ellos parece irresoluble, y simplemente se puede solucionar haciéndoles un certificado médico de asistencia para presentar en su trabajo. Otras veces, aunque no suele ser lo habitual, pueden plantear un problema de día u horario, y debemos estar dispuestos a consensuar con el grupo otro día u hora que a todos venga bien.

Objetivos del programa

Tras finalizar las presentaciones, expondremos los objetivos del programa, la estructura de las sesiones y los métodos que vamos a emplear.

“Bueno, como veis, el grupo está compuesto por personas muy diferentes, cada una con su vida, y a todos os ha tocado vivir la enfermedad llamada trastorno bipolar. Esto no es un grupo de enfermos, sino de personas que tienen una enfermedad. Podríais tener cualquier otra enfermedad, pero no, os ha tocado el trastorno bipolar, y tal vez os haya creado alguna dificultad en el desarrollo de vuestra vida. Pues bien, este va a ser el objetivo del grupo, que aprendáis técnicas que os puedan ayudar a tener la mejor calidad de vida posible y que os ayuden a controlar los episodios del trastorno bipolar cuando se presenten. Que a pesar de que tengáis o no recaídas, el control de vuestra vida lo tengáis vosotros, y no vuestra enfermedad”.

Como vemos, al exponer este objetivo no sólo conseguimos que se interesen y se motiven muchísimo (¿quién no quiere tener una mejor calidad de vida?), sino que además estamos ya interviniendo, externalizando la enfermedad y dando confianza a sus recursos. Podemos añadir que aprenderán mucho sobre esta enfermedad, que entenderán para qué toman los fármacos, pero que sobre todo, aprenderán estrategias para mejorar las relaciones sociales, para controlar en la medida de lo posible su estado de ánimo, y para estar más satisfechos con su vida.

Explicaremos que el programa se compone de 20 sesiones de hora y media de duración, de forma semanal, excepto las cuatro últimas sesiones que se harán de forma quincenal. Dejaremos claro que, aparte de la asistencia al grupo, es necesario que sigan con rigurosidad sus consultas establecidas con su psiquiatra. Él seguirá revisándoles la medicación y le podrán comentar temas personales que hayan salido en el grupo si así lo desean. También ofrecemos nuestra disponibilidad para atenderles cuando haga falta. Lo importante es acercarles facilidades para que el paciente se sienta cómodo y para evitar las recaídas. Entregaremos el material que tenemos preparado sobre técnicas cognitivo-

conductuales y registros, y sobre habilidades sociales (incluido en Anexos). Les diremos que es imprescindible que lo traigan siempre al grupo para seguir bien las técnicas que vamos dando y para explicar las tareas que a veces tendrán que hacer para casa. Se explica que las tareas son muy importantes porque de nada nos sirve aprender teoría si luego no la ponemos en práctica, y que va a depender de ellos que todo lo que vayamos viendo les dé un mejor resultado.

Normas del grupo

Pasamos a explicar que hay unas normas de grupo que deben saber y respetar:

- **Confidencialidad:** todo lo que digan los pacientes en el grupo es confidencial, y no pueden revelar ni la identidad ni los comentarios que hagan los demás miembros del grupo. Los terapeutas, por supuesto, también guardaremos siempre el secreto profesional.
- **Asistencia:** es muy importante que acudan a todas las sesiones para que tengan una buena evolución y para que no se pierdan técnicas que les son relevantes. Insistimos en lo importante que es cada individuo para que el grupo funcione, que cada uno tiene mucho que aportar y aprender de los demás. Se les indica que pueden faltar a un máximo de 4 sesiones.
- **Participación y respeto:** les señalamos que es muy importante que se impliquen y que cuenten cómo van evolucionando, que la dinámica del grupo va a depender de su implicación. Les decimos que siempre irán hablando de uno en uno, y que es muy importante respetar la opinión del compañero estemos o no de acuerdo. Siempre daremos tiempo para que todos participen.
- **Puntualidad:** insistimos en lo conveniente que sería que todos fuéramos puntuales, para que una vez que dé comienzo la sesión no haya interrupciones. También señalamos que, si por alguna razón llegan tarde, les aceptaremos en el grupo cuando vengan.

Tras exponer las normas, buscamos su acuerdo y conformidad, y remarcamos que es muy importante que se respeten para el buen funcionamiento de todos.

Introducción al trastorno bipolar

Les explicamos que vamos a hacer una breve introducción de lo que es el trastorno bipolar, y animamos a que alguien nos diga lo que sabe sobre esta enfermedad. Reforzamos los contenidos correctos, y corregimos los incorrectos.

“El trastorno bipolar es una enfermedad que se caracteriza por fases de euforia en las que os habéis podido sentir excesivamente contentos, incluso irritables y en las que tal vez hayáis podido hacer cosas que más adelante no os han gustado, y por fases de depresión en las que la tristeza y la desgana os ha dominado. Va a ser necesario que conozcáis los síntomas previos a estas fases, para que así podáis pedir ayuda a tiempo y no tengáis una recaída. También suele suceder que al salir de estas fases, uno se queda con síntomas leves pero que le impiden una buena adaptación a su vida, pues bien, va a ser imprescindible que aprendáis a controlarlos. No sé si ahora alguno de vosotros tiene alguno de estos síntomas... (si quieren responden, y si no, no se insiste; pero recordemos que hemos incluido a sujetos con síntomas subsindrómicos, y hay que normalizar lo que están sintiendo). Pues bien, esto es normal y suele suceder a menudo, así que aprenderemos a hacer todo lo que podamos para sentirnos mejor. Recordemos que nuestro objetivo es tener una mejor calidad de vida”.

Dinámica de grupo y despedida

Una vez hecho esto y para finalizar, se propone una dinámica de grupo para recordar los nombres. Se le va diciendo a cada sujeto la palabra “piña” o “manzana”. Si escucha “piña” tendrá que decir el nombre de su compañero de la derecha, y si escucha “manzana” nos dirá el nombre de su compañero de la izquierda.

Finalmente se les da las gracias a todos por su asistencia, se dice que te ha encantado conocerles y que esperas verles la próxima semana. Se pregunta a cada uno si le ha gustado la sesión y si piensa acudir el próximo día. Todo esto con sinceridad y mostrando interés por cada sujeto. Nos despedimos.

SESIÓN 2

Objetivos de la sesión

Los objetivos de la segunda sesión son, aparte de seguir reforzando el enganche del paciente al grupo, hacer una introducción completa de lo que es el trastorno bipolar, y presentar el modelo general cognitivo-conductual con el que vamos a ir trabajando.

En esta sesión los pacientes suelen salir muy agradecidos entendiendo mucho mejor su enfermedad que, en muchos casos, hasta ahora nadie les había explicado. No podemos presuponer que ya conocen de qué se trata porque suelen traer informaciones muy sesgadas por el estigma social. Hay mucha parte de la información que hoy la van a

escuchar por primera vez.

Es una sesión importante para que los pacientes eliminen los mitos que tengan sobre el trastorno bipolar y para que se vayan con una información correcta y clara de lo que es esta enfermedad. También van a empezar a tener responsabilidad en el manejo de su calidad de vida desde la planificación de actividades.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y, como haremos en todas las sesiones, comenzaremos preguntando a cada uno qué tal ha sido la semana para él, si ha ocurrido algo nuevo que sea relevante comentar, y qué tal se sienten en el día de hoy. Dejaremos claro que ésta es la parte de presentación que haremos todos los días, y que tiene que ser limitada en el tiempo para poder ir viendo más contenidos. Escucharemos a cada miembro teniendo en cuenta lo que es relevante para cada uno. Les escucharemos de forma reflexiva, y si es necesario, aprovecharemos para aplicar alguna estrategia de afrontamiento que vayamos a estudiar a lo largo del programa.

Psicoeducación

Comenzaremos preguntando qué entienden ellos por trastorno bipolar y qué saben de la enfermedad. Recogeremos todos los comentarios corrigiendo los que estén equivocados y reforzando los que sean correctos. Aparte de repetir la definición que dimos en la primera sesión, añadiremos que “el trastorno bipolar consiste en una alteración de los mecanismos cerebrales que regulan el estado de ánimo”. De esta manera, quedará claro el carácter biológico de la enfermedad. Señalaremos que estos mecanismos los estudiaremos en la próxima sesión. Explicaremos de forma general lo que es una fase de manía y una fase de depresión, la necesidad de la medicación para regular los mecanismos de control del estado de ánimo, los factores de riesgo que precipitan una recaída, los síntomas subsindrómicos entre fases, las dificultades de adaptación general que se pueden tener, y los síntomas prodrómicos y la necesidad de detectarlos. Todo esto se expone continuamente de modo interactivo. Primero se explica la teoría con definiciones claras y fáciles de entender, y luego se les pregunta a ellos que son los verdaderos expertos en trastorno bipolar, los que mejor se conocen y los que tienen que ir poniendo nombre a sus síntomas.

“Claro, si la medicación ayuda a los mecanismos del cerebro a controlar nuestro estado de ánimo, y nosotros la dejamos, ¿qué pasará? Pues puede que nos volvamos a sentir o muy muy alegres, o muy muy tristes, es decir, volveremos a

estar en una fase de manía o de depresión con las consecuencias que esto trae. ¿Alguno de vosotros tiene la experiencia de haber abandonado la medicación en algún momento? Por otra parte es normal intentarlo al principio cuando os sentís estables a pesar de los consejos médicos. Yo creo que también lo intentaría, pero ¿qué fue lo que pasó? Entonces, ¿qué tendremos que hacer? ”.

Este es un ejemplo donde estamos desculpabilizando, normalizando el manejo equivocado de la enfermedad cuando no se tiene experiencia con ella, interactuando con el paciente y recogiendo sus experiencias, y psicoeducando sobre la etiología, sobre factores de riesgo y consecuencias. Usando un buen lenguaje podemos llegar a ellos, reforzando la alianza terapéutica, psicoeducando e interviniendo.

“Más adelante conoceremos a fondo vuestros pródromos, los que cada uno tenéis antes de caer en una fase. Son esos síntomas que, sin llegar a ser síntomas, siempre suelen estar presentes antes de una recaída tanto de manía como de depresión. Uno muy común suele ser la falta de sueño, ¿alguien dejó de dormir los días antes de tener una recaída? Contadme, ¿y qué más sentisteis? ”.

Aquí tenemos otro ejemplo para ir introduciendo los pródromos y el necesario análisis que haremos de ellos más adelante para prevenir recaídas. Aquí los pacientes van ya reflexionando y empiezan a hacer comentarios como: “Uff, eso es lo que me pasa a mí. Qué barbaridad, nadie me había explicado nada de esto”. Comentarios que sorprenden muchísimo, que por una parte no puedes evitar que te agraden, pero que por otra sientes lástima de que antes no supieran cosas tan básicas. Muchas veces damos por hecho que esta información se les ha dado o la conocen, y nada más lejos que esto. Tienen derecho a saber.

Base cognitivo-conductual

Por último explicaremos el modelo cognitivo conductual en el que basaremos el resto de las sesiones. Les decimos que vamos a empezar a ver qué podemos hacer nosotros para estar mejor y para tener cierto control sobre la enfermedad. Enfatizamos la importancia de nuestra participación para llevar las riendas de nuestra vida, y que así, no nos las coja la enfermedad.

“Bueno, hay cuatro componentes básicos en el ser humano que dirigen todo lo que hacemos, lo que pensamos, lo que sentimos, lo que somos... Son el pensamiento, la conducta, el estado de ánimo y las sensaciones fisiológicas. Estos cuatro componentes están absolutamente relacionados entre sí”.

Esto se explica de pie, escribiendo con mayúscula en las cuatro esquinas de la pizarra cada componente, y se hacen flechas que vayan de uno a otro, y del otro a otro, empezando en una ocasión por el estado de ánimo, en otra ocasión por el pensamiento, etc...

“Por ejemplo, si un día estoy triste (estado de ánimo), y me meto en la cama sin hacer nada (conducta), y empiezo a pensar que no sirvo para nada y a sentirme culpable por no haber hecho nada (pensamiento), seguro que termino por tener sensaciones de angustia, ganas de llorar... (sensaciones fisiológicas); y ¿cómo me voy a terminar sintiendo? ¿mejor o peor?”.

“Si por ejemplo un día se me quema la comida (conducta), y empiezo a pensar que soy inútil (pensamiento), y entonces me entran ganas de llorar (sensaciones fisiológicas), ¿cómo terminará mi estado de ánimo?”.

Se les da varios ejemplos para que vean la relación entre estos componentes. Se les dice que esta enfermedad intenta manipular el estado de ánimo, pero que hay componentes que no tiene por qué manejar ella, y que están en nuestro poder: el pensamiento y la conducta. Se les explica que vamos a aprender a controlarlos, y que también ensayaremos técnicas que nos ayuden con las sensaciones fisiológicas desagradables, pero que, sobre todo, nos interesa centrarnos en la conducta o actividades y en el pensamiento.

“Bueno, como ensayo para esta semana vamos a coger el registro de actividades positivas y estado de ánimo (incluido en el material que se ha entregado al paciente. Anexos.). Quiero que todos los días hagáis al menos una actividad que os apetezca, que os guste. Si estáis bajos de ánimo, una actividad que sabéis, al menos, que antes os gustaba mucho, aunque ahora no le encontréis el placer. Sé que puede ser difícil pero es necesario. La actividad puede ser dar un paseo, hablar con un amigo, hacer una comida rica, leer un libro muy agradable, ver una película... No tiene por qué ser una actividad superespecial, simplemente algo que os agrade hacer. Y vais a apuntar lo que os agradó hacerla del 0 al 10, y el estado de ánimo al final del día del 0 al 10. Iréis viendo como, cuando la actividad os gusta más (aunque al principio os diera pereza realizarla), vuestro estado de ánimo es mejor”.

Se hace una última ronda por si tienen preguntas sobre la sesión de hoy, se les agradece su asistencia y su participación, y se les cita a todos para el próximo día. Nos despedimos.

SESIÓN 3

Objetivos de la sesión

Los objetivos de esta sesión se centran en que los pacientes entiendan el carácter biológico de la enfermedad, romper el estigma social que tengan sobre el trastorno bipolar, y normalizar el tema de tener una enfermedad mental.

Será una sesión donde empecemos a ver los beneficios de realizar actividades agradables y profundizaremos en las actividades que le gustan a cada uno, previniendo mecanismos de evitación por ansiedad o excusas que se puedan dar para caer en la apatía. Fomentaremos la lista de actividades agradables de cada sujeto aumentando la responsabilidad sobre su calidad de vida y estado anímico.

Comenzaremos a darles control sobre su enfermedad a medida que la van conociendo cada vez mejor.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y, como ya dijimos que haremos en todas las sesiones, comenzaremos preguntando a cada uno qué tal ha sido la semana para él, si ha ocurrido algo nuevo que sea relevante comentar, y qué tal se sienten en el día de hoy. No pediremos los registros que mandamos como tarea para casa hasta el momento oportuno. Esta primera parte requiere comentarios generales que deseen hacer sobre sus vidas, hechos o dificultades con las que se han encontrado. Si algún sujeto se ha sorprendido a sí mismo por haber hecho algo que no esperaba o le ha ocurrido algo especialmente positivo para él, deberemos empatizar con él, incidiendo y reforzando sus recursos personales implicados en el hecho.

“Así que me dices que en otras ocasiones cuando tu hermana te critica, tú no le respondes, te quedas triste y llorosa, y se te quitan las ganas de todo. Sin embargo, en esta ocasión le respondiste que la querías mucho pero que le agradecerías que no se metiera en tu vida, y te fuiste a dar un paseo a la playa para relajarte. Así que no sólo has sacado tus habilidades sociales, sino que también has sabido cómo regular tus emociones... Muy interesante, Marta”.

Psicoeducación

Posteriormente, pasaremos a la parte psicoeducativa de la sesión de hoy. Recordamos que el otro día enfatizamos que el trastorno bipolar tiene un carácter biológico muy

importante. Dibujaremos un cerebro y señalaremos el sistema límbico (“termostato del estado de ánimo”) como el lugar donde ocurren las alteraciones de los mecanismos del estado de ánimo. No podemos entrar en explicaciones difíciles de entender, por lo que hay que adaptarse a su lenguaje y explicarlo de forma simplificada. Dibujaremos dos neuronas y una sinapsis para explicar que si hay un aumento o un descenso de neurotransmisores en el espacio sináptico podría haber una desregulación del estado de ánimo, bien hacia la manía o bien hacia la depresión. Explicaremos cómo la medicación actúa en este espacio para regular el número adecuado de neurotransmisores que debe haber. El dibujo tiene que ser didáctico, comprensible para que lo puedan asimilar y explicarlo con cierto humor para que les llegue a todos ellos. Explicaremos el curso recurrente que tiene esta enfermedad, y para ello dibujaremos dos ejes, el eje de abscisas donde se representa el tiempo, y el eje de ordenadas donde se representa la alteración del estado de ánimo. Le llamaremos el gráfico vital donde, a lo largo del programa, todos representarán cómo ha sido su enfermedad. En este primer ejemplo, solicitamos un voluntario que se atreva a representar su enfermedad. Veremos los episodios de manía y depresión que ha tenido, la intensidad de los mismos, en el momento que ocurrieron, y muy importante, la lista de acontecimientos vitales como desencadenantes (y no como causas) que coincidieron en ese momento para dar lugar al episodio.

“Así que tu primer episodio de manía, Juan, lo tuviste en el primer año de facultad cuando comenzaste a suspender... ¿Y qué empezaste a sentir? ¿Qué pensabas que tenías? Tu segundo episodio fue de tipo depresivo y coincidió con una ruptura con tu pareja... ¿Pensabas en ese momento que era normal estar tan triste? ¿Te costó pedir ayuda? Luego vemos que durante varios años estuviste estable (hay que ver si estuvo eutímico o con síntomas subsindrómicos que se representaran con pequeñas alteraciones del estado de ánimo), y que luego recaíste el año pasado tras una temporada consumiendo porros con tus colegas... ¿Qué pensaste después? ¿Qué aprendiste del hecho?”.

Como vemos, mientras representamos el trastorno, investigamos la posición del sujeto ante la enfermedad, que puede ser parecida a la de otros miembros del grupo y les puede servir. A la vez que exploramos, psicoeducamos. Dejamos claro que todos harán su propio gráfico más adelante.

Les preguntamos cómo llevan su enfermedad a nivel social, si la reconocen o no, y sobre las actitudes que piensan que tiene la gente. Rompemos mitos sociales como que es una enfermedad de débiles, de locos, que es una enfermedad contagiosa, que se puede controlar sin medicación, que es una enfermedad incapacitante o que se la provoca uno

mismo. Si a lo largo de las opiniones surgen otros mitos sociales, los aclararemos. Explicamos que esta enfermedad se entenderá mejor socialmente si cada uno además de entenderla y comprenderla, la lleva con naturalidad y así lo transmite en los casos que considere necesario.

Los pacientes se sienten aliviados al conocer la alta prevalencia del trastorno bipolar, ya que así dejan de sentirse extraños y excluidos. Explicamos que los estudios recientes ofrecen datos de una prevalencia cercana al 4%, y que los estudios sobre el espectro bipolar ofrecen una prevalencia por encima del 10% en la población general. Referimos que es una enfermedad universal, y que no está vinculada a ningún condicionante social o cultural. Es una enfermedad crónica y recurrente, para toda la vida, con episodios que tienden a repetirse, pero que no es igual de grave toda la vida. Aquí enfatizamos la necesidad de mejorar nuestra calidad de vida.

Para finalizar la parte psicoeducativa, incidimos en que si tomamos bien la medicación y seguimos unas pautas adecuadas, la enfermedad puede estabilizarse, estar compensada y lograr un dominio sobre ella, teniendo en todo caso recaídas más cortas, más infrecuentes, y más controladas por parte del paciente. Leemos el cuento de “Los tres cerditos bipolares”, creado por Colom y Vieta en su *Manual de psicoeducación para trastorno bipolar* (2004). El cuento dice así:

“¿Os sabéis el cuento de ‘Los tres cerditos’? Os voy a contar el cuento de ‘Los tres cerditos bipolares’. El primer cerdito sencillamente no creyó las indicaciones de su veterinario, y pensó que el trastorno bipolar era una invención de los psiquiatras o un cuento para niños, así que no cambió ninguna de sus pautas de conducta: salía por las noches hasta altas horas, consumía tóxicos siempre que tenía oportunidad, desoía a sus compañeros cuando éstos le advertían que estaba demasiado alterado y, por supuesto, no tomaba ninguna de las medicaciones que se le habían pautado. El resultado de esta actitud ante su enfermedad fueron constantes recaídas, incluso varias al año, y esta situación le llevó a ingresar en múltiples ocasiones en el hospital. Perdió su trabajo, sus compañeros se alejaron de él porque en ocasiones estaba realmente muy irritable y en otras decía cosas muy extrañas sobre la posibilidad de ser una gallina y no un cerdo, e incluso fue detenido en una ocasión acusado de desorden público cuando estaba intentando poner un huevo en la granja avícola de la localidad. El segundo cerdito de la historia aceptó tomar la medicación que le propuso su psiquiatra, sobre todo debido a la insistencia de su familia, y consideró la posibilidad de tener realmente un trastorno bipolar. Sin embargo, llevaba una vida desordenada, en contra de lo que le había indicado su psicólogo: dormía poco, a veces porque estaba

estudiando y a veces porque dedicaba su energía a bailar salsa, bebía alcohol en cantidades suficientes para alterar su estado de ánimo y solía fumar porros, a pesar de la dificultad obvia de liar un cigarrillo cuando en lugar de dedos tienes pezuñas. Todo ello hizo que sufriera también varias recaídas, a pesar de tomar correctamente la medicación. El tercer cerdo participó en un grupo psicoeducativo para cerditos bipolares. Esta actividad, unida a su carácter prudente y a su gran motivación para no recaer (sabía que disfrutaba mucho más de la vida cuando estaba eutímico), le llevó a tomar todas las precauciones necesarias para evitar las temidas recaídas: tomó su medicación e hizo caso de las indicaciones de su médico y de su psicólogo. Salía algunas noches, pero se aseguraba de dormir lo suficiente. Nunca tomaba tóxicos de ninguna clase, siempre hacía caso de las observaciones de su esposa cuando ésta le encontraba más nervioso que de costumbre e incluso aprendió él mismo a identificar a tiempo las señales de una recaída. Era consciente de que esta actitud implicaba un sacrificio, pero como era un cerdo inteligente comprendió que valía la pena llevar una vida moderada a cambio de algo tan importante como su felicidad y estabilidad personales. De todos los cerdos de este cuento, él es el cerdo más listo, y hay quien dice que algunos cerdos son más listos que los humanos”.

Base cognitivo-conductual

Para comenzar la segunda parte, que en el día de hoy puede ser un poco más breve que la primera, pediremos el registro de actividades-estado de ánimo. Tal vez, algunos de ellos no lo hayan realizado porque no entendieron bien lo que había que hacer en la otra sesión, porque temían hacerlo mal, o porque se les olvidó. Empezamos revisando los registros realizados haciendo que comenten al grupo los dos días que tuvieron mejor estado de ánimo al final del día, y el día que peor estado de ánimo sintieron. Rápidamente observaremos la relación entre lo que hicieron el día concreto y su estado de ánimo. Aquí realzamos la importancia de que todos hagamos el registro para que seamos conscientes de que dependiendo de lo que hagamos, nos sentiremos cada día mejor o peor. Señalamos que también nos puede servir para darnos cuenta de las actividades que nos gustan más.

Control de la ansiedad

Preguntamos sobre las dificultades que pueden tener para llevar a cabo determinadas actividades. Seguramente, entre ellas, estén los componentes fóbicos. Explicamos que la ansiedad y el miedo aumentan cuando se evita hacer aquello que nos da miedo, y sin

embargo se hacen mucho menores si afrontamos paulatinamente aquello que tememos. Preguntamos sobre situaciones concretas que evitan por ansiedad. Puede que eviten estar en lugares concretos (cine, supermercado) o actividades sociales (comida con amigos, conocer gente nueva). Se les anima a que intenten afrontar al menos una situación que teman, que se mantengan allí sabiendo que la ansiedad no es nociva y es natural, y que observen cómo va disminuyendo por sí sola. También les aclaramos que a lo largo del programa les daremos técnicas más concretas para el manejo de la ansiedad, pero que es importante que se atrevan a exponerse para que luego comentemos lo sucedido.

“Como hemos visto que todos podemos tener cierto control sobre nuestro estado de ánimo, y eso puede mejorar nuestra satisfacción vital, es importante que comencemos a actuar. Lo que aprendemos es necesario llevarlo a nuestra vida cotidiana, porque si no, no nos sirve. Para el próximo día quiero que todos hayamos rellenado el registro. Claro, eso nos obliga a tener que hacer una actividad agradable al día, qué horror, eh? (bromeo con ellos con complicidad), qué mal lo vamos a pasar haciendo lo que nos gusta... Bueno, veis que es muy importante y confío en que podéis intentarlo. También quiero que todos hagáis una lista de actividades agradables que os gusta hacer, o que os gustaba antes, sin juzgarlas, aunque ahora penséis que no podéis llevarlas a cabo por las circunstancias que sean... Una lista de vuestras actividades agradables. Y por último que os atreváis a exponeros a una situación que os produzca un poco de ansiedad, digamos una ansiedad de 5 a 7, para que todos tengáis la experiencia de que esta ansiedad disminuye por sí sola. ¿Tenéis alguna duda? ¿Creéis que lo podéis hacer? (y dirijo la mirada a uno por uno buscando el asentimiento de todos)”.

Se les agradece a todos su asistencia y participación, nos despedimos y les citamos para el próximo día con sus deberes en la mano.

SESIÓN 4

Objetivos de la sesión

Los objetivos de esta sesión son que el paciente se familiarice con lo que es clínicamente un episodio de manía o de hipomanía. Enfatizaremos el concepto de responsabilidad sobre el cuidado de esta enfermedad y su importancia de reconocer bien los síntomas cuando sufran un episodio. Deberán darse cuenta que es la enfermedad, y no ellos, la que está provocando pensamientos y realizando actos en episodios

(hipo)maníacos que ellos no consideran en sus fases de eutimia.

Intentaremos fomentar la planificación de actividades agradables en su vida diaria generalizándolas hasta tal punto que se conviertan en un hábito, y les daremos técnicas de respiración y distracción cognitiva que les sirvan para afrontar la ansiedad en determinadas situaciones.

Introduciremos el entrenamiento en habilidades sociales, aprendiendo las diferentes respuestas y modos que podemos adoptar ante una misma situación social.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y, como siempre, comenzaremos preguntando a cada uno qué tal ha sido la semana para él, si ha ocurrido algo nuevo que sea relevante comentar, y qué tal se sienten en el día de hoy. Una vez más abordaremos en este espacio los temas que sean de su interés y sucesos que hayan sido relevantes y que sirvan para ensayar estrategias de afrontamiento de su vida cotidiana.

Psicoeducación

Comenzaremos diferenciando el concepto de culpa del de responsabilidad. Explicaremos que los sentimientos de culpa, además de ser irracionales, no son útiles y que, sin embargo, tomar responsabilidad sobre la propia vida y sobre el control de la propia enfermedad puede ayudarnos a lograr mayor satisfacción vital.

“Nos decías, Pedro, que tú te habías sentido culpable por todo el dinero que habías gastado cuando estabas bajo un episodio maníaco. En ese momento, tú desconocías que tenías una enfermedad que te puede jugar esas malas pasadas, y pensabas que eras tú, y no la enfermedad, el que deseaba realmente hacer esos gastos. Luego hablaremos de los síntomas del episodio maníaco para que veas que puede suceder eso. Pero, ¿acaso te sirve de algo ese sentimiento irracional de culpabilidad? ¿O te serviría más hacerte cargo de la enfermedad para que esté lo más controlada posible y aprender a reconocerla?”.

Como vemos, por una parte externalizamos la enfermedad dándole vida propia y atribuyéndole la culpabilidad de los síntomas y hechos que Pedro sufría. Por otra parte normalizamos ese tipo de conductas dentro de un episodio maníaco, y lo más importante, devolvemos responsabilidad y control a Pedro sobre la enfermedad que padece. Debemos planteárnoslo como una lucha entre Pedro y la enfermedad mental que a veces le quiere dominar. Nuestra tarea consistirá en entrenar a Pedro, primero en reconocerla

en todas sus especificidades, y segundo, en enseñarle a manejar todas las herramientas posibles para que tome el control sobre ella y sobre su vida. En este momento, también puede servir aplicar la técnica de esculturas donde Pedro hace de Pedro, y otra persona hace el rol de la enfermedad, representando lo invadido que se siente Pedro cuando la enfermedad le domina, y los sentimientos de Pedro cuando la tiene bajo control (por ejemplo, Pedro estaría de pie, orgulloso, mirando al frente, y con sus manos en la espalda de la persona que hace de enfermedad que se encontraría agachada a sus pies). Suele ser una técnica muy representativa para los pacientes y que les ayuda a ver el objetivo clave y a sentir que ellos tienen el dominio.

Posteriormente, preguntaremos por los síntomas de un episodio maníaco. Haremos una rueda de turno donde cada paciente va diciendo un síntoma maníaco. En caso de que se equivoquen, lo corregiremos y explicaremos si ese síntoma pertenece a otro tipo de episodio o incluso a otra enfermedad. Les daremos la opción de que pongan ejemplos concretos de esos síntomas si así lo desean.

“Así que tú, Marta, dices que no podías dormir por la noche y que te notabas muy enérgica. Ibas al gimnasio tres horas diarias, cuando normalmente vas una hora dos días por semana, y que te podías leer un libro en una sola noche. Comentabas que el libro de Rayuela lo leíste de un tirón, cuando habitualmente solías leer un libro por mes. Interesante. Es importante que veamos que son actos que realizamos en ese estado y que habitualmente no somos capaces de realizar. También dices que por una parte te sentías bien porque te creías capaz de todo, pero que a su vez tenías el deseo profundo de parar y no podías”.

¿Qué forma hay mejor de explicar los síntomas del episodio maníaco que no sean los propios síntomas que han padecido los pacientes?

Mientras los van diciendo los iremos apuntando en la pizarra con el lenguaje de los pacientes. Generalmente, entre todos los pacientes logran una lista completa. Si no es así, podemos añadir algún síntoma más que pensemos que es fundamental y preguntar si alguno lo ha padecido, y si no lo han vivido, comentar que suele ser también habitual. La lista tiene que tener: aumento de la actividad, ánimo elevado, disminución de la necesidad de sueño, locuacidad, aceleración del pensamiento, aumento de la autoestima, distraibilidad, aumento del impulso sexual, irritabilidad, síntomas psicóticos, y abuso de alcohol o tóxicos. Podemos comentar que los síntomas psicóticos suceden en algunas ocasiones, y normalizar su aparición como unos síntomas más que se pueden presentar. Señalaremos que estos síntomas psicóticos también suelen aparecer en la esquizofrenia, pero que la esquizofrenia y el trastorno bipolar son enfermedades muy diferentes.

Recordaremos, también, que para tener un episodio maníaco no es necesaria la presencia de todos estos síntomas.

Comentaremos las consecuencias de padecer un episodio maníaco. Señalaremos que en algunas ocasiones puede resultar agradable o que incluso el paciente puede pensar que se encuentra fenomenal, pero que tenemos que ver que es un estado mental alterado, al igual que la depresión. Señalaremos que en episodios maníacos se puede tomar decisiones erróneas y sufrir luego las consecuencias de las decisiones que ha tomado la enfermedad, que se puede llegar a estar muy inquieto, y que después se sufre la depresión posterior.

“Así que tú, Pedro, le pediste el divorcio a tu esposa y has comentado que te acostaste con prostitutas cuando anteriormente nunca lo habías hecho. Así que luego te sentiste mal, te arrepentiste y quisiste volver con tu mujer. Es muy positivo que tu esposa y tú podáis entender que era producto de la enfermedad para eliminar posibles reproches o sentimientos de culpa. Pero fíjate, a pesar de que en ese momento te sentías genial y creías tenerlo muy claro, no era lo que tú, Pedro, deseabas. Es importante reconocer los episodios de manía, y sobre todo, aprenderlos ahora que estamos estables para que los podamos reconocer a posteriori y no nos dejemos hechizar por ellos”.

Respecto a la hipomanía, se diferencia del sentimiento de felicidad en que aparece sin una causa concreta, se acompaña de cierta irritabilidad si el afectado es contrariado, puede conllevar abuso de alcohol o tóxicos, tiende a reducir la capacidad de juicio y de decisión, es recurrente, y suele venir precedida o seguida de una depresión.

Base cognitivo-conductual

Pasaremos a la segunda parte de la sesión, comentando los registros de actividades y estado de ánimo de algunos pacientes. Volveremos a incidir en la relación directa que hay en realizar actividades que gustan con el estado de ánimo que tenemos después. También veremos que cuánto más satisfacción nos da esa actividad, mejor estado de ánimo nos crea. Veremos si han realizado alguna actividad que hasta ahora evitaban y cómo se sintieron.

“Así que tú, Margarita, hacía tiempo que no te atrevías a ir al Corte Inglés que lo tienes cerca de tu casa por si te agobiabas y te pasaba algo, y me dices que fuiste el jueves a mirar las rebajas... Además comentas que al principio estabas algo nerviosa y que posteriormente te centraste tanto en dos vestidos que te gustaban

que se te ‘olvidó’ la ansiedad. Bueno, lo primero felicitarte por haber sido capaz, pero sobre todo, que a todos nos sirva de ejemplo. Para tener ansiedad hay que ‘recordar’ que uno tiene ansiedad. Si uno se distrae, o simplemente sigue con la actividad que estaba haciendo sin dar más importancia a los primeros síntomas que sienta, la ansiedad termina por rendirse y desaparece. De todas maneras, por muy fuertes que hubieran sido estos síntomas, el cuerpo no lo permite más allá de 10 minutos y activa el sistema nervioso parasimpático haciendo que desaparezcan. Muy bien, Margarita, muchas gracias”.

Control de la ansiedad

Las tareas para casa las van a realizar si ven lo interesante que es para nosotros que lo hagan, dependiendo del énfasis e importancia que le demos. Aprovechando el ejemplo que dé la persona que lo haya hecho (casi siempre hay alguien que lo hace), introduciremos las técnicas de control de ansiedad. Nos iremos a las hojas de técnicas de distracción y de respiración diafragmática (incluidas en el material del paciente. Anexos.), señalando que les puede servir para reducir la ansiedad.

La autoatención hacia el propio funcionamiento corporal es uno de los factores más importantes de la ansiedad. Las personas que han tenido la desagradable experiencia de sufrir un ataque de pánico a menudo establecen una especie de sistema de alarma o estado de alerta ante el más mínimo cambio corporal que tengan. Si al percibir síntomas de ansiedad, logramos cambiar la estrategia y desviar la atención hacia otro estímulo que pueda competir con el amenazante, podremos controlar mejor la situación y evitar que la angustia aumente al concentrarnos en un estímulo diferente al que produce temor. Algunas de las técnicas son las siguientes: centrarse en un objeto (describir con detalle un objeto complejo: forma, color, tamaño, textura, uso...); ejercicios mentales (actividad mental que requiera concentración: contar hacia atrás, nombrar animales en orden alfabético...); actividades absorbentes (actividades dentro del repertorio de la persona: crucigramas, sudokus, puzzles, cantar, hablar, leer...); conciencia sensorial (agudizar los sentidos y tomar conciencia de todo lo que percibimos); recuerdos y fantasías agradables.

Practicaremos todos durante cinco minutos la respiración diafragmática, asegurándonos de que todos ellos la aprenden bien, colocando la mano en su abdomen si es necesario. Se les indica que independientemente de que tengan más o menos ansiedad es muy positivo generalizar esta respiración a la vida cotidiana. La pueden recordar mientras ven la televisión, mientras leen, mientras caminan, una vez que ya la hayan dominado.

Habilidades sociales

Para finalizar, introduciremos las habilidades sociales. Las habilidades sociales son ese conjunto de comportamientos de una persona al relacionarse con otras, a través de los cuales expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo adecuado a la situación, respetando los derechos de los demás.

El comportamiento pasivo implica la violación de nuestros derechos, al no ser capaces de expresar honestamente los sentimientos, pensamientos y opiniones. El mensaje que comunicamos es: “Yo no cuento, mis sentimientos y pensamientos no importan”. La persona pasiva puede sentirse incomprendida, no tomada en cuenta o manipulada, volverse hostil o irritada hacia los demás, y tener sentimientos de culpabilidad, ansiedad, depresión y baja autoestima.

El comportamiento agresivo implica la defensa de los derechos personales, expresando pensamientos, sentimientos y opiniones de modo inapropiado, violando los derechos de la otra persona. El mensaje es: “esto es lo que pienso, siento y quiero, y lo que tú quieres no importa”.

El comportamiento asertivo implica expresar abiertamente y a tiempo los sentimientos y necesidades, defendiendo nuestros derechos, pero sin amenazar, castigar y violar los derechos de los demás. El mensaje es: “esto es lo que pienso y siento, así es como veo la situación y tendremos que encontrar juntos qué hacer para resolverlo y que no se vuelva a producir”.

Leemos las dos primeras hojas del protocolo de habilidades sociales (ver Anexos) que nos describen qué se entiende por habilidades sociales, y los tres tipos de respuesta general que existe y las consecuencias de cada una: la pasiva, la agresiva, y la asertiva.

“Imaginémonos que Margarita ha quedado con Marta para cenar en su casa a las 21 horas, y Margarita llega a la cita a las 21.30. Marta puede responder: ‘Pasa, la comida está en la mesa’; o ‘¿Te piensas que yo soy tu esclava? ¡Vete por ahí, no quiero volver a verte!’; o ‘Mira, llegas media hora tarde. Ya he hecho la cena pero se ha quedado fría. ¿Te importaría si la próxima vez me avisas con antelación de que te vas a retrasar?’. ¿Cuál pensáis que le haría sentirse mejor a Marta y que es la respuesta que podría llevar a tener una cena agradable, una buena relación de amistad y una futura puntualidad de Margarita?”.

Aunque parece obvio, es importante ensayar asertividad para que los pacientes lleguen a tener un sentimiento mayor de adecuación social y un buen repertorio de habilidades sociales. En algunas ocasiones, bien por timidez o por baja autoestima, estas habilidades han sufrido un deterioro, y se tiende a respuestas más pasivas o sumamente agresivas.

Se les incita a practicar en su día a día para la próxima sesión en la que ensayaremos

todo esto a través del role-playing para que estas habilidades sean afianzadas, y se les manda como tarea para casa el registro de actividades y de estado de ánimo, así como practicar diariamente la respiración diafragmática. Volvemos a insistir en que la importancia de la terapia está en ir generalizando todo aquello que vayan aprendiendo a su vida cotidiana.

Nos despedimos, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Les agradecemos su participación y colaboración.

SESIÓN 5

Objetivos de la sesión

El objetivo principal de la sesión será que conozcan todos los síntomas, peculiaridades y consecuencias de un episodio depresivo, así como la necesidad de abordarlo con un adecuado tratamiento. Introduciremos todas las repercusiones así como las complicaciones que puede tener el hecho de sufrir un intento autolítico. Insistiremos en la necesidad de distinguir las emociones normales de las patológicas.

Trabajaremos la relevancia de los pensamientos sobre el estado de ánimo y el posible control que pueden ejercer por su parte.

Trabajaremos de forma práctica las habilidades sociales, distinguiendo asertividad, pasividad y agresividad, y fomentando la iniciativa y habilidades de comunicación.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno qué tal ha sido la semana para él, cuál ha sido su mejor día de la semana, y qué tal se sienten en el día de hoy. Nos mantendremos en escucha activa y atención flotante a los contenidos que nuestros pacientes consideren relevantes. Aprovecharemos los comentarios que refieran incidiendo en la relación entre actividades y estado de ánimo, relación entre pensamientos y estado de ánimo, y habilidades sociales practicadas, que muchas veces pueden realizar de forma inconsciente. Les haremos tomar conciencia cómo, en la vida diaria, se utilizan continuamente los contenidos que estamos estudiando en la teoría.

“Así que tú, Margarita, cuando el otro día te enteraste que habían salido tus amigas a tomar café y no te habían avisado, dices que te sentiste ofendida y rechazada. ¿Qué pensaste en ese momento? ¿A qué lo atribuiste? (...) Puede ser que no quieran estar contigo porque no les caes muy bien, pero sin embargo, en la

mayoría de las ocasiones te llaman. ¿Qué otras razones ha podido haber? ¿Se lo preguntaste? ¿Cómo te sentiste después?”.

En la anécdota que ha contado Margarita podemos ver que ha estado muy influenciada por sus pensamientos (seguramente erróneos y catastrofistas), y por ello aprovechamos para realizar una reestructuración cognitiva, y fomentar las habilidades sociales, sin que se deje invadir por su estado de ánimo.

Psicoeducación

Posteriormente, recordaremos que en la sesión pasada estudiamos el episodio de manía y que hoy nos vamos a familiarizar con el episodio de depresión. Hacemos una ronda con los pacientes para que nombren síntomas del episodio depresivo, recalcando que pueden ser síntomas conductuales (lo que hacen o dejan de hacer), emocionales (lo que sienten y cómo lo sienten) o cognitivos (pensamientos que tienen en esos momentos). Los iremos apuntando en la pizarra tal y como los nombren los pacientes. Al final de sus comentarios, deben estar recogidos todos los síntomas: tristeza, pérdida de energía, fatiga, dificultad de concentración, cogniciones negativas, disminución del sueño o hipersomnia, pérdida de intereses, pérdida o aumento importante de peso, llanto, pérdida de apetito o desorganización de hábitos de alimentación por ansiedad, síntomas somáticos e irritabilidad. Explicaremos que también puede haber sentimientos de desesperanza, de culpa o inferioridad, vacío emocional, agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida del deseo sexual, ansiedad y/o pensamientos de muerte o suicidio. Señalaremos que, muchas veces, la depresión bipolar se caracteriza más por síntomas conductuales que cognitivos, donde hay un abandono de actividades y una pérdida importante de las ganas de hacer cosas. La tristeza suele ser habitual, pero no es una condición necesaria para estar sufriendo un episodio depresivo.

“Así que tú, Marta, me dices que comenzaste a dejar de hacer cosas, abandonaste las clases de baile y decías a tus amigas que no te apetecía salir y que incluso pasabas días con tu teléfono desconectado para que no te molestaran. Tenías mucho sueño, dolores de espalda y estómago, y que pensabas que sólo necesitabas descansar. Por más que te planificabas algo para el día siguiente, luego te sentías incapaz de hacerlo. Refieres que contestabas mal a tu madre, y que ella fue la que te hizo tomar conciencia de que estabas enferma porque tú no sentías la tristeza. ¿Es así, Marta?”.

Recogemos con el reflejo empático los ejemplos que nos refieran sobre sus posibles episodios depresivos, aprovechando para indicar las características de esta enfermedad y

la importancia de ser conscientes para pedir ayuda y salir del episodio depresivo. Es muy importante que vean el carácter biológico de la depresión, ya que muchas veces lo atribuyen ellos mismos a causas psicógenas, y su entorno a la personalidad vaga y ociosa del paciente. Una vez más es muy importante desculpabilizar al paciente de sus conductas en estos episodios, y que entiendan que fue la enfermedad, y no ellos, los que hacían las cosas de una u otra forma.

“Así que dejaste de ver a tus amigas tras una discusión, y crees que por ello te deprimiste. ¿No será que tal vez ya estabas deprimida, un poco más irascible, y eso te produjo el conflicto con ellas y te quito las ganas de salir? Quizás en otras ocasiones, tras una discusión, solucionarías el problema en vez de abandonarlo todo. Pudo desencadenar todo el episodio, pero no llegar a provocarlo. Y dices que tu madre pensaba que no hacías la cama y que no recogías tu habitación por vagancia, cuando tú normalmente eres una chica dinámica por lo que has dicho. ¿No crees que pudo ser la misma depresión que no te permitía moverte?”.

Hay que diferenciar muy bien todos los síntomas patológicos de los síntomas normales de la vida diaria. Señalaremos que socialmente se usa muchas veces el término depresión sin que este uso sea correcto. Hay días que tenemos más o menos ganas de hacer cosas, que nuestras actividades nos provocan más o menos satisfacción, que estamos fatigados tras un día estresante, y que por ello, no podemos decir que estamos deprimidos. Incidiremos en que la depresión, además de ser mantenida y sin causa directa, tiene repercusiones en la vida diaria de la persona, a nivel familiar, social y/o laboral.

Abordaremos el tema del suicidio, tanto a nivel cognitivo como conductual, señalando que es un síntoma con una frecuencia alta en la depresión bipolar. Veremos que muchas veces viene desencadenado por pensamientos de desesperanza, creyendo, erróneamente, que su situación es irreparable y eterna. Incidiremos en la necesidad de tratamiento, y en sus propias experiencias, para que se den cuenta de que ese estado emocional negativo siempre termina y tiene solución. Siempre viene proseguido de un período estable y satisfactorio cuando el episodio es bien tratado.

Para finalizar esta parte, indicaremos que también existen las fases mixtas, donde se mezclan los síntomas depresivos (ideas de muerte, incapacidad, pesimismo) con los síntomas maníacos (inquietud, aceleración del pensamiento, agitación), generando un estado de irritabilidad, ansiedad, labilidad e inquietud, con otros síntomas como pérdida de concentración o probables síntomas psicóticos. Les preguntaremos por posibles fases mixtas que hayan sufrido.

Base cognitivo-conductual

Revisaremos los registros de actividades y estado de ánimo, comentando cada uno el día que recogieron con estado de ánimo más elevado y comprobar si coincide con el día del que nos han hablado espontáneamente al inicio de la sesión. Incidiremos en la relación directa que hay en realizar actividades que más nos gustan con el estado de ánimo más elevado posteriormente. Remarcaremos que en períodos de estabilidad tenemos más facilidad para recordar y valorar las cosas positivas que nos suceden más que las negativas.

“Claro, así que Luisa recuerda como su mejor día el martes, y dices que lo marcaste con un 9. Así que ese día estuviste todo el día acompañada, comiste con tu hermana, paseaste con ella, y después fuiste clases de tai-chi. Además dices que te gusta mucho tu profesor y que le intentabas sonreír mucho. Bueno... practicaremos cómo tomar la iniciativa en habilidades sociales, a ver si te podemos ayudar...”

Señalamos que así es como influyen las actividades que hacemos, y que, hoy, vamos a introducir también la influencia de nuestros pensamientos en el estado de ánimo. Nuestros pensamientos y nuestras interpretaciones determinan cómo nos sentimos y cómo actuamos. Lo que pensamos, lo que nos decimos a nosotros mismos, nuestros juicios e interpretaciones provocan nuestras emociones y sentimientos, y nuestro comportamiento. Ante los mismos hechos, las personas podemos reaccionar de formas diferentes, y a veces, ante un mismo hecho repetido varias veces la persona puede tener reacciones emocionales distintas. ¿Qué es lo que lo determina? Lo que pensamos entre el hecho y nuestra emoción y conducta.

“Imaginémonos que paseamos por un parque y vemos a una pareja besándose. Depende de nuestra personalidad y circunstancias reaccionaremos de diferentes maneras. ¿Qué pensará una chica que lo acaba de dejar con su novio? Tal vez se sienta muy triste, con un gran vacío y esto se produzca al decirse a sí misma algo tan erróneo como ‘yo nunca volveré a sentir algo así...’. Una señora satisfecha con su vida puede pensar que es algo muy bonito y natural, y una adolescente puede mirar evasivamente para otro lado por pensamientos de vergüenza. Lo que pensamos nos hace sentir y actuar”

Indicaremos que más adelante nos haremos expertos en detectar y conocer nuestros pensamientos. Los pensamientos son automáticos e involuntarios, creíbles y enfáticos (con mucha fuerza sin permitir duda alguna), rápidos (a veces no nos damos cuenta, sólo

sentimos malestar, pero siempre hay palabras o imágenes negativas detrás de una emoción negativa), no se basan en la lógica ni en la evidencia, no sirven para nada, y son de una visión oscura, negativa y distorsionada sobre uno mismo (“soy un desastre”, “no valgo para nada”), sobre el mundo y los demás (“la vida no tiene sentido”, “nadie me quiere”), o sobre el futuro (“no hay solución”, “no seré feliz”). Suelen componerse de frases en lenguaje absolutista (siempre, nunca, soy, debería, seguro que...).

“¿Os acordáis hace algunas sesiones cuando Marta contó que se le quemó la comida? Ella tuvo rápida y automáticamente el pensamiento de que no sabía hacer nada y de que era muy inútil, lo cual le produjo una sensación de tristeza, soledad y baja autoestima. Estos pensamientos están distorsionados y nos pueden hacer mucho daño. Próximamente, vamos a conocerlos, a aprender a detectarlos, a cazarlos antes de que nos influencien, a discutirlos y a cambiarlos por otros más positivos y adaptativos que nos permitan vivir mejor”.

Habilidades sociales

Daremos paso a la siguiente parte, preguntando por posibles situaciones sociales que se han encontrado durante la semana y por las habilidades sociales que han puesto en práctica. Normalmente no han sido muy conscientes de su práctica, pero muchas veces cuentan situaciones que pueden servir para analizar la respuesta más o menos adecuada del sujeto que le hace sentirse mejor o peor.

Repasamos el concepto de asertividad que recoge la expresión de los propios derechos y sentimientos respetando a su vez los de su interlocutor. El objetivo siempre es que logre quedarse bien consigo mismo y que fomente una adecuada relación social basada en el respeto mutuo con el otro. Para comenzar, leemos algunas situaciones sociales del ejercicio práctico (que tenemos en el protocolo. Anexos.) con su respuesta, y ellos tienen que decir si es una respuesta asertiva, pasiva o agresiva y argumentarlo. Una vez que vemos que esto ha quedado entendido, lo ensayamos en role playing. Tras salir espontáneamente dos voluntarios a la mitad del círculo, o haberlos elegido nosotros (que al principio suele pasar y entonces elegiremos a los que sabemos que menos les va a costar por ser la primera vez), leemos una situación del ejercicio que tienen que representar. Lo representan a su manera, como ellos deseen, y al acabar siempre se les refuerza y se les da las gracias por haberlo realizado. Tras hacerlo, los miembros del grupo señalarán si ha sido una respuesta adecuada o el modo para llegar a ser una respuesta asertiva. Cuando la situación queda clarificada, se les invita a volver a representarla, si es necesario, de manera adecuada para que ambos miembros se sientan bien en esa interacción.

“Muy bien, Pedro y María. Muchas gracias por la representación. María te ha pedido la moto y tú no querías dejársela a la vez que no querías que se enfadara, has dudado mucho y al final se la has prestado. Tus compañeros dicen que es una respuesta pasiva, y que para ser una situación asertiva el NO tiene que ser más rotundo aunque puede ser argumentado. Bueno, ¿seríais tan amables de representarla de nuevo de forma asertiva?”.

Esta parte es muy divertida, y como ya hay confianza entre ellos, suelen colaborar y se suelen reír mucho. Aunque la entienden muy bien, y distinguen rápidamente las respuestas, les suele costar mucho representarlas de forma asertiva, si su estilo natural es pasivo. A veces, analizando la respuesta la mejoran en la segunda representación, otras veces el terapeuta debe ser modelo y representar adecuadamente la situación, aunque siempre es preferible que la modifiquen por ellos mismos. Es muy importante reforzarles, corrigiendo para fomentar el aprendizaje. Si algún compañero hace una crítica a la persona (*“¡Es que Pedro no sabe hacerlo!”*), que no suele ser muy frecuente, se retoma esa situación concreta, se refuerza a Pedro su colaboración (*“Digamos que Pedro no lo ha representado de forma asertiva, pero hay que agradecerle mucho su participación y aquí vamos a aprender todos a fomentar nuestras habilidades sociales”*), y se puede aprovechar de ejemplo para hacer y recibir críticas adecuadamente.

Para finalizar, como tareas para casa, seguirán con su registro de actividades y estado de ánimo, y rellenarán el registro de situaciones asertivas (Anexos) donde tendrán que escribir al menos una situación social con la que se han enfrentado al día, la respuesta que han tenido y cómo se han sentido. Volvemos a remarcar que es muy importante que sean conscientes de su propio comportamiento para aprender a controlarlo, así como generalizar lo aprendido a la vida diaria.

Se les agradece a todos su participación, se señala lo divertida que ha sido la sesión gracias a ellos y lo bien que lo hemos pasado, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 6

Objetivos de la sesión

El objetivo principal de esta sesión es afianzar el aprendizaje de todos los contenidos psicoeducativos vistos hasta ahora. Veremos los diferentes tipos de trastorno bipolar existentes, e incidiremos en el curso recurrente de la enfermedad representándola gráficamente.

Profundizaremos en la influencia de las cogniciones en nuestro estado de ánimo, aprendiendo los diferentes tipos de pensamientos irracionales que existen y potenciando nuestra capacidad para detectarlos. Practicaremos las técnicas de distracción cognitiva y la respiración diafragmática.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno qué tal ha sido la semana para él, si ha habido algún acontecimiento relevante, y qué tal se sienten en el día de hoy. Escucharemos con atención intentando captar aquellos hechos de la vida diaria que nos sirvan para dar ejemplos prácticos de los contenidos que estamos viendo en las últimas sesiones.

“Así que, Luisa, fuiste el otro día a tomar algo después de la clase de tai-chi con tus compañeros y con el profesor que te gusta. (Lo ha contado entusiasmada) ¿Te atreviste a hablarle? Así que te dijo que tú siempre estabas sonriente en clase y que parecías muy simpática. ¿Qué le contestaste? ¿Cómo te sentiste?”.

No sólo hacemos que cada paciente se siga sintiendo a gusto y que vea que su vida nos importa, sino que, en este caso por ejemplo, también fomentamos la realización de actividades y su influencia en el estado de ánimo, y la práctica de habilidades sociales en diferentes contextos.

Psicoeducación

Señalamos que la sesión de hoy tiene el objetivo de repasar todos los contenidos psicoeducativos y resolver cualquier duda que haya. Hacemos un resumen definiendo el trastorno bipolar, los síntomas habituales de los diferentes episodios, el carácter biológico de la enfermedad, los factores de riesgo y posibles desencadenantes, la necesidad de autocuidado, los síntomas subsindrómicos, la influencia en las diferentes áreas de la vida, su curso recurrente y crónico, y nuestra capacidad de controlarla en la medida de lo posible.

Aquí pueden salir cuestiones de diferente tipo, haciendo los pacientes diferentes preguntas, queriendo profundizar en algunos temas, por lo que nos adaptamos de forma flexible a las cuestiones que salgan a la luz.

Explicamos que hay tres tipos de trastorno bipolar: la ciclotimia, el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II. Les preguntamos si se acuerdan del gráfico vital, el gráfico que representaba la enfermedad, y damos las gracias a Juan, que fue el voluntario que se

atrevió a representar su enfermedad en la pizarra. Dibujamos los dos ejes, el de abscisas que representa el tiempo, y el de ordenadas que representa la intensidad de los síntomas (hipo)maníacos (hacia arriba) o depresivos (hacia abajo). Explicamos que hoy vamos a representar la enfermedad de otra persona y que ello le ayudará a conocerla un poco más. Solicitamos un voluntario, que no sea Juan, que represente su enfermedad en la pizarra.

“Muy bien, Carla, así que hoy eres tú la valiente que se atreve a representar su enfermedad. ¿Dices que ya lo estuviste pensando el día que lo explicamos? Fenomenal, así va a ser mucho más fácil. Así que tu primer episodio fue a los 25 años, y ahora tienes 35. En estos 10 años, sufriste 3 ingresos, el primero por un episodio maníaco cuando te ibas a ir a estudiar a Londres en el verano, y los otros dos por episodios depresivos. ¿No recibiste tratamiento hasta volver de Londres? ¿Y cómo estuviste allí? ¿Cómo te mantuviste? ¿Te ingresaron según volviste? Dices que luego estuviste con síntomas subsindrómicos de tinte depresivo hasta que 10 meses después sufriste un importante episodio depresivo. Fue entonces cuando te dejó Martín, ¿verdad? ¿Te recuperaste? Luego dices que pasaste bien unos años, con algún síntoma leve en diferentes temporadas, y que el año pasado sufriste otro episodio depresivo cuando suspendiste la oposición. Y también llevabas 4 meses sin tomar la medicación, ¿es así? Muy bien. ¿Recuerdas algún acontecimiento más que tú relaciones directamente como desencadenante de la enfermedad? ¿Te acuerdas en cada momento qué tratamiento tenías? (Si lo recuerda, se apunta en el gráfico)”.

Señalamos que es muy importante que todos representen su enfermedad, con el objetivo de que la conozcan mejor y así la puedan dominar. Lo mandamos como tarea para casa. Explicamos que tal vez puedan tener dificultades al hacerlo solos, pero que así las podemos afrontar el próximo día o que pueden ser tratadas en las sesiones individuales con su psiquiatra.

Revisión de las tareas para casa

Revisaremos los registros de actividades y estado de ánimo, comentando cada uno el día que tuvieron un estado de ánimo más elevado. Reforzaremos a todos por llevar a cabo el planning de actividades, y preguntaremos si ya ven claramente las consecuencias positivas de la planificación de actividades satisfactorias. Normalmente, todos suelen estar convencidos de su eficacia.

Revisaremos el registro de habilidades sociales, leyendo algunas de las situaciones

asertivas que han experimentado. Muchas veces suelen pensar que su respuesta social es adecuada, y suele ser una respuesta de tipo evitativo (pasiva). Es importante que reforcemos el hecho de haberlo realizado y que, posteriormente, el resto de los miembros del grupo refieran alternativas de conducta en esa situación. Señalaremos y pondremos nombre a cada respuesta, analizando cómo se siente la persona con cada una de ellas y los objetivos que consigue. Si es necesario, se representa mediante el role-playing alguna de estas situaciones.

Base cognitivo-conductual

Pasamos a la parte de los pensamientos y recordaremos que hoy nos vamos a hacer expertos en detectar esos pensamientos que nos influyen negativamente en nuestro estado de ánimo y que, además, son irracionales y están distorsionados.

Explicaremos la hoja de principales errores de pensamiento (incluida en el material del paciente “Anexos”) y las consecuencias de cada uno de ellos: focalizar en lo negativo (destacar aspectos negativos e inadecuados de una situación), personalizar (atribución personal causa-efecto de los acontecimientos negativos), pensamientos TODO-NADA (categorizar experiencias de forma extremista y dramática), generalizar (sacar conclusiones generales de un detalle específico y concreto), sacar conclusiones sin datos (conclusiones imaginadas y distorsionadas), y uso excesivo del debería/tengo que (autoexigencias y culpabilidad). Al ir explicando cada pensamiento distorsionado, lo más eficaz es ir poniendo ejemplos para que lo vayan entendiendo mejor. Si podemos recordar ejemplos que ellos mismos han citado en otras sesiones, puede resultar mucho más claro.

“¿Nos acordamos todos cuando Margarita decía el otro día que un día sus amigas quedaron para tomar café y no le llamaron? Vimos que la realidad es que normalmente le suelen llamar. Ella pensó que tal vez les caía mal y que no querían salir con ella. A veces creemos que podemos adivinar el pensamiento del otro, ¿verdad? Bueno, a esto se le llama sacar conclusiones sin datos. ¿Acaso Margarita había hablado con sus amigas para saberlo? ¿Y qué ocasionó ese pensamiento? ¿Sirvió para algo? ¿O fue mucho más constructivo cuando analizamos la verdadera realidad y nos enfrentamos a ella?”.

Señalamos que es muy importante, cuando en algún momento del día sentimos una sensación de bajo estado anímico, nos paremos y analicemos qué pensamiento ha pasado por nuestra mente. A esto se le llama aprender a detectar pensamientos. Si dejamos que nuestros pensamientos nos sigan invadiendo de forma automática, sin ser conscientes de

ellos, nos podemos seguir sintiendo muy mal sin saber por qué. Esto es un trabajo que cuesta esfuerzo, pero que merece la pena para poder llegar a controlar nuestras cogniciones. Estas cogniciones están arraigadas a esquemas mentales negativos sobre la percepción de sí mismos, sobre el mundo o sobre los otros, que muchas veces despiertan sentimientos depresógenos.

Les explicamos el registro de cogniciones (Anexos) donde deberán apuntar, cuando sientan momentos “de bajón” a lo largo del día, la situación en la que estaban, lo que han pensado sobre el hecho, y cómo se han sentido. Aunque aún no profundizamos en la reestructuración cognitiva, les señalamos que es importante que piensen en qué medida esos pensamientos son ciertos y corresponden con la realidad.

Damos paso a un espacio para hablar nuevamente de la ansiedad, y de los momentos o situaciones en las que la sienten. Al estar expuestos a muchas más situaciones por la planificación de actividades, los pacientes suelen señalar que hay muy pocas situaciones que les angustien, debido a la habituación. Aún así, retomamos la hoja de distracción cognitiva que el otro día leímos y les preguntamos si en alguna ocasión han practicado alguna habilidad de las señaladas. Podemos practicar alguna de ellas.

“A ver, Marta. Dices que tienes mucho miedo a volar en avión, y vas a hacer un viaje en Semana Santa, ¿verdad? Bueno, va a ser importante que estos días practiques el control de tu ansiedad. En el despegue y en el aterrizaje vas a tener que llevar a cabo alguna técnica de distracción. ¿Te podría servir contar hacia atrás de 3 en 3 comenzando por el número 240, por ejemplo? ¿Eso para ti requiere cierta concentración? Muy bien. Sería interesante que lo hicieras. Comienza a contar en alto”.

Control de la ansiedad

Para finalizar, controlar la ansiedad e irnos hoy con buenas sensaciones, recordamos la otra técnica alternativa de control que nombramos en otra sesión: la respiración diafragmática.

“Bueno, para finalizar, vamos a practicar la respiración diafragmática. ¿La sabéis hacer todos? Ok, muy bien. Vamos a cerrar los ojos, ponemos nuestra mano en nuestro abdomen, y al inspirar llenamos el diafragma sacando la tripa hacia afuera, y al expulsar el aire notamos cómo nuestra tripa se vacía. Lo hacemos y sentimos lenta y profundamente nuestra respiración. Sentimos cómo el aire recorre nuestro cuerpo y nos sentimos cada vez más y más relajados... Una y otra vez... Relajados y llenos de vida... (Lo realizamos durante 5 minutos

aproximadamente)''.

Recordamos que las tareas para casa van a ser la representación del gráfico vital, repasar la hoja de los principales errores de razonamiento y leer la de pensamientos ansiógenos que veremos el próximo día, rellenar el registro de cogniciones para detectar pensamientos, y rellenar el registro de situaciones asertivas (todo incluido en el material que se entrega al paciente. Anexos). Señalamos que aunque no hay que rellenar esta semana el de actividades y estado de ánimo, es importante que sigan planificando actividades. Incidimos que ahora tenemos que trabajar profundamente en detectar pensamientos negativos y que para ello es muy importante su motivación.

Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 7

Objetivos de la sesión

El objetivo de esta sesión es realizar una introducción a los fármacos, y explicar los tipos de estabilizadores del humor, sus indicaciones específicas, sus ventajas y sus efectos secundarios, con el fin de fortalecer la adherencia a la medicación.

Profundizaremos en el tema de los pensamientos, repasando los errores del pensamiento y explicando los pensamientos ansiógenos, con el objetivo de mejorar la identificación de los mismos así como el aprendizaje de la reestructuración cognitiva.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno qué tal ha sido la semana para él, si ha habido algún acontecimiento relevante, y qué tal se siente en el día de hoy. Como siempre, haremos una escucha activa atendiendo a los hechos de la vida diaria que se relacionen de forma práctica con nuestras últimas sesiones.

Psicoeducación

Pediremos la representación del gráfico vital, si alguien no lo ha hecho por alguna dificultad, y de nuevo, solicitaremos un voluntario para representar su gráfico en la pizarra. Tras esta sesión, tiene que quedar totalmente claro la realización del mismo. Al preguntar por las dificultades es importante dirigirse a uno por uno, y si no lo han hecho, incentivar a hacerlo.

Señalaremos que el trastorno bipolar tiene una historia larga. A modo de anécdota, podemos contar que Fernando VI (1713-1759) sufrió un trastorno bipolar y se sometió a una gran variedad de terapias (leche de burra, caldos con galápago, ranas, víboras y ternera, lavativas, fumaria, gelatina de asta de ciervo con víboras, flor de violeta, pimpinela, etc.) indicadas por su médico de cámara, Dr. Andreu Piquer Arrufat. Comentaremos que, hoy en día, esta enfermedad tiene tratamiento.

Preguntaremos la lista de fármacos que toma cada paciente, y los clasificaremos en la pizarra en categorías: eutimizantes, antimaníacos, antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, y otros. Explicaremos para qué sirve cada grupo. Señalaremos que el tratamiento farmacológico es individualizado, y que cada paciente puede necesitar diferente combinación de fármacos para lograr su estabilidad clínica. Recordaremos el dibujo que hicimos en su momento de la sinapsis de dos neuronas, así como la precisión que hay que tener con la medicación para que haya un flujo adecuado de los neurotransmisores. Explicaremos que el objetivo final es lograr la mayor estabilidad con los menos efectos secundarios posibles. Dejaremos muy claro que los fármacos no crean adicción (exceptuando las benzodiacepinas si no se usan adecuadamente), no lavan el cerebro, no inutilizan al paciente, y que en ningún caso su finalidad es sustituir la voluntad de quien los toma. Reconoceremos que puede haber efectos secundarios, y por ello, lo importante que es su seguimiento con el psiquiatra.

“Así que, Pedro, dices que dejaste la medicación porque te producía somnolencia durante el día. ¿Le consultaste este efecto a tu psiquiatra? Está claro que los efectos secundarios son muy incómodos y molestos, pero debemos saber que algunos de ellos sólo suceden al inicio de la toma del fármaco, otros se pueden corregir, y en otros casos, se requiere un ajuste adecuado del fármaco o la sustitución de éste por otro. Como hemos visto, si los dejamos de repente por nuestra cuenta, es muy probable que haya una recaída. Lo ideal es que tengamos suficiente confianza con nuestro psiquiatra y que podamos llegar a un acuerdo con él para buscar juntos la medicación que es la adecuada para cada uno”.

Nos centraremos en los eutimizantes o estabilizadores del humor, destacando su función preventiva, y comprobaremos que todos los pacientes con trastorno bipolar toman algún tipo de estabilizador del humor y que es frecuente la combinación de los mismos. Hablaremos de los posibles efectos secundarios que producen, y de los que sufren nuestros pacientes.

El litio es el eutimizante más indicado para el trastorno bipolar, que tiene un alto poder preventivo, y ayuda a reducir la inestabilidad anímica interepisodios, y a prevenir el

suicidio. La suspensión brusca del mismo puede producir una recaída así como una futura resistencia al fármaco. Los efectos secundarios son temblor, diarrea, ganas de orinar, retención de líquidos...

Hablaremos de otros eutimizantes anticonvulsivos usados en trastorno bipolar, como el valproato, carbamazepina, oxcarbazepina y lamotrigina, que aunque se usan igualmente para la epilepsia, son enfermedades totalmente diferentes. El valproato es eficaz para mantener la eutimia, en la ciclación rápida y en las fases mixtas, pudiendo producir un aumento de peso, y más raramente, la caída del cabello. La carbamazepina es usada en la prevención de recaídas, en la ciclación rápida y en la impulsividad. Puede provocar en algunos casos problemas de visión, fatiga, dificultad de orinar, hiponatremia (bajada de sodio en sangre) (si aparece, se retirará el fármaco) y puede tener interacciones con otros fármacos. La oxcarbazepina es una forma evolucionada de la carbamazepina, con menos efectos secundarios, pero con riesgo de hiponatremia. La lamotrigina es el fármaco más eficaz para prevenir episodios depresivos, pero menos eficaz en la prevención de las fases maníacas o mixtas. Puede producir una reacción alérgica en la piel.

Otro fármaco eutimizante es la levotiroxina, usada para tratar la ciclación rápida y el hipotiroidismo.

Otros antipsicóticos atípicos, como la olanzapina, pueden ser adecuados para el mantenimiento, sobre todo, para prevenir la manía. Puede provocar aumento de peso.

Desarrollaremos, más especialmente, aquellos fármacos que toman nuestros pacientes ya que estarán mucho más interesados en conocer los mismos. Si algún fármaco de los anteriormente nombrados no es tomado por ninguno de ellos, solamente lo citaremos sin entrar en detalles.

Base cognitivo-conductual

Comenzaremos la segunda parte donde recordaremos que en la sesión anterior vimos los pensamientos irracionales, y explicaremos los pensamientos ansiógenos. Estos pensamientos también contribuyen al malestar subjetivo y a la sensación de angustia. Leeremos la hoja de pensamientos ansiógenos (Anexos) y los iremos explicando: Ir en contra de la evidencia (creer algo sin tener pruebas a favor o en contra: “si me quedo encerrado en un ascensor, moriré asfixiado”; exagerar la probabilidad de que ocurra lo que tememos (hacer predicciones negativas: “si me equivoco en el trabajo, me despedirán seguro”); exagerar las consecuencias negativas que tendría si ocurre lo que tememos (preocuparnos por la reacción de los demás...); minimizar nuestra capacidad de hacer frente a lo que tememos; o pensamientos inútiles-perjudiciales (“no me voy a curar nunca”). Estas interpretaciones catastrofistas de las sensaciones temidas nos llevan a

tener angustia y a un bajo estado anímico. Buscaremos ejemplos en nuestros pacientes que puedan servir para seguir viendo la influencia de estos pensamientos.

“¿Os acordáis que Luisa nos decía que temía desmayarse si hablaba a su profesor de tai-chi? Exageraba las consecuencias negativas que podían ocurrirle, ¿no es así, Luisa? ¿te desmayaste finalmente? Y si hubiera pasado, ¡qué! Quizá tu profesor te hubiera socorrido... Fíjate, ese pensamiento lo que te impedía hacer y la angustia que te producía siendo totalmente exagerado e irreal...”

Pasamos a revisar los registros de cogniciones. Cada paciente va leyendo los pensamientos negativos que ha tenido y el estado de ánimo que le produjeron. Normalmente no suelen escribir más de cinco cada uno. Analizamos si son errores de pensamiento, y aprovechamos para repasar las características de los mismos como absolutistas, irracionales y negativos para el estado anímico. Vamos cuestionando la veracidad de los pensamientos a cada paciente para que por sí mismos los vayan reestructurando hacia pensamientos más realistas y positivos. Es una tarea complicada, y que va a depender del arraigo que tengan esos esquemas mentales en la estructura del paciente.

“Así que tú, Carla, saliste el otro día con un chico. Era un chico que conocías de saludarle los sábados cuando sales con tus amigas, pero anteriormente nunca habías quedado con él. Dices que pasaste una tarde agradable, que te reíste mucho, pero que te sentó fatal cuando te dijo que tenías el rimel corrido. Entonces pensaste que seguro que ya no le atraías, que te consideraba fea, y que sólo querías echar a correr. Pensaste que tú siempre ‘deberías’ estar perfecta y que eras una tonta por ello. Sin embargo, el chico deseó quedarse contigo y pareció haber olvidado la anécdota según te lo dijo. También parece que te ha vuelto a llamar... ¿Tú crees que si una persona va despeinada o mal maquillada es fea y tonta? ¿Crees que todos ‘deberíamos’ estar siempre perfectos? ¿Qué opináis los demás?”

Y vamos cuestionando todos los pensamientos hasta hacer bien la reestructuración.

“Entonces, el pensamiento realista sería: ‘Simplemente se me había corrido el rimel y me lo ha dicho para que me lo corrigiese si yo quería, pero es cierto que soy una chica guapa y que además parece que le atraigo mucho. A veces puedo permitirme no ser perfecta y seguir disfrutando de la situación, como el resto de las personas del mundo’. ¿Estáis de acuerdo? (Lo escribimos en la pizarra y lo vamos modificando si aún desean reestructurarlo más)”

Entonces, leemos la hoja de cuestionamiento de pensamientos (Anexos) explicando las

posibles preguntas que nos podemos hacer para lograr modificarlos adecuadamente. Son preguntas para evaluar la validez de los pensamientos (pruebas, probabilidad...), preguntas para evaluar la utilidad de los pensamientos (me ayuda a lograr objetivos, me hace sentirme bien, qué me aporta...), y preguntas para identificar pensamientos adicionales (hasta qué punto es tan malo, qué puede suceder si las cosas son realmente así...). Les señalamos que deberán aplicarlas para hacer su propia reestructuración de sus pensamientos durante la semana como tarea para casa.

Revisión de las tareas para casa

Pedimos algunas de las situaciones asertivas que han registrado y las modificamos entre todos si lo consideramos necesario, incidiendo siempre en qué respuestas sociales nos pueden llevar a sentirnos mejor con nosotros mismos.

Regulación de hábitos y control del estrés

Finalizamos leyendo la hoja de higiene de sueño (Anexos), comentando la importancia de una rutina de hábitos, sobre todo, de vigilia y sueño, ya que ello nos ayuda a nuestra estabilidad. No debemos consumir café por la tarde ni por la noche, cenar moderadamente y al menos dos horas antes de acostarse, pasear o hacer ejercicio físico moderado regularmente, realizar actividades relajantes (ver la TV, leer, música...) y evitar las discusiones, actividades que requieran concentración e imágenes impactantes de la TV, tomar una infusión, darse un baño de agua caliente, asociar la cama con dormir y no con actividades como ver la TV o leer, si no se ha logrado el sueño levantarse a los 15 minutos y sólo meterse a la cama cuando haya vuelto el sueño, y levantarse siempre a la misma hora, y no echar siesta. Remarcamos que para todos es muy importante tener unos horarios prefijados, y mucho más, para mantener una estabilidad anímica. Señalamos que uno de los primeros síntomas de recaída suele ser el dejar de dormir o la hipersomnia.

Indicamos que como tareas para casa rellenarán el registro de cogniciones con su reestructuración cognitiva, y de nuevo, el registro de actividades y estado de ánimo para que no olvidemos su importancia.

Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 8

Objetivos de la sesión

El objetivo de esta sesión es seguir fortaleciendo la adherencia a la medicación, y explicar los tipos de fármacos antimaníacos, sus indicaciones específicas, sus ventajas y sus efectos secundarios.

Consolidaremos la identificación y reestructuración de los pensamientos. Profundizaremos en técnicas de control de la ansiedad. Analizaremos la importancia de la comunicación no verbal, así como su manejo y la expresión emocional.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno qué tal ha sido la semana para él, si ha habido algún acontecimiento relevante, y qué tal se sienten en el día de hoy. Muchas veces, de forma espontánea, aprenden a relacionar y exponer hechos de la vida diaria que se relacionan con lo que vemos en las sesiones.

Psicoeducación

Señalaremos que vamos a retomar el tema de los fármacos, y que hoy vamos a profundizar en los fármacos antimaníacos. Recuperaremos la lista de fármacos que en la anterior sesión expusimos en la pizarra, y nos centraremos en el bloque de los antimaníacos. Comenzamos el debate con aquellos pacientes que han tomado estos fármacos y sobre el abandono de los mismos y la posible recaída. Debemos tener en cuenta que, si todo está basado en sus propias experiencias con la medicación, es mucho más ilustrativo y queda mucho más consistente nuestro discurso teórico.

Señalaremos que, al inicio, la manía puede resultar divertida y que suele ser habitual que el paciente se niegue a tratarla, e incluso que se llegue a identificar con la misma. Debemos recordar los riesgos de todo tipo asociados a la manía (deterioro laboral, social, afectivo y familiar), recuperando ejemplos que en su día pusieron ellos mismos. También indicaremos que la fase depresiva consecuente a la fase maníaca suele ser de intensidad proporcional a la misma. Es fundamental la identificación precoz de este tipo de descompensaciones para que la intensidad de los síntomas no sea muy alta, para evitar las consecuencias graves de la fase, evitar el ingreso, y evitar un tratamiento farmacológico especialmente contundente que pueda producir importantes efectos secundarios. Siempre es mejor prevenir que tratar, a pesar de que existen muchos fármacos para hacer frente a una fase (hipo)maníaca.

“Recordemos cómo muchos de vosotros dejasteis la medicación, y posteriormente,

tuvisteis que volver a ingresar. Hubo momentos en los que os sentíais bien, os creíais capaces de todo, pero después hubo consecuencias que os preocuparon mucho. Por ejemplo, Pedro nos contaba que casi se separa de su mujer y que perdió mucha cantidad de dinero. O tú, Marta, nos hablabas de tu deseo de parar y no poder... Por ello es muy importante prevenir este tipo de fases, y es aquí donde tenéis el control sobre la enfermedad”.

Es muy importante aclarar que, el hecho de que la mayor parte de los antimaníacos sean antipsicóticos usados en el tratamiento de la esquizofrenia, no significa que sean la misma enfermedad. Son enfermedades diferentes que comparten a veces algunos síntomas y parte del tratamiento farmacológico.

Los neurolépticos o antipsicóticos clásicos son fármacos directos y rápidos en el tratamiento de algunos síntomas de la manía. Son eficaces en el tratamiento de los síntomas psicóticos, ayudan a disminuir el pensamiento grandioso, controlan la agitación y la irritabilidad, y normalizan el curso del pensamiento. Dado que se han visto superados por los antimaníacos atípicos no suelen ser usados habitualmente, pero a veces se utilizan por su rapidez de acción como es el caso del haloperidol, muy eficaz al detectar los pródromos. La clotiapina también es usada para regular el patrón de sueño y controla la hiperactividad. Algunos probables efectos secundarios son rigidez muscular, acatisia, temblores, tics y diversos efectos anticolinérgicos. A veces pueden ser aliviados con fármacos antiparkinsonianos.

Los nuevos antimaníacos, o antipsicóticos atípicos, son fármacos tanto o más potentes como los primeros pero que provocan muchos menos efectos secundarios. Se ha demostrado la eficacia de muchos de ellos en el tratamiento de mantenimiento y pueden usarse a dosis bajas como eutimizantes para evitar recaídas maníacas y los síntomas psicóticos. La olanzapina es altamente eficaz en el tratamiento de la manía y muy adecuada en el tratamiento de mantenimiento, y a veces de las fases depresivas, pero puede producir aumento de peso. La risperidona se usa en el mantenimiento a dosis bajas y previene la ciclación rápida. Presenta los mismos efectos secundarios que el haloperidol pero mucho menos intensos, puede producir aumento de peso pero mucho menos que la olanzapina, e inducir cambios hormonales reversibles provocando disfunciones sexuales. La quetiapina es el fármaco quizás menos rápido de los antipsicóticos atípicos, y provoca menor aumento de peso que la risperidona, prácticamente ninguna disfunción sexual, y a veces puede provocar una disminución de la tensión arterial. Poco a poco se van introduciendo otros fármacos que facilitarán el tratamiento adecuado para el paciente que no responde bien a los anteriores.

Las benzodiacepinas (clonazepam, lorazepam, diazepam) se pueden utilizar para

mejorar síntomas como el insomnio, la ansiedad y la irritabilidad.

A veces se realiza un aumento de la dosis de eutimizante para el tratamiento de una manía leve o moderada, pero la lentitud de acción los hace inapropiados en la mayoría de las ocasiones. El TEC es un tratamiento muy seguro, imprescindible en casos especiales (embarazadas, manía resistente a fármacos...).

Por supuesto, se incide más en los fármacos que ellos estén tomando o conozcan, y se intenta exponer todo de forma interactiva e interesante para ellos, y no como si fuera una clase magistral. Hay que dar la información, siempre, llegando al paciente.

Base cognitivo-conductual

Señalamos que hoy vamos a consolidar la parte del control de los pensamientos. Revisamos el registro de cogniciones de cada paciente, corrigiendo la reestructuración cognitiva de cada uno de ellos y fomentando el cambio de cogniciones realizado. Siempre hay que estimularles y cuestionarles para que lleguen, por ellos mismos, a una estructura de pensamientos positivos. En muchos de los pensamientos habrán realizado una reestructuración adecuada, pero en otros puede que se hayan quedado atascados y que les cueste más.

“Dices, María, que tus dos hermanas están casadas y tú vives sola en tu casa. El sábado le tocaba a tu hermana cuidar de tus padres y te pidió que lo hicieras tú. Dices que en otras muchas ocasiones le has sustituido, pero que este sábado ya tenías el plan previo hecho y le dijiste que no. Tu hermana te dijo que si tú no haces nada, que podías ayudarla, que ella tiene a sus hijos y tú no... Y dices que luego te sentiste culpable, y pensaste que no servías para nada y que nadie te quería. ¿Tú te responsabilizas de tus padres los días que te toca? ¿En otras ocasiones le echas una mano? ¿No te parece que tu hermana tuvo una conducta un poco desconsiderada y que en ese momento no se puso en tu lugar? ¿No es verdad que haces muchas cosas en tu vida, eres independiente y tienes amigos y amigas que te quieren mucho?”.

Volvemos a incidir en la irracionalidad de los pensamientos y en la angustia y bajo estado anímico que nos pueden generar. Animamos a que sigan realizando la reestructuración cuando les suceda.

Repasamos, brevemente, el registro de actividades y de estado de ánimo, con la finalidad de mostrar interés por su trabajo y esfuerzo, y para recordar la importancia de realizar actividades agradables.

Control de la ansiedad

Recordamos que para el control de la ansiedad hemos aprendido la respiración diafragmática y la distracción cognitiva. Preguntamos si alguien lo ha practicado y cómo le ha ido. Señalamos que otra técnica eficaz es la técnica de autoinstrucciones, consistente en hablar con uno mismo, a modo de diálogo interno, según se va afrontando la situación y centrándonos en todo momento en lo que estamos haciendo. Muchos pacientes comentarán que hay muchas ocasiones en las que ya lo hacen.

Habilidades sociales

Introducimos la importancia, funciones y uso correcto e incorrecto de la comunicación no verbal como parte de las habilidades sociales (Anexos).

Role playing: Colocamos a dos pacientes sentados en el centro, espalda contra espalda, y deberán contarse un viaje o unas vacaciones que hayan tenido.

Aquí nos fijaremos todos en las dificultades que han tenido para comunicarse, explicando la cantidad de componentes no verbales que se han utilizado a pesar de no existir información sobre los mismos.

La comunicación no verbal puede reemplazar palabras (mirar amenazadoramente a un niño en vez de decirle que se quede quieto); repetir lo que se está diciendo (decir adiós y mover la mano); o contradecir lo que estamos diciendo (nuestra cara o nuestras manos pueden expresar algo totalmente diferente a lo que estamos diciendo).

Role playing: una persona le dirá a otra que se ha comprado una tele nueva en un tono bajo, con cara de enfado, y poniéndose muy cerca del otro. A la persona que recibe la noticia le daremos la instrucción de que mire hacia el otro lado.

Aquí veremos los fallos que ha sufrido la comunicación no verbal y comenzaremos a hablar de los diferentes componentes. Los gestos de las manos, de la cabeza y de los pies comunican información al otro, acentuando el mensaje, añadiendo énfasis y franqueza, y otras veces espontaneidad o nerviosismo. La postura del cuerpo y de los miembros, la forma de sentarse, de estar de pie, la distancia escogida, refleja las actitudes y sentimientos hacia uno mismo y hacia los demás, pudiendo mostrar cercanía, intimidad, dominación, sorpresa, timidez... La apariencia personal, el estilo, la mirada, las sonrisas, la expresión facial, la orientación, el tono y volumen de la voz, y la latencia de respuesta son otros componentes que influyen mucho en la comunicación con el otro y en la expresión de sentimientos y emociones. Es muy importante explicar todo esto con gracia,

siendo expresivo, y poniendo ejemplos, con nuestra comunicación no verbal (cuerpo, cara, voz...) de los diferentes componentes que vamos explicando. Indicaremos que en la próxima sesión retomaremos el tema a través de ejemplos prácticos, y que sería importante que se fijen durante la semana en estos componentes.

Como tareas para casa rellenarán el registro de cogniciones con su reestructuración cognitiva, y de nuevo, el registro de actividades y estado de ánimo.

Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 9

Objetivos de la sesión

El objetivo de esta sesión es seguir fortaleciendo la adherencia a la medicación, y explicar el tratamiento farmacológico para las fases depresivas y mixtas, sus indicaciones específicas, sus ventajas y sus efectos secundarios.

Recordaremos la influencia de la planificación de actividades y de la reestructuración cognitiva en el estado de ánimo. Profundizaremos en la comunicación no verbal, y en la expresión y control emocional.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno qué tal ha sido la semana para él, si ha habido algún acontecimiento relevante, y qué tal se siente en el día de hoy. Escucharemos con atención y fortaleceremos sus estrategias de afrontamiento y recursos personales.

Psicoeducación

Señalaremos que vamos a retomar el tema de los fármacos, y que hoy vamos a profundizar en los fármacos antidepresivos. Recuperaremos la lista de fármacos que expusimos en la pizarra, y nos centraremos en el bloque de los antidepresivos. Comenzamos el debate con los pacientes que están tomando estos fármacos sobre la experiencia que tienen con los mismos y sobre el posible viraje que en alguna ocasión han podido sufrir. La teoría basada en sus propias experiencias es mucho más fácil de asimilar.

Enfatizaremos los riesgos e inconvenientes de la automedicación con antidepresivos,

por el posible viraje, la interacción o aceleración del curso que este mal uso conlleva. Señalaremos que el tratamiento farmacológico es personalizado en función de las necesidades, antecedentes, respuestas previas y características del paciente. Incidiremos en la necesidad de acudir a su psiquiatra si consideran que hay que modificarlo.

“Decías, Marta, que cuando llevabas un tiempo eutímica, te encontrabas bien pero que tenías pocas ganas de hacer cosas. Podría ser un síntoma subdepresivo que te había quedado. Entonces le pediste a tu psiquiatra que te añadiera un antidepresivo. Así lo hizo, y al poco tiempo dejaste de dormir y estabas un poco acelerada, ¿verdad? Tu psiquiatra tuvo que suspenderte el antidepresivo en ese momento. Si no hubieras acudido a revisión, podrías haber sufrido un viraje claro”.

Los antidepresivos son bastante eficaces en el tratamiento de la depresión bipolar, pero el psiquiatra debe prescribirlos con prudencia debido al riesgo de inducir un episodio maníaco, mixto o de ciclación rápida. Normalmente se administran en combinación con un estabilizador del humor.

Los antidepresivos tricíclicos (imipramina, clomipramina) son los más antiguos, rápidos y eficaces, pero también son los que crean más efectos secundarios (sedación, hipotensión, aumento de peso) y los que más riesgo tienen de inducir un viraje. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram) son los más usados para la depresión bipolar ya que son tan eficaces como los primeros, producen menos efectos secundarios (algunas veces, molestias digestivas y disfunción sexual) y tienen menos riesgo de provocar un episodio de (hipo)manía. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) (tranilcipromina, fenelzina, moclobemida) se usan relativamente poco ya que interaccionan con muchos fármacos de uso habitual, y hay que seguir una dieta especial provocando crisis hipertensiva, hemorragia cerebral o infarto si se incumple la misma. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRNS) (venlafaxina, mirtazapina) son los más potentes y los que presentan menos efectos secundarios, pero su potencial para inducir una fase de (hipo)manía podría ser superior al de los ISRS.

La lamotrigina es un estabilizador con acción antidepresiva lenta (suele ser aumentada lentamente para evitar efectos secundarios) y su potencial de provocar viraje es nulo. La terapia electroconvulsiva (TEC) es muy eficaz para depresiones resistentes o inhibidas, y es de gran seguridad.

Una vez más, hay que señalar que profundizaremos en los fármacos que los pacientes estén tomando y estén interesados en conocer. Dar mucha información al paciente no

resulta eficaz si el paciente no está interesado o no le influye a nivel práctico. Comentaremos todo el contenido para que sepan de la existencia de diferentes fármacos, pero deteniéndonos solamente en la información que sea de su interés.

Base cognitivo-conductual

Pasaremos a corregir ambos registros, el de planificación de actividades y el de cogniciones. Primero leerán el día de la semana que mejor estado de ánimo han tenido y se relacionará con las actividades realizadas ese día. Si algún paciente presenta desgana y desinterés en realizar actividades en su vida diaria, deberemos estimularle, preguntarle por todo aquello que antes le creaba satisfacción y buscar su compromiso para que realice al menos una de las actividades durante la siguiente semana. Si presenta un conjunto de pródromos (señales que preceden a una recaída), deberemos detectarlo a tiempo para que pueda ser tratado de forma previa.

“Así que esta semana Pedro no ha hecho muchas actividades. ¿Estabas desgano? Bueno, dices que pasaste como una gripe, ¿verdad?, y que eso te dejó sin energía. ¿Estás bajo de ánimo? ¿Estás especialmente preocupado por algo? A veces cuando pasamos una enfermedad, aunque sea leve, nos sentimos algo más decaídos. Bueno, es importante, ahora que ya te has repuesto, que vuelvas a recuperar tus actividades programadas y que la desgana o la pereza no sea una excusa que te impida afrontar tu vida diaria. ¿Qué piensas hacer esta semana? ¿Vas a ir al entrenamiento de nuevo? Ese era el espacio que más te gustaba, ¿verdad? Nos tienes que contar el próximo día a ver qué tal la vuelta, eh? Muy bien, Pedro”.

Leemos el registro de cogniciones de los pacientes y reforzamos la reestructuración cognitiva que hayan realizado. Preguntamos por las dificultades posibles. Afrontaremos con ellos la reestructuración de los pensamientos irracionales que no hayan sabido hacer. Veremos la relación directa entre el pensamiento irracional y la forma de sentirse, y el pensamiento racional, ya trabajado, y su estado de ánimo.

Habilidades sociales

Preguntamos si durante la semana han observado componentes de la comunicación no verbal, en su estilo, en sus gestos, expresiones, modo de mover las manos... Seguramente hayan estado más alerta a estos componentes.

“Así que tú, Margarita, te has fijado más en la comunicación no verbal de tus

sobrinos que en la tuya. Dices que al ser niños te fijabas en la expresividad, en su tono de voz... Qué interesante... ¿Y qué era lo que veías? ¿Se relacionaba lo que te decían con sus gestos?”.

Hoy nos centramos en la expresión facial y en la entonación que son los componentes no verbales principales en comunicar nuestras emociones. La expresión facial se refiere a todos los movimientos que hacemos con la cara, y sirven para comunicarnos mejor con los demás. Una conducta socialmente habilidosa requiere una expresión facial acorde con el mensaje. Así mismo, la mirada también es muy importante, ya que fomenta la conversación en el otro y transmite más seguridad en el que habla. Por ejemplo, las cejas completamente elevadas transmiten incredulidad, las medio elevadas transmiten sorpresa, y las medio fruncidas un estado de confusión.

Para que entiendan la importancia de la entonación, leeremos un fragmento de un cuento sin entonación alguna y preguntaremos qué les ha parecido la lectura. Así remarcaremos la importancia del tono y de la inflexión para comunicar cómo nos sentimos. Propondremos los siguientes juegos para analizar que, a veces, el mismo contenido expresado de diferente forma, tiene significados muy diferentes.

Juego: La frase va a ser “El autobús ha llegado a la estación”. Se repartirá un papelito a cada uno con el nombre de una emoción básica: alegría, sorpresa, miedo, enfado, tristeza. Cada miembro del grupo tiene que decir la frase a su compañero (en forma de rueda) con la emoción que le toca expresar; y su compañero debe responderle en el mismo tono emocional. Luego todos analizaremos de qué emoción se trataba. Para que expresen bien la emoción les decimos que se imaginen que ese autobús les influye en su vida, bien porque trae a alguien, porque se tienen que ir, porque no lo esperaban..., y así puedan suscitar la emoción a expresar.

Juego: Ahora repetiremos el mismo juego con la frase “Se murió Chicho” entregando de nuevo a cada uno el nombre con una emoción diferente.

Así remarcaremos lo importante que es ser consciente de lo que se siente y transmitirlo adecuadamente en el mensaje que estamos dando con el fin de evitar malas interpretaciones o atribuciones erróneas a nuestro estado anímico y sentimientos respecto a los demás.

Señalaremos que, en la próxima sesión, realizaremos una reestructuración cognitiva que nos ayude a evaluar nuestro autoconcepto y habilidades en diferentes áreas de nuestra vida de forma realista, ya que, muchas veces, nuestro autoconcepto suele estar

distorsionado por esquemas negativos. Para ello, deberán rellenar el Inventario de Autoconcepto (Anexos) para el próximo día. Deben poner tres cualidades positivas y tres cualidades negativas sobre sí mismos en: apariencia física, capacidad intelectual, forma de ser, salud, aceptación social y relaciones con los demás, conducta afectivo-erótica, rendimiento académico o laboral, estatus socio-económico, ejecución de tareas cotidianas y logros y éxitos alcanzados en la vida. Reconocemos que es una tarea de reflexión difícil pero que es muy importante para poder trabajar y equilibrar la autoestima.

Así mismo, rellenarán el registro de actividades y el de cogniciones.

Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 10

Objetivos de la sesión

Los objetivos de esta sesión son profundizar en los fármacos estabilizadores del humor, entender sus riesgos y la necesidad de realizarse analíticas periódicamente para tener un control adecuado de los mismos.

Trabajaremos reestructuración y reconceptualización del propio autoconcepto, así como las maneras para aumentar y mantener la autoestima. Aprenderemos a hacer y recibir elogios de forma asertiva.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno qué tal ha sido la semana para él, si ha habido algún acontecimiento relevante, y qué tal se sienten en el día de hoy. Escucharemos con atención intentando relacionar los sucesos y estrategias de afrontamiento de la vida práctica con lo que estamos trabajando en las sesiones.

Psicoeducación

Señalaremos que vamos a retomar y profundizar en el tema de los fármacos estabilizadores del humor. Recuperaremos la lista de fármacos que expusimos en la pizarra, y nos centraremos en el bloque de los eutimizantes. Comenzamos el debate con los pacientes que toman litio, valproato y carbamazepina, y preguntaremos cuántos se han hecho una analítica en los últimos seis meses. Si no todos se la han hecho, veremos los motivos y comprobaremos si conocen la necesidad de realizarse periódicamente

determinaciones de sus niveles de eutimizantes.

Explicaremos que el trastorno bipolar no está relacionado con un bajo nivel de litio en sangre (creencia ampliamente extendida hoy en día) y que la litemia no tiene valor diagnóstico. La litemia nos sirve para controlar el tratamiento y para asegurarnos de que el litio no supera los niveles adecuados pudiendo producir toxicidad. Si hacemos una litemia a una persona que no tome litio, tenga o no trastorno bipolar, los niveles son indetectables y no es indicador de patología.

Analizar el nivel que alcanzan los estabilizadores en la sangre nos sirve para estar seguros de que el fármaco alcanza unos niveles óptimos para ser terapéutico, de que su concentración no es excesiva ni tóxica, y de que el paciente está tomando la medicación de forma adecuada.

La frecuencia de las analíticas es variable. Al inicio realizaremos varias hasta encontrar un nivel óptimo, que se corresponda con un máximo efecto terapéutico y con el menor número de efectos secundarios. Más adelante será necesario realizarse analíticas como control rutinario cada 6 meses, si modificamos la dosis de estos fármacos o añadimos otros que interaccionen, o si se sospecha que el paciente no está tomando el tratamiento o que puede sufrir una intoxicación por niveles demasiado elevados. La determinación de los niveles óptimos se realizará 10 días después de cambiar la dosis. Hay que eliminar la toma inmediatamente anterior al momento del análisis para no alterar los resultados.

Sospecharemos de una intoxicación por litio si aparecen síntomas como temblor intenso, vértigos, vómitos, convulsiones, problemas de visión, diarrea muy importante, problemas de coordinación o estados confusionales. La carbamazepina, la oxcarbazepina y el valproato tienen un potencial tóxico menor que el litio. No es raro que algún paciente lo haya sufrido.

“Así que a ti, Margarita, dices que la psiquiatra te ajustó el tratamiento hace 10 días, que te subió un poco el litio porque te veía algo más eufórica y sospechaba que podías sufrir una recaída. Y refieres que desde entonces sientes muchísimo temblor y mareos ocasionales. Puede que se deba o no al litio, pero quédate conmigo cuando acabemos, para solicitar a la psiquiatra que te pida una analítica de control. Es muy importante que lo hayas comentado”.

Los niveles de litio deben situarse entre 0.4 y 1.4 mEq/l; los de carbamazepina entre 5 y 15 mg/ml; y los de valproato entre 50 y 100 mg/ml.

El litio es una sal y sus niveles pueden oscilar como consecuencia de una dieta hiposódica (baja en sal) o en un período de deshidratación (vómitos, ejercicio físico con sudoración, sauna...). Por ello es importante evitar los cambios bruscos en el contenido

en sal de su dieta y la sauna. Esto también es importante para los pacientes que tomen carbamazepina u oxcarbazepina porque podrían sufrir una hiponatremia. Los cambios sutiles y cotidianos de sal que hay en las comidas no implican ningún riesgo.

Revisión de las tareas para casa

Pasaremos a repasar las tareas para casa. Revisaremos el registro de actividades donde comentarán algún aspecto que les haya llamado especialmente la atención o alguna actividad que realizaron y quieran compartir con el grupo. Revisaremos el registro de cogniciones donde expondrán algún pensamiento que hayan modificado y que consideren importante para ellos. También abordaremos las dificultades en el caso de que las haya habido.

Reforzamiento de la autoestima

Hoy nos centraremos en el Inventario de Autoconcepto. Cada paciente leerá sus aspectos positivos y sus aspectos negativos en las cinco primeras áreas: apariencia física, capacidad intelectual, forma de ser, salud, y aceptación social y relaciones con los demás. Habitualmente tienen más facilidad para nombrar los aspectos negativos, y les cuesta reconocer y ver sus aspectos positivos. Reforzaremos los positivos y estimularemos a que los busquen en ellos mismos en el caso de que no los hayan encontrado. Si son pacientes que se oponen a ello o simplemente no pueden darse cuenta de lo positivo de esa área concreta de su vida, lo deberán comentar con su familia o amigos para que les ayuden a rellenarlo y les transmitan lo bueno que ven en ellos. Entonces, lo deberán comentar en la próxima sesión.

Los aspectos negativos suelen ser más rápidos de encontrar y, muchas veces, están asociados, nuevamente, con distorsiones cognitivas y esquemas negativos irracionales que tenemos de nosotros mismos. Los pacientes los verbalizan como si fueran evidentes y con una total creencia de los mismos. Debemos ayudarles a que vean la naturaleza de pensamiento irracional y a poner en práctica, en estos aspectos, la reestructuración cognitiva.

“Bien, Carla, así que dices que no te gusta tu apariencia física porque tienes el pelo rizado y los ojos un poco pequeños. Por ello, ya te consideras fea y no ves ningún aspecto positivo. Parece que sólo te estás centrando y focalizando en dos detalles que a ti no te gustan, y estás sacando una visión general de ti misma en función de ellos. Y, ¿qué me dices de tu sonrisa? ¿y de tu manera de vestir tan original? ¿y de tu forma de mover las manos y expresarte al hablar? ¿No crees

que, en conjunto, eres una persona atractiva y que puede que estés sacando una conclusión irracional de tu aspecto por un error de tu pensamiento? Apliquemos la reestructuración cognitiva...”.

Leeremos las reglas de oro en relación con la autoestima (Anexos). Explicaremos lo importante que es aceptarse a sí mismo, aceptar los errores cometidos como vía de aprendizaje para el futuro, abordar sólo los temas que pueden solucionarse (podemos trabajar para mejorar el presente y el futuro), recordar los éxitos pasados, fijarse pequeñas metas positivas que podamos alcanzar, visualizar con antelación escenas o imágenes de éxito, no subestimar los logros por pequeños que sean, fomentar el contacto social con personas agradables, y mimarse a sí mismo y evitar vivir sólo en función de deberes y obligaciones.

Habilidades sociales

Pasamos a las habilidades sociales y hoy explicamos cómo hacer y recibir elogios (ver Anexos). Les preguntaremos si saben hacer elogios a los demás y cómo reaccionan cuando alguien les dice algo bonito. Señalamos que es importante hacer cumplidos y expresar aprecio cuando está justificado ya que los demás disfrutan al oír expresiones sinceras y positivas, fortalece las relaciones, hace que los demás no se sientan olvidados o no apreciados, y evita un enfrentamiento emocional posterior si luego hay que expresar algún sentimiento negativo o defender algún derecho legítimo ante el otro. La profundidad del sentimiento positivo puede tener tres niveles: el primero que se refiere a cuestiones materiales y pertenencias personales (“me gusta mucho tu coche”, “qué bonito tu vestido”), el segundo que se relaciona con cuestiones de trabajo, desempeño o ejecución (“has hecho un buen trabajo”, “me pareció brillante tu informe”), y el tercero que es el más profundo y expresa aspectos íntimos y personales a amigos, familiares y pareja (“te quiero mucho”).

Para hacer cumplidos, hay que tener habilidades de comunicación eficaz: escuchar, opinar de forma asertiva, ser claro y preciso, y tener iniciativa. Se pueden iniciar con expresiones como “me gusta...”, “me agrada...”; y no utilizar comentarios generales y matizar y detallar (cuanto más específico sea el elogio, es más eficaz al parecer más sincero). (“Me gusta tu forma de vestir porque llevas unos colores preciosos y vas moderna y cómoda”).

Para recibir cumplidos hay que poner en práctica habilidades de escucha, no justificar ni minimizar (“si no es para tanto”) y no sentirse obligado a responder con otro cumplido.

Preparamos el juego del Amigo Invisible. Se les reparte un papel con el nombre de un miembro del grupo y para el próximo día deben traerle un elogio escrito, que sea sincero y que se relacione con lo que han observado de esa persona a lo largo de las sesiones. No suele ser complicado ya que para esta sesión ya tienen mucho nivel de confianza entre ellos.

Como tarea para casa, rellenarán solamente el registro de actividades, y completarán el Inventario de Autoconcepto aquellos pacientes que aún no lo han logrado rellenar.

Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 11

Objetivos de la sesión

El objetivo de esta sesión es abordar la relación problemática entre psicofármacos y embarazo. Hablaremos de la heredabilidad del trastorno bipolar, y podrán expresar sus diferentes posiciones ante el mismo. Fomentaremos la aceptación de la enfermedad.

Seguiremos trabajando la reestructuración y reconceptualización del propio autoconcepto, así como las maneras para aumentar y mantener la autoestima. Practicaremos el hacer y recibir elogios de forma asertiva, aumentando la cohesión grupal.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y, como siempre, preguntaremos a cada uno por los hechos relevantes de la semana, y por cómo se siente hoy. Les escucharemos y prestaremos atención para potenciar sus estrategias de afrontamiento de la vida diaria.

Psicoeducación

Comenzaremos haciendo un debate con los pacientes que tienen hijos. A las mujeres les preguntaremos sobre la actitud que manifestó el psiquiatra y su posición respecto a la medicación durante el embarazo. A los hombres les preguntaremos por el cambio de rol que supuso en su vida.

La posibilidad de que el hijo sufra trastorno bipolar dependerá de factores como los antecedentes familiares con esa enfermedad, el número de hijos, el subtipo de enfermedad, si es la madre o el padre el que padece la enfermedad, e incluso el azar.

Otros factores que tienen un peso notable son la vocación paterna y materna, el concepto sobre su enfermedad, el contexto familiar y la gravedad del trastorno de quien lo padece. El riesgo de heredabilidad se sitúa cerca del 20%, y es mucho mayor si ambos miembros lo padecen. A veces la herencia no es inmediata (se salta dos o tres generaciones), y no tiene por qué heredarse exactamente el mismo subtipo.

Incidiremos en la necesidad de planificar el embarazo si se desea ser madre, y hacerlo siempre en seguimiento intensivo por el psiquiatra. Para ello deberá comunicarlo con antelación para iniciar la retirada de fármacos que se considere oportuna, y para escoger el momento adecuado en el curso clínico. Lo ideal es hacerlo en un momento de estabilidad, por la decisión tan importante que supone, la responsabilidad que conlleva y para evitar la recaída en la medida de lo posible (si ha habido un episodio reciente, la probabilidad de recaída es mayor). La decisión final sobre tomar o no medicación durante el embarazo le va a corresponder a la paciente, pero es importante que conozca los argumentos a favor y en contra. El litio está asociado a algunas malformaciones congénitas. La retirada del litio de forma transitoria debe realizarse de forma progresiva a lo largo de los 6 meses previos al embarazo. Se puede reintroducir sin muchos riesgos en el segundo trimestre de embarazo, ya que el riesgo de teratogenia es importante cuando se forma el feto (primer trimestre). El valproato, y en menor medida la carbamazepina, se asocian a cierto riesgo de espina bífida. Se puede optar por la terapia electroconvulsiva que es segura tanto para la paciente como para el feto. En el caso de optar por mantener el litio por el riesgo de recaída, se pueden controlar las malformaciones con ecografías periódicas. En el caso de malformación se puede proceder a la interrupción voluntaria del embarazo.

El mayor riesgo de recaída no es en el embarazo sino en el postparto. Por ello es importante reintroducir rápidamente el tratamiento y renunciar a la lactancia por el riesgo que supone para el bebé. Explicaremos que los episodios postparto se relacionan con un descenso brusco de los estrógenos y con otros cambios orgánicos, y no con factores psicosociales de cambio de rol. Remarcaremos el carácter biológico de la enfermedad.

Recordaremos que algunos fármacos como la carbamazepina y la oxcarbazepina interactúan con anticonceptivos orales reduciendo su efecto, y por ello, es recomendable usar otro tipo de medio anticonceptivo. Los anticonceptivos hormonales pueden producir desarreglos emocionales pero no descompensaciones.

Hablaremos sobre si una persona con trastorno bipolar es capaz de asumir o no la responsabilidad que implica el rol de padre o madre, y sobre lo que representaría para ellos que su hijo tuviera un trastorno bipolar. Debatiremos lo que supone para cada miembro del grupo su enfermedad y cómo la viven. Puede haber miembros que les

parezca terrible el padecerla y otros que la lleven con mayor aceptación. Es importante ver las diferentes posiciones y reestructurar la vivencia negativa con la intervención de los miembros más positivos del grupo. Debemos tener en cuenta que entre ellos la empatía es muy alta, que comprenden bien al otro, y que les puede ayudar escuchar a otra persona que padece lo mismo que ellos. El terapeuta se mantendrá al margen, dando el turno de palabra y moderando las intervenciones. Señalaremos la mejoría que está teniendo el tratamiento para el trastorno bipolar a lo largo del tiempo.

Revisión de las tareas para casa

Expondrán el registro de actividades, comentando el día que mejor estuvieron de la semana, y el día que peor lo pasaron. Veremos de nuevo la correlación entre el hacer y el estado de ánimo, así como la necesidad de no dejarse arrastrar por la pereza previa que nos puede llevar a un estado de ánimo más bajo.

Reforzamiento de la Autoestima

Retomaremos el Inventario de Autoconcepto para proseguir con la reestructuración que comenzamos en la anterior sesión. Preguntaremos a los miembros que tenían dificultades en rellenar algunas áreas si lo han conseguido y si lo han compartido con familiares y amigos. Reforzamos su esfuerzo de haberlo realizado. En caso de que no lo hayan hecho les animaremos a que escuchen a sus compañeros y podrían entregarlo más adelante si así lo desean. Señalamos la importancia del ejercicio para la autoestima. Hoy, cada paciente leerá los aspectos positivos y los aspectos negativos de las cinco últimas áreas: conducta afectivo-erótica, rendimiento académico o laboral, estatus socio-económico, ejecución de tareas cotidianas y logros alcanzados y éxitos en la vida.

Aunque seguiremos reforzando los aspectos positivos y reestructurando los negativos de todas estas áreas, nos centraremos más en la última, ya que recoge, de forma global, los aspectos de los que se siente orgulloso el paciente y que pertenecen a su autoestima, así como lo que aún le queda por hacer y que podemos reestructurarlo como posibles ilusiones para su futuro.

“Así que conseguiste hacer un módulo de administrativo y hoy sigues trabajando en una empresa que te gusta, y además, aprendiste a tocar el piano. Me parece realmente interesante que hayas podido desarrollar el área laboral y que además potenciaras una habilidad en la que estabas interesada. Me dices que te gustaría tener pareja, y que lo ves como un fracaso en tu vida. Bueno, hasta ahora es cierto que tampoco salías mucho, y que ahora estás saliendo más con tus amigas y

conociendo a gente nueva. Más que un fracaso, puedes vivirlo como ilusión. Además tienes la ventaja de que ahora eres soltera y de que podrás elegir... ¡Eso es todo un éxito para tu futuro...!”.

Habilidades sociales

Repasaremos brevemente la teoría de hacer y recibir elogios. Realizaremos algún role-playing de situaciones sociales en los que se puede hacer un cumplido de forma asertiva. Aprenderemos a hacerlo de forma asertiva, clara, directa, concreta, sin evasivas ni rodeos, y a responder de forma agradable al mismo.

Role-playing: Practicaremos tres situaciones diferentes con tres parejas: una situación de amistad (donde halagaran la personalidad del amigo, un aspecto concreto), una situación laboral (donde halagaran un informe de un compañero que les ha ayudado a ellos a desarrollar su trabajo), y una situación con la pareja (algo que la pareja hace por ellos de forma automática, por ejemplo, ponerles la cena todos los días) o los hijos (detalles que hacen los hijos para que los padres se sientan mejor).

Cada paciente entregará su elogio a la persona que le había tocado como amigo invisible. Si a alguien se le ha olvidado traerlo, deberá escribir el elogio en el momento. Podemos ayudarle a ello. Una vez que todos tengan su halago lo leerán en voz alta y lo aceptarán de forma asertiva, sin timidez ni vergüenza. Este ejercicio suele despertar emociones muy positivas. En el caso de que un halago sea totalmente absurdo e irreal, señalaremos que era fundamental basarnos en la realidad y pondremos un ejemplo halagando a la persona que lo ha leído y que le correspondía recibirlo.

Como tareas para casa, deberán rellenar el registro de cogniciones para seguir practicando la reestructuración cognitiva, y leerán la hoja de Resolución de Conflictos que estudiaremos el próximo día (Anexos).

Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 12

Objetivos de la sesión

El objetivo de esta sesión es explicar los diferentes tratamientos alternativos que existen, desde los que resultan inocuos hasta los que pueden ser perjudiciales para

pacientes con trastorno bipolar. Conocerán qué pasos sigue un tratamiento antes de su aprobación, y diferenciaremos un tratamiento médico de los tratamientos alternativos en cuanto a evidencia y eficacia.

En esta sesión, aprenderán a resolver problemas reales de la vida diaria y ensayarán habilidades sociales relacionadas con “Decir que No”.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno de ellos por los hechos relevantes de la semana, y por cómo se sienten hoy. Les escucharemos prestando atención a todo aquello que sucede en la vida diaria y que podemos relacionar con los diferentes contenidos de las sesiones.

Psicoeducación

Comenzaremos explicando lo que es el método científico y un ensayo clínico, para después poder hacer referencia al carácter científico o no de los determinados tratamientos que se vayan exponiendo. Explicaremos que todos los tratamientos farmacológicos han sido sometidos a rigurosísimos estudios que incluyen investigaciones con animales y personas sanas y enfermas que se prestan voluntarias, para comprobar la seguridad, la tolerancia y la eficacia de los nuevos fármacos. Un fármaco es seguro cuando no puede dañar al paciente que lo toma, y se considera tolerable cuando los efectos terapéuticos son mayores que los efectos secundarios. También hay que demostrar su eficacia, es decir, si sirven para mejorar o eliminar los síntomas que supuestamente debe tratar y si es igual o superior a los ya existentes. Todo esto asegura que los medicamentos son tratamientos auténticos, y no un engaño.

“A veces puede costar encontrar la medicación que a cada uno de vosotros hace mayor efecto terapéutico y crea menores efectos secundarios, pero esto no significa que no esté probada o que el psiquiatra esté jugando con vosotros, como he oído en algunas ocasiones, lo que sucede es que hay variaciones del efecto de unas personas a otras. Lo ideal es encontrar la que a ti, y a ti, y a ti, (señalo a cada uno de ellos), te va a evitar recaídas y episodios, y te va a producir las mínimas molestias (temblor, diarrea...). Aunque a veces es mejor tener esas molestias que tener un ingreso, ¿a qué sí?”.

Al igual que los tratamientos farmacológicos, los tratamientos psicológicos también se someten al método científico. Hoy por hoy, está comprobado que la psicoeducación

(individual y familiar), la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal son efectivas en el trastorno bipolar. Las terapias psicodinámicas no sólo no son eficaces en el tratamiento del trastorno bipolar, sino que también pueden empeorar los síntomas ya que el paciente está sometido a un alto estrés emocional. El tratamiento farmacológico es imprescindible, así que lo ideal es la terapia combinada, combinar el tratamiento farmacológico con una terapia psicológica eficaz.

Los tratamientos alternativos son todos aquellos que no se incluyen dentro del conjunto de posibilidades terapéuticas consideradas por la comunidad científica para una enfermedad concreta.

En este momento abriremos el debate preguntando a nuestros pacientes si han probado algún método alternativo y la opinión que tienen de ello. Nuestra postura debe ser clara y defender todos los tratamientos que estén comprobados. Fomentaremos que argumenten entre sí sus posturas y daremos información que consideremos pertinente y relevante.

La homeopatía y los tratamientos naturales no han demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos bipolares, y no se han sometido a ningún estudio científico. No producen efectos secundarios, pero tampoco ninguna ventaja terapéutica. Un paciente que sólo esté tratado con homeopatía sufrirá constantes recaídas y se agravará la enfermedad. El combinar estos tratamientos con el tratamiento farmacológico estándar no suele ser peligroso, pero tampoco tiene mucho sentido.

También existen terapias místico-religioso-espiritual-esotérico-orientalistas llevadas a cabo por “curanderos” que no tienen ninguna formación, que a veces son timadores, y en muchos casos, pueden perjudicar la vida y la salud del paciente.

Diremos que las creencias religiosas son absolutamente respetables, siempre y cuando se hayan tenido durante todo el ciclo vital. Si hay creencias que surgen tras debutar con la enfermedad (creer que uno es “el enviado”, tener una iluminación...), hay que tener cuidado con que no sean ideas delirantes o el inicio de un episodio. Dejaremos claro que la fe y la oración no son tratamientos para el trastorno bipolar, pero que pueden ser importantes para las personas que son creyentes.

Únicamente un adecuado tratamiento con fármacos y una intervención psicológica eficaz garantiza una evolución más positiva del trastorno bipolar.

Base cognitivo-conductual

Pasaremos a corregir el registro de cogniciones. A veces, los pacientes dejan de hacerlo porque refieren que han comenzado a practicar la reestructuración de forma automática y ya no les invaden los pensamientos negativos. Tendremos que explorar que esto es así, y

que no es que ignoran de nuevo sus pensamientos negativos. Si el estado de ánimo ha sido positivo y estable, quizás la reestructuración ya esté automatizada y los esquemas cognitivos sean mucho más adaptados a la realidad, lo que es un logro importante para el paciente.

“Así que me dices que tú ya no haces el registro de cogniciones porque no te hace falta, y que por mucho que lo piensas no te vienen ideas negativas sobre ti mismo ni sobre tu vida. ¿Crees que esto siempre ha sido así? ¿O que has comenzado a tener un control sobre tu mente y que ahora ves la vida de forma más positiva? ¿Te ha salido algo mal esta semana? ¿Y ya no pensaste que era por tu culpa y que eras un desastre? ¿Te acuerdas que al inicio nos decías eso cuando te pasaba algo?”.

Resolución de conflictos

Explicaremos que hoy nos vamos a centrar en los problemas reales de la vida diaria. Un problema aparece cuando no se dispone de manera inmediata una respuesta eficaz para afrontar la situación. Esto implica que ninguna situación es problemática en sí misma, sino que es la falta de una respuesta apropiada lo que la hace problemática.

El entrenamiento en solución de problemas implica los siguientes pasos (ver Anexos):

1. Cambiar la forma de considerar el problema: las situaciones problemáticas son algo habituales en la vida, pero es necesario hacerlas frente buscando respuestas eficaces.
2. Definir el problema: definición clara de la situación.
3. Buscar posibles respuestas alternativas al problema: hacer una lista larga de posibles formas de resolver el problema, aunque parezcan un disparate, sin enjuiciar nada a priori. Todo es posible.
4. Tomar decisiones: poner las ventajas y desventajas de cada una de las posibles alternativas y decidir, entonces, cuál es la más conveniente.
5. Aplicar y revisar la alternativa elegida: valorar si la respuesta adoptada es tan eficaz como se juzgó y consigue poner fin al problema.

Como tarea para casa, realizarán estos pasos con una situación problemática que se les presente y la expondrán el próximo día. No tiene por qué ser un gran problema, puede ser desde arreglar una televisión estropeada a un problema con un compañero de trabajo. Insistiremos en que lo traigan por escrito.

Habilidades sociales

Pasaremos a explicar la teoría sobre cómo decir que no (ver Anexos). Decir No es

rechazar una petición que no queremos aceptar. Por desgracia, no nos han educado para hacerlo de manera clara y honesta, por el miedo a que el otro vaya a pensar algo negativo de nosotros o se enfade o actúe en nuestra contra.

Tenemos derecho a decir que no a cualquier petición personal, a peticiones sobre objetos o pertenencias, a peticiones donde sentimos que abusan de nosotros, a peticiones que aceptaríamos en otro momento pero que ahora no queremos, e incluso a los buenos consejos. Cuando aceptamos una petición que nos gustaría rechazar, estamos violando nuestra propia integridad, estamos decidiendo que la otra persona es más importante que nosotros, y que nuestras necesidades y deseos quedan en un segundo plano. Es importante romper el hábito de decir que no poniendo excusas.

Las ventajas de decir no cuando es lo que queremos son:

- Se permite saber cuál es nuestra postura y nuestros sentimientos.
- Se evita con mayor facilidad que se aprovechen de nosotros.
- Se logra un sentimiento de satisfacción y bienestar al no tener que hacer algo que no queremos.
- Se favorece la probabilidad para que no nos vuelvan a pedir en el futuro que hagamos algo que no deseamos hacer porque no es correcto.

Los inconvenientes al no aprender a negarnos o decir que no son:

- Se puede terminar haciendo algo que no nos guste lo que nos hará sentirnos enfadados, frustrados o descontentos.
- Se puede terminar haciendo algo que nos cree problemas.
- Se puede dar una impresión inadecuada sobre la clase de cosas que nos gusta hacer o que nos pueden pedir en el futuro.
- Una vez que cedemos a la primera demanda es más difícil negarse en posteriores ocasiones, y en caso de hacerlo, tenemos más probabilidades de expresarlo de modo agresivo, por la frustración y tensión acumulada, y los demás no lo entenderán.

Role playing: “La próxima semana veremos los diferentes modos de negarnos, pero ahora me gustaría ver cómo lo intentáis hacer de forma asertiva. A ver... Imaginémonos que Pedro y Margarita son amigos, y Pedro va a pedir a Margarita su coche porque tiene que ir a recoger a un amigo al aeropuerto y va a insistir para que se lo deje, y Margarita no desea dejárselo. A ver qué sucede...”.

(...)

“Muy bien, Pedro, has insistido, y muy bien, Margarita, te has negado, pero... ¿era verdad lo que le has dicho? ¿Era verdad que hoy lo ibas a usar para ir al supermercado, o te los has inventado porque en realidad no querías prestárselo? Es muy importante que no pongamos excusas, que seamos sinceros... ¿veis lo difícil que es decir que no de forma honesta? A ver... lo vais a repetir de nuevo, y ahora Margarita vas a ser sincera. Le vas a dar razones por las cuales no te gusta prestar tu coche, por ejemplo”.

Como tarea para casa, rellenarán el registro de situaciones en las que tengan que decir que no, y cómo lo han hecho, si lo han logrado o no, y cómo se han sentido (Anexos). Recordamos, entonces, que también tenemos que practicar la solución de problemas y traer una situación problemática. Haremos también el registro de actividades durante esta semana.

Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 13

Objetivos de la sesión

El objetivo de esta sesión tratará uno de los problemas más importantes de la recurrencia del trastorno bipolar, el mal cumplimiento de la medicación. Trabajaremos la adherencia a la medicación, haciéndoles conscientes de la gravedad y el riesgo que tienen si se da el abandono de la misma.

Fijaremos de forma práctica la resolución de problemas de la vida diaria y las habilidades de decir que no y pedir favores de forma asertiva. Repasaremos la importancia de la planificación de actividades.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno de ellos por los hechos relevantes de la semana, y por cómo se siente hoy. Les escucharemos con atención captando todo aquello que pueda ser relacionado con los contenidos de las sesiones.

Recordaremos los gráficos vitales expuestos en las sesiones iniciales, y escogeremos uno en el que el abandono de la medicación ha precedido a la recaída. Normalmente, este hecho se ha dado en varios pacientes, y algunos de ellos ya lo tienen asociado a la recurrencia. El abandono de la medicación suele ser el principal desencadenante de las

recaídas. Abriremos el debate dejando que sean los propios pacientes los que den la opinión al respecto. Si algún paciente reconoce su mal cumplimiento, le escucharemos con atención, le agradeceremos su sinceridad y valor de reconocerlo, le dejaremos argumentar sus razones teniendo una sincera comprensión de las mismas, y le explicaremos el riesgo en el que se encuentra y la necesidad de que lo trate con su psiquiatra. Nuestra postura debe estar clara desde el principio, pero es mucho más útil que sean los pacientes los que argumenten y refuercen el buen cumplimiento de la medicación.

Escribiremos una lista en la pizarra de las razones por las que se suele abandonar la medicación. Haremos una ronda, siendo ellos los que vayan enumerando razones y la terminaremos completando: por vergüenza, por riesgo de adicción y dependencia, por esclavitud, por miedo, por no ser sano, por miedo a efectos secundarios, por efectos secundarios reales, por pensar que uno no necesita medicación, por pensar que no funciona el tratamiento, por verlo como incompatible con la salud de uno mismo, por estar embarazada, por pensar que es la medicación y no uno mismo el que controla el estado de ánimo, por negación de la enfermedad, por creencias erróneas sobre la medicación, por desinformación, por no entender el carácter crónico de la enfermedad, o por echar de menos el estado de hipomanía. Los pacientes se irán identificando con algunas de estas razones e iremos incidiendo en ellas. Explicaremos nuevamente el peligro de las fases de hipomanía, las ventajas de tolerar pequeños efectos secundarios frente a la posibilidad de sufrir un nuevo episodio, desmontaremos las falsas creencias, y señalaremos que es necesario que hablen y negocien con su psiquiatra, de tal forma, que estén absolutamente convencidos de tomar la medicación finalmente pautada. Señalaremos la necesidad de que su entorno familiar esté informado de la enfermedad del paciente y del tratamiento.

“Así que tú, Pedro, dejaste la medicación cuando llevabas un año estable. Pensaste que nunca más te iba a pasar a ti, que había sido una fase concreta la que habías sufrido y, además, que la medicación no te dejaba pensar bien. Según abandonaste el tratamiento, te alegraste cuando sentiste que estabas más animado y que empezabas a hacer muchos planes. Claro, no detectaste que empezabas un episodio de manía, y fue poco después cuando tuviste el ingreso. Dices que desde entonces la tomas a rajatabla. Está claro que a veces es necesario aprender de la experiencia, pero fijaros que, en este caso, Pedro se podía haber evitado un ingreso”.

Posteriormente, daremos trucos para que el olvido de la toma del tratamiento no sea un

problema. Serán los propios pacientes los que den estos trucos que iremos apuntando en la pizarra: tomar la medicación a la misma hora coincidiendo con un acto rutinario (la cena, lavarse los dientes), usar “pastilleros”, usar la alarma del reloj, usar algún recordatorio (cambiarse el reloj de muñeca), apuntarlo en la agenda, dejar la medicación por diferentes sitios (en la mesa, en el bolso, en el despacho), escribirlo en alguna parte de la casa, rellenar circulitos en una cartulina según la tomas diariamente... Cada uno buscará el método que le sea más efectivo. Los pacientes más cumplidores lo tienen muy integrado, y algunos de ellos no necesitan ningún truco.

Señalaremos que la posibilidad de sufrir un episodio no desaparece nunca, pero la verdad es que la probabilidad de que suceda esto es menor en pacientes medicados, teniendo, en todo caso, recaídas más cortas, menos graves y menos frecuentes.

Base cognitivo-conductual

Expondrán el registro de actividades, comentando las actividades que más les gustaron de la semana, y aquellas cosas nuevas que realizaron y que en un principio no tenían planificadas. Enfatizaremos la necesidad de ir ampliando actividades, y señalaremos la importancia de repetir todas aquellas que verdaderamente nos satisfacen. Veremos de nuevo la correlación entre el hacer y el estado de ánimo, así como la necesidad de no dejarse arrastrar por la desgana que nos puede llevar a un estado de ánimo más bajo. Reforzaremos todo lo que hayan hecho y valoraremos las reflexiones que comenten al respecto.

Resolución de conflictos

Pasaremos a la resolución de conflictos. Expondrán un problema real que hayan tenido durante la semana, y las fases que hayan aplicado para su resolución. Algunos pacientes no habrán realizado la tarea argumentando que no tienen problemas, otros expondrán un problema sin las fases de solución, y una minoría habrá realizado la tarea correctamente. Debemos incidir en la importancia de esta tarea y en la posibilidad de automatizarla a posteriori. Reforzaremos la tarea de quienes la hayan completado y escogeremos un problema real para apuntarlo en la pizarra. Será un problema sencillo, que logren entender perfectamente (*Ejemplo: El termo me pierde agua. ¿Qué hago?*). Lo describiremos claramente (*El termo me pierde agua por la válvula de presión, aunque sigue funcionando y tengo agua caliente*). Pensaremos alternativas de solución (*comprar otro, romperlo, apagarlo, poner un cubo, llamar a un fontanero, llamar al vecino, intentar arreglarlo...*). Escribiremos lista de ventajas e inconvenientes de cada alternativa y decidiremos cuál es la más adecuada de poner en práctica (*Comprar otro:*

ventajas –quizá uno nuevo no pierda agua–; desventajas –no sé ponerlo solo, es caro, igual hay otra solución...–). Aplicar y revisar si la alternativa escogida ha sido tan eficaz como pensamos.

Habilidades sociales

Ahora expondrán su registro de decir que no. Veremos las situaciones con las que se han enfrentado, cómo han actuado y cómo se han sentido finalmente. Hay pacientes que nos pondrán ejemplos claros y que su respuesta habrá sido asertiva, y otros que suelen exponer su aceptación de peticiones que no deseaban y sus sentimientos de rabia e impotencia al respecto. Reforzaremos las conductas asertivas incidiendo en la buena sensación que les quedó a posteriori. Remarcamos la importancia de seguir ensayando estas habilidades, y podemos incidir en los motivos que les impiden negarse en determinadas situaciones, y lo relevante que es ser conscientes para llegar a superarlos.

Explicaremos la forma de decir en serio que no: ser breve (claro y directo, sin irse por las ramas), ser educado (dar las gracias por el ofrecimiento o disculparse correctamente), no perder el control (hablar despacio y con amabilidad), ser sincero (expresar los sentimientos difíciles: “Me cuesta mucho decirte esto...”), decir que no e irse (no dar pie a insistencias), y practicar (ensayar delante del espejo).

Señalaremos los seis modos diferentes que tenemos de negarnos:

- decir no simple y llanamente (directo y contundente, sin permitir que el problema del otro lo ponga en nosotros: “No puedo ir”)
- no reflexivo (reflexionar sobre el contenido y las implicaciones de la solicitud para después rechazarla sin titubeos: “Sé que tus cartas son urgentes, pero ahora no puedo ir a correos”)
- no razonado (exponer brevemente el auténtico motivo del rechazo: “No puedo ir a echar tus cartas porque he quedado con un amigo”)
- no temporal (negarse a satisfacer la petición en ese momento: “No puedo echar las cartas hoy pero sí que puedo ir mañana”)
- no interrogativo (una invitación a negociar: “¿Puedo llevarlas en otro momento?”)
- no repetitivo (repetir una frase corta de negación ante la insistencia: “No, no puedo ir”).

Señalaremos que otro de los problemas que a veces tenemos es hacer peticiones razonables a los demás. Hay personas que lo hacen esperando ser rechazadas o que parecen que están pidiendo disculpas a los demás. Otras personas pueden hacerlo de

forma coercitiva, exigente y hostil. Hacer peticiones incluye pedir favores, pedir ayuda y pedir a otra persona que cambie su conducta. Tenemos que dejar claro que hacer una petición no es una exigencia, y debemos reconocer el derecho del otro a decirnos que no y a rechazar nuestra petición. Reconocer este derecho protege nuestro derecho a emitirlas y aumenta la frecuencia de las mismas. No se puede hacer peticiones de forma indiscriminada, pero es totalmente aceptable hacer peticiones cuando se necesita. Si la respuesta es ambigua o poco clara, tal vez sea porque no ha sido bien entendida, y entonces parece apropiado expresarla y clarificarla una o más veces. Debemos ser claros, directos y educados; no es necesaria ninguna disculpa, ni ninguna justificación, aunque siempre puede ayudar una explicación; y debemos estar dispuestos tanto a escuchar un sí como un no y respetar el derecho del otro a decirlo. No debemos utilizar comentarios manipulativos, ni hacer hipótesis irracionales sobre la respuesta que nos van a dar.

Role playing: Dos voluntarios diferentes a los de la semana pasada tendrán una conversación entre sí. En este caso, uno de ellos le va a pedir que se quede con los niños esta tarde durante tres horas, y el otro va a rechazar la petición. El primero deberá pedirlo adecuadamente y aclararlo si se lo solicita, y el segundo deberá negarse practicando las diferentes formas de decir que no.

“Muy bien, Carla. Le has pedido directamente si podía quedarse con tus niños esta tarde explicando brevemente que tenías que ir a una consulta médica. Lo has preguntado sin miedo, y se intuía que estabas dispuesta a aceptar y a respetar una respuesta afirmativa o negativa del otro. Y tú, Marta, le has contestado con un no reflexivo, entendiendo lo importante que es para ella, pero dejando claro que no puedes. ¿Podéis hacerlo ahora con un no razonado, pero sin que sea una excusa?”.

Como tareas para casa, rellenarán de nuevo el registro de cogniciones. Les diremos que sabemos que cada vez tienen menos pensamientos negativos pero lo importante que es su esfuerzo en detectarlos para poder reestructurarlos completamente. Pediremos que hagan el registro de hacer peticiones y decir que no, si se les da alguna situación relacionada con este tema. Indicaremos que así también es una manera de mantenernos conectados durante la semana en el temario que estamos viendo.

Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 14

Objetivos de la sesión

Esta sesión tratará de que nuestros pacientes tomen conciencia del riesgo que conlleva consumir sustancias psicoactivas, desde drogas fuertes hasta el consumo de café o alcohol, y lo que puede perjudicar el curso y pronóstico de su enfermedad.

Así mismo, repasaremos la reestructuración cognitiva y afianzaremos los esquemas positivos del autoconcepto. Aprenderemos a realizar críticas de forma asertiva.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno de ellos por su semana, por algún hecho relevante que hayan vivido y por cómo se sienten hoy. Les escucharemos con atención, siendo conscientes de todo aquello que les sucede en la vida diaria y que podemos relacionar con la teoría vista a lo largo de las sesiones.

Psicoeducación

Comenzaremos explicando que el abuso o dependencia de sustancias es muy frecuente en la población bipolar, y que es muy perjudicial para la evolución de la enfermedad. No lo diremos como un discurso moral, sino incidiendo en lo importante que es que ellos controlen la enfermedad. Remarcaremos este objetivo.

Llamamos drogas a todas las sustancias legales o ilegales que pueden modificar el estado de conciencia, las emociones, la conducta y los pensamientos y crean conductas de dependencia y abuso. Escribiremos una lista de sustancias en la pizarra: cerveza; vino; porros; whisky, ron u otros destilados; ácidos (“tripis”); cocaína; anfetaminas; bebidas estimulantes; refrescos de cola; café; éxtasis y otras drogas de diseño. Preguntaremos de forma abierta por aquellas sustancias que piensan que son potencialmente peligrosas para el trastorno bipolar. Habrá opiniones diferentes, y debemos dejar claro que todas ellas son sustancias tóxicas y que no son recomendables en absoluto para una persona con trastorno bipolar. Daremos paso al debate, analizando una por una todas las sustancias y su influencia en el sistema nervioso. Nos detendremos en aquellas que supongan más discusión entre los miembros del grupo, y en aquellas que reconozcan su consumo.

El alcohol puede producir una depresión a medio plazo, aumentar la ansiedad, alterar el patrón del sueño, aumentar la impulsividad y agresividad, provocar deterioro cognitivo, y puede llegar a producir síntomas psicóticos y manía.

El cannabis provoca un síndrome amotivacional, gran apatía, deprime, puede llegar a desencadenar una manía, alterar el sueño, aumentar la ansiedad y provocar síntomas

psicóticos.

La cocaína puede desencadenar por sí sola un episodio de cualquier tipo, y muchos síntomas diferentes que generalmente terminan en constantes ingresos. Los alucinógenos y las drogas de diseño son también muy peligrosos pudiendo ocasionar episodios de todo tipo o síntomas psicóticos en cualquier persona, aunque no tenga el trastorno.

Nos detendremos en la explicación del consumo de cafeína (café, cola, red bull...), ya que esto suele ser nuevo para los pacientes y no tienen conciencia del riesgo que conlleva su consumo. Remarcaremos que la cafeína tiene un alto potencial inductor de hipomanía y ansiedad, y puede provocar dependencia. Señalaremos su clara influencia sobre la cantidad, y sobre todo, calidad del sueño. No se debe tomar café durante las 8 horas previas a acostarse. Indicaremos que tomar un par de cafés al día no es nocivo, pero que el efecto es variable en cada persona. En las fases depresivas se podría tomar algún café más por la mañana, siempre que no haya ansiedad. En fases de manía e hipomanía, o inicio de las mismas, el café está absolutamente desaconsejado, al igual que en pacientes ansiosos o con antecedentes de crisis de pánico. Los pacientes comentarán sus experiencias con el café, y la influencia que tiene sobre ellos.

“Así que a ti, Marta, te gusta tomar café porque te sientes más activada, ¿verdad? Dices que ahora tomas dos cafés al día, pero que, en otras ocasiones, llegabas a tomarte una cafetera al día, y que además coincidía con momentos del inicio de fases maníacas. Fíjate que, tal vez, tomabas más café porque te sentías más productiva y para estimularte aún más, pero que quizá fue ese exceso de consumo el que te pudo descompensar. Ahora tomas los dos cafés por la mañana, pero imagínate que si esos dos cafés los tomaras por la noche... Podrían empezar alterándote el sueño y concluyendo todo en un nuevo episodio”.

Señalaremos que el consumo de tabaco no perjudica el pronóstico del trastorno bipolar, pero que, por supuesto, supone riesgos para la salud física. Aconsejaremos que si se desea dejar de fumar nunca se haga durante una descompensación, siempre en períodos largos de eutimia, de forma progresiva, con terapias sustitutivas y/o con terapia psicológica, y el cuidado que deben de tener con determinados medicamentos que pueden estar contraindicados en pacientes con trastorno bipolar (antidepresivos...).

También indicaremos el mal uso que a veces se hace de los fármacos (benzodiacepinas), y el riesgo que tienen de provocar dependencia. Esto supone una razón más para seguir el tratamiento farmacológico a rajatabla, tal y como lo ha prescrito el psiquiatra.

Base cognitivo-conductual

Expondrán el registro de cogniciones que han realizado. Seguramente, sean escasos los pensamientos negativos que aparezcan. Repasaremos los diferentes tipos de pensamientos irracionales y ansiógenos que existen, y las distorsiones cognitivas, y lo directamente relacionados que están con esquemas negativos permanentes que nos producen un bajo estado de ánimo. Insistiremos en la necesidad de detectar estos pensamientos en momentos que nos sintamos tristes sin saber la causa, ya que muchas veces hay un esquema cognitivo negativo, absurdo e irracional, que provoca este estado. Repasaremos la reestructuración cognitiva, y la necesidad de someter a juicio estos pensamientos irracionales para no permitir que nos invadan y poder cambiarlos por esquemas reales y racionales ajustados a las situaciones y momentos. Reforzaremos que, seguramente, en muchos de nuestros pacientes se ha automatizado y se han logrado los esquemas que pretendemos. Muchos de ellos no se dan cuenta de que han logrado automatizar la reestructuración cognitiva, teniendo unos esquemas de vida más sanos respecto al mundo y respecto a sí mismos.

Reforzamiento de la Autoestima

Nos dirigiremos a cada uno de ellos, sugiriendo que van a exponer un breve resumen sobre ellos mismos, tanto de aspectos positivos como negativos, basándose en el Inventario de Autoconcepto que realizamos hace unas sesiones. Se reforzarán los aspectos positivos que digan, y captaremos aquellos aspectos negativos que son exagerados, que no se corresponden con la realidad, y que pueden herir la autoestima. Los reconceptualizaremos a través de preguntas que lleven a respuestas positivas sobre sí mismos y que potencien al máximo los recursos personales de cada paciente.

Habilidades sociales

Expondrán alguna situación que hayan tenido durante la semana de hacer peticiones o de tener que rechazar propuestas. Reforzamos a quienes lo comenten. Si alguien refiere que ha tenido dificultades, le indicaremos que es importante que comience a ensayar delante del espejo para sentirse cada vez más seguro de lo que va a decir. Practicamos esa situación difícil con él, y los compañeros indicarán diferentes respuestas para hacerlo de forma asertiva.

Pasaremos a explicar la forma de hacer críticas de forma asertiva (ver Anexos). Escribiremos en la pizarra los siguientes pasos a la vez que los vamos explicando:

1. Definir objetivos: debemos tener en cuenta que al hacer una crítica intentamos

cambiar una situación o conducta, y no deteriorar la relación con el otro. Hay que buscar el momento y lugar adecuado y reforzar al otro de forma inmediata.

2. Describir la situación o conducta: el modo ideal para comenzar a hacer una crítica es describiendo la situación o conducta que no nos gusta. “Cuando...”.
3. Expresar sentimientos en mensajes yo: hay que hablar desde la opinión propia o haciendo alusión a los propios sentimientos que nos ha provocado la situación, y así, la otra persona no activará sus defensas y escuchará de manera abierta. “Me siento...”, “Pienso que...”, “Creo que...”.
4. Expresar empatía: intentar ponerse en el lugar del otro e intentar comprender por qué está actuando así, para que el otro no reaccione negativamente hacia nosotros. “Entiendo que estés muy agobiado...”.
5. Petición o sugerencia de cambio: hacer una propuesta de forma que la otra persona vea nuestro interés, pidiendo su opinión. “¿Qué te parece si...?”.
6. Reforzar al otro: el interlocutor debe sentir la crítica como un intercambio de opiniones, no como un juicio, y debemos reforzar el proceso que hemos seguido. “Me alegro de...”, “Te agradezco que...”.

“Así, por ejemplo, imaginémonos que te molesta que tu amigo llega siempre tarde. Tenemos claro que nos molesta, pero que queremos seguir manteniendo relación con él. Diríamos: “Pedro (me dirijo directamente a Pedro provocando un role-playing espontáneo), cuando tú llegas tarde a las sesiones, creo que es porque no te interesan. Sé que siempre andas liado y con prisas, pero ¿qué te parece si el próximo día te levantas media hora antes y así puedes llegar puntual y además así puedes hacer todo con más tranquilidad? (Pedro responde. Si se queda callado señalamos directamente que es un role-playing y que responda lo que se le ocurra). Te agradezco muchísimo que lo tengas en cuenta”.

A veces, suelen dar su opinión los pacientes y refieren que es muy complicado hacer todo esto, o que son de menos palabras. Les decimos que esto es la teoría, pero que luego la tiene que adaptar cada uno a lo que le sea cómodo decir. Señalamos que los pasos son importantes para afianzar la relación y poder cambiar aquello que no nos gusta. Pedimos a algún paciente que exponga su manera de hacer críticas con un ejemplo concreto, y reforzamos lo correcto o indicamos lo que se puede modificar para que se quede mejor consigo mismo. Enfatizamos que lo importante es el bienestar de ellos.

Como tarea para casa, deberán rellenar el registro de hacer y recibir críticas con una crítica concreta, bien realizada, de algo que les moleste durante la semana, y apuntar lo

que ha sucedido y su sentimiento posterior (Anexos). También deberán rellenar el registro de actividades, como siempre, para afianzar los contenidos estudiados y generalizarlos totalmente a la vida diaria.

Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 15

Objetivos de la sesión

El objetivo de esta sesión es enseñarles a detectar a tiempo sus recaídas (hipo)maníacas elaborando la propia lista de pródromos, a modo de preparación para identificar futuros episodios.

Así mismo, afianzaremos la planificación de actividades y la resolución de conflictos, y aprenderán a recibir críticas de modo asertivo.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y, como siempre, comenzaremos preguntando a cada uno qué tal ha sido la semana para él, si ha ocurrido algo nuevo que sea relevante comentar, y qué tal se siente en el día de hoy.

Psicoeducación

Señalaremos que hoy vamos a aprender a detectar con anticipación las primeras señales de recaída (“pródromos”) de una fase (hipo)maníaca, con el fin de poder evitarla. Para ello, tanto ellos como sus familiares o amigos, deberán aprender a reconocer pequeños cambios en la conducta y/o en el pensamiento para iniciar una intervención rápida y eficaz. Explicaremos que esto sucede como una bola de nieve que puede comenzar siendo pequeña pero que, según va deslizándose por la montaña, se hace grande y no hay quien la frene. Su función, y su responsabilidad con la enfermedad, será detectar esos síntomas cuando todavía se pueden modificar, y así evitar la recaída, la necesidad de antipsicóticos y el posible ingreso.

Comenzaremos preguntando los síntomas de las fases (hipo)maníacas, los apuntaremos en la pizarra, y descartaremos aquellos que, al aparecer de forma brusca, no sirven como pródromos. De esta manera, seleccionaremos conductas no patológicas que nos pueden servir como buenos indicadores de recaída. Realizaremos una lista general de pródromos

basada en cambios conductuales y cognitivos a nivel cuantitativo (por aumento o disminución de la función) o a nivel cualitativo (conducta o cognición nueva). Los más comunes son: disminución de las horas de sueño, asociar el sueño con una pérdida de tiempo, impaciencia, irritabilidad, aumento de la energía, aparición de nuevos intereses o recuperación de intereses antiguos, hablar más deprisa, conducir más deprisa, aparición de nuevos proyectos, aumento del deseo sexual, cambio en la forma de vestir... Esta lista será elaborada entre todos.

Señalaremos la necesidad de que cada uno elabore su propia lista de pródromos, ya que todos somos diferentes, y así reflexionar sobre los síntomas que son más significativos en cada uno al comienzo de una fase. Para ello, podrán pedir la colaboración de un familiar que les ayude a recordar estas primeras señales. Podrán acudir a su gráfico vital para poder tener en cuenta los desencadenantes que suelen afectarle y que provocan un episodio, los síntomas que ya ha presentado y cómo han variado los mismos de un episodio a otro, la personalidad previa que tienen antes de la descompensación, y buscar el límite donde es necesario intervenir. Hay que indicar que cada uno tiene sus señales de alarma propias que le pueden servir y así estar alerta, pero que hay muchos síntomas que son significativos y personales de cada uno y que no son significativos para el compañero (volver a fumar, dejar de dormir, hacer mucho deporte, empezar a salir mucho...).

“Así que tú, Pedro, comenzabas a tomarte unas cervezas antes de ir a casa, y te decían que hablabas más alto de lo normal. También comentas que te levantabas bien temprano y que te ponías a hacer pesas y abdominales cada mañana. Así que esas son algunas de tus señales de recaída. ¿Alguien ha tenido algún síntoma parecido a los de Pedro al inicio de una fase (hipo)maníaca?”.

La diferencia de las fluctuaciones normales o patológicas del estado de ánimo es que las primeras tienden a desaparecer al cabo de unas horas, y las otras empeoran con el paso del tiempo, estén o no causadas por factores externos. También es útil asociar más de una señal a la recaída, para ser más conscientes de que se está al inicio de una fase.

En esta parte, los pacientes suelen mostrarse preocupados en cierta medida, y se preguntan qué hacer en caso de duda. Para ello es importante que tengan un referente familiar con el que lo consulten y les diga si ha percibido o no cambio, así como acudir a su psiquiatra habitual. Suelen ser muy conscientes, desde el inicio, de estas primeras señales que les incitamos a buscar y a tener en cuenta.

Base cognitivo-conductual

Comentarán los hechos que consideren más relevantes de su registro de actividades, y todas aquellas actividades nuevas que hayan incorporado desde el inicio del programa hasta ahora. Según avanzamos, van retomando actividades que habían dejado de hacer, o incluso acuden a talleres o cursos que siempre habían deseado y que posponían. Se va detectando una mejora clara de su calidad de vida.

Resolución de conflictos

Repasamos la técnica de resolución de conflictos. Preguntamos si alguien lo ha seguido practicando por su cuenta. Escogemos algún problema real que en la sesión 13 pudieron exponer pero que no había sido resuelto en grupo. Realizamos la técnica en la pizarra, siguiendo los pasos progresivamente. Señalamos que escribir el problema, buscar alternativas de solución sin juzgarlas previamente, y hacer una valoración posterior nos puede ayudar a analizar respuestas que en un inicio no hubiéramos creído posibles, y nos abre la mente para encontrar la solución más eficaz.

Habilidades sociales

Corregimos el registro de hacer críticas. Preguntamos si alguien ha tenido alguna situación incómoda y si se ha atrevido a expresarlo. Normalmente refieren haber criticado algo, pero haberlo hecho “a su manera”, a veces más asertiva (que reforzaremos), a veces más pasiva o agresiva (que podremos analizar, practicar y mejorarla).

“Así que tú, Carla, decidiste decirle a tu madre que te agobiaba mucho cuando te llamaba muchas veces por teléfono demandando tu ayuda y quejándose de su malestar continuamente. Le dijiste que entendías que se sintiera sola y que le prometías que ibas a ir a verla cada dos días, pero que comprendiera que tú también tenías muchas cosas que hacer y que no te querías pasar todo el día al teléfono. ¿Crees que en algún momento se lo dijiste de mala forma? ¿Crees que podrías haber cambiado algo de lo que le comentaste? Dices que te quedaste muy tranquila, pero que luego se te puso a llorar cuando la viste de nuevo...”

Explicaremos la forma de recibir críticas adecuadamente.

1. Críticas que decido aceptar

- 1.1. Crítica procedente en contenido y en forma (que es correcta en lo que dice y en cómo te la dicen): escuchar, mostrar acuerdo total, recompensar y agradecer la señalización, y comprometerte a rectificar o pedir alternativas de cambio.
- 1.2. Crítica procedente en contenido, pero no en forma: escuchar, mostrar acuerdo,

recompensar o agradecer la señalización, comprometernos a rectificar, expresar sentimientos respecto a la inadecuación de la crítica, y sugerir cambios en la forma de expresar una crítica para la próxima vez. Si la otra persona es muy inadecuada o está muy enfadada, se retomará más adelante.

1.3. Crítica improcedente en forma y confusa en contenido: escuchar, pedir aclaración pertinente (pedir que el otro aclare concretamente lo que le disgusta de nuestro comportamiento o actuación), agradecer la aclaración, mostrar acuerdo total, agradecer la señalización, comprometerte a rectificar, expresar sentimientos negativos respecto a la forma de la crítica, negar asertivamente imputaciones no adecuadas.

2. Crítica que decido no aceptar por ser inapropiada e injusta

- Escuchar, negar asertivamente, expresar sentimientos, pedir o sugerir cambios.
- Ante una crítica malintencionada: se utiliza la técnica menos asertiva, pero a veces necesaria, que lleva como mensaje que no te importa ni te afecta en absoluto lo que el otro te dice: Banco de Niebla (poner una cortina de humo entre el interlocutor y nosotros, con un tono de normalidad, un volumen y una entonación neutra, sin expresividad del rostro. Ejemplo: “qué pelo tan feo te han dejado”; respuesta: “ya, comprendo que a ti no te guste”).

Role playing: “Pedro va a hacer una crítica a María sobre su trabajo, que no le ha gustado nada. María va a pedir una aclaración concreta, y aceptará la parte de la crítica que piense que es real, y negará aquella que considere ficticia y exagerada. Puede señalar que el informe que hizo es breve pero que está muy bien elaborado, ante una crítica total que le va a hacer Pedro”.

Como tarea para casa, completarán la lista de pródromos propios ante una fase (hipo)maníaca con ayuda de un familiar. Realizarán el registro de cogniciones, y el registro de hacer y recibir críticas con una situación que les suceda.

Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 16

Objetivos de la sesión

El objetivo de esta sesión es enseñarles a detectar a tiempo sus episodios depresivos elaborando la propia lista de pródromos, ya que a veces tardan mucho en consultar

cuando tienen depresiones anérgicas e inhibidas que no se caracterizan por tener mucho sufrimiento psíquico.

Así mismo, afianzaremos la reestructuración cognitiva y las habilidades sociales de pedir favores y decir que no, y de hacer y recibir elogios de modo asertivo.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos prestando atención a cada uno sobre cómo ha sido su semana, si ha sucedido algún hecho que considere relevante, y sobre cómo se siente en el día de hoy.

Psicoeducación

Leeremos la lista de pródromos de un episodio (hipo)maníaco de cada uno de ellos, y reforzaremos su trabajo y la importancia de que tengan en cuenta esta lista.

Señalaremos que hoy vamos a hacer lo mismo respecto a la detección precoz de los episodios depresivos. Explicaremos que, en ocasiones, en el trastorno bipolar, la depresión aparece sin tristeza y sin sufrimiento psíquico, manifestándose con inhibición, molestias físicas, hipersomnia y desgana. Otras veces, conlleva sufrimiento (tristeza, ansiedad, sentimientos de inadecuación). Independientemente de la forma en que se presente, debemos saber detectarla para poner remedio de forma adaptativa, y no disfuncional (como recurrir al alcohol u otras drogas) que complicaría, sin duda, el pronóstico. Así mismo, el paciente nunca debe automedicarse, comenzando a tomar antidepresivos o aumentando su dosis sin consultar al psiquiatra, ya que puede provocar un viraje súbito a la manía o a la ciclación rápida. Lo más adecuado será realizar cambios conductuales (planificación de actividades) aunque suponga un esfuerzo extra.

Haremos una rueda con el grupo anotando en la pizarra una lista de síntomas de depresión, y posteriormente, descartaremos aquéllos que no son útiles como pródromos. Completaremos entre todos la lista general de pródromos, y preguntaremos cuáles son los más frecuentes en cada uno de ellos. No suelen tener problemas para identificarlos, y cada uno deberá escribir su lista de pródromos operativos. La tristeza no es un buen pródromo ya que puede ocurrir en varias situaciones y se puede relacionar con hechos concretos. Añadiremos, en caso de que no se hayan destacado, la apatía (dejar de hacer tareas importantes), el cansancio, el malestar físico, los problemas de memoria y de atención, la anhedonia (no disfrutar tanto de las cosas), dar vueltas a las cosas con preocupación excesiva, y hablar menos.

“Así que tú, Margarita, dices que antes de comenzar un episodio depresivo, dejabas de salir los fines de semana, y que cuando ibas a tomar algo con tus amigas no tenías tema de conversación o no te interesaba lo que decían. Ibas a trabajar por obligación, y dormías por la tarde y por la noche. Posteriormente, cuando ya era evidente la depresión, empezabas a sentir que no valías para nada y que no podías salir de esto. Ahora que llevamos tantas sesiones con el registro de actividades, ¿crees que dejar de salir es la solución o que puede empeorar el pronóstico?”.

Aprovechamos para clarificar los pródromos específicos del paciente, y a su vez, para motivarle a buscar estrategias de actuación.

Fomentaremos que hablen sobre esta lista con sus familiares y amigos por si ellos les observan otro tipo de conductas significativas, y también para que entiendan que no se trata de pasotismo o vagancia. Si el paciente señala que se siente muy rechazado por sus allegados porque no lo logran entender, indicaremos que es necesario que le acompañen a consulta de psiquiatra o psicólogo para explicarles la enfermedad. Completarán la lista de pródromos operativos, en caso de que sea necesario, como tarea para casa.

Base cognitivo-conductual

Revisaremos el registro de cogniciones. Para esta sesión, apenas suelen anotar pensamientos negativos relacionados con esquemas disfuncionales. A veces, suelen comentar situaciones concretas en las que se han frustrado y han podido tener un pensamiento que les ha producido bajo estado de ánimo de forma puntual, no permanente, y que han podido superar de forma rápida y fácil. Señalaremos que este cambio se debe a la reestructuración cognitiva automatizada, y al vencimiento de los esquemas negativos que antes les dominaban. Indicaremos que, aún así, es importante estar atento a lo que nos pasa por la cabeza cuando detectamos un estado de ánimo bajo, en principio, “sin motivo”, y ser capaces de proceder a la reestructuración en esos momentos.

Habilidades sociales

Revisaremos el registro de hacer y recibir críticas. Cada uno comentará la situación específica que le ha sucedido, y si ha tenido que realizar o soportar una crítica de alguien. Así mismo, contarán la repercusión de su respuesta en su estado emocional. Habitualmente, suelen tener complicaciones para realizar este trabajo con asertividad en su vida diaria. Hay reacciones de inhibición o, a veces, de demasiada agresividad que

perjudica la relación con el otro. Escogeremos una situación que haya sido complicada y la realizaremos en role-playing llegando a modelarla adecuadamente.

Repasaremos los criterios de pedir favores y de decir que no (de la sesión 12 y 13). Preguntaremos si los han seguido practicando y si desean contar alguna situación. De esta forma fomentamos la generalización de las habilidades aprendidas.

Role-playing: Un compañero le pide a otro si le deja los apuntes de la academia en la que están matriculados. Este compañero nunca va a clase y, en alguna ocasión, cuando le ha visto por la calle, ha mirado para otro lado haciendo que no le había visto.

Dejaremos que improvisen la situación, que se pregunten lo que crean necesario entre ellos, y que busquen una respuesta o conclusión final lo más asertiva posible. Les ayudaremos en todo esto. A veces, animamos a que otro miembro del grupo se levante y sustituya a uno de ellos haciéndolo a su forma, otras veces lo hace el terapeuta, y entre todos se logra la respuesta más adecuada posible que protege la autoestima.

Repasamos los criterios de hacer y recibir elogios de la sesión 10. Preguntamos si ha habido situaciones en las que lo han puesto en práctica, y que las comenten si lo desean. Hoy incidimos en la importancia de expresar sentimientos positivos de forma adecuada a las personas más allegadas. Señalamos que es fundamental para reforzar la relación, así como para sentirnos con vínculos más seguros y profundos.

Role-playing: Nos ponemos en la situación de que un hijo está con su padre y le quiere expresar lo importante que ha sido para él a lo largo de su vida, y agradecerle todo su apoyo. Sólo sentimientos positivos, sin aprovechar la ocasión de reprochar algo negativo. El paciente que haga de padre improvisará la respuesta ante el halago. Esto debe hacerse de forma natural, imaginando entre todos cuál podría ser un buen momento y lugar, y cómo se podría llegar a una situación ideal para sentirse bien con uno mismo.

Como tarea para casa, completarán la lista de pródromos específicos de cada uno, el registro de actividades y estado de ánimo, y el registro de situaciones asertivas donde comentarán una situación que les suceda durante los próximos días. Indicaremos la importancia de estas actividades para repasar, así como para generalizarlas en la vida diaria.

Se les recuerda que estamos en la recta final y que sólo quedan cuatro sesiones. Señalamos la frecuencia quincenal de las mismas en los próximos dos meses. Indicamos concretamente la fecha en la que nos volvemos a reunir (en 15 días), y la importancia de

aprovechar el programa psicológico al máximo realizando las tareas y repasando los contenidos vistos en todas las sesiones. Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 17

Objetivos de la sesión

El objetivo de esta sesión es dotar a los pacientes de herramientas de actuación ante el inicio de una descompensación con el fin de prevenir la recaída.

Así mismo, repasaremos la planificación de actividades y las habilidades sociales de asertividad con pautas de iniciar y mantener una conversación, y de hacer y recibir críticas.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno sobre cómo han sido estos quince días, si echó de menos acudir a grupo la semana pasada, si le sucedió algo importante que desee contar y donde pudo aplicar alguna de las técnicas aprendidas, y sobre cómo se siente en el día de hoy. Remarcaremos que, al ser las últimas sesiones, es fundamental que todo se vaya generalizando en su vida diaria, que ellos vayan siendo sus propios terapeutas, y que progresivamente vayan rompiendo el vínculo con el grupo. Hay pacientes que adquieren cierta dependencia, bien con otros miembros del grupo, o bien por necesitar refuerzo de todo lo que hacen. Tenemos que estar atentos para poder trabajarlos y devolverles autonomía y capacidad de autoevaluación y autorreforzamiento.

“Así que tú, Carla, dices que el lunes pasado estuviste a punto de acudir porque se te había olvidado que habíamos espaciado las sesiones, y que te dio mucha pena cuando te diste cuenta. ¿Qué te hubiera gustado comentar el anterior día? Dices que no sabes si actuaste o no correctamente con el asunto de tu madre. Tú, ¿qué opinas? ¿cómo lo ves? ¿qué piensas que podías haber hecho? ¿cómo te sentiste? ¿cómo lo solucionaste? Recuerda que pase lo que pase, nadie mejor que tú sabe cómo te sentiste y qué es lo que tenías que hacer para sentirte mejor”.

Psicoeducación

Leeremos y revisaremos la lista de pródromos de un episodio depresivo de cada uno de

ellos, y reforzaremos su trabajo y la importancia de que tengan en cuenta esta lista.

Señalaremos que hoy aprenderemos pautas de actuación ante la detección precoz de un posible episodio. Por ello reforzamos la necesidad de realizar una óptima detección y conocer bien los pródromos para poder actuar en consecuencia.

Comenzaremos preguntando cuáles son sus recursos ante una descompensación mixta o (hipo)maníaca para reforzar los adecuados y desaconsejar los inadecuados, pudiendo, en primer lugar, discutirlos entre ellos. Los apuntamos en la pizarra.

- Localizar al psiquiatra o psicólogo, aunque sea telefónicamente, para que valore si se trata o no de una recaída.
- En algunos casos, el psiquiatra puede convenir con el paciente, de forma previa, pautas de automedicación ante la sospecha de una fase mixta o (hipo)maníaca. Esto dependerá de cada caso y de las herramientas de manejo que tenga el paciente. Este recurso siempre debe ser realizado de acuerdo con su psiquiatra.
- Aumentar horas de sueño hasta un mínimo de 10, aunque sea con ayuda de la medicación pautada.
- Limitar el número de actividades y suprimir las que no sean imprescindibles. Decidirlo con ayuda de un familiar referente.
- Estar activo durante un máximo de 6 horas. Resto del día con actividades relajantes o no estimulantes (descanso, ver la TV, no salir...).
- No hacer nada de ejercicio físico, ya que es estimulante.
- Reducir los estímulos: evitar ambientes estimulantes (centro comercial, discoteca...) y estar en entornos relajantes (poca gente, silencioso...).
- Evitar el consumo de bebidas excitantes (café, cola...) y de alcohol o drogas.
- Limitar el gasto económico. No acceder a las tarjetas de crédito, y aplazar las compras que se deseen realizar.
- Aplazar cualquier toma de decisiones.
- No darse permiso para subir “un poco más”. Las consecuencias serán peores.

Procederemos a preguntar por los recursos que tienen ante el inicio de una descompensación depresiva. Los podrán discutir entre ellos y reforzaremos los adecuados. Los escribiremos en la pizarra.

- Localizar al psiquiatra o psicólogo telefónicamente para valorar el posible inicio de recaída.

- Nunca automedicarse. Seguir con la prescripción farmacológica habitual. Existe riesgo de viraje con los antidepresivos.
- Dormir un máximo de 8 horas. No dormir la siesta.
- Seguir con las actividades cotidianas, e intentar aumentar el nivel de actividad.
- Hacer ejercicio físico (gimnasio, natación, caminar mínimo media hora).
- No tomar decisiones importantes, ya que puede estar decidiendo la desesperación y el pesimismo.
- No consumir ni drogas ni alcohol ya que pueden empeorar el ánimo depresivo a las pocas horas. Tomar dos tazas de café si no hay ansiedad.
- Aplicar reestructuración cognitiva. Hablar los pensamientos negativos con un familiar o amigo y analizar la exageración de los mismos.
- Mantener la regularidad horaria y patrón vigilia-sueño habitual.

Cada paciente pensará qué actividades limitará (en caso de subida) y cuáles aumentará (en caso de bajada), así como las personas de referencia (familiares, amigos) que les ayudarán en esos momentos. Finalmente, apuntarán a modo de tarjeta, el nombre del centro con el teléfono de contacto, los horarios de atención del centro, el nombre y teléfono de su psiquiatra y de otros psiquiatras que le puedan atender, el de su psicólogo, el de la enfermera del equipo, y el número de teléfono de urgencias.

“Así que tú, Pedro, dices que en caso de que comiences a levantarte antes con necesidad de mayor ritmo, y a tomarte unas cervezas al salir del trabajo vas a dejar de ir al gimnasio y de quedar por las tardes con tus amigos. Bien, quizás también deberías hablar con tu psiquiatra sobre lo que puedes hacer para aumentar las horas de sueño en esos momentos...”

Base cognitivo-conductual

Revisaremos el registro de actividades que han realizado y permitiremos que hagan sus comentarios y conclusiones propias. Les incitamos para que sean ellos mismos los que expliquen la teoría que hay de fondo en este ejercicio práctico. En estos momentos, los pacientes conocen ya perfectamente el sentido de planificar actividades, y lo llegan a hacer como un hábito normalizado de su vida. Por ello es importante que recuerden el fundamento teórico de todo esto.

“Así que tú, Margarita, dices que en estos 15 días has hecho muchas cosas y te has sentido bien. Comentas que el domingo te llamaron tus amigas para ir al campo y

que no te apetecía mucho, pero que sabías que te iba a venir bien. ¿Cómo te hubieras sentido al final de la tarde si te hubieras quedado sentada frente al televisor? Cuéntanos cómo influye lo que haces en tu estado de ánimo”.

Habilidades sociales

Revisaremos el registro de asertividad. Cada uno comenta su situación asertiva, si logró o no sus objetivos, y los sentimientos que tuvo posteriormente.

“Vamos a imaginar que ha venido a vivir una vecina nueva al lado nuestro. ¿Qué haríais? ¿Qué os gustaría que os dijeran los vecinos si vais a una nueva casa a vivir? ¿Pensáis que es importante tener buena relación con los vecinos? Pues bien, vamos a hacer un role-playing donde sois vosotros los que tocáis al timbre y mantenéis una conversación con vuestra nueva vecina”.

Reforzamos la actuación de los participantes, modelamos invitando a otros miembros a que mejoren la conducta que crean necesario, y comentamos los sentimientos propios tras tener iniciativa y un adecuado manejo de las situaciones sociales. Indicamos la necesidad de llevar esto a la práctica para sentirnos bien.

Repasamos nuevamente los criterios de las sesiones anteriores de hacer y recibir críticas, preguntando sobre situaciones en las que los hayan tenido que poner en práctica. Comentamos si han tenido alguna dificultad, y practicamos otro role-playing con la situación que propongan.

Como tarea para casa, rellenarán una situación por semana en el registro de cogniciones y en el de actividades. También escribirán alguna situación asertiva, donde indicarán la habilidad social que se ha puesto en práctica (si tiene que ver con decir que no, con hacer críticas, pedir favores...). Indicaremos la importancia de estas actividades para repasar, así como para generalizarlas en la vida diaria.

Se les recuerda que estamos en la recta final y que sólo quedan tres sesiones. Recordamos la frecuencia quincenal e indicamos concretamente la fecha en la que nos volvemos a reunir (en 15 días), y la importancia de aprovechar el programa psicológico al máximo realizando las tareas y repasando los contenidos vistos en todas las sesiones. Se les agradece a todos su participación, buscamos el compromiso de todos en realizar las tareas y en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 18

Objetivos de la sesión

Los objetivos de esta sesión son remarcar e incidir en la necesidad de la regularidad de hábitos de vida (sueño, dieta, horarios...), y en repasar y fomentar las técnicas de control de estrés (respiración, distracción cognitiva...).

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno sobre cómo han sido estos quince días y sobre sus sentimientos de la progresiva ruptura del vínculo con el grupo. Preguntaremos sobre hechos y situaciones relevantes de estas semanas en las que pudieron aplicar alguna de las técnicas aprendidas. Remarcaremos que, al ser las últimas sesiones, es fundamental que todo lo aprendido se vaya generalizando en su vida diaria. Tenemos que prestar atención a la probable dependencia de algunos de los pacientes para devolverles autonomía y capacidad de autoevaluación y autorreforzamiento.

Regulación de hábitos y control del estrés

Comenzaremos introduciendo que hoy vamos a hablar de un tema que ha estado presente en casi todas las sesiones y que se trata de la necesidad de regular los hábitos de vida. Explicaremos que la segunda parte de la sesión estará centrada en las técnicas del control del estrés que también vimos en su momento.

Contaremos un resumen de la historia que se recoge en el *Manual de Psicoeducación para el Trastorno Bipolar* de Colom y Vieta (2004):

“Alberto y Juan eran dos pacientes con trastorno bipolar que se conocieron en la planta de psiquiatría. Alberto había ingresado de forma involuntaria en estado maníaco y psicótico, mientras que Juan llevaba ya varios días ingresado recuperándose de un grave episodio depresivo. Tiempo después se encontraron y fueron a tomar algo juntos a una cafetería. Alberto pidió una tónica y Juan un cortado. Alberto contó que tras recibir el alta había estado fatigado durante varias semanas, pero progresivamente se había encontrado mejor y toleraba bien su tratamiento con litio. Esto le permitió volver a su trabajo en el Registro Civil, y arreglar la relación con su mujer, que fue mejorando a medida que ella entendió la enfermedad. Ahora llevaba una vida tranquila: jugaba al fútbol los miércoles por la tarde y dedicaba los fines de semana a cuidar a su mujer embarazada de 7 meses. Sólo le preocupaba un ligero problema de sobrepeso, pero para ello hacía un poco de deporte, algo de sauna, tomaba unas pastillas para adelgazar y hacía

una dieta que, aunque era dura, le estaba ayudando a recuperar su autoestima. Juan pidió otro cortado y contó su historia. Juan se había recuperado de la depresión y tomaba regularmente la medicación. Salía los sábados por la noche, pero para no mezclar la medicación con el poco alcohol que bebía, dejaba la toma de la medicación para la mañana siguiente. Trabajaba de camarero de una pizzería y había escogido el turno de noche para ganar más dinero. Estudiaba por la mañana y, por la tarde, tocaba el piano. Ambos se alegraron de que sus vidas hubieran vuelto a la normalidad tras el ingreso, aunque el médico les había dejado muy claro que seguían expuestos al riesgo de recaída. Decidieron quedar todos los viernes en esa cafetería y comentar cómo se encontraban. Apostaron que el primero que sufriera una recaída invitaría al cine al otro. Se despidieron esperando tardar mucho tiempo en ir al cine juntos”.

Tras contar la historia, preguntaremos a los miembros del grupo cuál de los dos pacientes tiene más factores de riesgo para tener una recaída, y cuál de los dos es más probable que esté eutímico al cabo de un año y por qué. Se enumerarán los factores de riesgo, resaltando aquéllos que tienen que ver con los hábitos. Se abre el momento de debate entre los pacientes, siendo ellos los que señalen sus hábitos que consideran adecuados y aquéllos que consideran desadaptativos.

El terapeuta intervendrá para modificar los hábitos que sean poco saludables (consumo de café...) y permitirá aquellas conductas que supongan una costumbre para el paciente (quedarse dormido viendo la TV en la habitación). Repasaremos la hoja de pautas de higiene del sueño que vimos anteriormente, y la necesidad de regular las horas de sueño. Indicaremos que la regularidad del sueño es uno de los cimientos de la estabilidad del estado de ánimo. Si percibimos que estamos empezando a deprimirnos puede ser útil reducir el número de horas de sueño para mejorar nuestro estado de ánimo, y si, por el contrario, queremos frenar el inicio de una descompensación (hipo)maníaca deberemos asegurarnos una buena cantidad de horas de sueño durante varios días. Se debe dormir entre 7 y 9 horas al día para restaurar el desgaste físico y mental, y es recomendable que estas horas se duerman seguidas y de noche. Si salimos de noche y vamos a dormir tarde, es recomendable dormir 8 horas aunque nos levantemos al mediodía. Estos cambios de horario tienen que ser excepcionales, y la tolerancia a estas alteraciones depende de cada persona. En caso de que se eche siesta no debe ser mayor de 30 minutos, y sólo si no afecta al sueño nocturno. Si se presenta el inicio de una fase depresiva o existe sintomatología subsindrómica depresiva, no se deberá echar siesta.

“Bueno, como hemos visto en las pautas de higiene de sueño no suele ser positivo

ver la TV en la habitación donde se duerme, ya que es recomendable asociar la cama al sueño. En el caso de Margarita... Dices que lo llevas haciendo desde niña y que no has tenido problemas con el sueño, que incluso asocias ver la TV con quedarte dormida... Se lo permitiremos entonces, pero que sepáis que no es una buena costumbre a adquirir... ¿Alguien más tiene algún hábito que considera inadecuado?”.

Es recomendable que la persona con trastorno bipolar tenga un trabajo que le permita mantener una estricta regularidad de hábitos, por lo que no es aconsejable trabajos que impliquen cambios de turno. Siempre deberá quedar exento del turno nocturno, y si es preciso le formalizaremos un informe médico.

Trataremos el tema del posible sobrepeso de algunos pacientes bipolares, señalando la importancia de llevar a cabo un control de la nutrición no muy estricto, y que esté controlado por un dietista y un psicólogo. Si se está tomando litio nunca se debe comenzar una dieta hiposódica de forma brusca, respetar la dieta que requieren los antidepresivos IMAO en caso de que los estén tomando, y controlar los trastornos de alimentación, como el trastorno por atracones.

Hablaremos sobre el ejercicio físico, y lo saludable que es practicarlo de forma regular cuando están eutímicos o deprimidos. Volveremos a señalar que no se debe practicar en periodos de (hipo)manía, ya que supondría un exceso de estimulación contraproducente.

Procederemos a repasar las técnicas de control de estrés. El estrés es una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental externo o interno, para prepararse para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación. Este cambio puede ser tanto positivo como negativo para el individuo. Esto aumenta el nivel de activación fisiológica, motriz y cognitiva. Por lo tanto, el estrés depende del estímulo en sí como de la percepción del mismo por parte del individuo y de sus recursos para enfrentarlo. El estrés puede desencadenar una descompensación por la propia alteración fisiológica, o bien por influir negativamente sobre otras áreas como es el sueño. Incidimos en la importancia de controlar el estrés, que puede ser provocado por una situación psicosocial, familiar o laboral, por las repercusiones que puede tener a nivel físico y psicológico.

“Así que en tu caso, Carla, tras la ruptura con tu novio, tuviste una descompensación maníaca. Y a ti, Marta, cuando comenzabas a tener más responsabilidad en el trabajo es cuando sufriste un episodio depresivo. Fijaros que las dos situaciones son de estrés, bien negativo en el caso de Carla, y positivo en el caso de Marta, y que no se relaciona directamente con la polaridad del episodio

que desencadena”.

Preguntaremos si a lo largo del programa psicológico han practicado la técnica de respiración diafragmática o de distracción cognitiva. Reforzamos a aquéllos que las hayan practicado. Realizamos la respiración en grupo durante unos minutos. Repasamos las pautas de distracción cognitiva.

Podemos fomentar que realicen relajación o que acudan a alguna actividad como es el yoga que puede producir muchos beneficios físicos y psicológicos en la persona que lo realiza.

Corregimos el registro de cogniciones, y reforzamos a aquellos individuos que lo hayan realizado. Aprovechamos para señalar que la reestructuración cognitiva también puede ser utilizada para el control del estrés y lograr modificar la percepción subjetiva que tenemos de los hechos que nos acontecen. Este punto suelen entenderlo muy bien, y a veces ya lo realizan automáticamente en este tipo de situaciones. Logran relativizar todos los hechos de la vida, sin generalizar o usar esquemas absolutistas e irracionales.

Corregiremos el registro de actividades, leyendo cada uno la actividad que han elegido apuntar cada semana. Posteriormente, comentaremos su situación asertiva y las posibles dificultades que han podido tener.

Indicaremos que ya no se mandarán más tareas para casa, pero que es necesario que sigan llevándolas a cabo con el fin de generalizarlas y de llegar a convertirlas en un hábito más de vida. Recordamos que nuestros objetivos principales eran controlar mejor la enfermedad, y aumentar nuestra calidad de vida y satisfacción vital.

Explicaremos que en la próxima sesión nos dedicaremos a repasar todos los contenidos estudiados y a responder a todas las cuestiones que tengan.

Se les recuerda que estamos en la recta final y que sólo quedan dos sesiones. Recordamos la frecuencia quincenal e indicamos concretamente la fecha en la que nos volvemos a reunir (en 15 días), y la importancia de aprovechar el programa psicológico al máximo realizando las tareas y repasando los contenidos vistos en todas las sesiones. Explicaremos que en la próxima sesión nos dedicaremos a repasar todos los contenidos estudiados y a responder a todas las cuestiones que tengan.

Se les agradece a todos su participación y buscamos el compromiso de todos en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 19

Objetivos de la sesión

Los objetivos de esta sesión son repasar y afianzar todos los conocimientos, habilidades y estrategias aprendidas a lo largo del programa psicológico. Así mismo, se resolverán todas las dudas que tengan y se reforzarán todas las habilidades que se deseen practicar en esta sesión.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno sobre cómo han sido estos quince días y sobre sus sentimientos sobre la ruptura del vínculo con el grupo. Prestamos atención a la probable dependencia de algunos de los pacientes para devolverles autonomía y capacidad de autoevaluación y autorreforzamiento. Preguntaremos sobre hechos y situaciones relevantes de estas semanas en las que pudieron aplicar alguna de las técnicas aprendidas. Preguntamos por las actividades que han realizado y por su estado anímico general. Remarcaremos que, al ser las últimas sesiones, es fundamental que todo lo aprendido se vaya generalizando en su vida diaria.

“Muy bien, Marta. Así que el otro día se te coló una señora en el supermercado. Dices que, normalmente, tú te habrías quedado callada y con cierta incomodidad, pero que recordaste las habilidades sociales y decidiste probar a decirle algo. Te acercaste, y le dijiste que suponías que no se habría dado cuenta, pero que tú estabas por delante de ella, y le terminaste dando las gracias y pediste tú primera. ¿Cómo te sentiste contigo misma? ¿Fue difícil? ¿La respuesta que te dio la señora es la que te esperabas? Fenomenal. Es muy importante que todas las situaciones de la vida las aprovechemos para poner en práctica todas las habilidades que ahora tenemos en nuestro repertorio”.

Explicamos que la sesión de hoy va a ser para repasar todos los contenidos que hemos visto a lo largo de las sesiones. Escribimos en la pizarra a modo de índice el nombre de todos los contenidos y estrategias aprendidas:

1. Psicoeducación

- Conciencia de enfermedad: información general; desmontar mitos; carácter biológico; funcionamiento cerebral; desencadenantes y causas; episodios (hipo)maníacos, de depresión, y mixtos, y sus síntomas; curso y pronóstico...
- Adherencia a la medicación: eutimizantes, antimaníacos y antidepresivos; embarazo y consejo genético; terapias alternativas...

- Prevención de recaídas: riesgos de la interrupción del tratamiento; riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas; detección precoz de episodios (hipo)maníacos, de depresión y mixtos; pautas de actuación ante una nueva fase; regularidad de hábitos...
2. Base cognitiva conductual
 - Explicación del modelo interaccional entre pensamientos, actividades, sensaciones fisiológicas y estado de ánimo.
 - Planificación de actividades
 - Detección de pensamientos ansiógenos e irracionales
 - Reestructuración cognitiva
 3. Habilidades sociales
 - Asertividad, agresividad, pasividad. Iniciar y mantener una conversación.
 - Comunicación no verbal
 - Petición de favores y decir que no
 - Hacer y recibir elogios
 - Hacer y recibir críticas
 4. Control de la ansiedad
 - Respiración diafragmática
 - Técnicas de distracción cognitiva
 - Autoinstrucciones
 - Exposición a la situación evitada
 5. Resolución de conflictos
 - Modelo de detectar y describir el problema, pensar alternativas de solución, registrar ventajas e inconvenientes de cada alternativa, llevar a cabo un plan de acción y evaluar su eficacia.
 6. Reforzamiento de la Autoestima
 - Inventario de Autoconcepto
 - Reglas de Autoestima
 - Reestructuración cognitiva
 7. Regulación de hábitos y control de estrés
 - Pautas de higiene de sueño
 - Respiración difragmática

Tras escribir el esquema de todos los contenidos en la pizarra, preguntamos cuáles son los puntos en los que más dificultades tienen y si hay temas que les gustaría que practicásemos en la sesión de hoy. Siempre suele haber sugerencias y deseo de repasar algunos temas específicos, bien porque crean dificultades, o bien porque les han gustado más.

“Muy bien, Carla, así que nos dices que aún te cuesta recibir críticas. Primero tienes que tener en cuenta si el contenido que te están criticando es cierto o no, y por otra parte, la forma en la que te lo están diciendo, si es educada y respetándote, o si se están pasando contigo. Escuchas lo que te dicen, pides que te aclaren algún punto si no entiendes bien a qué se están refiriendo concretamente, aceptas aquello que sea verdad y agradeces que te lo hayan señalado comprometiéndote a rectificar, expresas cómo te has sentido y si hay algo injusto en la crítica lo señalas y sugieres cambios en la forma de expresarlo. La clave es no aceptar nada que sea injusto, pero reconocer aquello que te critiquen y que tengan razón. La crítica debe ser constructiva y nunca deteriorar la relación con la otra persona. ¿Quién se atreve a hacer un role-playing con Carla que va a recibir estupendamente una crítica...?”.

Una vez que ya hayamos explicado y ensayado todo aquello que deseen los miembros del grupo, procedemos a repasar y resumir todos los puntos del esquema. Este repaso se realiza de forma dinámica, haciendo preguntas a cada persona que, sin duda, sabe responder, ensayando y practicando brevemente cada contenido, y reforzando las intervenciones de los miembros del grupo, reforzando el que se hayan convertido en su propio terapeuta.

“Bueno, os sabéis ya las cosas perfectamente. Supongo que a veces os habréis hartado de escuchar una y otra vez los mismos contenidos, pero ahora tenéis potenciada vuestra capacidad de ayudaros a vosotros mismos, de cómo mejorar vuestra calidad de vida y vuestro amor propio, y de controlar vosotros la enfermedad y no ella a vosotros. ¿Os acordáis de la técnica de esculturas que hicimos al inicio del programa? ¿Dónde estaría ahora la enfermedad en vuestra escultura, sobre vosotros, o vosotros controlándola firmemente?”.

Se les recuerda que la siguiente será la última sesión e indicamos concretamente la fecha de ella (en 15 días), y la importancia de aprovechar el programa psicológico generalizando todos los contenidos en la vida diaria. Explicaremos que en la próxima sesión nos dedicaremos a hacer una autoevaluación de lo aprendido y a responder a

todas las cuestiones que tengan.

Se les agradece a todos su participación y buscamos el compromiso de todos en su asistencia en la próxima sesión. Nos despedimos.

SESIÓN 20

Objetivos de la sesión

El objetivo de esta sesión es realizar la despedida adecuadamente. Cada paciente realizará una evaluación de lo aprendido y de su utilidad en la vida diaria, transmitiendo los cambios subjetivos que ha sentido así como sugerencias para mejorar el programa en sesiones futuras.

El acto de finalización tiene un valor destacado por el estrecho vínculo de cada sujeto con el grupo.

Desarrollo de la sesión

Saludaremos a todos y comenzaremos preguntando a cada uno sobre su desarrollo en estos quince días. Preguntaremos sobre hechos y situaciones relevantes de estas semanas en las que hayan podido aplicar alguna de las técnicas aprendidas. Preguntamos por las actividades que han realizado y por su estado anímico general.

La primera parte de la sesión la dedicamos a resolver posibles dudas que tengan acerca de todos los contenidos expuestos.

Preguntaremos sobre los cambios subjetivos que han experimentado en su conducta o modo de pensar acerca de la enfermedad y del control que ellos pueden tener sobre su vida.

Señalaremos lo fundamental que es la evaluación de ellos para poder mejorar la calidad del programa. Explicarán los contenidos que les han sido más útiles y que más aplican en su vida diaria, y también podrán hacer una valoración de aquéllos que necesitan más énfasis o que les gustaría haber profundizado más.

Normalmente, la satisfacción subjetiva es muy alta, y refieren que les hubiera gustado ampliar más sesiones o que desean que en un futuro se vuelva a repetir. Agradecen de forma sincera y franca el apoyo que han recibido e incluso refieren que es la primera vez que se han sentido amparados por el sistema y no abandonados con su enfermedad.

Indicaremos que, aunque el grupo finaliza, nosotros estamos a su disposición para cualquier consulta. Con ello, podremos recoger a los pacientes cuyo grupo era su zona de

seguridad desde un punto de vista comunicativo y afectivo, y así facilitar el duelo o la posible inseguridad que sientan.

Muchos miembros del grupo mantienen relación fuera del grupo, y deciden intercambiar sus emails y números de teléfono.

Para finalizar agradecemos a cada uno su participación y su implicación y entrega al grupo. Indicamos la necesidad de que sigan generalizando todas estas habilidades que en muchos de ellos ya han logrado automatizarse. Les devolvemos confianza en sí mismos y la oportunidad que tienen de ser ellos mismos su propio terapeuta en el día a día. Nos dirigimos a cada uno reforzando todos los recursos personales que hemos visto en él, animándole a mejorar aún más su calidad de vida de acuerdo a sus posibilidades. Esta última comunicación se debe hacer de forma muy personal y sincera basándonos en el conocimiento que hemos adquirido de cada uno de ellos a lo largo de las sesiones.

Señalamos, si hubiera la posibilidad, el realizar alguna sesión a modo de recordatorio en unos meses. Si es así, indicamos que les llamaremos por teléfono. Agradecemos a todos conjuntamente su colaboración en el grupo, y se les entrega un Certificado de Asistencia con el nombre de cada uno (añadido al final de los Anexos). Nos despedimos cordialmente de forma personalizada.

Bibliografía

- Amador, X.F.; Friedman, J.H.; Kasapis, C., *et al.* (1996). "Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness". *American Journal of Psychiatry*, 153, 1185-1188.
- Ambelas, A. (1987). "Life events and mania: a special relationship?". *British Journal of Psychiatry*, 501, 235-240.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Reviewed*. Washington DC. American Psychiatric Association (Spanish translation, Masson, 2000).
- Aronson, T.A. y Shukla, S. (1987). "Life events and relapse in bipolar disorder: The impact of a catastrophic event". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 571-576.
- Badia, X.; Roset, M.; Montserrat, S., *et al.* (1999). "The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life Scale". *Medicina Clínica*, 112, 79-85.
- Basco, M.R. y Rush, A.J. (1996). *Cognitive Behavioural Therapy for Bipolar Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Bebbington, P.; Wilkins, S.; Jones, P., *et al.* (1993). "Life events and psychosis: Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study". *British Journal of Psychiatry*, 162, 72-79.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Becoña, E. y Lorenzo, M.C. (2001). "Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar". *Psicothema*, 13, 511-522.
- Becoña, E. y Lorenzo, M.C. (2003). "Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar". En M. Pérez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández y I. Amigo

- (Eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol. 1: Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Benazzi, F. (2000). "Depressive mixed states: Unipolar and Bipolar II". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 249-253.
- Benazzi, F. (2009). "Classifying mood disorders by age-at-onset instead polarity". *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33, 86-93.
- Bonnin, C.M.; Martínez-Arán, A.; Torrent, C.; *et al.* (2009). "Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: A long-term, follow-up study". *Journal of Affective Disorders*, 121, 156-160.
- Boylan, K.R.; Bieling, P.J.; Marriott, M.; *et al.* (2004). "Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1106-1113.
- Caballo, V.E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Cochran, S.D. (1984). "Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorder". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-878.
- Colom, F.; Vieta, E.; Martínez-Arán, A.; *et al.* (2002). "Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young". *Medicina Clínica*, 119, 366-371.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Ars Médica: Barcelona.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004). "A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients". *Bipolar Disorders*, 6, 480-486.
- Correll, C.U.; Smith, C.W.; Auther, A.M.; *et al.* (2008). "Predictors of remission, schizophrenia, and bipolar disorder in adolescents with brief psychotic disorder or psychotic disorder not otherwise specified considered at very high risk for schizophrenia". *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18, 475-490.
- Coryell, W.; Andreasen, N.C.; Endicott, J.; *et al.* (1987). "The significance of past mania or hypomania in the course and outcome of major depression". *American Journal of Psychiatry*, 144, 309-315.
- Coryell, W.; Keller, M.; Endicott, J.; *et al.* (1989) "Bipolar II illness: course and treatment over a five year period". *Psychological Medicine*, 19, 129-141.
- Coryell, W.; Endicott, J. y Keller, M. (1992). "Rapid cycling affective disorders:

- Demographics, diagnosis, family history and course”. *Archives of General Psychiatry*, 49, 126-131.
- Coryell, W.; Turvey, C.; Endicott, J.; *et al.* (1998). “Bipolar I affective disorder: Predictors of outcome after 15 years”. *Journal of Affective Disorders*, 50, 109-116.
- Craighead, W.E. y Miklowitz, D.J. (2000). “Psychosocial interventions for bipolar disorder”. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 58-64.
- Derogatis, L.R. (1975). *Cuestionario de 90 síntomas. SCL – 90 – R*. Clinical Psychometric Research: Baltimore.
- Dickson, W. y Kendall, R. (1986). “Does maintenance lithium therapy prevent recurrence of mania under ordinary clinical conditions”. *Psychological Medicine*, 16, 521-530.
- Di Marzo, S.; Giordano, A.; Pacchiarotti, I.; *et al.* (2006). “The impact of the number of episodes on the outcome of Bipolar Disorder”. *European Journal of Psychiatry*, 20, 21-28.
- Dion, G.L.; Tohen, M.; Anthony, W.A.; *et al.* (1988). “Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization”. *Hospital of Community Psychiatry*, 39, 652-657.
- Echeburúa, E.; Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). “Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos”. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E.; Salaberría, K.; Corral, P.; *et al.* (2006). “Treatment of mixed anxiety-depression disorder: Long-term outcome”. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 95-101.
- Ehlers, C.L.; Frank, E. y Kupfer, D.J. (1988). “Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understanding the etiology of depression”. *Archives of General Psychiatry*, 45, 948-952.
- Ehlers, C.L.; Kupfer, D.J.; Frank, E.; *et al.* (1993). “Biological rhythms and depression: the role of zeitgebers and zeitsstorers”. *Depression*, 1, 285-293.
- Eisner, L.R. y Jonson, S.L. (2008). “An acceptance-based psychoeducation intervention to reduce expressed emotion in relatives of bipolar patients”. *Behavior Therapy*, 39, 375-385.
- Evans, M.D.; Hollon, S.D.; DeRubeis, R.J.; *et al.* (1992). “Differential relapse following cognitive therapy, pharmacotherapy, and combined cognitive-pharmacotherapy for depression”. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.

- Fernández Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico de juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Francell, G.E. (2001). "A proven treatment for lack of insight". *Psychiatric Services, APA*, 52, 561.
- Frank, E.; Kupfer, D.J.; Ehlers, C.L.; *et al.* (1994). "Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: integrating interpersonal and behavioral approaches". *Behavior Therapy*, 17, 143-149.
- Frank, E. (Dic, 11-14, 1995). "Regularizing social routines in patients with bipolar I disorder". *Paper presented at the 34Th annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology*, San Juan (Puerto Rico).
- Frank, E.; Hlastala, S.; Ritenour, A.; *et al.* (1997). "Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol". *Biological Psychiatry*, 41, 1165-1173.
- Frank, E.; Kupfer, D.J.; Thase, M.E.; *et al.* (2005). "Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder". *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- Gismero, E. (2000). *Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA Ediciones.
- González Isasi, A.; Echeburúa, E. y González-Pinto, A. (2003). "Diseño y evaluación de un programa de intervención psicológica para pacientes con trastorno bipolar refractarios a tratamiento: un estudio piloto". *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 649-671.
- González-Isasi, A.; Echeburúa, E.; Mosquera, F. *et al.* (2010). "Long-term efficacy of a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder: a pilot study". *Psychiatry Research*, 176, 161-165.
- González-Isasi, A.; Echeburúa, E.; Limiñana, J.M. y González-Pinto, A. (2010). "How effective is a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder? A randomized controlled trial". *Journal of Affective Disorders*, 126, 80-87.
- González-Isasi, A. y Malvar, A.C. (2011). *Ojos que sí ven. "Soy Bipolar". (Diez entrevistas)*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- González-Pinto, A.; Lalaguna, B.; Mosquera, F.; *et al.* (2001). "Use of olanzapine in dysphoric mania". *Journal of Affective Disorders*, 66, 247-253.
- González-Pinto, A.; Tohen, M.; Lalaguna, B.; *et al.* (2002). "Treatment of bipolar I rapid cycling patients during dysphoric mania with olanzapine". *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 450-454.

- González-Pinto, A.; González, C.; Enjuto, S.; *et al.* (2003). "Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 1–8.
- González-Pinto, A.; Mosquera, F.; Alonso, M.; *et al.* (2005). "Suicidal risk and non-adherence with lithium prophylaxis: ten-year prospective study. Symposium IV: The Burden of Bipolar Disorder; Medical Illness, Suicide and Cognitive Impairment". *Bipolar Disorders*, 7, 62.
- González-Pinto, A.; Mosquera, F.; Alonso, M.; *et al.* (2006). "Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment". *Bipolar Disorders*, 8, 618-624.
- González de Rivera, J.L. (2002). *Versión española del SCL – 90 –R*. Madrid: TEA.
- Goodwin, F.K. y Jamison, K.R. (1990). *Manic-Depressive Illness*. Nueva York: Oxford University Press.
- Harrow, M.; Goldberg, J.F.; Grossman, L.S. y Meltzer, H.Y. (1990). "Outcome in manic disorders". *Archives of General Psychiatry*, 47, 665-671.
- Hirschfeld, R.M.; Calabrese, J.R.; Weissman, M.M.; *et al.* (2003). "Screening for bipolar disorder in the community". *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 53-59.
- Huxley, N.A.; Parikh, S.V. y Baldessarini, R.J. (2000). "Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence". *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 126-140.
- Huxley, N. y Baldessarini, R.J. (2007). "Disability and its treatment in bipolar disorder patients". *Bipolar Disorder*, 9, 183-196.
- Judd, L.L.; Akiskal, H.S.; Schettler, P.J.; *et al.* (2002). "The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder." *Archives of General Psychiatry*, 59, 530-537.
- Judd, L.L.; Schettler, P.J.; Akiskal, H.S.; *et al.* (2008). "Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence". *Archives of General Psychiatry*, 65, 386-94.
- Johnson, S.L. y Roberts, J. (1995). "Life events and bipolar disorder: Implications from biological theories". *Psychological Bulletin*, 117, 434-449.
- Joffe, R.T.; MacDonald, C.M. y Kutcher, S.P. (1989). "Life events and mania: A case-controlled study". *Psychiatry Research*, 30, 213-216.
- Judd, L.L.; Akiskal, H.S.; Schettler, P.J.; *et al.* (2002). "The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder". *Archives of General Psychiatry*,

59, 530-537.

- Kauer Sant'Anna, M.; Frey, B.N.; Andreazza, A.C.; *et al.* (2007). "Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorders patients". *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 175-181.
- Keck, P.E.; McElroy, S.L.; Strakowski, S.M.; *et al.* (1998). "12 month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalisation for a manic or mixed episode". *American Journal of Psychiatry*, 155, 646-652.
- Keck, P.E. (2006). "Long term management strategies to achieve optimal function in patients with bipolar disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 19-24.
- Kim, E.Y. y Miklowitz, D.J. (2004). "Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy". *Journal of Affective Disorders*, 82, 343-352.
- Klerman, G.L.; Weissman, M.M.; Rounsaville, B.J.; *et al.* (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Nueva York: Basic Books.
- Kovacs, M.; Rush, A.T.; Beck, A.T. y Hollon, S.D. (1981). "Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: a one year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 38, 33-39.
- Lam DH, Jones S, Hayward P & Bright J (1999). "Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts". *Methods and Practice*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Lam, D.H.; Watkins, E.R.; Hayward, P.; *et al.* (2003). "A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year". *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Lam, D. (2006). "What can we conclude from studies on psychotherapy in bipolar disorder? Invited commentary on... Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders". *British Journal of Psychiatry*, 188, 321-322.
- Levin, F. y Hennesy, G. (2004). "Bipolar disorder and substance abuse". *Biological Psychiatry*, 56, 738-748.
- Licht, R.W.; Vestergaard, P. y Brodersen, A. (2008). "Long-term outcome of patients with bipolar disorder commenced on lithium prophylaxis during hospitalization: a complete 15 year register based follow up". *Bipolar Disorders*, 10, 79-86.
- López, P.; Mosquera, F.; de León, J.; *et al.* (2001). "Suicide attempts in bipolar patients". *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 963-966.
- Mansell, W.; Colom, F. y Scott, J. (2005). "The nature and treatment of depression in

bipolar disorder: a review and implications for future psychological investigation”. *Clinical Psychology Review*, 25, 1076-1100.

Martínez-Arán, A.; Vieta, E.; Reinares, M.; *et al.* (2004). “Cognitive function across manic or hipomaniac, depressed, and euthymic status in bipolar disorder”. *American Journal of Psychiatry*, 161, 262-270.

Martínez-Arán, A.; Vieta, E.; Torrent, C.; *et al.* (2007). “Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors”. *Bipolar Disorder*, 9: 103-113.

Martino, D.J.; Marengo, E.; Igoa, A.; *et al.* (2009). “Neurocognitive and symptomatic predictors of functional outcome in bipolar disorders: a prospective 1 year follow-up study”. *Journal of Affective Disorders*, 116, 37-42.

Miklowitz, D.J.; Goldstein, M.J.; Nuechterlein, K.H.; *et al.* (1988). “Family factors and the course of bipolar affective disorder”. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.

Miklowitz, D.J.; Simoneau, T.L.; Sachs-Ericsson, N.; *et al.* (1996). “Family risk factors in the course of bipolar affective disorder”. En C. Mundt (Ed.). *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders*. Londres: Gaskell Books.

Miklowitz, D.J. y Goldstein, M.J. (1997). *Bipolar disorder: a family focused treatment approach*. Nueva York: The Guilford Press.

Miklowitz, D.J.; Otto, M.W.; Frank, E.; *et al.* (2007a). “Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program”. *Archives of General Psychiatry*, 64, 419-26.

Miklowitz, D.J.; Otto, M.W.; Frank, E.; *et al.* (2007b). “Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month controlled trial”. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1340-1347.

Mosquera, M.D. y Eiriz, A.C. (2007a). *Un acercamiento al trastorno bipolar (parte I): Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Madrid: Pléyades.

Mosquera, M.D. y Eiriz, A.C. (2007b). *Un acercamiento al trastorno bipolar (parte II): Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Madrid: Pléyades.

Piccinni, A.; Catena, M.; Del Debbio, A.; *et al.* (2007). “Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar I outpatients”. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 323-328.

Prien, R.F. y Potter, W.Z. (1990). “NIMH Workshop report on treatment of bipolar disorders”. *Psychopharmacology Bulletin*, 28, 409-427.

Ramírez-Basco, M. y Thase, M.E. (1997). “Tratamiento cognitivo-conductual de los

- trastornos bipolares”. En V.E. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI, vol. 1º.
- Reinares, M.; Vieta, E.; Colom, F.; *et al.* (2004). “Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients”. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 312-319.
- Rosa, A.R.; Reinares, M.; Franco, C.; *et al.* (2009). “Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission”. *Bipolar Disorders*, 4, 401-409.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Nueva Jersey: Princenton.
- Rothbaum, B.O. y Astin, M.C. (2000). “Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder”. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 68-74.
- Rouget, B.W. y Aubry, J.M. (2007). “Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature”. *Journal of Affective Disorders*, 98, 11-27.
- Russell, S.J. y Browne, J.L. (2005). “Staying well with bipolar disorder”. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 187-193.
- Scott, J. (2000). “Predicting medication non-adherence in severe affective disorders”. *Acta Neuropsychiatrica*, 12, 128-130.
- Scott, J.; Paykel, E.; Morriss, R.; *et al.* (2006). “Cognitive- behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial”. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313-20.
- Scott, J.; Colom, F. y Vieta, E. (2007). “A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for Bipolar Disorders”. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10, 123-129.
- Serretti, A.; Malitas, P.N.; Mandelli, L.; *et al.* (2004). “Further evidence for a possible association between serotonin transporter gene and lithium prophylaxis in mood disorders”. *Pharmacogenomics Journal*, 4, 267-273.
- Sierra, P.; Livianos, L.; Arques, S.; *et al.* (2007). “Prodromal symptoms to relapse in bipolar disorder”. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 385-391.
- Simons, A.D.; Murphy, G.E.; Levine, J.L. y Wetzel, R.D. (1986). “Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: sustained improvement over one year”. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *The state-trait anxiety inventory*. Palo Alto (California): Consulting Psychologist Press (traducido al español por N. Seisdedos y publicado por TEA Ediciones).
- Stahl, S. (2002). *Psicofarmacología esencial de la depresión y del trastorno bipolar*.

Barcelona: Ariel.

- Stefos, G.; Bauwens, F.; Staner, L.; *et al.* (1996). "Psychosocial predictor of major affective recurrences in bipolar disorder: a 4-year longitudinal study of patients on prophylactic treatment". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 420-426.
- Swartz, H.A. y Frank, E. (2001). "Psychotherapy for bipolar depression: a phase-specific treatment strategy?". *Bipolar Disorders*, 3, 11-22.
- Targum, S.D.; Dibble, E.D.; Davenport, Y.B.; *et al.* (1981). "The Family Attitudes Questionnaire: patients' and spouses' views of bipolar illness". *Archives of General Psychiatry*, 38, 562-568.
- Turvey, C.I.; Coryell, W.H.; Solomon, D.; *et al.* (1999). "Long-term prognosis of bipolar I disorder". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 110-119.
- Tzemou, E. y Birchwood, M. (2007). "A prospective study of dysfunctional thinking and the regulation of negative intrusive memories in bipolar I disorder: implications for affect regulation theory". *Psychological Medicine*, 37, 689-698.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). "Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978". *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vieta, E.; Pacchiarotti, I.; Scott, J.; *et al.* (2005). "Evidence-based research on the efficacy of psychologic interventions in bipolar disorders: a critical review". *Current Psychiatry Reports*, 7, 449-455.
- Weinstock, L.M. y Miller, I.W. (2008). "Functional impairment as a predictor of short-term symptom course in bipolar I disorder". *Bipolar Disorders*, 10, 437-442.
- Weiss, R.D.; Najavits, L.M. y Greenfield, S.F. (1999). "A relapse prevention group for patients with bipolar and substance use disorders". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 47-54.
- Williams, J.M.; Alatiq, Y.; Crane, C.; *et al.* (2008). "Mindfulness based cognitive Therapy in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between episode functioning". *Journal of Affective Disorders*, 107, 275-279.
- Yatham, L.N.; Kauer-Sant'Anna, M.; Bond, D.J.; *et al.* (2009). "Course and outcome after the first manic episode in patients with bipolar disorder: prospective 12-month data from the Systematic Treatment Optimization Program For Early Mania project". *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 105-112.
- Young, R.C.; Biggs, J.T.; Ziegler, V.E. y Meyer, D.A. (1978). "A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity". *British Journal of Psychiatry*, 1, 429-435.
- Zaretsky, A.E.; Rizvi, S. y Parikh, S.V. (2007). "How well do psychosocial interventions

work in bipolar disorder?”. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 14-21.

Anexos: Material para el paciente

Material para el paciente: Técnicas y registros

REGISTRO DE ACTIVIDADES POSITIVAS Y DEL ESTADO DE ÁNIMO (Sevilla y Pastor, 1996)

Nombre:

Fecha:

DÍA	ACTIVIDAD AGRADABLE	NIVEL DE AGRADO (0-10)	LO QUE MÁS ME GUSTÓ	ESTADO DE ÁNIMO AL FINAL DEL DÍA (0-10)

REGISTRO DE COGNICIONES (Echeburúa y Salaberría 1991)

Nombre:

Fecha:

DÍA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	PENSAMIENTO RACIONAL	CONSECUENCIAS

PRINCIPALES ERRORES DE RAZONAMIENTO

- 1. Focalizar en lo negativo.** La atención está centrada fundamentalmente en aspectos negativos o inadecuados. Esto sucede tanto en el día a día como en la información almacenada en el cerebro, de la que sobresalen escenas y recuerdos negativos.
Focalizar en lo negativo lleva a la autodesvalorización. Además supone el olvido o minimización de las habilidades, aciertos y valores.
- 2. Personalizar.** Con frecuencia las personas deprimidas tienden a verse como responsables al 100% de acontecimientos en los que apenas han participado e, incluso, no han practicado en absoluto. Esta es una de las distorsiones de razonamiento más dañinas en la depresión. No se gradúa de manera adecuada el grado de responsabilidad o participación en el desenlace de un evento. Automáticamente se asume que hay una relación causa-efecto entre las consecuencias y la actuación. Cuando en la mayoría de los casos no hay ningún tipo de conexión causal lógica. El resultado es que se autocondena a ser culpable.
- 3. Pensamiento TODO-NADA.** Se categoriza las experiencias en términos extremistas y dramáticos. La forma de evaluar las situaciones y las actuaciones no se mide a través de un continuo sino de manera bipolar: blanco-negro, bueno-malo, perfecto-desastre, amor-odio. Con este filtro mental hay muy pocas probabilidades de juzgar positivamente la realidad. Si no se alcanza la categoría de perfecto el juicio que sigue es de desastre.
- 4. Generalizar.** El error consiste en sacar conclusiones generales a partir de un detalle

específico y conectado a una situación concreta. Este tipo de generalización se aplica al desempeño personal (Soy un desastre), y a cómo discurre el mundo y el futuro (El mundo es asqueroso, Nunca mejoraré). Es de especial relevancia la generalización negativa que se suele hacer de los pequeños errores que se cometen día a día. Se confunde el nivel de ejecución de una determinada conducta con la valía personal.

5. **Sacar conclusiones sin datos.** A partir de información muy sesgada e incluso de información claramente en contra se llega a conclusiones. Algunas veces da la impresión de que la gente deprimida tiene la capacidad de leer la mente de sus interlocutores o de adivinar el futuro, porque llegan a conclusiones que no se desprenden en absoluto de la realidad presente.
6. **Uso excesivo de expresiones debería/tengo que.** Se exigen hacer cosas que actualmente no pueden hacer debido a su condición deprimida, y se exigen no haber actuado de la forma en que lo hicieron cuando en realidad no podían actuar de otra manera.

IDENTIFICAR PENSAMIENTOS ANSIÓGENOS

Además de las interpretaciones catastrofistas referidas a determinadas sensaciones internas, que es el error de pensamiento típico del pánico, pueden haber otras distorsiones cognitivas que contribuyan al malestar del sujeto creando más ansiedad. Las más comunes son:

1. **Ir en contra de la evidencia.** Ej.: “si me quedo encerrado en un ascensor, moriré asfixiado”.

En casos similares a este, conviene buscar pruebas a favor y en contra. Una forma eficaz es llevar a cabo algún experimento. Por ej., ayudado por otra persona puedes comprobar que si se echa un perfume dentro del ascensor, manteniendo la puerta cerrada, el olor pasa al otro lado. Esto demuestra que existe un intercambio de aire a través de la puerta cerrada y que, por tanto, no puedes asfixiarte aunque te quedes encerrado en un ascensor.

2. **Exagerar la probabilidad de que ocurra lo que temes.** Ej.: “si me da un ataque de pánico en mi trabajo me despedirán”. Si acostumbras a hacer predicciones negativas, conviene que las anotes para que compruebes que la mayoría de veces no suele ocurrir

lo que temes.

- 3. Exagerar las consecuencias negativas que tendría si ocurre lo que temes.** Ej.: “si la gente se da cuenta de que tengo ansiedad, alguno podría rechazarme”. Si te sueles preocupar por cuestiones de este tipo, conviene que te acostumbres a decirte a ti mismo “¿y qué?”.
- 4. Minimizar tu capacidad de hacer frente a lo que temes.** Si te ocurre esto, es mejor que te concentres en pensar ¿cómo podría montarlo en caso de que ocurriese? Ej., si temes que alguien te critique, piensa en cómo puedes responder asertivamente a las críticas, etc.
- 5. Pensamientos inútiles-perjudiciales.** Ejs.: “no me voy a curar”, “es terrible tener ansiedad”, etc. Ante este tipo de pensamientos inútiles, que te crean ansiedad y malestar, hábitate a preguntarte a ti mismo ¿de qué me sirve pensar esto?

En cualquier caso, lo más importante es que corrijas tu tendencia a hacer interpretaciones catastrofistas de las sensaciones temidas. Cuando lo consigas estarás más tranquilo y, por tanto, también disminuirá tu tendencia a tener otros pensamientos ansiógenos como los que se exponen en estas hojas.

LECTURA SOBRE EVALUACIÓN DE PENSAMIENTOS (Bados, 1991, modificado)

Además de identificar los pensamientos incorrectos o desadaptativos que tienes en una variedad de situaciones perturbadoras, hay que aprender a utilizar esos pensamientos como señales o avisos para evaluarlos en términos de su validez o utilidad y, en su caso, sustituirlos por otros más correctos y adaptativos. Para ello te pueden ser de utilidad las siguientes preguntas:

Preguntas para evaluar la validez de los pensamientos

- ¿Qué pruebas tengo a favor de este pensamiento?
- ¿Qué evidencia existe en contra de este pensamiento?
- ¿Cuál es la probabilidad de que ocurra esto que yo anticipo?
- ¿Cuál es la probabilidad de que yo esté interpretando correctamente la situación?
- ¿Hay otro modo de valorar la situación? ¿Cuál es la probabilidad de esta otra

interpretación?

Preguntas para evaluar la utilidad de los pensamientos

- ¿Me ayuda este pensamiento a conseguir mis objetivos o a solucionar mi problema?
- ¿Me ayuda esta forma de pensar a sentirme como quiero?
- Si las cosas son realmente así, ¿qué puedo hacer para cambiarlas, cómo puedo hacer frente a esta situación?

Preguntas para identificar pensamientos adicionales

- Incluso si esto es verdad, ¿hasta qué punto es malo, es tan malo como lo creo?
- ¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente así?

TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN (Botella y Ballester, 1997)

La autoatención hacia el propio funcionamiento corporal es uno de los factores más importantes en el trastorno de pánico. Las personas que han tenido la desagradable experiencia de sufrir un ataque de pánico a menudo establecen una especie de sistema de alarma o estado de alerta ante el más mínimo cambio corporal que experimenten. Hasta tal punto se incrementa la hipervigilancia o la conciencia corporal que una buena parte de las crisis que se producen son desencadenadas por ligeros cambios totalmente normales en su funcionamiento fisiológico, como una arritmia cardíaca o un ligero incremento de pulsaciones; cambios que a otra persona sin historia de ataques de pánico le pasarían totalmente desapercibidos.

Si, cuando una persona percibe síntomas de ansiedad, logra cambiar de estrategia y desviar su atención de las propias sensaciones hacia otro estímulo que pueda competir con los amenazantes en cuanto a demanda emocional, entonces podrá controlar de manera más adecuada la situación y evitar un ataque de pánico porque dará prioridad a un estímulo diferente del que le produce temor y conseguirá concentrarse en él disminuyendo la conciencia acerca de la existencia del estímulo amenazante.

Generalmente se establecen cinco tipos de técnicas:

- 1. Centrarse en un objeto.** Se trata de describir con todo detalle cualquier objeto, aludiendo a la forma, color, tamaño, textura, número de objetos iguales que hay... Es

importante que se elija un objeto con cierta complejidad con el fin de que pueda absorber su atención.

- 2. Ejercicios mentales.** Seleccionar cualquier actividad mental que requiera la suficiente dosis de atención para que se distraiga de su propio cuerpo: contar de tres en tres, o descontar de siete en siete, nombrar animales por orden alfabético, buscar palabras que empiecen por determinada letra, etc. Si resulta muy sencilla no será útil.
- 3. Actividades absorbentes.** Se trata de actividades que se encuentren en el repertorio habitual de la persona y a elegir por la propia persona: jugar con alguien, hablar, cantar, hacer puzzles, crucigramas, ver la televisión, leer un libro, etc.
- 4. Conciencia sensorial.** Hacer un recorrido por todos los sentidos intentando agudizarlos, y hacer consciente lo que generalmente no percibimos conscientemente.
- 5. Recuerdos y fantasías agradables.** Es importante que la imagen creada o recordada por la persona sea vívida y para ello debe explorar las cualidades de la situación imaginada: color, sonido, forma, tacto, olores...

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA LENTA: INSTRUCCIONES PARA PRACTICARLA

Preparación

Al empezar, debes practicar cuando estés más tranquilo. Te resultará más fácil si estás acostado o recostado en un lugar cómodo, silencioso y con temperatura agradable.

No tomes mucho aire. Recuerda que se trata de tomar poco y lentamente, para contrarrestar los efectos de la hiperventilación.

Es mejor respirar por la nariz, pero si tienes algún problema que te lo impida, respira por la boca sin abrirla demasiado.

Respiración diafragmática

Pon una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para asegurarte de que llevas el aire a la parte de abajo de los pulmones, sin mover el pecho.

- Al tomar el aire, lentamente, lo llevas a la parte de abajo de tus pulmones, hinchando un poco tu estómago y barriga: sin mover el pecho.

- Retienes un momento el aire en esa posición.
- Sueltas el aire, lentamente, hundiendo un poco estómago y barriga; sin mover el pecho.

Procura mantenerte relajado y relajarte un poco más al soltar el aire.

Respiración diafragmática lenta

Cuando ya seas capaz de respirar así con facilidad, practica respirar del mismo modo pero siguiendo esta pauta:

- Tomar aire, lentamente, contando de uno a tres-cuatro.
- Retenerlo, contando de uno a tres.
- Soltarlo lentamente, mientras cuentas de uno a siete-ocho.

Consejos

Para llegar a dominar esta forma de respiración, debes practicar varias veces al día (al menos 2 sesiones, de 3-5 minutos cada una).

Sé constante, ya que cuando sepas practicarla con facilidad y sintiéndote relajado, te será de gran utilidad para controlar la ansiedad.

Cuando domines esta técnica en posición de tumbado o recostado, debes practicarla en diferentes posiciones (sentado, de pie, andando...) y en diferentes lugares, empezando por los que te resulten más fáciles.

Recuerda que no debes utilizar la respiración diafragmática lenta para controlar la ansiedad, basta que aprendas a respirar de este modo, sintiéndote cómodo y relajado. Para esto, antes tienes que practicarla muchas veces, cuando estés tranquilo.

NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

- a) No consumir café ni otros excitantes por la tarde ni por la noche.
- b) Cenar moderadamente y, al menos, dos horas antes de acostarse.
- c) Pasear o hacer ejercicio físico moderado de manera regular, especialmente por la tarde. Dar un paseo después de cenar.
- d) Dedicar el tiempo anterior a acostarse en actividades relajantes: TV, lectura, música,

conversación, etc. Evitar discusiones, actividades intelectuales que requieran concentración o imágenes televisivas impactantes antes de ir a la cama.

- e) Tomar una infusión (tila, poleo, etc.) o darse un baño de agua templada antes de acostarse.
- f) Meterse en la cama y apagar la luz en un entorno de silencio. No leer ni ver la TV ni escuchar la radio ni comer en la cama. La cama está sólo para dormir, a excepción de las actividades sexuales.
- g) En caso de no poder dormir durante más de 15 minutos, levantarse de la cama e ir al salón a leer, escuchar música, etc. Volver a la cama sólo cuando le haya entrado de nuevo el sueño.
- h) Levantarse siempre a la misma hora, independientemente de cómo se haya dormido, y no echar la siesta.

INVENTARIO DEL AUTOCONCEPTO

1. Señale los aspectos positivos y negativos en cada una de las áreas exploradas por orden de mayor a menor importancia.
2. Indique por orden las áreas a las que concede más importancia o que le resultan más preocupantes. Para ello ponga el número correspondiente en cada casilla de la primera columna.

ÁREAS A EXPLOTAR		ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
	Apariencia física	+ + +	- - -
	Capacidad intelectual	+ + +	- - -
	Forma de ser	+ + +	- - -
	Salud	+ + +	- - -
	Aceptación social y relaciones con los demás	+ +	- -

		+	-
	Conducta afectivo-erótica	+ + +	- - -
	Rendimiento académico o laboral	+ + +	- - -
	Estatus socio-económico	+ + +	- - -
	Ejecución de tareas cotidianas	+ + +	- - -
	Logros alcanzados y éxito en la vida	+ + +	- - -

REGLAS DE ORO EN RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA

- Aceptarse a sí mismo. De las equivocaciones se puede aprender: los errores cometidos en el pasado son una vía de aprendizaje para el futuro.
- Abordar sólo los temas que pueden solucionarse. Los sucesos negativos que han ocurrido en el pasado ya no tienen solución. Lo que ahora se puede hacer es modificar el presente y trabajar para un futuro mejor.
- Recordar los éxitos pasados, no los fracasos.
- Fijarse pequeñas metas positivas que estén al alcance de los recursos de uno. El éxito en pequeñas metas no hace sino crear nuevas expectativas de éxito futuro, así como los fracasos generan más fracaso.
Visualizar con antelación escenas e imágenes de éxito –por ejemplo, imaginarse a uno mismo consiguiendo la meta que pretende– puede ayudar a acometer conductas con éxito.
- No subestimar los logros, por pequeños que éstos sean.
- Fomentar el contacto social con personas agradables y rehuir el contacto con personas desagradables.
- Mimarse uno a sí mismo y evitar vivir sólo en función de deberes y obligaciones.

ESQUEMA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Un problema aparece cuando no se dispone de forma inmediata de una respuesta eficaz para afrontar la situación. Esto implica que ninguna situación es problemática en sí misma, sino que es la falta de una respuesta apropiada lo que la hace problemática.

El entrenamiento en solución de problemas implica los siguientes pasos:

1. Cambie en la forma de considerar el problema. Las situaciones problemáticas son algo habituales en la vida, pero es necesario hacerlas frente buscando respuestas eficaces.
2. Defina el problema. Es necesario que la definición de la situación sea clara porque esto ayudará a su solución.
3. Busque posibles respuestas alternativas al problema. Haga una lista tan larga como pueda de posibles formas de resolver el problema. Es fundamental que no caiga en la tentación de enjuiciar las alternativas que se le vayan ocurriendo. Déjelo para la próxima fase.
4. Toma de decisiones. Una vez que tiene las diferentes alternativas, valore cada una de ellas (pros y contras, ventajas y desventajas...) y decida cual es la más conveniente para Vd.
5. Aplique y revise la alternativa elegida. Se trata de valorar si la respuesta que ha adoptado es tan eficaz como se juzgó y consigue poner fin al problema.

Material para el paciente: Habilidades sociales [*]

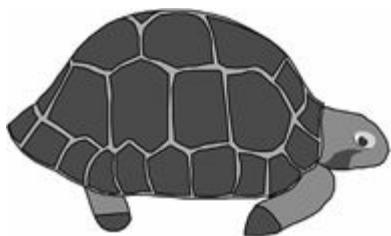


¿QUÉ SON LAS HABILIDADES SOCIALES?

Son ese conjunto de comportamientos de una persona al relacionarse con otras, a través de los cuales expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo adecuado a la situación, respetando los derechos de los demás.

TRES FORMAS DE COMPORTARNOS

Comportamiento pasivo



Esta forma de expresión, implica la violación de nuestros derechos, al no ser capaces de expresar honestamente los sentimientos, pensamientos, opiniones, y pensamientos. Los demás al no contar con la información necesaria, pueden violar nuestros derechos, sin ser conscientes de ello. El mensaje que comunicamos es: “yo no cuento, mis sentimientos y pensamientos no importan”. El objetivo, es apaciguar a los demás y evitar los conflictos a toda costa, sin embargo:

La persona pasiva se sentirá incomprendida, no tomada en cuenta o manipulada y a menudo, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritada hacia los demás, llevando todo esto a sentimientos de culpabilidad, ansiedad, depresión y baja autoestima.

Comportamiento agresivo

Cuando mantenemos esta actitud para evitar conflictos, el efecto producido es exactamente el contrario, ya que al no hablar clara y abiertamente, acabamos pensando del modo que dijimos que generaba mayor ira y acabamos comportándonos del modo opuesto; AGRESIVO.



Este comportamiento implica la defensa de derechos personales, expresando pensamientos, sentimientos y opiniones de modo inapropiado, violando los derechos de la otra persona. El mensaje es: “esto es lo que pienso, siento y quiero y lo que tú quieres no importa”.

Comportamiento asertivo

Lo adecuado, es no reprimir la ira actuando pasivamente, para no llegar a ser agresivos con otras personas. Debemos ser ASERTIVOS. Es decir, debemos expresar directamente

y a tiempo, los propios sentimientos y necesidades, defendiendo nuestros derechos, pero sin amenazar, castigar y violar los derechos de los demás. El mensaje sería: “esto es lo que pienso y siento, así es como veo la situación y tendremos que encontrar juntos que hacer para resolverlo y que no se vuelva a producir”. En este punto es también importante pedir información a los demás sobre sus intenciones, para que no se produzcan malas interpretaciones.



CONDUCTAS DE ASERTIVIDAD, NO ASERTIVIDAD Y AGRESIVIDAD

Ejercicio práctico:

Lee las instrucciones que se te presentan y las tres respuestas posibles y califica cada una de las respuestas dependiendo de su carácter como asertiva, no asertiva o agresiva.

Situación 1: Un amigo al que has invitado acaba de llegar a cenar, justo una hora tarde. No te ha llamado para avisarte que se retrasaría. Te sientes enfadado por la tardanza. Le dices:

- Entra, la cena está en la mesa.
- He estado esperando durante una hora. Hubiese preferido que me hubieras avisado de que llegabas tarde.
- Me has puesto muy nervioso llegando tarde. Esta es la última vez que te invito.

Situación 2: Un compañero de estudio te pide ayuda constantemente en su trabajo para que lo hagas tú. Decides terminar con esta situación. Tu compañero acaba de pedirte que le hagas algo de su trabajo. Tú dices:

- Estoy bastante ocupado. Pero si no consigues hacerlo, imagino que te puedo ayudar.
- Olvídalo. Casi no queda tiempo para hacerlo. Me tratas como a un esclavo. Eres un desgraciado desconsiderado.
- No. No voy hacer nada más de tu trabajo. Estoy cansado de hacer además de mi trabajo, el tuyo.

Situación 3: Una persona desconocida se acaba de mudar al piso de al lado. Tú quieres

conocerle:

- Sonríes al tiempo que tu vecino/a se va acercando, pero no dices nada.
- Te acercas a la puerta de el/ella y dices: hola, soy Antonio/Luisa. Vivo en. el piso de al lado. Bienvenido a la casa. Me alegro de conocerte.
- Tú miras a los vecinos por la ventana.

Situación 4: Tus padres han criticado a tu novio/amigo. Tú crees que la crítica es injustificada. Dices:

- ¡Callaos! Sois tan estúpidos y tenéis tantos prejuicios.
- Bien, comprendo lo que queréis decir.
- Creo que vuestra crítica es injustificada. El no es así en absoluto.

Situación 5: Un amigo te ha piropeado tu traje nuevo. Es la primera vez que te lo pones y realmente te gusta. Dices:

- Gracias.
- Esto, ... No es nada especial.
- Bien, ... Lo compré en rebajas, bueno, ...

Situación 6: Has salido con un amigo. Estáis decidiendo qué película ver. Él menciona una que tú no quieres ver. Dices:

- Siempre eliges películas que no me gustan. Sólo piensas en ti mismo. Eres muy egoísta.
- No quiero ver ésa. ¿Qué tal esta otra?
- Bueno, no sé mucho sobre esa película, pero si quieres podemos verla.

Situación 7: Te gustaría que tu hijo bajase y recogiese un paquete de casa de unos amigos. Dices:

- Aitor, me gustaría que fueses donde Begoña y Luis recogieses un paquete para mí. Estaría encantada si pudieses hacerlo para las 3 h.
- Si no estás muy ocupado, bueno... ¿Irías donde Begoña y Luis hoy?
- Oye, ya es hora de que hagas algo de provecho. Baja donde Begoña y Luis y súbeme un paquete. No contestes, ya está bien de ser perezoso, ¡vamos!

Ejercicio Práctico

A continuación te exponemos una serie de situaciones y las respuestas que dieron a las

mismas unas personas imaginarias. El ejercicio consiste en que determines el tipo de respuesta que se dio en cada caso bien sea asertiva, no asertiva o agresiva.

Situación 1: María está en la cola de un cine. Justo en el momento en que le toca, alguien se pone delante e intenta colarse.

Respuesta: ¡Pero, ¿qué se ha creído usted, cara dura? ¿Acaso me ha tomado por estúpida? O sale ahora mismo de aquí o...

Situación 2: El mejor amigo de José le pide prestada la moto. Es la segunda vez que lo hace en esta semana. La quiere para ir a la playa con una amiga. A José le causa mucho trastorno no tener su motocicleta porque su trabajo le obliga a desplazarse constantemente por la ciudad y tendrá que utilizar los transportes públicos, con la consiguiente pérdida de tiempo y dinero.

Respuesta: Oh, bueno, verás, es que yo..., la verdad es que..., en fin, supongo que la debes necesitar de verdad, si no fuera así no me la pedirías... Está bien, pasa a recogerla esta tarde...

Situación 3: Alicia acaba de pagar su cuenta en la caja del supermercado. La revisa y observa que hay un error. Se dirige a la cajera y le expone lo ocurrido. Ella le pide que espere hasta que atienda a los demás clientes que hacen cola.

Respuesta: Verá, señorita, entiendo que estas personas que esperan para pagar tienen prisa y que usted quiere atenderlas correctamente. Pero yo también tengo cosas que hacer y merezco la misma atención que todas ellas. Le agradeceré que no me haga esperar más y corrija el error que ha cometido en mi cuenta.

Situación 4: Marta está asistiendo a una conferencia sobre un tema que le resulta muy interesante y útil. Junto a ella, a su derecha, dos personas hablan lo suficientemente alto como para no permitirle oír con claridad al conferenciante.

Respuesta: ¿Acaso han venido ustedes aquí para hablar de sus problemas? Si no les interesa lo que dice el conferenciante, ¿por qué no salen fuera y hablan de lo que quieran, sin molestar a nadie?

Situación 5: Leire llega tarde a casa y su padre le mira con muy mala cara, sin decirle nada.

Respuesta: Está bien, papá. Entiendo que estás molesto porque he llegado tarde a casa. Pero creo que lo mejor es que me lo digas, para darte las explicaciones oportunas.

Situación 6: Un amigo le pide a Susana que lo acompañe a casa para enseñarle su nuevo

equipo de música. Ella tiene bastante prisa porque su familia le espera para visitar a un pariente enfermo.

Respuesta: Me gustaría mucho poder acompañarte y ver tu nuevo equipo de música, pero me esperan en casa. ¿Qué tal si me lo enseñas mañana? Procuraré no tener nada que hacer cuando terminen las clases.

Situación 7: Elisabet acaba de recoger su motocicleta del mecánico, donde la había dejado para reparar el carburador. Al cabo de un par de Km. de recorrido, el carburador deja de funcionar. Coge un taxi y se dirige de nuevo al taller. Cuando llega, preguntan qué es lo que ha ocurrido.

Respuesta: ¡Que ¿qué ha ocurrido?! Ustedes no tienen ni idea de lo que significa arreglar una moto. En menos de dos kilómetros se me ha vuelto a estropear. ¡Pero cobrar sí saben! Ahora mismo van a ir ustedes a recoger la moto y me la van a arreglar inmediatamente, porque si no lo hacen así, se enterarán de quién soy yo.

Situación 8: El profesor le pone a Lucía trabajo para el fin de semana. La cantidad de ejercicios es tan grande, que para poder hacerlos tendrá que estar encerrada el sábado y el domingo. Lucía pone mala cara y el profesor se da cuenta y le pregunta:

Respuesta: No, no. Bueno ... Me tendré que pasar todo el fin de semana encerrada, pero da lo mismo...

Situación 9: El jefe de la oficina le pide a Laura que haga una hora extraordinaria porque hay un montón de trabajo acumulado. Precisamente hoy le espera su esposo para ir a ver una película de estreno. Hace días que le ha prometido qué irían y no quiere llamarle para decirle que no puede ser.

Respuesta: Hoy me resulta imposible quedarme porque tengo un compromiso. Aunque no me gusta mucho la idea de hacer horas extraordinarias, mañana me quedaré para adelantar el trabajo.

Situación 10: María está tomando una copa en un bar. Un desconocido se acerca y pretende invitarle a otra.

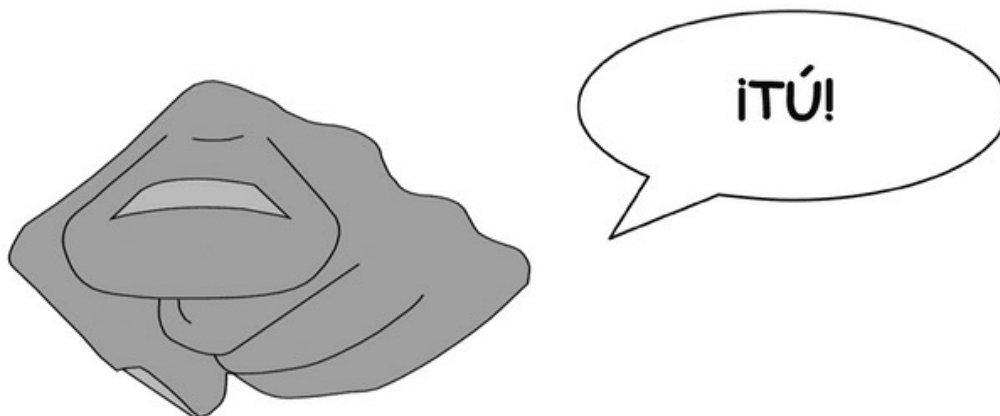
Respuesta: Le agradezco mucho su invitación pero no deseo beber más.

FUNCIONES DE LOS MENSAJES NO VERBALES

- Pueden reemplazar las palabras.



- Pueden repetir lo que se está diciendo.



- Pueden contradecir lo que estamos diciendo.



Componentes no verbales

Mirada / contacto ocular
Latencia de la respuesta
Sonrisas
Gestos
Expresión facial
Postura
Distancia / Proximidad
Expresión corporal
Asentimientos con la cabeza
Orientación
Movimientos de las piernas
Movimientos nerviosos de las manos

Apariencia personal



Componentes paralingüísticos

Voz

- Volumen
- Tono
- Claridad
- Velocidad
- Timbre
- Inflexión

Tiempo de habla

- Duración de la respuesta
- Número de palabras dichas

Perturbaciones del habla

- Pausas/silencios en la conversación
- Número de muletillas
- Vacilaciones

Fluidez del habla

ALGUNOS COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

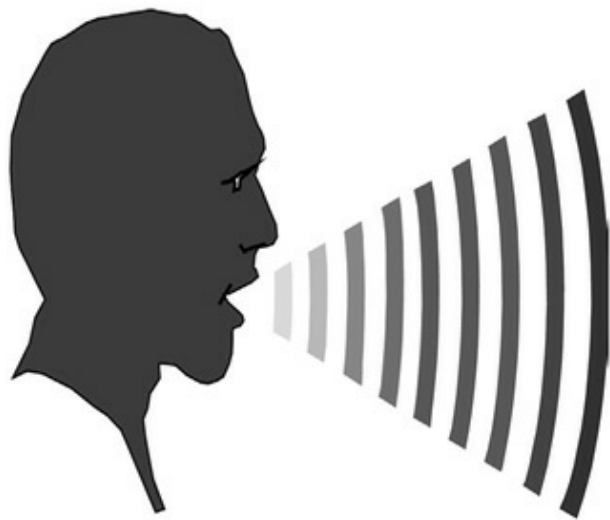
La expresión facial



POSICIÓN DE LAS CEJAS	SIGNIFICADO
Completamente elevadas	Incredulidad
Medio elevadas	Sorpresa
Normales	Sin comentarios
Medio fruncidas	Confusión
Totalmente fruncidas	Enfado
POSICIÓN DE LA BOCA	SIGNIFICADO
En forma de U	Alegría, agrado
Recta	Sin comentarios
En forma de arco	Enfado, tristeza



EL VOLUMEN



Hacer que un
mensaje llegue hasta
la persona que está
hablando con
nosotros.

FORMAS DE VOLUMEN



Bajo: sumisión o tristeza



Alto : seguridad, dominio, extraversión, ira, agresividad, tosquedad



Adecuado: agrado, actividad, alegría

EL CONTACTO OCULAR

Cuando hablamos de contacto ocular nos referimos a mirar a la otra persona cuando estamos hablando con ella.

El contacto ocular se realiza a través de la mirada y ésta indica interés y atención por lo que la otra persona nos está diciendo, la retirada de la mirada demuestra desinterés o evitación, así como mirar mucho a otra persona puede indicar agresión.

Ciertas secuencias de acción tienen más significados. Por ejemplo, ser el primero en dejar de mirar es señal de sumisión; la dilatación pupilar, señal de interés por el otro. Mirar más intensifica la expresión de algunas emociones como la ira, mientras que mirar menos refleja vergüenza.

La mirada se emplea, junto con la conversación, para comentar la palabra hablada. En general, si el oyente mira más, genera más respuesta, por parte del que habla, y si el que habla mira más, es visto como persuasivo y seguro.

DECIR QUE NO

Decir que no: rechazar una petición que no queremos aceptar.

No nos han educado para decir que no de una manera clara y honesta.

Miedo subyacente: nuestro interlocutor va a pensar algo negativo de nosotros, se enfadará o actuará en nuestra contra.

Tenemos derecho a decir no ante cualquier tipo de petición:



al cine?),

- a nivel personal (¿me acompañas a... ?),
- peticiones sobre objetos o pertenencias (¿me prestas... ?),
- peticiones donde sentimos que se está abusando de nosotros (ve tú a clase y pásame los apuntes),
- peticiones que en otro momento aceptaríamos pero que en ese momento preferimos no aceptar (¿vamos al cine?),
- sencillamente, cualquier tipo de petición que no queramos aceptar, incluidos consejos bienintencionados.

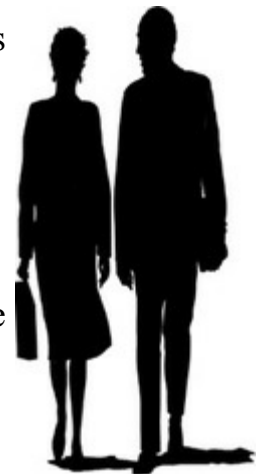
Cuando aceptamos una petición que nos gustaría rechazar, estamos violando nuestra propia integridad, estamos decidiendo que la otra persona es mucho más importante que nosotros, y que nuestras necesidades y deseos quedan en un segundo plano.

IMPORTANTE: romper el hábito de decir no poniendo excusas.

LA PROXIMIDAD Y EL DISTANCIAMIENTO

Espacio personal: aquel en el cual no pueden entrar otras personas cuando nos comunicamos con ellas

Una cercanía excesiva puede ofender a la otra persona, ya que se puede sentir molesta o intimidada.



Un distanciamiento excesivo indica desinterés, desagrado, cercanía de peligro...

Tipos de distancia:

Íntima: 0 - 45 cm (situaciones íntimas)

Personal: 45- 120 cm (relaciones personales)

Social: 120 - 365 cm (relaciones sociales)

CÓMO DECIR EN SERIO QUE NO	
1. SEA BREVE Conteste con pocas palabras, sea directo y evite irse por las ramas para justificarse. 2. SEA EDUCADO Dele las gracias al contestar. <i>“No, lo siento, el martes no puedo ir a comer, pero de todos modos gracias por invitarme”.</i> 3. NO PIERDA EL CONTROL Para suavizar la crudeza de una negativa rotunda, mantenga la calma, hable despacio y con amabilidad.	4. SEA SINCERO Frases sencillas como “Me cuesta mucho decirte esto” le puede ayudar a expresar los sentimientos difíciles sincera y abiertamente. 5. DIGA QUE NO Y VÁYASE Si se queda, la gente quizá se confunda y lo interprete con inseguridad por su parte. 6. PRACTIQUE Ensaye delante de un espejo lo que podría hacer si se encontrara en situación de negarse a algo; por ejemplo, a una petición de horas extras o a aceptar un compromiso familiar. Luego póngalo en práctica.

SEIS MODOS DE NEGARSE		
1. DECIR “NO” SIMPLE Y LLANAMENTE El objetivo es dar una negativa sin disculparse. La otra persona tiene un problema, pero no debemos dejar que lo cargue sobre nosotros. <i>“No, no, prefiero no ir”</i> Un “no” directo es contundente y resulta eficaz con los vendedores pesados.	2. “NO REFLEXIVO” Este sistema consiste en reflexionar sobre el contenido y las implicaciones de la solicitud para rechazarla luego sin titubeos. <i>“Ya sé que las cartas son urgentes, pero ahora no puedo ir a Correos”</i> Es una forma firme y definitiva de negarse que no da pie a la negociación.	3. “NO RAZONADO” Este método consiste en exponer brevemente el auténtico motivo del rechazo. <i>“No puedo echar las cartas esta tarde porque he quedado con un amigo”</i> Puede utilizar este sistema si no quiere ofender y tiene un motivo para negarse. No permite que el otro insista.
4. “NO” TEMPORAL Este sistema consiste en negarse a satisfacer la petición momentáneamente. <i>“No puedo llevar las cartas esta tarde, pero sí mañana”</i> No es una negativa definitiva y puede ser el prelude de una negociación. Utilice este sistema sólo si está dispuesto a hacer más adelante lo que le piden.	5. “NO” INTERROGATIVO No es definitivo. Es una invitación a negociar. <i>“¿Puedo llevarlas en algún otro momento?”</i> Utilice este método si está dispuesto a hacer lo que le piden, pero no en ese momento.	6. “NO” REPETITIVO Este método consiste en repetir una frase corta de negación una y otra vez. <i>“No, no puedo ir a Correos”</i> <i>“Venga, mujer, las cartas tienen que llegar mañana”</i> <i>“No, no puedo ir a Correos”</i>

VENTAJAS AL DECIR NO, CUANDO ES LO QUE QUEREMOS

- A. Se permite a los demás saber cuál es nuestra postura y cuáles son nuestros sentimientos.
- B. Se evita con mayor facilidad que la gente se aproveche de nosotros
- C. Se logra un sentimiento de satisfacción y bienestar al no tener que hacer algo que no queremos.
- D. Se favorece mayor probabilidad para que no nos vuelvan a pedir en el futuro que hagamos algo que no deseamos hacer.

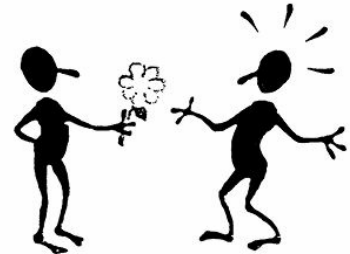
INCONVENIENTES AL NO APRENDER A NEGARNOS O DECIR “NO”:

- A. Se puede terminar haciendo algo que no nos guste, lo que nos hará sentir enfadados, frustrados o descontentos.
- B. Se puede terminar haciendo algo que nos cree problemas.
- C. Se puede dar una impresión inadecuada a los demás sobre la clase de cosas que nos gusta hacer o nos pueden pedir en el futuro.
- D. Una vez que cedemos a la primera demanda, es más difícil negarnos en posteriores ocasiones, además de que si lo hacemos, tenemos más probabilidades de hacerlo de modo agresivo, por la frustración y tensión interior acumulada y los demás no lo entenderán.

HACER Y RECIBIR CUMPLIDOS

Razones por las que es importante hacer cumplidos y expresar aprecio cuando está justificado:

- Los demás disfrutan al oír expresiones positivas, sinceras, sobre cómo nos sentimos con respecto a ellos.
- El hacer cumplidos ayuda a fortalecer y profundizar las relaciones entre dos personas.
- Cuando se hacen cumplidos a los demás, es menos probable que se sientan olvidados o no apreciados.
- En los casos en los que hay que expresar sentimientos negativos o defender los derechos legítimos ante alguien, es menos probable que se produzca un enfrentamiento emocional si dichas conductas ocurren en una relación en la que previamente se ha hecho algún cumplido sobre otros aspectos de la conducta del individuo.



Niveles en cuanto a la profundidad del sentimiento positivo expresado

- Un primer nivel: expresar agrado o halagos ante cuestiones materiales y pertenencias personales. Por ejemplo: “llevas un suéter muy bonito”, “me gusta muchísimo tu coche nuevo”.
- Un segundo nivel: cuestiones de trabajo, desempeño o ejecución, y ya suele ser algo más complejo. “Has hecho un trabajo magnífico, el informe que presentaste en la reunión pasada me pareció brillante”.
- Tercer nivel: Aspectos íntimos o personales, donde estarían incluidos amigos, familiares y pareja: siempre que estoy contigo me lo paso fenomenal, te quiero mucho.

HACER CUMPLIDOS

Para hacer un cumplido debemos tener las siguientes habilidades:

- *Habilidades de comunicación eficaz:* Escuchar, saber expresar una opinión de un modo asertivo, dar instrucciones de una manera clara y precisa e iniciar y mantener una conversación con alguien desconocido.
- *Iniciar los cumplidos con expresiones tales como:* “¡Cómo me gusta...!”, “Me agrada...”, “Me satisface comprobar que...”.

- *No utilizar comentarios generales*: “Me gusta como vistes”, “Me agrada hablar contigo”, “Me satisface comprobar que has hecho un buen trabajo”.
- *Matizar y detallar*: “Me gusta tu forma de vestir porque llevas unos colores vivos y es un estilo moderno y cómodo”.

RECIBIR CUMPLIDOS

Al recibir cumplidos debemos poner en práctica las siguientes habilidades:

- Habilidades de escucha.
- No justificar o minimizar: “No ha sido para tanto”, “Si no me cuesta nada”, “El mérito no es sólo mío”.
- No sentirse obligado a responder con otro cumplido.



PASOS PARA HACER UNA CRÍTICA

1º. Definir objetivos

Estos objetivos han de ser dos primordialmente: cambiar la situación/conducta y no deteriorar la relación. Para ello debemos buscar el momento y lugar adecuado en el que poder introducir la crítica, y reforzar a la otra persona inmediatamente.

2º. Describir la situación/conducta

El modo ideal para comenzar a hacer una crítica, es describiendo la situación o la conducta que no nos ha gustado de la otra persona, utilizando, por ejemplo: “Cuando...”

3º. Expresar sentimientos en mensajes yo

Si hablo desde mi opinión y haciendo alusión a los sentimientos que en



mí ha provocado esa situación, la otra persona no activará sus defensas y escuchará de manera más abierta mi propuesta. Las frases a utilizar podrían ser: “Me siento...”, “Pienso que...”, “Creo que...”, etc.

4º. Expresar empatía

Si se puede, si la relación es íntima o personal, es buena idea ponerse en la posición del otro, es decir, intentar comprender por qué la otra persona está actuando de esa forma. Este elemento reduce las probabilidades de que el interlocutor reacciones negativamente hacia nosotros. Por ejemplo, “entiendo que estés agobiado por tu trabajo...”.

5º. Petición/sugerencia de cambio

Es la hora de hacer una propuesta, de forma que la otra persona vea tu interés y demuestres tu implicación, pidiendo su opinión. “¿Qué te parece si...?”.

6º. Reforzar al otro

Es algo sumamente importante que el interlocutor sienta la crítica no como un juicio, sino como intercambio de opiniones, en el que reforcemos el proceso seguido. De este modo, podríamos concluir diciéndole: “Me alegro...”, “Gracias...”, “Me gusta...”, “Te agradezco...”.

SOLICITAR CAMBIO DE CONDUCTA

Técnica de reforzamiento tipo sandwich

- Empezar destacando una cualidad relacionada con la conducta que queremos que el otro cambie.
- Decir cómo nos sentimos y en que medida nos afecta la conducta que realiza. Es importante no culpar al otro, ni entrar en críticas o etiquetas. Sólo hablamos de nosotros y nuestros sentimientos relacionados con esa conducta.
- Proponer soluciones o alternativas de conducta. En este punto es importante llegar a un acuerdo sobre las soluciones, si es necesario mediante una negociación.
- Terminar de nuevo reforzando a la persona y dando un mensaje de optimismo sobre el



cambio de la conducta.

Ejemplo

“Nuestro marido/mujer, siempre hace planes con los amigos sin consultarnos antes. A veces no nos apetece hacer lo planificado pero lo acabamos haciendo por no quedar mal con los amigos”.

- Juan, una de las cosas que más me atraen de ti, es que eres una persona simpática, muy sociable y buen amigo de tus amigos...
- ... Sin embargo, yo me siento mal cuando haces planes con los amigos sin consultarme antes, me siento como que no cuento a la hora de decidir cuando quedamos. Por otro lado, hay ocasiones en las que me encuentro muy cansada y acabo saliendo por no quedar mal con ellos, después de quedar. Pienso que si me consultases antes de quedar con ellos, me sentiría mejor al tenerme en cuenta para tomar decisiones y podría decirte si no me apetece, ¿qué opinas tú de esta posibilidad?... (negociación si hay desacuerdo para llegar a la solución más correcta).
- Sé que no ha sido tu intención molestarme porque eres un cielo, por eso ahora que sabes como me siento seguro que lo tendrás en cuenta y no volverá a suceder.



1. Críticas que decido aceptar

Crítica apropiada en contenido y en forma (tanto en lo que dice como en cómo lo dice).

- Escuchar
- Acuerdo total
- Recompensar
- Compromiso de rectificar o pedir alternativas

Crítica procedente en contenido pero no en forma.

ENFADO QUE DESARMA: consiste en bloquear el discurso de la otra persona con expresiones como estamos muy nerviosos, vamos a dejarlo y ya continuaremos en otro momento. En ocasiones, es probable que el primer efecto de esta técnica sea que la otra persona todavía se enfade más y use nuestra negativa a continuar hablando en estas condiciones como parte de sus argumentos descalificadores. No hay elección, solamente nos queda salir de la habitación.

- Escuchar
- Acuerdo total
- Recompensar
- Compromiso de rectificar
- Expresar sentimientos
- Sugerir cambios en la forma de expresar la crítica

Crítica improcedente en forma y confusa en contenido.

- Escuchar
- Pedir aclaración
- Recompensar aclaración
- Mostrar acuerdo
- Recompensar
- Compromiso de rectificar
- Expresar sentimientos
- Negar asertivamente imputaciones no adecuadas

Una de las técnicas que se utilizan para pedir aclaración es la INTERROGACIÓN NEGATIVA. En un alto porcentaje de críticas que recibas, la crítica estará expresada de una forma ambigua, imprecisa o descalificativa, por ejemplo: no me gusta nada tu trabajo, no hay quien te aguante últimamente, o el informe del otro día era un desastre. La interrogación negativa, expresada en preguntas como: qué es lo que no te ha gustado de mi trabajo, a qué te refieres exactamente, o podrías precisar qué es lo que no te gusto del informe, obliga al emisor de la crítica a concretar qué le disgusta de nuestro comportamiento o actuación.

2. Crítica que decido no aceptar por ser inapropiada e injusta

-

Es muy importante controlar variables paralingüísticas y no verbales. La palabra clave es normalidad. El volumen y la entonación de la voz y el ritmo del habla, deben ser totalmente neutros, al igual que la expresividad del rostro.

REGISTRO DE SITUACIONES ASERTIVAS

[illegible]

REGISTRO DE DECIR NO

SITUACIÓN	RESPUESTA	REACCIÓN DEL OTRO	SENTIMIENTOS

REGISTRO DE PEDIR FAVORES

SITUACIÓN	RESPUESTA	REACCIÓN DEL OTRO	SENTIMIENTOS

REGISTRO DE HACER Y RECIBIR ELOGIOS

SITUACIÓN	RESPUESTA	REACCIÓN DEL OTRO	SENTIMIENTOS

REGISTRO DE HACER Y RECIBIR CRÍTICAS

SITUACIÓN	RESPUESTA	REACCIÓN DEL OTRO	SENTIMIENTOS

CERTIFICADO DE ASISTENCIA A UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR

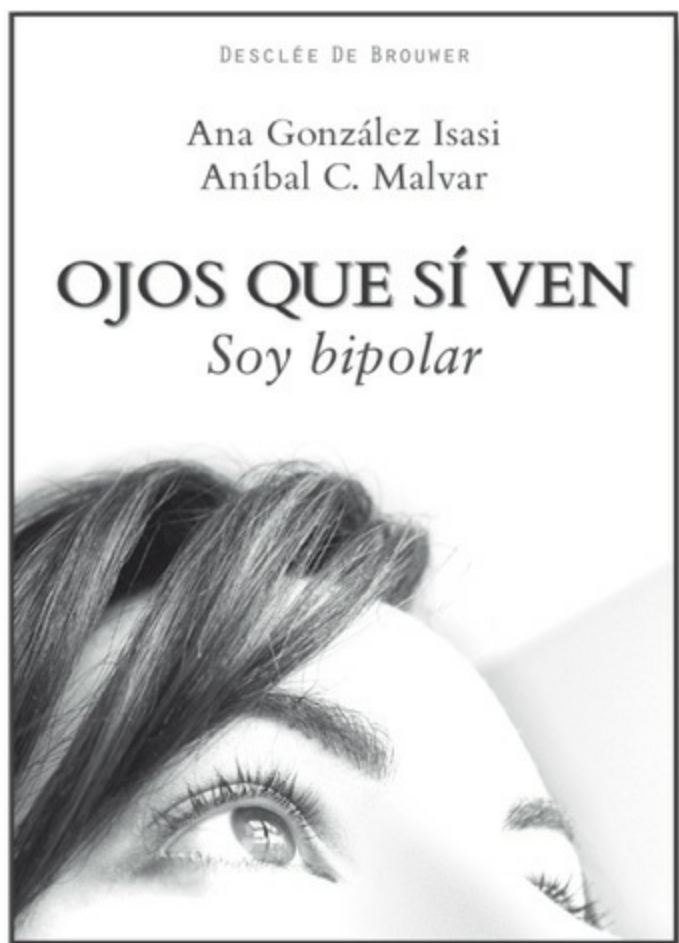
D. , asistió durante seis meses a un grupo terapéutico de pacientes con trastorno bipolar, donde se puso en práctica un programa de tratamiento psicológico basado en la psicoeducación y en la terapia cognitivo conductual.

El paciente participó activamente, obteniendo un buen rendimiento del mismo.

Las Palmas de Gran Canaria, a de del 20

Fdo.: Ana González Isasi
Psicóloga Clínica
Col. nº. P- 1185

* Este material ha sido elaborado por Jone Ojeda Macía, basado en el *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales de Vicente E. Caballo*.



Ojos que sí ven

“Soy bipolar” (Diez entrevistas)

Ana González Isasi

Aníbal C. Malvar

ISBN: 978-84-330-2462-6

“Ojos que sí ven” es una obra acientífica estructurada alrededor de diez entrevistas extensas con personas que padecen trastorno bipolar refractario. La intención de este libro es pedagógica, aunque no académica, ya que pretende que sean los propios enfermos quienes indaguen su patología con palabras profanas, quienes intenten explicarle a sus familiares, amigos y a la sociedad en general, qué es el trastorno bipolar, cómo es el hondo dolor que genera y cuál es la forma más adecuada de enfrentarse “al bicho”, como alguno de ellos apoda a su “acompañante crónico”.

Este libro habla de amor, de trabajo, de frustración, de lucha, de sexo, de miedo, de literatura, de muerte, de valor y, un poco, sólo un poco, de psicología... De la condición humana, en resumen. Pero desde una premisa: “Soy Bipolar”.

Todos los entrevistados habían participado en las innovadoras terapias grupales diseñadas por la doctora en Psicología Ana González Isasi y basadas en la conjunción de estrategias psicosociales diversas (*Trastorno Bipolar: el Enemigo Invisible. Manual de tratamiento psicológico*. Editorial Desclée De Brouwer. Bilbao. 2011). El periodista y escritor Aníbal Malvar la acompañó para buscar una perspectiva más divulgativa que acerque al público en general a estos enfermos, para comprenderlos, integrarlos e, incluso, admirarlos. Pero, sobre todo, para que “Ojos que sí ven” se convierta en un arma con la que luchar contra los estigmas que dañan la integración social de los enfermos bipolares. Ellos abrieron las puertas de su casa y de su alma a los autores de este libro sin la menor prevención. La puerta sigue abierta.



Manual práctico del Trastorno Bipolar

Claves para autocontrolar las oscilaciones

Mónica Ramírez Basco

ISBN: 978-84-330-2266-0

Las oscilaciones del estado de ánimo pueden formar parte de la existencia, pero la lucha por controlarlas no tiene por qué dominar nuestra vida. Junto con la medicación oportuna, el Manual práctico del trastorno bipolar puede devolvernos el control de nuestra enfermedad. La Dra. Ramírez ha reunido una gama versátil de estrategias de autoayuda debidamente comprobadas con objeto de ayudarnos a reconocer los primeros signos que nos advierten de una posible recaída, a resistirnos al seductor empuje de los episodios maníacos, y a salir de la parálisis de la depresión. Tanto si nos acaban de diagnosticar el trastorno (y no estamos totalmente seguros de que sea correcto) como si queremos consolidar nuestro tratamiento actual, este sencillo programa nos permitirá

tomar parte activa. Directrices y hojas de trabajo fáciles de seguir nos ayudan a identificar áreas problemáticas y a minorar su impacto, incluidas posibles formas de:

Reducir la reaparición y la gravedad de los síntomas

Bajar el ritmo y dormir lo necesario cuando irrumpe la manía

Mantener la motivación y evitar la dilación cuando nos deprimimos

Ajustar los tratamientos farmacológicos para maximizar los beneficios

Refrenar las reacciones emocionales

Mantener la concentración y alcanzar nuestros objetivos.

Dado que la experiencia de cada persona individual con el trastorno bipolar es única, la Dra. Ramírez nos alienta a personalizar un plan específico que se ajuste a nuestras propias necesidades. Procedamos, pues, a hacernos cargo de nuestra enfermedad y a mejorar activamente nuestra calidad de vida.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. Constructivismo y psicoterapia , por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. estrés y emoción . Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. Intervención en crisis y respuesta al trauma . Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. La práctica de la psicoterapia . La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. enfoques teóricos del trastorno obsesivo-compulsivo , por Ian Jakes.
110. La psicoterapia de Carl Rogers . Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. Apego adulto , por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. entrenamiento ABC en relajación . Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. el modelo cognitivo post racionalista . Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. terapia familiar de los trastornos neuroconductuales . Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. Psicoterapia cognitiva narrativa . Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. introducción a la psicoterapia de apoyo , por Henry Pinsker.
117. El constructivismo en la psicología educativa , por Tom Revenette.
118. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas Vol 1. Con ejercicios del profesor Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. guiones y estrategias en hipnoterapia , por Roger P. Allen.
120. Psicoterapia cognitiva del paciente grave . Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. Dolor Crónico . Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. Desbordados. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. terapia sistémica de pareja y depresión , por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. Psicología y psiquiatría transcultural . Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. tratamientos combinados de los trastornos mentales . Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. Trastornos delirantes en la vejez, por Miguel Krassoievitch.
135. Eficacia de las terapias en salud mental , por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. La alianza terapéutica . Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana . Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y

- Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
 140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
 141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
 142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
 143. tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia . Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
 144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
 145. El valor del sufrimiento . Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
 146. Conciencia , libertad y alienación , por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Z uazu Castellano.
 147. Hipnosis y estr és. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
 148. Mecanismos asociativos del pensamiento . La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José Mª Gondra.
 149. La mente en desarrollo . Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
 150. Hipnosis segura . Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
 151. Los trastornos de la personalidad . Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
 152. El yo atormentado . La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
 153. Psicología positiva aplicada , por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
 154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
 155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
 156. Psicología y emergencia . Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
 157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.
 158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
 159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
 160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
 161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
 162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
 163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.
 164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.
 165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.

Índice

Créditos	2
Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Prólogo	5
Introducción general	7
Aspectos clínicos y terapéuticos del trastorno bipolar	9
1. Concepto del trastorno bipolar	9
2. Funcionamiento psicosocial en trastorno bipolar	11
3. Trastorno bipolar refractario	12
4. Tratamientos psicológicos del trastorno bipolar	14
5. Modelo de terapia combinada: tratamiento farmacológico + tratamiento psicológico integral	17
Concepto y metodología del programa de tratamiento psicológico para trastorno bipolar	21
1. Justificación del programa	21
2. Objetivos del programa	21
3. Metodología y evaluación del programa	22
4. Número y tipo de pacientes	25
5. Contenidos del programa	26
6. Organización de las sesiones	32
7. Claves para llevar a cabo una terapia de grupo	33
Programa de tratamiento psicológico para pacientes con trastorno bipolar	37
SESIÓN 1	37
SESIÓN 2	41
SESIÓN 3	45
SESIÓN 4	49
SESIÓN 5	55
SESIÓN 6	60
SESIÓN 7	65
SESIÓN 8	69
SESIÓN 9	74

SESIÓN 10	78
SESIÓN 11	82
SESIÓN 12	85
SESIÓN 13	90
SESIÓN 14	94
SESIÓN 15	99
SESIÓN 16	102
SESIÓN 17	106
SESIÓN 18	109
SESIÓN 19	113
SESIÓN 20	117
Bibliografía	119
Anexos: Material para el paciente	129
Material para el paciente: Técnicas y registros	129
Material para el paciente: Habilidades sociales	139
Otros libros	163
Biblioteca de psicología	167