

● MANIA

1. ¿QUÉ ES?

- **Definición, criterios diagnósticos y curso**

1. 1 DEFINICIÓN

Los trastornos bipolares se caracterizan, dentro de los trastornos afectivos en general, por la presencia de sintomatología aparentemente opuesta a la clásicamente descrita en la depresión.

La presencia de síntomas característicos como la hiperactividad, euforia, irritabilidad, aumento de la autoestima, etc. hizo que se propusiera su clasificación aparte de los otros trastornos afectivos. Leonhard (1957) propuso la separación entre formas unipolares y bipolares de trastorno afectivo, basándose en diferencias clínicas y evolutivas. La aparición de criterios diagnósticos, a pesar de lo discutible de las clasificaciones descriptivas en cuanto a su validez, ha supuesto un avance en cuanto a la fiabilidad diagnóstica. El DSM-III y el DSM-III-R pusieron su énfasis en la clínica, el DSM-IV introdujo el trastorno bipolar tipo II y las formas evolutivas (¹ciclación rápida).

El trastorno bipolar ha sido identificado en todas las culturas y razas, siendo sus tasas de prevalencia interculturales bastante similares. La proporción de mujeres respecto a hombres oscila entre 1,3/1 y 2/1. Angst y Sellaro (2000) calculan que la prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos del espectro bipolar podría oscilar entre el 3 y el 6,5%.

La incidencia de los trastornos bipolares parece crecer en los últimos años, pudiendo tener que ver, entre otros factores, la extensión del uso de antidepresivos y su inducción de hipomanías farmacógenas.

- **Clínica del trastorno:**

- ✗ **Manía:** Estado de ánimo caracterizado por la euforia, la expansividad, irritabilidad, autoestima excesiva, disminución del sueño, verborrea, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de la implicación en actividades placenteras o de alto riesgo, inquietud, agitación, todo lo cual provoca un claro deterioro en las actividades y requiere en la mayoría de las ocasiones la necesidad de ingreso para prevenir daños hacia uno mismo o hacia los demás. Pueden aparecer síntomas psicóticos, alucinaciones o ideas delirantes, que no siempre guardan relación con el estado de ánimo.
- ✗ **Hipomanía:** Síntomas parecidos a los de manía, de intensidad menor y que por lo tanto provocan un menor deterioro funcional y que en general no va a precisar hospitalización, no presentando síntomas psicóticos.

¹ Consiste en la sucesión de cuatro o más episodios de la enfermedad a lo largo de un año, y es lo que se denomina un "marcador de curso" (un subtipo evolutivo de la enfermedad)

- ✖ **Depresión:** Presenta algunas características que la distinguen de las depresiones unipolares y de las situacionales ya que se acompaña con frecuencia de un predominio de la apatía sobre la tristeza, de la inhibición psicomotriz sobre la ansiedad y de la hipersomnia sobre el insomnio, encontrándose también una menor incidencia de anorexia y de pérdida de peso. Se encuentra una mayor posibilidad de desarrollar síntomas psicóticos y en general tiene una edad de inicio inferior.
- ✖ **Estados mixtos:** La forma más común, denominada manía depresiva, consistiría en un cuadro de hiperactividad, inquietud psicomotriz, insomnio, taquipsiquia y verborrea, combinado con pensamiento depresivo, llanto e ideas de culpa que pueden ser delirantes con frecuencia.
- ✖ **Espectro bipolar:** incluye el **Trastorno bipolar tipo I** (el rasgo diferencial sería la presencia de manía, siendo el patrón más frecuente el de manía seguida de depresión mayor); **el Trastorno bipolar II** (de mayor benignidad clínica pero de mayor malignidad evolutiva dado que se da un mayor número de episodios);
- ✖ **la Ciclotimia** (variante menor del trastorno bipolar que con frecuencia evoluciona hacia el tipo II, de curso crónico y de elevada frecuencia de episodios) y algunos autores han propuesto el Trastorno bipolar III para pacientes con antecedentes familiares de trastorno bipolar que presentan episodios depresivos e hipomanías únicamente durante el tratamiento antidepresivo.

1.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

★ Episodio maníaco

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria hospitalización). La persona con d. se ríe con una risa fuerte inapropiada o canta, está excesivamente aturdida o tontorrona, se muestra impertinente y se inmiscuye en el espacio de los demás y sonríe en exceso y de manera inapropiada para el contexto social. Puede haber alternancia entre estado de ánimo eufórico y estado de ánimo irritable.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido, y ha habido en un grado significativo, tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable): En personas con habilidades limitadas de lenguaje expresivo, durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido, y ha habido en un grado significativo, dos (o más) de los siguientes síntomas (tres si el estado de ánimo es sólo irritable).

(1) Autoestima exagerada o grandiosidad. La persona con d.l. hace comentarios exagerados de sus habilidades o talla (en relación con su perfil de desarrollo base, como vanagloriarse de tener un coche que no tiene, afirmar que sabe conducir, es el director del hospital), exagera acontecimientos sociales (“me caso”, cuando no sale con nadie ni está comprometido), afirma tener una relación con una persona famosa o con un conocido, se cree un superhéroe (y no constituye una fantasía consecuente con su perfil de desarrollo). En un estadio cognitivo preoperacional no se distingue la fantasía de la realidad. Algunas afirmaciones pueden representar deseos en vez de pensamientos delirantes congruentes el estado de ánimo.

(2) Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño). La persona con deficiencias duerme entre 0 y 3 horas cada noche, se acuesta mucho más tarde de lo habitual, se levanta mucho más temprano de lo habitual, se prepara para el día muy temprano. Presenta más problemas de comportamiento por la noche que antes. La persona realiza actividades diarias habituales durante la noche. cuando duerme menos presenta signos leves de cansancio al día siguiente. A pesar del aspecto cansado no consigue dormir excepto de manera breve y se mantiene activa (parece “dirigido”). El problema de sueño no responde al tratamiento y supone una modificación clara del estado habitual (la persona no tiene un compañero de habitación que haga ruido toda la noche, no duerme durante el día y no tiene una historia de problemas de sueño).

(3) más hablador de lo habitual o verborreico. La persona con d.l. vocaliza, grita, hace ruido o habla más de lo habitual; hace vocalizaciones continuadas o muy rápidas, etc.; repite la misma pregunta, no espera a la respuesta, hay un descenso de la capacidad de escuchar, interrumpe a menudo, persevera más de lo habitual, habla solo con frecuencia, canta en voz alta (o hay un aumento de la emisión de ruidos, vocalización o gritos no verbales); todos estos síntomas constituyen un cambio con respecto a las actividades habituales del individuo, bien porque presenta estos síntomas por primera vez, bien porque se produce un aumento de la intensidad o de la frecuencia. La ansiedad provoca también que las personas con d.l. hablen rápido o vocalicen más.

(4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado. La persona con deficiencias. salta rápidamente de un tema a otro, afirma “mis pensamientos se mueven muy rápido”. El comportamiento debe constituir un cambio con respecto a lo habitual.

(5) Distraibilidad (p.ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).La persona con deficiencias muestra un descenso del rendimiento en el trabajo o en el programa de día, se distrae fácilmente o deja inacabadas tareas que antes podía concluir, aparecen comportamientos agitados, o hay un aumento de los mismos, cuando tiene que hacer actividades que requieren concentración, tiene problemas de memoria que “van y vienen”, presenta pérdida de habilidades sin justificar, es incapaz de aprender nuevas habilidades como se esperaba o ha tenido que dejar de trabajar o suspender su participación en cursos por los malos resultados.

Estos problemas de atención son nuevos y suponen un cambio con respecto a su situación habitual (no son problemas de por vida). Los problemas de concentración o para terminar tareas se producen principalmente por la incapacidad de terminar lo que se ha empezado o de seguir trabajando en un mismo proyecto, porque la atención se desvía fácilmente hacia ruidos o actividades en torno a la persona.

(6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora. La persona con deficiencias realiza actividades de manera acelerada, apenas se sienta, se levanta y se sienta continuamente, va de un lado a otros, camina rápido, parece “dirigido”, corretea por toda la habitación, se ha vuelto impertinente, está físicamente más activo que antes y ni siquiera consigue estar sentado el tiempo de terminar de comer.

(7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas). La persona con deficiencias muestra un aumento de los comportamientos sexuales o de las conversaciones sobre este tema, un aumento de la actividad sexual, un aumento o exceso de la masturbación, exponerse en público (algo que no es habitual) o tocar a otras personas de manera sexual.

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos. Las personas con d. pueden perder sus plazas en instituciones residenciales, puestos de trabajo u en otros programas debido a un episodio de estado de ánimo agudo.

En personas con d. casi cualquier problema físico con dolor o malestar puede provocar problemas de concentración, sueño o alimentación y agitación psicomotora (véase el apartado en relación al episodio depresivo mayor). Los cambios bruscos de la medicación pueden provocar irritabilidad, agitación, problemas de sueño y la retirada de la medicación una inquietud motora emergente (acatisia), que pueden confundirse con los síntomas de un episodio maníaco.

Es más difícil obtener información precisa de una persona con d. grave y profunda sobre el origen de un malestar físico. Las fuentes externas de información pueden atribuir un comportamiento agitado al síndrome psiquiátrico diagnosticado previamente y no darse cuenta del nuevo problema médico. Hay una tendencia a diagnosticar trastorno bipolar a personas con d. que presentar síntomas del tipo maníaco sólo si se trata con ISRS.

★ Episodio mixto

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana. (Ver manifestaciones más frecuentes del episodio depresivo mayor y del episodio maníaco)

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo). En personas con d.l. casi cualquier problema físico con dolor o malestar puede también dificultar la concentración, alterar el sueño, la alimentación y causar agitación psicomotora. Véase antes en relación al episodio depresivo mayor.

Es más difícil obtener información precisa de una persona con d.l. grave y profunda sobre el origen de un malestar físico. Las fuentes externas de información pueden atribuir un comportamiento agitado al síndrome psiquiátrico previamente y no darse cuenta del nuevo problema médico. Hay una tendencia a diagnosticar trastorno bipolar a personas con d.l. que presentan síntomas del tipo maníaco sólo si se trata con ²ISrS.

★ Episodio hipomaníaco

A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

La información obtenida por observación de la persona con d.l. puede indicar que ha estado ruidosa, riéndose, y cantando en momentos inapropiados, excesivamente aturdida, tonta; impertinente, metiéndose con los demás; sonriendo en exceso y de manera inadecuada al contexto social. Alteración del estado de ánimo eufórico e irritable. En personas con d.l. grave y profunda es más habitual la irritabilidad.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido, y ha habido en un grado significativo, tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable):

² Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (**ISRS**) son los antidepresivos que se recetan con más frecuencia. Pueden aliviar los síntomas de la depresión moderada a grave, son relativamente seguros y, por lo general, ocasionan menos efectos secundarios que otros tipos de antidepresivos.

En personas con habilidades limitadas del lenguaje expresivo, durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido, y ha habido en un grado significativo, dos (o más) de los siguientes síntomas (tres si el estado de ánimo es sólo irritable):

- (1) *Autoestima exagerada o grandiosidad.*
- (2) *Disminución de la necesidad de dormir* (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).
- (3) más hablador de lo habitual o *verborreico.*
- (4) *Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.*
- (5) *Distraibilidad* (p.ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- (6) *Aumento de la actividad intencionada* (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.

(7) *Implicación excesiva en actividades placenteras* que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).(Para ampliar, ver manifestaciones en el apartado de episodio maníaco.)

C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

La percepción sobre la gravedad del síndrome del estado de ánimo está influida por factores contextuales, nivel de apoyos disponibles para la persona con D.I. y cualquier comportamiento agresivo coexistente.

F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo). (Para ampliar, ver manifestaciones en el apartado de episodio maníaco) Estos episodios pueden presentarse de forma aislada, repetida o combinada dando lugar a los diferentes tipos de trastornos bipolares. En los manuales diagnósticos de enfermedad mental empleados en la población general como el DSM Iv se describen los siguientes tipos:

- Trastorno bipolar I, episodio maníaco único.
- Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco.
- Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco.
- Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto.
- Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo.
- Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado.
- Trastorno bipolar II.
- Trastorno ciclotímico.
- Trastorno bipolar no especificado.

2. ¿CÓMO IDENTIFICARLO?

- **Síntomas, signos e indicadores conductuales. Diagnóstico diferencial**

2.1. SÍNTOMAS, SIGNOS E INDICADORES CONDUCTUALES

→ **Recuerda que:**

–Los episodios maníacos van a aparecer habitualmente dentro de un trastorno bipolar, es decir alternándose con episodios depresivos con mayor o menor intensidad.

–Síntomas de hipomanía o manía pueden aparecer como efecto secundario a determinados fármacos, por ejemplo, antidepresivos.

–La ciclotimia supone la presencia de numerosos periodos con síntomas de hipomanía y depresivos que no constituyen un episodio depresivo mayor.

→ **En la población con Deficiencias:**

–Se contempla la manía de forma más genérica debido a las grandes dificultades con las que nos encontramos para elaborar un diagnóstico con el adecuado grado de precisión.

–En general en la discapacidad intelectual son frecuentes los trastornos de ciclación rápida (al menos cuatro episodios de alteración del estado de ánimo en el año). Se han descrito casos de ciclación ultrarrápida, en los que se producen cambios súbitos del estado de ánimo en los que se pasa de la hiperactividad y la euforia a la inhibición y tristeza, y viceversa en pocas horas.

–Signos aislados de sobrevaloración de capacidades pueden ser normales en el contexto de la discapacidad de la persona, por eso es importante la consideración global del conjunto de síntomas o indicadores y la necesidad de suponer un cambio con respecto a su situación anterior.

–Apreciar los cambios nos exige una elevada precisión en la observación dado que una actividad normal puede suponer un incremento significativo considerando que su nivel de actividad de base es bajo.

–Al tratarse de personas sujetas a un mayor grado de control externo, las conductas impulsivas no tienen un impacto tan brusco que supongan un cambio total en la vida de la persona, por ejemplo, separarse, dejar un empleo, etc.

–El diagnóstico puede verse ensombrecido porque en ocasiones los síntomas se pueden interpretar como un avance o una manifestación de conducta “normalizada” cuando en realidad puede tratarse de comportamientos por exceso, no realistas y que suponen un riesgo para la persona.

Nivel Cognitivo	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Aumento de la distracción (pérdida de la capacidad de concentración)	Frecuentes cambios de actividad, pérdida de la atención, más errores en la ejecución de tareas y olvidos.
Incremento de la autoestima (exagerada o ideas de “grandiosidad”).	Sobrevaloración de sus capacidades: se fija metas o se embarca en actividades que no están a su alcance.
Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado	verborrea, cambios constantes en los temas de conversación, incoherencia en los contenidos.
Aparición de síntomas positivos (delirios o alucinaciones).	verbalizaciones sobre sucesos, vivencias o ideas que no se ajustan a la realidad; comportamientos extraños, tales como hablar solo, responder a voces o conductas agresivas que no responden a un desencadenante externo y/o identificable.

Nivel Fisiológico-Emocional	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Ánimo expansivo.	Expresión y vivencia desproporcionada de cualquier emoción o sensación.
Euforia.	Alegría y/o risa frecuente, desproporcionada y/o descontextualizada.
Tensión, nerviosismo.	Inquietud motora, obsesiones, rumiaciones, conductas compulsivas, rigidez muscular.
Cambios rápidos de ánimo, de euforia o tristeza.	Cambios frecuentes y bruscos, de la risa al llanto sin relación con situaciones externas.
Irritabilidad.	disminución de la tolerancia a la frustración, conductas agresivas
disminución del apetito o sobre ingesta.	Cambios significativos en el patrón de ingesta: conductas de pica, alteraciones en la dieta, aumento o disminución de peso.
Disminución de la necesidad de dormir.	Disminución significativa de las horas de sueño, despertares más frecuentes, levantarse antes
Energía excesiva.	Incremento del ritmo e intensidad en la ejecución de actividades, aumento de

	actividades físicas, verbalización de sentirse más enérgico y capaz
Búsqueda de placer inadecuada o compulsiva.	Realización repetitiva de actividades gratificantes o que pudieran suponer un riesgo para la persona.
Incremento de la sexualidad	Desinhibición, vestir de forma más provocativa, desnudarse, coquetear en exceso, acosar, comportamientos promiscuos, aumento de conductas sexuales auto estimulatorias (mayor frecuencia de masturbación).
Estado anormal de tristeza (en su intensidad y/o duración)	Expresión facial triste, estado de ánimo apagado o ausencia de expresión emocional, sonríe o ríe poco, llora o parece con ganas de llorar.

Nivel Conductual	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Aparición o aumento de conductas agresivas	Comportamientos disruptivos, enfrentamientos, peleas, discusiones. Autolesiones.
Aumento de la conducta comunicativa.	Habla en más contextos, con personas con las que habitualmente no lo hace y en momentos no adecuados (no respetando turnos de palabra, etc.).
Hiperactividad. Inquietud motriz	Inquietud motora, obsesiones, rumiaciones, conductas compulsivas, rigidez muscular.
Aumento inusual de la actividad de día o de noche.	Inquietud motora, obsesiones, rumiaciones, conductas compulsivas, rigidez muscular.
Rapidez y/o desorganización en las actividades programadas o con un propósito o significado.	Disminución de la tolerancia a la frustración, conductas agresivas.
conducta impulsiva, pérdida de autocontrol.	Enfados, conductas compulsivas o conductas imprudentes (enfados sin motivo, gastos injustificados, viajes sin planificar, robos, cambios de imagen, bebida, juego, ...)
Agitación psicomotora	Aparición o aumento de episodios de descontrol conductual grave (destrucción del entorno, agresiones...)

Conductas disruptivas u oposicionistas	interacciones agresivas (insultos, gritos, golpes...) y no colaboración en actividades propuestas por otros.
Desinhibición social.	Comportamiento social y sexual inapropiado (hablar con desconocidos, exceso de familiaridad, participar en conversaciones ajenas, falta de pudor en relación a conductas sexuales...)
Disminución de su autocuidado o en otras tareas o responsabilidades.	Descuido en conductas de higiene, apariencia personal, tareas domésticas.
Cambio constante de planes.	variación rápida de preferencias, actividades, u objetivos.
Implicación excesiva en actividades con riesgo de consecuencias graves.	Consumo de drogas, alcohol, relaciones sexuales de riesgo o cualquier actividad que le genere placer realizada de forma exagerada y sin valorar consecuencias.

3. HERRAMIENTAS PARA DETECTARLO

- Criterios diagnósticos específicos para Episodio Maníaco en personas con Discapacidad Intelectual (Sovner, 1986).
- Sistema DC-LD: Criterios diagnósticos del Episodio Maníaco.
- *Mini PAS-ADD (Prosser, Moss, Costello, Simpson, Patel y Rowe, 1998).
- Escala de Humor en el DASH-II (Matson, 1994; versión española Novell, 1999).
- Registro de sueño/vigilia.

4. RECURSOS Y ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y FARMACOLÓGICA

El trastorno bipolar constituye un trastorno crónico sirviendo el tratamiento para disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias psicosociales de los episodios y mejorar el funcionamiento psicosocial entre los mismos. Normalmente se interviene desde el ámbito farmacológico y desde el psicosocial teniendo como principales objetivos los siguientes:

1. Aumentar la conciencia de enfermedad y el conocimiento sobre la misma en la persona afectada o en las personas cuidadoras significativas.
2. Favorecer la adherencia al tratamiento.
3. Moderar los episodios maníacos e hipomaníacos.
4. Limitar el impacto o consecuencias negativas de los posibles episodios maníacos incontrolados.
5. Reducir la impulsividad y la imprudencia.
6. Modular los estados de ánimo.
7. Combatir la desorganización y la distraibilidad.
8. Disminuir las recaídas y las hospitalizaciones consiguientes.

9. Conseguir el máximo grado de funcionalidad.

10. Fomentar el apoyo e integración social.**11.** Reducir los factores de riesgo asociados al trastorno.**12.** Mejorar la calidad de vida de la persona.

4.1. PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL PROBLEMA

La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico. Este proceso permite a las personas afectadas y a sus familiares o cuidadores más cercanos informarse sobre el trastorno y desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar con mayor efectividad las posibles situaciones relacionadas con el problema que puedan aparecer. Este tipo de intervenciones también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas.

Las medidas psicoeducativas son aquellas técnicas cuyo objetivo fundamental, además del conocimiento, se construye alrededor de la prevención de futuras recaídas y proporciona a la persona elementos de autocontrol. Algunas medidas psicoeducativas serían:

- ✗ Lograr por parte de la persona o sus cuidadores significativos (familia, cuidadores...) un adecuado conocimiento del trastorno, sus síntomas, su curso y prevalencia.
- ✗ Reconocimiento de pródromos (periodo desde la aparición de los primeros síntomas hasta que estos alcanzan su máxima intensidad).

Se trata de informar a la persona o sus cuidadores significativos (familia, cuidadores...) sobre los inicios de los episodios. Las señales más frecuentes de advertencia típicas de estos estados son:

- Disminución de la necesidad de sueño;
- Ausencia injustificada de preocupación
- de una actuación responsable ante situaciones que lo requieren;
- Exceso de optimismo y confianza en sus actuaciones sin una valoración
- planificación adecuada;
- Elevada sociabilidad y desinhibición;
- Baja capacidad de escucha;
- Aumento de la lívido a través de ideas o conductas desinhibidas que la persona encontraría como vergonzantes en situaciones normales.

El reconocimiento de los ³pródromos los realizaremos con los cuidadores significativos basándonos sobre todo en conductas concretas y extrayéndolos de su experiencia propia.

- ◊ Discriminar estados positivos normales de estados maníacos o hipomaníacos.

La persona y/o sus cuidadores significativos (familia, cuidadores...) ha de aprender a diferenciar indicadores típicos de un estado de ánimo positivo normal como encontrarse de

³ Malestar que precede a una enfermedad. 2) s. m. signo o síntoma precursores de una enfermedad determinada, que preceden y anuncian el comienzo de ésta

buen humor, disfrutar de actividades sin distraerse, participar de conversaciones, cumplir sus obligaciones, disfrutar de un patrón de sueño estable, aceptar críticas sin irritarse, etc. En personas con mayores necesidades de apoyo nos centramos en indicadores

conductuales de tipo motor o somático.

- ◊ Comprender las consecuencias de la conducta maníaca e hipomaníaca partiendo de su historia y de episodios anteriores.

Recordar junto a la persona y/o sus cuidadores significativos (familia, cuidadores...) las experiencias vividas, los problemas asociados, las fases depresivas posteriores y determinar con la persona aquellas estrategias a adoptar para no volver a vivir esas consecuencias.

- ◊ Por otra parte, se entrena a la propia persona o a sus cuidadores en la detección de señales de advertencia que puedan indicar la inminencia de un episodio maníaco (déficits de sueño, exceso de actividad, determinados comportamientos...).

Estas personas más cercanas pueden “avisar” ante estas señales y redirigir la conducta hacia alternativas constructivas o menos disfuncionales.

- ◊ Estrategias para el incremento de la adhesión al tratamiento. Se dirigen a lograr por parte de la persona una mejora del cumplimiento del régimen de medicación.

Estas estrategias han de orientarse hacia la familia o quien proporcione la medicación. Por otra parte, como elemento facilitador es importante asegurarse una accesibilidad rápida al sistema sanitario. A menudo el tratamiento debe llevarse a cabo en régimen de internamiento pues la carga familiar o del cuidador es muy superior a la razonable.

Destacan:

- Proporcionar información o educar a la persona sobre los fármacos; sus indicaciones, las ventajas y los riesgos de cada fármaco recetado.
 - La reestructuración de creencias que hacen abandonar el régimen de medicación. Por ejemplo, algunas creencias ligadas a las diferentes fases del trastorno podrían ser: “la medicación me quitará la energía y me volverá aburrido”, “la medicación me puede hacer daño o crear una adicción y tiene efectos secundarios” ... Habría que detectarlas y elaborar otras más adecuadas que las sustituyan.

4.2. AJUSTE DEL ENTORNO

[1.-] Intervención con la familia o cuidadores significativos. Resulta primordial conseguir la colaboración familiar como primer paso para este tipo de abordaje. La intervención se centra en la reducción de la tasa de emoción expresada (niveles elevados de críticas, hostilidad, negatividad, sobreimplicación emocional) en su familia y entorno cercano. Este tipo de interacción aumenta el riesgo de empeoramiento y recidivas. La terapia de familia se ha de dirigir:

- Hacia la psicoeducación respecto al curso y tratamiento del trastorno;
- El refuerzo de interacciones positivas;
- La expresión de emociones; o La mejora de la comunicación;
- Control de estrés o Afrontamiento más eficaz en la solución de problemas aplicada a los conflictos.

Otro aspecto de la intervención se dirige hacia la reinterpretación de ideas o creencias erróneas de culpabilización e intencionalidad que deterioran la relación y el desarrollo de habilidades de empatía respecto a las conductas maníacas o depresivas de la persona y hacia la familia. En personas con discapacidad se dirigirá hacia las personas cuidadoras significativas.

[2.-] Evitar o reducir actividades que puedan ponerle en riesgo de experimentar alteraciones en su estado de ánimo (consumo de alcohol, excesos de gastos, actividades temerarias, alteración de patrones de actividad diaria...). El uso de sustancias (drogas y alcohol) favorecen las recaídas. Es útil que la propia persona y/o sus cuidadores significativos (familia, cuidadores...) elaboren el listado de actividades contraindicadas, así como de otras

actividades alternativas compensatorias, siendo ella misma quién vigile cuando estas últimas empiezan a dejar de serlo y aparece el deseo de búsqueda de emociones más intensas. En los casos de personas con mayor dependencia o necesidad de apoyo esta exposición a actividades de riesgo se ve más limitada por tener un grado de control externo mayor por parte de terceros.

[3.-] Es necesario adecuar el entorno y proporcionar espacios con mayor control, no demasiado restrictivos. Se trata de reducir al máximo la posibilidad de riesgo para la persona.

[4.-] restablecimiento o regulación de su programa de actividades o rutinas sociales cotidianas (control de eventos que las rompan). regulación de los patrones de actividades diarias incluyendo comidas, sueño, actividad física... Este aspecto resulta fundamental para personas con cualquier grado de discapacidad. Es necesario recalcar la importancia de la estructuración del entorno y la anticipación y planificación de las actividades.

4.3. ENSEÑANZA DE HABILIDADES

4.3.1. Entrenamiento en autocontrol:

Persiguen reducir la impulsividad. El entrenamiento en estas técnicas se ha de llevar a cabo en fases en las que la persona esté eutímica de forma preventiva. Una vez detectados los signos o/y situaciones que aumentan la probabilidad de desencadenar un episodio maníaco, se elabora un plan para favorecer el autocontrol:

– comparar ventajas y desventajas de las posibles consecuencias de sus actuaciones. Se trata de que la persona anticipe las consecuencias negativas, los beneficios y los riesgos que pueden derivarse de su conducta o actividad, de forma que no sobreestime las ventajas asumiendo riesgos excesivos y subestimando el perjuicio potencial de su comportamiento. Podemos apoyarnos en dinámicas que simulen este balance (balanza,...), utilizar registros, diarios etc.

– Posponer la actuación o decisión. Se trata de enseñar a la persona a detenerse y reflexionar antes de iniciar una conducta extrema. negociar un período de tiempo determinado antes de tomar una decisión o emprender una actuación en lugar de desaconsejar o prohibir directamente que lo haga, con objeto de dar la oportunidad de

reconsiderar si deben o no ceder a sus impulsos. Otra posibilidad sería pactar un compromiso para que la persona consulte, al menos, con dos miembros de su red de apoyo social, antes de llevar a cabo sus planes de forma impulsiva y sin reflexionar.

- t también puede ser útil emplear auto instrucciones aprendidas a modo de frases sencillas, como “para y piensa”, “llama a...”, apoyándose en pictogramas en caso necesario y elaborando “fichas de emergencia” que puedan llevar consigo.
- Programación diaria de actividades. Se trata de planificar las actividades, pudiendo programar períodos de inactividad, registrando las ocasiones en las que logra controlar sus impulsos e incluir actividades placenteras con las que disfruten del proceso con independencia del resultado (lectura, escritura, artesanía, yoga...). Para personas con más necesidades de apoyo incorporar actividades como escuchar música, pintura terapéutica, pasear, baile, etc. Puede ser útil incluir actividades de tipo físico que reduzcan la tensión y la aceleración motriz siempre adaptando el nivel de actividad a su situación actual y con intensidad moderada que no retroalimente la activación. Los ejercicios se ajustarán a las manifestaciones individualizadas previamente observadas.
- Sentarse y escuchar, en los momentos de interacción con los otros, constituyen dos estrategias útiles para interrumpir su pensamiento acelerado, su sobreexcitación motriz y reducir así el riesgo de actuar de forma inadecuada. Se trata de entrenarles para que se sienten cuando detecten que su comunicación verbal y no verbal es elevada, así como entrenarles en la escucha activa en sus interacciones personales, de forma gradual.

4.3.2. Estrategias de reestructuración cognitiva:

Destacan:

- Comprobar la realidad de las creencias y los pensamientos hiperpositivos.
Se trata de enseñar y ayudar a analizar los hechos de forma más exhaustiva, cuestionando las ideas o creencias de base y su veracidad empírica, con el objeto de elaborar una idea racional alternativa productiva y adecuada. Esquemas de pensamiento hiperpositivo del tipo sobreestimar sus capacidades, confianza excesiva en factores externos como la suerte, subestimar riesgos, minimizar los problemas o sobrevalorar la satisfacción inmediata de los deseos son el resultado de errores cognitivos comunes en la euforia como el pensamiento dicotómico, generalización excesiva, conclusiones apresuradas, razonamiento emocional, adivinación del pensamiento y futuro, etc. La terapia cognitiva combinando la reestructuración con las pruebas de realidad se pueden utilizar con personas con menores necesidades de apoyo (por ejemplo, “¿qué pruebas tienes de que podrías aprobar el carnet?”, “vamos a hacer un test”, “¿hasta ahora has podido ser puntual?”, “¿podrás acabar esas tareas?” ...). En personas con mayores necesidades de apoyo no van a aparecer ideas tan elaboradas. El abordaje cognitivo es muy complicado en fase aguda y su utilización además puede resultar contraproducente porque genere irritabilidad o agresividad.
- Es importante reestructurar ideas relacionadas con el deseo de experimentar estados de euforia.

Al igual que en la adicción a drogas estimulantes, el refuerzo inmediato de este estado es muy intenso y es necesario que tomen conciencia del “bajón” que se produce después y las consecuencias negativas de su conducta impulsiva en ese estado elevado. deberemos cuestionar ideas del tipo “si me controlo mi vida será más aburrida, seré menos creativo, no seré tan capaz de..., etc.” Es necesario buscar alternativas con las que poder disfrutar dentro de unos límites normales.

– Existen ideas negativas asociadas con frecuencia al trastorno bipolar que conviene revisar.

Es habitual el miedo a la estigmatización social por padecer el trastorno o la propia discriminación a la que deben enfrentarse en diversos ámbitos de su vida; los sentimientos de inutilidad o la intensa sensación de culpa y vergüenza por las consecuencias de su comportamiento; el afrontamiento de importantes situaciones de pérdida a lo largo de su vida (amistades, parejas, trabajos, proyectos, estudios) derivadas del trastorno, así como las ideas de desesperanza respecto a la curación de la enfermedad. A través de la reestructuración se trataría de introducir atribuciones más ajustadas dirigidas a la propia enfermedad, sustituyendo la culpa por una actuación responsable. también es importante que conozca la necesidad de seguir un tratamiento y cuidados a largo plazo para favorecer el control, estabilización y prevención de la enfermedad.

– Puede ser útil la utilización del “Rol Reversal” en el que la persona acepta el reto de adoptar el papel del psicólogo y argumenta en contra de sus propias ideas sobrevaloradas observando su propia postura reflejada en el psicólogo.

4.3.3. Autoevaluación de las emociones:

Una técnica muy útil consiste en llevar un registro diario de emociones. Éste consiste en anotar la intensidad y duración de las emociones para aprender a cuestionarse las creencias e intenciones basadas en sentimientos muy intensos, pero de corta duración. Como apoyo se pueden utilizar pictogramas o “termómetro de emociones”, colores o dibujos con indicadores conductuales o corporales.

4.3.4. Entrenamiento en habilidades sociales:

Con el objetivo de aprender a manejar de forma más adecuada interacciones sociales se entrena a la persona en modelos de interacción asertivos como factor protector del deterioro potencial de sus relaciones interpersonales. Algunos específicos que es relevante trabajar en personas con este trastorno serían: mantener un volumen de voz ajustado, respetar el turno de palabra, cómo iniciar conversaciones con desconocidos, dirigirse al otro de forma respetuosa, no invadir el espacio interpersonal, etc.

4.3.5. Entrenamiento en solución de problemas:

Se trata de entrenar a la persona en la identificación, anticipación y afrontamiento de situaciones de estrés que desencadenen o puedan desencadenar la aparición de nuevos episodios maníacos. Se han de fijar objetivos a corto plazo en cada área importante de la vida, detallar los pasos necesarios para alcanzarlos, prever posibles obstáculos y estrategias para afrontarlos. Para ello nos ayudaremos del estudio y análisis de cómo y en qué circunstancias se produjeron episodios anteriores y qué se pudo haber hecho para evitarlos o afrontarlos.

4.3.6. Relajación y respiración:

Empleando las claves precursoras habituales en esa persona como señales para aplicar las técnicas habituales reguladoras de respiración y relajación, con objeto de disminuir su nivel de excitación o su tendencia a la hiperventilación, aminorando así el riesgo de actuar de manera impulsiva. Se trata de un entrenamiento complicado en fase aguda.

4.3.7. Estrategias para la mejora de la atención y la concentración:

En algún caso se podrían utilizar estrategias similares a las empleadas en los trastornos por déficit de atención para combatir la desorganización y la distraibilidad.

4.3.8. Otras:

Trabajar con técnicas como el entrenamiento en escucha, conversación, hacer resúmenes, responder a preguntas, finalizar las tareas, etc., es importante para que estas personas aprendan a planificarse, así como para mejorar la memoria y centrar su pensamiento. La fuga de ideas, la verborrea y el emprender y abandonar tareas y proyectos son síntomas típicos de personas con trastorno bipolar considerando siempre un aumento con relación a su situación basal.

4.4. CONTROL DE CONTINGENCIAS

Puede ser útil complementar los planes de tratamiento con sistemas de control de contingencias. Reforzar las alternativas o la ausencia de síntomas, esto es, su participación en actividades adecuadas, integración con los demás, el control de sus impulsos, etc. Puede ser de utilidad emplear sistemas de recompensa positivos donde la persona pueda visualizar sus logros.

4.5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Etiopatogenia:

Las teorías vigentes integran los hallazgos genéticos, junto a los neuroquímicos, hormonales, neuroanatómicos, conductuales, psicológicos y sociales en un modelo biopsicosocial de vulnerabilidad-estrés.

El sustrato correspondería a los factores genéticos, que siendo muy importantes explican solo una parte del riesgo de desarrollar la enfermedad.

Sobre dicho sustrato actuarían factores ambientales de índole biológica (lesiones cerebrales, fármacos, cambios hormonales...), psicológica (acontecimientos estresantes, pérdidas parentales precoces...) e incluso factores meteorológicos (cambios estacionales, siendo el patrón más característico la presencia de un pico de hospitalizaciones por depresión en primavera y otoño, concentrándose las fases maniacas en invierno)-Se podría resumir que este modelo define una etiología genética de la enfermedad cuya expresión clínica vendría mediada por factores ambientales.

Neurotransmisores:

Desempeñan un importante papel en la fisiopatología de la enfermedad y de sus recurrencias.

En pacientes maníacos se ha encontrado altas concentraciones de metabolitos de la dopamina en líquido cefalorraquídeo.

Los pacientes maníacos tienen niveles elevados de metabolitos de la noradrenalina.

Tanto la manía como la depresión se caracterizan por una baja actividad de serotonina.

La acetilcolina estaría aumentada en las fases depresivas y disminuida en las maníacas.

⁴El GABA, principal neurotransmisor con acción inhibitoria sobre el SNC parece participar en la fisiopatología de la enfermedad bipolar ya que el litio, la carbamacepina, el ácido valproico, el clonacepán y el propanolol aumentan la transmisión de este neurotransmisor.

⁴ es un aminoácido no proteico **que** se encuentra en altas concentraciones en el sistema nervioso central de los mamíferos; su **función** principal es actuar como un neurotransmisor inhibidor.

Al inhibir la actividad neuronal, el **GABA** facilita el sueño, reduce el estrés mental y físico, disminuye la ansiedad y crea un humor tranquilo.