

# *Intervenciones psicoterapéuticas en el seguimiento psiquiátrico: acerca de un caso clínico de trastorno bipolar y consumo de sustancias*

Caso clínico

## **Autora**

**Natalia Aurrecochea**

Médica psiquiatra. Asistente de  
Clínica Psiquiátrica.

Correspondencia:  
Caraballo 1189/103  
naurre@gmail.com

## **Resumen**

*El riesgo de padecer trastorno bipolar tipo I a lo largo de la vida es de un 1 %, cifra que aumenta al considerar todo el espectro. El pronóstico está ligado a la adherencia y respuesta al tratamiento, el cual debe plantearse desde lo biopsicosocial. Existen intervenciones psicoterapéuticas de probada eficacia, tales como la terapia cognitivo-conductual, psicoeducación, terapia interpersonal, terapia psicodinámica. En determinadas condiciones puede resultar difícil la puesta en marcha de estas estrategias. El presente artículo busca reflexionar sobre las intervenciones psicoterapéuticas como parte del control psiquiátrico de rutina, tomando como referencia el proceso diagnóstico y terapéutico de un paciente portador de trastorno bipolar y por consumo de sustancias durante su quinta internación y posterior seguimiento en policlínica.*

## **Palabras clave**

*Trastorno bipolar  
Psicoterapia  
Proyecto terapéutico  
Adherencia al tratamiento  
Estigma*

## **Summary**

*The lifetime risk for type I bipolar disorder is 1 %; this is higher if the whole bipolar spectrum disorders is taken into account. Prognosis is related to treatment adherence and response. Treatment should be planned from the biopsychosocial point of view. There are effective psychotherapy interventions, such as cognitive behavioural therapy, psychoeducation, interpersonal therapy, psychodynamic therapy. It can be difficult to implement some of these strategies. This article tries to think of psychotherapeutic strategies as a part of routine psychiatric care, presenting as reference the diagnostic and therapeutic process of a patient with bipolar disorder and substance use during his fifth admission to hospital and later follow-up.*

## **Key words**

*Bipolar disorder  
Psychotherapy  
Therapeutic project  
Treatment adherence  
Stigmatization*

## Introducción

### El trastorno bipolar y la creatividad

El trastorno bipolar es una patología con importante impacto a nivel de la salud. Se calcula que a lo largo de la vida el riesgo de padecer un trastorno bipolar de tipo I es del 1 %. Este riesgo aumenta si tenemos en cuenta todo el espectro.<sup>1</sup>

El espectro bipolar —término acuñado en el año 1977 por Akiskal— incluye a aquellos pacientes con episodios maníacos o mixtos (I), hipomaníacos (II), virajes por antidepresivos (III), depresión sobre una hipertimia basal (IV), depresiones recurrentes (V), pacientes con demencia de aparición precoz e inestabilidad del humor (VI). Se incluyen además categorías intermedias entre II y III, con períodos breves de descompensación que pueden generar confusión con un trastorno de personalidad borderline, y entre III y IV, donde se incluyen los episodios mediados por consumo de alcohol u otras sustancias.<sup>1</sup> La comorbilidad con el consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno frecuente, lo que plantea la necesidad de una estrategia que aborde ambas entidades.

Se trata de un trastorno de alta hereditabilidad que involucra diversos genes. Las diferencias en la expresión del fenotipo estarían dadas en gran parte por elementos relacionados con el ambiente. La expresión de la enfermedad es pues el resultado de un complejo entramado de factores biopsicosociales.<sup>2, 3</sup>

Akiskal plantea que «dado que alrededor del 10 % de los pacientes con enfermedad bipolar poseen talentos artísticos y de liderazgo, un manejo clínico sofisticado de la enfermedad bipolar puede potencialmente salvaguardar la capacidad adaptativa y las contribuciones que las personas bipolares ofrecen a la sociedad».<sup>1</sup>

Se plantea la existencia de una asociación entre el ser portador de un trastorno bipolar y la creatividad, definida esta como la

capacidad de desarrollar ideas novedosas y originales, adaptativas y eventualmente útiles.<sup>4</sup>

Dicha creatividad estaría ligada a la posibilidad de evocar datos del entorno previamente considerados irrelevantes. La tendencia a la manía/hipomanía estaría asociada a una mayor capacidad creativa; a pesar de esto, la expresión de la enfermedad interfiere con los logros del individuo.<sup>4</sup>

Esta capacidad creativa estaría, además, orientada hacia cuestiones artísticas y filosóficas más que a la ciencia. Se plantea que el porcentaje de pacientes bipolares dentro del «mundo artístico» es mayor que en la población general, algo que puede exponer al paciente a factores de riesgo para su descompensación, tales como horarios nocturnos, estrés, inestabilidad laboral, consumo de sustancias psicoactivas.

El paciente creativo debe ser tenido en cuenta como sujeto capaz de desarrollar una forma propia de responder a la enfermedad, pudiendo incluso realizar aportes que puedan ser útiles a otros.<sup>4</sup>

### El problema del estigma

El diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica grave implica cambios que el paciente debe integrar para continuar su vida con el mayor grado de autonomía y desarrollo de sus proyectos personales.

Lograr este objetivo no solo para mantener al paciente con el menor grado de sintomatología, sino que pueda pensarse desde ese nuevo lugar que incluye la necesidad de mantener un tratamiento a largo plazo. Para esto deberá poder identificar y resolver —con el apoyo del equipo tratante— aquellos elementos que sean vistos como obstáculos para el seguimiento y cumplimiento del tratamiento.<sup>5</sup> Y deberá integrar no solo su nueva visión de sí mismo, sino la mirada de los otros.

Es que ser portador de una entidad categorizada como enfermedad mental implica un

estigma para el paciente. Goffman definió el estigma como «la situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social». <sup>6</sup> Además de los preconceitos y las valoraciones negativas que puedan surgir en el otro ante el conocimiento de la existencia de la enfermedad mental, el propio individuo puede hacerse eco de estos estereotipos y autoexcluirse.

Link y Phelan <sup>7</sup> plantean que el estigma es un proceso en el que se distinguen cinco componentes. El primero, dado por las distinciones y etiquetas impuestas por las personas; el segundo, vinculado con las creencias culturales dominantes. Como se menciona en *Estigma y enfermedad mental*, <sup>8</sup> «la enfermedad mental es quizá uno de los atributos personales más devaluadores, ya que está estrechamente vinculada a un conjunto de estereotipos negativos, es poco comprendida por parte del público general y frecuentemente es presentada de modo incorrecto y negativo en los medios de comunicación». En el tercer componente del modelo, las personas son situadas en categorías que separan el «ellos» del «nosotros» para luego pasar a la pérdida de estatus y discriminación. «Finalmente, la estigmatización es totalmente contingente al poder social, económico y político. Estos autores aplican así el término estigma cuando los elementos de etiquetado, aplicación de estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación concurren en una situación de poder que permite el desarrollo de los componentes del estigma.» <sup>8</sup>

El autoestigma se refiere a la internalización del modelo estigmatizante tomándolo como propio y verdadero.

#### La adherencia al tratamiento

El desarrollo de una conciencia de enfermedad es fundamental para que el paciente adhiera a un tratamiento crónico. Se plantea que hasta un 60 % de los pacientes porta-

dores de trastorno bipolar no adhieren al tratamiento en alguna medida. <sup>9</sup>

Existen factores de riesgo para la no adherencia, tales como:

- Historia previa de no adherencia al tratamiento.
- Tratamientos con pautas complejas.
- Ideas negativas con respecto al tratamiento, efectos secundarios de la medicación.
- Escasa conciencia de enfermedad.
- Escasa alianza terapéutica.
- Elementos psicóticos, comorbilidad con consumo de sustancias o trastorno de personalidad. <sup>9</sup>

Se ha visto además que el consumo de sustancias se relaciona con mayor frecuencia de descompensaciones, síntomas más severos, menor respuesta al tratamiento y peor funcionamiento intercrítico, incluso cuando el paciente ha mantenido una abstinencia prolongada. <sup>10</sup>

A su vez, la no adherencia al tratamiento puede clasificarse como completa, selectiva (cumple algunos parámetros pero otros no, por ejemplo, toma un estabilizador pero abandona otro), intermitente, tardía (al principio no adhiere pero luego sí), uso inadecuado de la medicación (por ejemplo, abuso de psicofármacos prescritos), y conductual (toma la medicación pero no concurre a controles ni a psicoterapia). <sup>9, 11</sup>

La no adherencia al tratamiento implica mayor riesgo de recaída, mayor tiempo de hospitalización y mayor riesgo de suicidio. <sup>9</sup>

#### El manejo psicoterapéutico

El tratamiento del trastorno bipolar implica la utilización de fármacos y la implementación de estrategias psicoterapéuticas.

Intervenciones psicoterapéuticas de probada eficacia incluyen terapia cognitivo-conductual, psicoeducación, terapia familiar, interpersonal y de ritmo social, intervenciones psicodinámicas, con diferente grado de evidencia. <sup>9, 11-15</sup>

La terapia cognitivo-conductual busca favorecer el automonitoreo de síntomas por parte del paciente y trabajar sobre las creencias erróneas respecto a la enfermedad. Asimismo, procura desarrollar patrones de pensamiento saludables y reducción de conductas impulsivas, prestar atención a conductas potencialmente desestabilizadoras y favorecer la adopción de objetivos realistas, y busca también la reflexión sobre el riesgo-beneficio de determinadas decisiones. Puede ser individual o grupal.<sup>11, 16</sup>

Dentro de la terapia cognitivo conductual se están estudiando otras estrategias, como la inclusión de actividades tales como la meditación (Mindfull Behavioral Cognitive Therapy, MBCT)<sup>17, 18</sup> y la terapia cognitivo conductual focalizada en la recuperación.<sup>19</sup>

Con respecto a la terapia interpersonal, esta busca educar al paciente sobre la enfermedad, así como reconocer la presencia de conflictos vinculares y desarrollar estrategias para su manejo adaptativo. Procura también el reconocimiento y definición de una rutina diaria y cómo esta se lleva adelante.<sup>11, 20</sup>

La terapia familiar procura incluir a personas significativas del entorno del paciente y establece tres etapas de acuerdo con los objetivos: una primera etapa de psicoeducación sobre la enfermedad, una segunda etapa de desarrollo de habilidades comunicacionales y una tercera etapa de planteamiento de estrategias para resolución de problemas.<sup>11, 21</sup>

Con respecto a la psicoeducación, esta consiste en sesiones (entre tres y veinte) —individuales o grupales— con un cronograma preestablecido en el que se brinda información sobre la enfermedad, sobre cómo evitar los riesgos, y por último se trabaja sobre la adherencia al tratamiento.<sup>11, 13, 14</sup>

Las intervenciones psicodinámicas también han probado ser útiles,<sup>22</sup> si bien es cierto que son las que han presentado más dificultades metodológicas a la hora de medir los resultados. La terapia psicodinámica procura ir más allá del síntoma en sí mismo, intentando abordar el significado de este

para el paciente. Busca, además, esclarecer aquellos procesos intrapsíquicos (conflictos, mecanismos de defensa) involucrados tanto en el desencadenamiento como en el mantenimiento de las oscilaciones del humor, haciéndolos conscientes.<sup>22</sup>

Vale decir que los estudios que han abordado la psicoterapia en el trastorno bipolar centrados en poblaciones específicas son escasos, lo que hace que falten aún investigaciones que avalen el uso de tal o cual intervención dependiendo de las características de cada paciente.<sup>23</sup>

En ocasiones existen dificultades para poner en marcha el desarrollo de estas técnicas específicas y probadas. Esta dificultad puede estar dada tanto por cuestiones institucionales de acceso a estas terapias, como por características inherentes al paciente y su capacidad de sostener un plan determinado de psicoterapia.

En estos casos, la oportunidad de abordar problemáticas más allá de la clínica puede estar acotada a la instancia de seguimiento («control») en policlínica de psiquiatría.

Si bien la consulta en policlínica de psiquiatría debe incluir la intervención en aspectos psicológicos, vinculares, sociales, en ocasiones pueden existir obstáculos que lleven a priorizar la valoración clínica por sobre los aspectos psicoterapéuticos. Algunos de estos obstáculos pueden ser el tiempo acotado de consulta, el número de pacientes a atender, la periodicidad con la que pueden realizarse los controles de acuerdo con las agendas de la institución o incluso, en ocasiones, falta de disponibilidad de espacios adecuados (privacidad, ruidos, interrupciones).

En este trabajo reflexionaremos sobre estas intervenciones psicoterapéuticas breves incluidas en el seguimiento psiquiátrico de un paciente portador de trastorno bipolar y un trastorno por consumo de sustancias (en abstinencia prolongada), desde su quin-

## Caso clínico

ta internación y hasta un año y medio de seguimiento posterior.

RS es un paciente joven, con notorias aptitudes en el campo de la música, que desde la adolescencia ha estado acarreado las consecuencias de esta patología que ha afectado diversos aspectos de su vida: salud física, vida social, familiar, laboral. Ha tenido cinco internaciones en un período de seis años y se ha planteado diferentes diagnósticos en el contexto de su patología dual. Su evolución ha estado signada por constantes abandonos del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

## Historia clínica

### Datos sociodemográficos

Hombre, 24 años. Procedente de Montevideo. Soltero, sin hijos. Tiene novia. Músico,

sin actividad laboral fija. Vive con su abuela (80 años) y hermano (23 años), con quienes tiene un vínculo regular. Cursó hasta quinto de liceo. Estudió música, asistió a clases de guitarra, bajo y solfeo, con buen nivel.

### Antecedentes familiares

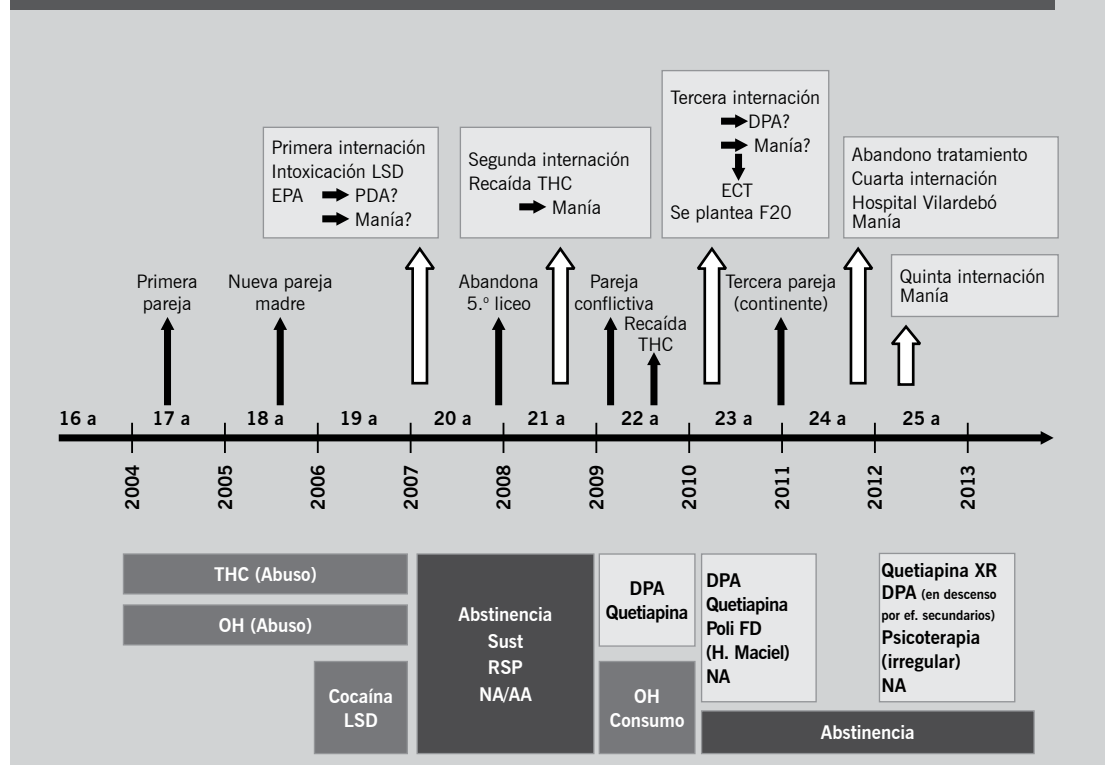
Padre portador de esquizofrenia, según datos aportados por el paciente y su madre.

### Antecedentes personales psiquiátricos

Cuatro internaciones psiquiátricas. Ha recibido diagnósticos de trastorno bipolar I y de esquizofrenia en diferentes ocasiones; las primeras tres, en contexto de consumo de sustancias (cocaína, marihuana, LSD) y la última, en abstinencia (gráfico 1).

Historia de consumo de sustancias. Consumo experimental de LSD a los 19 años. Consumo ocasional de cocaína entre los 18-19 años.

Gráfico 1 | Resumen de internaciones, tratamientos instaurados y períodos de abstinencia (2004-2013)



Consumo de alcohol en patrón de abuso y marihuana en patrón de dependencia entre los 17-19 años y a los 22 años.

### *Enfermedad actual*

Reingresa dos semanas luego de haber sido dado de alta tras un mes de internación por episodio de exaltación del humor, por persistencia y aumento de los síntomas en el contexto de conflictiva familiar.

Si bien el paciente concurre voluntariamente, la entrevista es dificultosa por los elementos de exaltación que se verá en detalle en el examen psiquiátrico. Por momentos, alegre: «Estoy que pin, que pan, que pin pun pan»; por momentos, hostil: «¿Querés que me siente? No me siento nada, pelotudo».

La problemática inicial que plantea el paciente es vincular, al relatar múltiples conflictivas con su madre, abuela y hermano: «Yo estoy bárbaro y es llegar a mi casa y ta, hay una mala onda, no me dejan hacer nada», «todo el tiempo están encima mío, me tienen bajo la pata». En esta entrevista no se identifican características semiológicas que permitan calificar estas ideas como delirantes.

De la entrevista se desprende además la presencia de ideas sobrevaloradas megalománicas: «Yo soy un gran músico, un gran artista, multinstrumentista», «No necesito la medicación, puedo estar bárbaro sin las pastillas». Relata múltiples proyectos que, según él, le redituarán económicamente. Ideas místicas, sobrevaloradas, relacionadas con las ideas megalománicas. «Yo soy budista, somos especiales por esa sabiduría. Yo me protejo con los movimientos del taichí.» «Mi misión es fomentar la paz en el mundo.»

### *Examen psiquiátrico*

*Presentación.* Concorre solo. En ropas de calle, aseado. Adecuado arreglo personal. Comienza su relato espontáneamente, antes de que el entrevistador se presente. Prefiere estar de pie, transmite la atmósfe-

ra de grandiosidad en la que se encuentra inmerso. Algo adelgazado.

*Actitud.* Actitud lúdica, busca la participación de otros actores: hace la mímica de tocar el bajo y pide que lo acompañen. Acortamiento de espacios. Por momentos colabora con la entrevista, por momentos está más irritable, por momentos se pierde en juegos, mímicas y rimas. Reivindicativo con respecto a su familia.

*Conciencia.* Orientado témporo-espacialmente, mantiene la capacidad de referir su biografía en tiempo y forma adecuados. Ante la pregunta por proyectos a futuro no le es posible plantearlos claramente. Distráible. Presentifica parcialmente. Conciencia de algunos síntomas, aquellos vinculados a la ansiedad e irritabilidad, los que atribuye a los conflictos familiares, sin conciencia de morbidez. El *rapport* es dificultoso en lo empático; si bien hay planteos que podrían ser compartibles, no lo son en la forma en que el paciente los vivencia. En lo ideico también surgen dificultades, por momentos cuesta seguir la lógica de su pensamiento, dado que pierde el hilo conductor de su discurso.

*Facies mímica y gestualidad.* Mirada brillante. Hipermímico, hipergestual. Por momentos sonríe, por momentos refleja irritabilidad en los gestos.

*Psicomotricidad.* Inquieto, no logra mantenerse sentado, hace mímicas, tararea canciones. Ensayo posturas de taichí.

*Humor y afectividad.* Se encuentra exaltado, expansivo, se describe a sí mismo como el mejor en todo lo que hace. Omnipotente: refiere poder componer, cantar, hacer ejercicio, cualquier cosa que quiera hacer sin cansarse y a la perfección. Manifiesta su sensación de bienestar, pero también de ansiedad y desasosiego que le «impiden» vivir plenamente ese momento de excepcional energía. Marcada labilidad, pasa rápidamente de la alegría —manifestada a través de risas y juegos— a la tristeza que lo sume en el llanto y la irritabilidad que lo vuelve agresivo verbalmente.

*Pensamiento.* Taquipsíquico, verborreico. Fuga de ideas, asociaciones laxas, rimas. «Cargo una cruz como Jesús.» Intenta ser finalista, pero por momentos pierde el hilo conductor, se desorganiza. «Es la lucha, le digo a mi familia cuando le hablo y me sube la presión arterial a 18 con 7, la enfermera me toma la presión arterial, yo tomo el agua con la mano izquierda, miro que son las 9, las 3.»

Del contenido, ideas sobrevaloradas megalománicas ya vistas en la entrevista. Ideas místico-religiosas. Ideas de daño y perjuicio. No impresionan como delirantes, aceptan cierta crítica. (Sobre este punto surgen dudas en algunos momentos de la internación, fundamentalmente en lo que respecta a sus ideas místico-religiosas).

No aparecen alucinaciones ni elementos de automatismo mental.

*Conductas basales.* Insomnio de conciliación y mantenimiento. Anorexia. Ha mantenido el aseo y el aliño personal.

*Conductas complejas.* Aumento de la actividad habitual: hace ejercicios temprano en la mañana y los repite varias veces al día, no sintiéndose cansado, pasa de una actividad a otra. Niega prodigalidad, no gastos excesivos, niega hipersexualidad. En abstinencia de sustancias desde hace más de un año. Pragmatismos severamente alterados desde las semanas previas a su ingreso anterior al hospital psiquiátrico (en total unos dos meses).

*Nivel.* En la entrevista, pese a la desorganización del pensamiento, se evidencia la riqueza de terminología y la capacidad de abstracción, las que sumadas a los logros (escolaridad, formación musical) ponen en evidencia un nivel intelectual normal o incluso superior.

*Personalidad.* Difícil valorar durante la internación. Por datos de terceros sabemos que se trata de una persona que se considera autosuficiente, que le gusta hacer las cosas a su manera y que está segura de poder hacerlas bien. Además, es desconfiado, se ofende fácilmente. Sensible al entorno. No

ha tenido mayores problemas por conductas impulsivas fuera de los episodios de descompensación; no conductas antisociales.

#### *Datos biográficos*

De los datos biográficos, se destaca la separación de sus padres a los dos años y el escaso contacto que mantuvo con el padre desde entonces. Buen rendimiento escolar, con algunos trastornos conductuales menores («era inquieto»).

Buen nivel hasta quinto año de liceo, donde coinciden cambios a nivel familiar (nueva pareja de la madre) con el inicio de consumo de sustancias (THC, alcohol, cocaína).

La primera internación tuvo lugar mientras cursaba quinto año por tercera vez.

Estudios varios en el área de la música, con muy buen nivel.

Tres parejas previas, una de ellas la vincula a su período de mayor consumo de sustancias.

No ha logrado trabajos estables.

Se describe a sí mismo como alegre, creativo, inquieto. Hace hincapié en que su historia de vida ha sido marcada por el consumo, relacionándolo con carencias afectivas y dificultades vinculares, fundamentalmente con la madre, a quien responsabiliza de alejarlo de su padre y con la que se establece un vínculo fusional del que el paciente busca escapar a toda costa. «Me asfixia, piensa por mí, no me escucha.»

La madre, por su parte, lo describe como caprichoso, rebelde («Vive fuera de la realidad y no le gusta que uno lo quiera traer de vuelta»). Oscila entre una actitud hostil por el consumo de sustancias y el temor por la posibilidad de ser portador de «lo mismo que el padre».

RS tiene una imagen idealizada de su padre, al que parece estar «esperando» constantemente.

Con respecto al vínculo con la abuela, este es bueno pero refiere que por momentos «se cansa». «Ella es muy mayor, somos distintos.»

Con el hermano tienen frecuentes discusiones. «Él es muy tranquilo, yo siempre ando a otra velocidad.»

## Discusión y planteos diagnósticos

La primera internación de RS correspondió a un episodio psicótico agudo que apareció en el contexto de una intoxicación por LSD, a los 16 años. Dicho cuadro se caracterizó por exaltación del humor e ideación delirante (megalomaniaca y místico-religiosa), planteándose un episodio psicótico inducido por sustancias.

Dada la prolongación del cuadro pese al tratamiento instaurado y la intensidad de la sintomatología, el diagnóstico positivo al egreso fue de trastorno bipolar I, episodio maníaco con síntomas psicóticos.

La segunda internación se produjo un año después, en el contexto de una recaída en el consumo de sustancias. En dicha oportunidad el cuadro de exaltación se acompañó de ideación delirante megalomaniaca y de daño y perjuicio, y requirió tratamiento con electroconvulsoterapia (ECT).

La tercera descompensación se produjo nuevamente en el contexto de recaída en el consumo de marihuana y alcohol, y de una pobre adherencia al tratamiento. Surgió en esta internación el planteo de esquizofrenia, pero no quedaron claramente constatados en la historia los elementos semiológicos que determinaron el cambio de diagnóstico. Sí aparece en reiteradas ocasiones la mención al antecedente familiar de padre esquizofrénico.

Luego de este episodio el paciente refiere haberse mantenido en abstinencia de sustancias psicoactivas. A los 22 años abandona el tratamiento farmacológico y recae en la sintomatología de exaltación del humor, con ideas sobrevaloradas megalomaniacas y de daño y perjuicio. Se otorga el alta con remisión parcial del cuadro, manteniendo elementos de ansiedad y cierta labilidad afectiva. Reingresa dos semanas después.

En lo referente al humor, si bien las descompensaciones han sido en su mayoría en el contexto de recaídas en el consumo, la intensidad de la sintomatología, la duración de los síntomas, la lenta respuesta al tratamiento farmacológico y el requerimiento de ECT en alguna oportunidad, así como la ausencia de consumo en la última descompensación, llevan a plantear que en este paciente las sustancias psicoactivas han tenido el rol de favorecer la descompensación de una patología de base: trastorno bipolar I, que se ha presentado en las internaciones como episodio maníaco.<sup>24</sup>

Con respecto al consumo de sustancias, en cuanto al patrón de consumo, el paciente refiere que utilizó LSD en un par de oportunidades, por lo cual podría decirse que fue un consumo experimental. Utilizó cocaína ocasionalmente, no aparecen en la historia elementos de abstinencia, ni historia de *craving*.<sup>24</sup>

En cuanto a la marihuana, llegó a tener un consumo diario, que retomó incluso después de las internaciones y motivó el abandono del tratamiento.

El alcohol implicó un consumo problemático, dado por la incapacidad de detenerse una vez iniciado. Evidenciado en episodios en que, fundamentalmente los fines de semana y en compañía de su pareja o amigos, el paciente consumía grandes cantidades hasta llegar a estados de embriaguez, sin presentar síndrome de abstinencia.

Con respecto al diagnóstico diferencial con esquizofrenia, al principio de la internación, elementos tales como ideación persecutoria y desorganización del pensamiento, sumados al pobre funcionamiento intercrítico y la existencia de un diagnóstico previo de esquizofrenia, hicieron considerar esta posibilidad. Sin embargo, dichos elementos del pensamiento retrocedieron, además de que lo que primaba en la presentación del paciente era la exaltación del humor. El paciente no mostraba un existir psicótico, no se evidenciaba una retirada autística.



Con respecto al funcionamiento intercrítico, se consideraron otros elementos tales como escasa red de vínculos, falta de continencia familiar y pobre adherencia al tratamiento, como probables factores que lo empobrecieron.

En cuanto a la personalidad de RS, a priori aparece un estilo impulsivo,<sup>25</sup> una vida un tanto errática, pero debemos tener en cuenta que esta inestabilidad se dio en un paciente que tuvo un promedio de una descompensación al año, que comenzó en su adolescencia, por lo cual la valoración de la personalidad está teñida por esto y por el consumo de sustancias. Aparecen además rasgos narcisistas y paranoides.

A continuación presentamos los diagnósticos positivos iniciales según el sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10):<sup>24</sup>

- Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos (F31.1)
- Síndrome de dependencia cannabinoide (F12.2)
- Consumo perjudicial de alcohol (F10.1)
- Desórdenes de la glándula tiroides - otros hipotiroidismos (E03) (hallazgo paraclínico que se controló con endocrinólogo)
- Problemas relacionados con el ambiente social (Z60) y problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia (Z61.2)

### Consideraciones terapéuticas

El tratamiento implica la puesta en marcha de diversos recursos para el cumplimiento de objetivos en las etapas inicial, de consolidación y de mantenimiento.

#### *Tratamiento inicial*

Objetivos planteados con el paciente en agudo (a corto plazo):

Disminuir el riesgo agudo para sí y para terceros. Tranquilizar: disminución de

la inquietud psicomotriz y los trastornos conductuales.

Retornar a la eutimia y tratar las alteraciones del pensamiento. Al referirnos a eutimia, estamos planteando que el paciente retorne a un estado de equilibrio en el humor, donde las oscilaciones sean amortiguadas y no lleven a estados extremos (exaltación/depresión). Con respecto al pensamiento, se procura que logre un curso adecuado y una organización que le permita comunicar.

Normalizar conductas basales. El sueño y el apetito deben volver a sus ciclos normales.

Promover cambios a nivel del funcionamiento familiar que puedan favorecer la evolución mediante la disminución de la tasa de emoción expresada y el estrés consecuente.

La estrategia incluyó internación y establecimiento de un tratamiento farmacológico basado en estabilizadores del humor, antipsicóticos atípicos y benzodiazepinas.

En esta etapa las intervenciones psicoterapéuticas fueron puntuales, acompañaron la evolución del paciente y sus posibilidades de acuerdo con la situación clínica, y apuntaron además a la integración de la familia al proceso terapéutico.

Se procuró una escucha activa en las entrevistas diarias con el equipo de psiquiatras (jefe de sala, docentes y residentes de psiquiatría). También se alentó la participación del paciente y su madre en las asambleas multifamiliares que se realizaban periódicamente por parte de psicólogos.

Resultó fundamental en esta etapa la participación del equipo de enfermería, que estaba en contacto cotidiano, directo y prolongado con el paciente y podía visualizar elementos en su evolución que no fueran evidentes en las entrevistas (variaciones del ánimo durante el día y su relación con factores del entorno, actitud ante la toma de medicación, objetivación de efectos secundarios frecuentemente señalados por el paciente, vínculo con acompañantes y con otros pacientes).

El tratamiento inicial permitió la mejoría de los elementos de exaltación del humor pero tuvo como contrapartida la aparición de efectos secundarios al intentar utilizar medicación incisiva (haloperidol, luego risperidona), razón por la cual se decidió optimizar el tratamiento ajustando la dosis de quetiapina y prefiriendo una presentación de acción prolongada, junto con diDPA. Con respecto al desorden tiroideo (hipotiroidismo subclínico), médico endocrinólogo inició tratamiento con T4 25 microgramos/día.

No aparecieron elementos de abstinencia a sustancias.

Se trabajó con la madre sobre aspectos relacionados con el diagnóstico de RS y la importancia de su apoyo en el proceso terapéutico.

La escucha y consideración de los planteos del paciente, aun en su situación de agudeza, permitieron además integrar un elemento de su vida cotidiana en la situación de internación, con un efecto positivo: la música.

Luego de que reclamara reiteradas veces su deseo de contar con una guitarra, se negoció con él el cumplimiento de una serie de normas para su utilización. Esta intervención hizo visibles aspectos sanos de RS en los que trabajar: su capacidad creativa, de mantener una actividad y proyectarse de forma realista a futuro, y su capacidad de respetar normas de convivencia y tener en cuenta al otro.

#### *Tratamiento de consolidación*

Tenemos en cuenta aquí el período entre el alta y los seis meses posteriores.

Los objetivos planteados fueron:

Mantener la eutimia y la abstinencia a sustancias, con la menor incidencia posible de efectos secundarios.

Articular la reinserción del paciente en el medio familiar, trabajando aquellos aspectos conflictivos de la convivencia familiar.

Lograr la paulatina reinserción en el medio social y laboral buscando favorecer su independencia y autonomía.

Promover la construcción de un proyecto de vida que integre las actividades necesarias para la vida en el mejor nivel de autonomía y el mantenimiento de las actividades que para el paciente son gratificantes, como la música y sus inquietudes filosóficas y espirituales.

Prevenir las recaídas, tanto en su patología del humor como en el consumo de sustancias, buscando mantener la abstinencia total.

Para esto resultó fundamental establecer un vínculo entre el paciente y el equipo de salud mental que favoreciera la continuidad del tratamiento, que en ocasiones anteriores se había visto interrumpido.

Esto se logró de forma parcial, ya que el paciente tuvo dificultades para mantener la psicoterapia semanal (la que finalmente abandonó), así como para concurrir puntualmente a los controles.

En esta etapa, las intervenciones psicoterapéuticas breves durante los controles psiquiátricos buscaron comenzar a brindar información sobre la enfermedad, elaborar e integrar tanto la experiencia de internación como la situación de enfermedad, así como trabajar las dificultades vinculares y permitirle al paciente reconocer sus fortalezas y capacidades, y adquirir nuevas herramientas para su desenvolvimiento en diversas áreas: social, familiar, laboral.

Dichas intervenciones se realizaron desde un modelo conversacional tomando elementos de la psicología humanista y psicología del yo, centrándose en el trabajo con la persona sobre su capacidad de construir y construirse desde su creatividad y libertad.<sup>26</sup>

Se realizaron intervenciones de afirmación en vistas a mostrar una actitud de escucha activa. Se procuró no brindar «consejos» de forma directa, pero se brindaron devoluciones positivas ante iniciativas saludables (por ejemplo, evitar entornos que podrían favorecer la recaída en el consumo).

Mediante la validación empática se estimuló al paciente a verse como sujeto capaz de ser comprendido y de comprender al otro. Se lo alentó a reflexionar sobre su historia de vida y sus mecanismos de afrontamiento en diversas situaciones. Se lo confrontó sobre aquellas actitudes o estrategias que aparecían como más inflexibles o desadaptativas. Más adelante veremos ejemplos.<sup>27</sup>

Se alentó a RS a mantener la abstinencia, tomando en cuenta que la mayor conciencia de morbilidad que mostraba el paciente se encontraba en este punto.

Con respecto al tratamiento farmacológico, luego de numerosos ajustes dada la mala tolerancia, al alta se encontraba con 300 mg de quetiapina XR y 1000 mg de divalproato, planteándose aún la problemática de la sobredosificación, disartria y dificultades motoras que interferían en su actividad cotidiana, lo que llevó, en los seis meses siguientes, a disminuir paulatinamente el divalproato con clara mejoría de dichos efectos.

Se debió ajustar el tratamiento valorando el riesgo-beneficio, y se optó por la monoterapia farmacológica —que seguramente mejoraría la adherencia— evaluando dicha decisión según la evolución del paciente y el estado actual de la evidencia clínica. El uso de antipsicóticos atípicos con efecto estabilizador del humor se encuentra dentro de los tratamientos de primera línea del trastorno bipolar, y puede utilizarse como monoterapia farmacológica.<sup>28, 29</sup>

El paciente concurrió a controles seriadados regularmente durante los primeros seis meses, al principio semanal y quincenalmente y luego de forma mensual. Sostuvo la concurrencia a grupos de narcóticos anónimos y una asistencia irregular a su espacio de psicoterapia personal, que abandonó pese a alentársele a continuar, sin querer dar mayores explicaciones al respecto que la dificultad para cumplir horarios.

### *Tratamiento de mantenimiento*

Objetivos planteados a largo plazo:

Promover el conocimiento y la integración de la experiencia de ser portador de trastorno bipolar, buscando que el paciente pueda desenvolverse no solo de forma independiente, sino en libertad.

Generar conciencia de responsabilidad y autocuidado de su salud.

Prevenir la recurrencia de episodios del humor y recaídas en el consumo de sustancias.

Promover el desarrollo de vínculos sanos con su pareja, familia y amistades.

Acompañar en el proceso de integración a un entorno laboral estable teniendo en cuenta las exigencias que deberá afrontar.

Brindar herramientas que permitan el adecuado manejo de situaciones vitales estresantes, estresores cotidianos, así como en etapas críticas del ciclo vital.

Se acompañó la evolución del paciente, adaptando las entrevistas a las necesidades identificadas en cada etapa. Se realizó psicoeducación en las instancias de control en policlínica de psiquiatría. Se brindó apoyo en la identificación de recursos personales y respuestas adaptadas a las dificultades, tomando como punto de partida aquellos elementos de su vida cotidiana que el paciente planteara como potencialmente conflictivos, como ser: convivencia (con su abuela, con el hermano, luego con su pareja), mantenimiento de vínculos laborales, vínculo con amistades con trastornos por consumo de sustancias. Se trabajó además en el reconocimiento de la responsabilidad respecto a su tratamiento y se brindó orientación y promoción del desarrollo de un proyecto de vida propio. La estrategia de consejo y elogio fue utilizada en este punto para reforzar aquellas iniciativas del paciente orientadas a proyectos positivos y realistas.

Se facilitó un espacio de escucha (afirmación) donde el paciente pudo plantear sus inquietudes y sus expectativas con respecto al tratamiento.

Se procuró brindar un espacio de reflexión sobre aquellos elementos referentes al estigma. RS resumía su malestar con un término: estar «quetiapinizado». La mayor carga de malestar se depositaba sobre el tratamiento farmacológico, cuyo cumplimiento implicaba para RS un esfuerzo aún mayor que mantener la abstinencia, en parte, porque no recaer en el consumo era considerado un ejercicio de su propio poder, mientras que el tratamiento farmacológico encerraba el no poder. Se procuró establecer una sintomática empática donde el paciente se sintiera comprendido.

En las sucesivas entrevistas se trabajó sobre cómo integrar las experiencias vividas durante los períodos de descompensación. Se lo alentó a expresar libremente sus sentimientos respecto a dichos episodios, a cómo el entorno cercano vivió estas etapas, y sobre los sentimientos que genera el integrarse en nuevos grupos, desconocedores de su patología.

Se alentó la elaboración personal sobre cómo vivir ese proceso terapéutico sin la sensación de «espada de Damocles», pero haciéndose responsable de la dirección de este. Cómo integrarse a un grupo de trabajo sin el temor al estigma. Cómo ser él mismo más allá del trastorno bipolar, que, por momentos, adquiriría una categoría de fantasma, de intruso, de «cosa» que no se podía extirpar.

También se realizaron intervenciones de clarificación y de confrontación sobre aquellos temas que el paciente minimizaba o procuraba evitar (consumo de sustancias, necesidad de mantener tratamiento, problemas vinculares).

Algunas elaboraciones realizadas por RS:

«Soy consciente de que la medicación me permite mantenerme en un nivel de equilibrio, y que si siento que me estoy yendo muy para arriba tengo que buscar ayuda antes que se salga de control.»

«No he tenido deseos de volver a consumir y me voy a mantener en abstinencia, sé que cada vez que recaigo me descompenso y

termino en una internación. Y después de cada internación es como tener que empezar de nuevo todo. Pierdo mucho cada vez que me descompenso.»

«A veces me da no se qué tener que aceptar que no puedo con esto solo, que dependo de una pastilla para estar bien.» «Me gustaría poder dejar la medicación algún día.»

Luego de año y medio de seguimiento, el paciente no presentó elementos de descompensación de su trastorno bipolar, ni recaída en el consumo de sustancias. Se mantuvo asimismo con una función tiroidea normal.

Con respecto a la adherencia al tratamiento, esta continuó siendo parcial, manteniendo la terapia farmacológica y los controles en policlínica de psiquiatría, no siempre cumpliendo con las fechas agendadas pero con una frecuencia mensual.

Pasó a convivir con su pareja, y a trabajar de forma estable en el ámbito musical y obtuvo diversos logros.

Con respecto a sus vínculos familiares, el paciente plantea que estos mejoraron en lo que respecta a la comunicación.

## Conclusiones

El antecedente de consumo de sustancias y los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento aparecían como elementos de mal pronóstico en la evolución de RS.

En este contexto, se procuró, teniendo en cuenta su capacidad creativa, trabajar en conjunto con el paciente para desarrollar una estrategia que permitiera mejorar este pronóstico.

Se debe decir en este punto que el presente trabajo no tiene mediciones mediante escalas de la situación inicial y evolución del paciente, lo que hace dificultoso objetivar y cuantificar su mejoría al contar solo con la evaluación clínica. Esta evaluación clínica tuvo en cuenta los siguientes aspectos: elementos semiológicos del examen psiquiátrico, vínculos, actividad laboral estable, logros,

desarrollo de su capacidad de autocrítica, proyectos a futuro realistas.

Las intervenciones psicoterapéuticas realizadas durante las entrevistas psiquiátricas no siguieron una estructura prefijada, sino que fueron acompañando y adaptándose a lo que el paciente traía como inquietud, si bien también se planteaban preguntas puntuales sobre posibles cuestiones críticas (visión de sí mismo, ideas sobre la enfermedad, proyectos a futuro y su factibilidad). Para ello se trabajó desde un modelo basado en la psicología humanista, corriente que tiene sus fundamentos en teorías gestálticas, conductistas y psicodinámicas (fundamentalmente psicología del yo).

Si bien es difícil afirmar la existencia de una relación causal entre las intervenciones y la evolución del paciente, si buscamos abrir una puerta a la reflexión sobre la práctica psiquiátrica en policlínica, y eventualmente a desarrollar un protocolo que permita por un lado, ver cuáles son las prácticas habituales en el consultorio de psiquiatría (¿control o intervención terapéutica?) y por otro, cómo estas intervenciones pueden influir en la evolución de aquellos pacientes que por determinados motivos no logran mantener un tratamiento psicoterapéutico probado como eficaz, a largo plazo.

### Agradecimientos

A la profesora agregada Sandra Romano, por alentarnos en la realización de este trabajo y por sus aportes a nuestra formación.

### Referencias bibliográficas

1. **Akiskal H, Cetkovich-Bakmas M, García Bonetto G, Strejilevich S, Vázquez G.** Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. 1.ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2006, 354 pp.
2. **Kieseppä T, Partonen T, Haukka J, Kaprio J, Lönnqvist J.** High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1814-1821. Disponible en: <<http://ils.unc.edu/bmh/neoref/nrschizophrenia/jsp/review/tmp/143.pdf>>. (Consulta: 20/10/2015.)
3. **Akiskal H.** Trastornos del estado de ánimo. En: Kaplan H, Sadock B. *Tratado de psiquiatría*. 6.ª ed., Buenos Aires: Intermédica; 1995, pp. 995-1050.
4. **Murray G, Johnson J.** The clinical significance of creativity in bipolar disorder. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(6):721-732. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409641/>>. (Consulta: 20/10/2015.)
5. **Miasso A, De Bertoli S, Pedrao J.** Trastorno afectivo bipolar y por terapia medicamentosa: identificación de barreras. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2008; 16(4):8 pp. Disponible en: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. (Consulta: 27/6/2015.)
6. **Goffman E.** Estigma: la identidad deteriorada. 1.ª ed. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu; 1970, 170 pp.
7. **Link B, Phelan J.** Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27:363-385.
8. **Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén A.** Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense; 2009, 380 pp.
9. **Gaudiano BA, Weinstock LM, Miller IW.** Improving treatment adherence in bipolar disorder: a review of current psychosocial treatment effi-

- cacy and recommendations for future treatment development. *Behav Modif* 2008; 32(3):267-301. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691269/>>. (Consulta: 20/10/2015.)
10. **Gaudio BA, Uebelacker LA, Miller IW.** Impact of remitted substance use disorders on the future course of bipolar I disorder: findings from a clinical trial. *Psychiatry Res* 2008; 160(1):63-71.
  11. **Depp CA, Moore DJ, Patterson TL, Lebowitz BD, Jeste DV.** Psychosocial interventions and medication adherence in bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2008; 10(2):239-250. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181867/>>. (Consulta: 20/10/2015.)
  12. **Becoña E, Lorenzo C.** Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema* 2001; 13(3):511-522. Disponible en: <<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=472>>. (Consulta: 20/10/2015.)
  13. **Lolich M, Vázquez GH, Álvarez LM, Tamayo JM.** Intervenciones psicosociales en el trastorno bipolar: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr* 2012; 40(2):84-92. Disponible en: <<http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-84-92-211350.pdf>>. (Consulta: 20/10/2015.)
  14. **Pfennig A, Bschor T, Falkai P, Bauer M.** The diagnosis and treatment of bipolar disorder: recommendations from the current S3 guideline. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(6):92-100.
  15. **Geddes JR, Miklowitz DJ.** Treatment of bipolar disorder. *Lancet* 2013; 381(9878):1672-1682.
  16. **Costa RT, Cheniaux E, Rangé BP, Versiani M, Nardi AE.** Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. *Braz J Med Biol Res* 2012; 45(9):862-868. Disponible en: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-879X2012000900011&script=sci\\_art-text](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-879X2012000900011&script=sci_art-text)>. (Consulta: 20/10/2015.)
  17. **Stange JP, Eisner LR, Hölzel BK, et al.** Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: effects on cognitive functioning. *J Psychiatr Pract* 2011; 17(6):410-419. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3277324/>>. (Consulta: 20/10/2015.)
  18. **Howells FM, Ives-Deliperi VL, Horn NR, Stein DJ.** Mindfulness based cognitive therapy improves frontal control in bipolar disorder: a pilot EEG study. *BMC Psychiatry* 2012, 12:15 Disponible en: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/15>>. (Consulta: 25/9/2015.)
  19. **Jones S, Mulligan LD, Law H, et al.** A randomised controlled trial of recovery focused CBT for individuals with early bipolar disorder. *BMC Psychiatry* 2012; 12:204. Disponible en: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/204>>. (Consulta: 25/9/2015.)
  20. **Frank E, Soreca I, Swartz HA, et al.** The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165(12):1559-1565.
  21. **Miklowitz DJ.** Family treatment for bipolar disorder and substance abuse in late adolescence. *J Clin Psychol* 2012; 68(5):502-13. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22504610>>. (Consulta: 20/10/2015.)
  22. **Knapp P, Isolan L.** Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Rev Psiq Clin* 2005; 32(supl 1):98-104. Disponible en: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24418.pdf>>. (Consulta: 20/10/2015.)
  23. **Miklowitz, DJ.** Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry* 2008; 165(11):1408-1419. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2613162/>>. (Consulta: 20/10/2015.)

24. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10.<sup>a</sup> rev. Washington DC: OPS; 2003. V1. Disponible en: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1>>. (Consulta: 20/10/2015.)
25. **Shapiro D.** Los estilos neuróticos. Buenos Aires: Editorial Psique; 1988, pp. 139-178.
26. **López Ortega M.** La psicoterapia humanista. *Psicología.com* 2009; 13(1). Disponible en: <<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/713/688>>. (Consulta: 20/10/2015.)
27. **Gabbard G.** Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Editorial Médica Panamericana. 3.<sup>a</sup> ed, 2000, pp. 95-122.
28. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Bipolar Disorder. 2nd ed, 2002, 82 pp. Disponible en: <[www.psychiatryonline.org](http://www.psychiatryonline.org)>. (Consulta: 20/6/2015.)
29. **El-Khalili N.** Update on extended release quetiapine fumarate in schizophrenia and bipolar disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2012; 8:523-536. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496410/>>. (Consulta: 20/10/2015.)