

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“TRASTORNO BIPOLAR COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA  
DISFUNCIÓN BIOPSICOSOCIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE  
REPOSO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN EL PERIODO  
SEPTIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE DEL 2011 DE LA CIUDAD DE  
AMBATO”**

Requisito previo para optar por el título de Psicólogo Clínico.

**Autor:** Amaya Acurio Gonzalo Cristóbal

**Tutor:** Pscl. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

**Ambato – Ecuador  
Julio, 2012**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“TRASTORNO BIPOLAR COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA DISFUNCIÓN BIOPSICOSOCIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE REPOSO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE DEL 2011 DE LA CIUDAD DE AMBATO”** de Gonzalo Cristobal Amaya Acurio estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2012

EL TUTOR

.....  
PscI. Nancy del Carmen Betancourt Ulloa

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“TRASTORNO BIPOLAR COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA DISFUNCIÓN BIOPSICOSOCIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE REPOSO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE DEL 2011 DE LA CIUDAD DE AMBATO”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2012

EL AUTOR

.....  
Gonzalo Cristóbal Amaya Acurio

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora

Ambato, Julio del 2012

EL AUTOR

.....  
Gonzalo Cristóbal Amaya Acurio

## APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“TRASTORNO BIPOLAR COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA DISFUNCIÓN BIOPSICOSOCIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE REPOSO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE DEL 2011 DE LA CIUDAD DE AMBATO”** de Gonzalo Cristóbal Amaya Acurio, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Julio del 2012

Para constancia firman

.....

Calificador 1

.....

Calificador 2

.....

Calificador 3

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a mis pacientes, a su sonrisa desinteresada y carisma, que permitieron compartir sus vidas, conocerlas y aprender de ellos, a Dios que me da tolerancia y el don humano al despertar, a mi madre y padre por el amor y respeto fundado, y las bendiciones que me ha dado la vida, en mis hermanos Cristian y Sebastián.

Dedicado especialmente a mi hija Ana Emilia, la tinta de mi vida.

Gonzalo Amaya

## **AGRADECIMIENTO**

Mi infinito agradecimiento al alma mater, la Universidad Técnica de Ambato, a la sabiduría de mis docentes, al intelecto compartido, la experiencia brindada en el camino del saber a lo largo de mi carrera, formándome cada día como un profesional competente y dedicado, teniendo como arma la humanidad característica, el conocimiento otorgado, de manera especial a quienes me encaminaron en el descubrimiento de lo que soy , a mi tutora la Pscl. Nancy Betancourt y al Dr. Guillermo Bastidas Tello Director del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, quienes confiaron en mis ideas, supieron encaminarme con paciencia, esmero, inteligencia, dedicación en la realización y culminación del presente trabajo.

“La creatividad no nace en los arboles pero si en las nubes de nuestras  
mentes”

Solo es cuestión de pensarlo

Gonzalo Amaya

## **ÍNDICE DE CONTENIDOS**

### **PÁGINAS PRELIMINARES**

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACION DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xix
RESUMEN EJECUTIVO.....	xxi
INTRODUCCIÓN.....	1

### **CAPITULO I**

#### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1	TEMA.....	2
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2	CONTEXTUALIZACIÓN.....	2
1.2.1	MACRO CONTEXTUALIZACIÓN.....	2
1.2.2	MESO CONTEXTUALIZACIÓN.....	4
1.2.3	MICRO CONTEXTUALIZACIÓN.....	8
1.3	ANÁLISIS CRÍTICO.....	12
1.4	PROGNOSIS.....	14
1.5	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.5.1	PREGUNTAS DIRECTRICES.....	15
1.6	DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	15



1.6.1	CAMPO .....	15
1.6.2	ÁREA.....	15
1.6.3	ASPECTO .....	15
1.6.4	DELIMITACIÓN ESPACIAL .....	15
1.6.5	DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	15
1.7	JUSTIFICACIÓN.....	16
1.8	OBJETIVOS.....	16
1.8.1	OBJETIVO GENERAL: .....	16
1.8.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	17

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	18
2.2	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	21
2.2.1	FILOSÓFICA.....	21
2.2.2	SOCIOLÓGICA .....	22
2.2.3	LEGAL.....	22
2.2.4	EPISTEMOLÓGICA .....	23
2.2.5	PSICOLÓGICA.....	24
2.2.6	RED DE INCLUSIONES CONCEPTUALES .....	25
2.3	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	25
2.3.1	CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	26
2.3.2	CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE. ....	27
2.4	FUNDAMENTACION DE CATEGORIAS FUNDAMENTALES....	28
2.4.1	SALUD MENTAL.....	28
2.4.2	PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	31
2.4.3	PSICOPATOLOGÍA .....	32
2.4.4	TRASTORNO BIPOLAR .....	34

2.4.5	EPISODIO DE MANÍA.....	36
2.4.6	EPISODIO DE HIPOMANÍA.....	40
2.4.7	SIGNOS Y LA DEPRESIÓN MAYOR.....	40
2.4.8	SIGNOS Y EPISODIOS MIXTOS.....	42
2.5	CAUSAS:.....	43
2.6	TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR.....	45
2.6.1	TRASTORNO BIPOLAR DE TIPO I.....	45
2.6.2	TRASTORNO BIPOLAR DE TIPO II.....	46
2.6.3	CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR....	46
2.6.4	CRITERIOS PARA EL EPISODIO MANÍACO.....	48
2.6.5	CRITERIOS PARA EL EPISODIO HIPOMANIACO.....	49
2.6.6	CRITERIOS PARA EL EPISODIO MIXTO.....	51
2.7	EFFECTOS DEL TB.....	51
2.8	VARIABLE DEPENDIENTE.....	53
2.8.1	FACTORES AMBIENTALES.....	53
2.8.2	PRODUCTOS O SUSTANCIAS PARA EL CONSUMO PERSONAL.....	55
2.8.3	FACTORES PERSONALES.....	56
2.8.4	MODELO BIOPSICOSOCIAL (CONSTRUCTO O PARADIGMA).....	57
2.8.5	DISFUNCIÓN BIOPSICOSOCIAL.....	57
2.9	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	58
2.9.1	HIPÓTESIS GENERAL.....	58
2.9.2	HIPÓTESIS ESPECÍFICA.....	58
2.10	DETERMINACIÓN DE VARIABLES.....	59

### **CAPITULO III METODOLOGÍA**

3.1	ENFOQUE.....	60
3.2	MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	61

3.3	NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN .....	61
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	61
3.5	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE LAS HIPÓTESIS. 62	
3.6	RECOLECCION DE INFORMACION .....	65
3.6.1	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN: .....	65
3.6.2	MOOD DISORDER QUESTIONNAIRE (MDQ).....	65
3.6.3	EL CUESTIONARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN (SHEEHAN DISABILITY INVENTORY, SDI).....	66
3.7	PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION.....	66

## **CAPITULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

4.1	TABULACION DE RESULTADOS MDQ (MOOD DISORDER QUESTIONNAIRE) .....	67
	CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO .....	67
	CONTENIDO DE PENSAMIENTO.....	67
	PÉRDIDA DE LA NECESIDAD DE SUEÑO .....	67
	LENGUAJE ACELERADO .....	67
	FORMA DE PENSAMIENTO .....	67
	PÉRDIDA DE PROCESOS COGNITIVOS .....	67
	AUMENTO DE ENERGÍA .....	67
	CONDUCTAS IMPULSIVAS .....	67
	SINTOMAS CONCOMITANTES.....	67
	NIVEL DE LA PROBLEMÁTICA SINTOMATOLOGICA .....	67
4.2	ANÁLISIS CUALI - CUANTITATIVO E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	68
4.2.1	CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO .....	68
4.2.2	CONTENIDO DE PENSAMIENTO.....	71
4.2.3	PÉRDIDA DE LA NECESIDAD DE SUEÑO .....	72
4.2.4	LENGUAJE ACELERADO .....	74

4.2.5	FORMA DE PENSAMIENTO .....	75
4.2.6	PÉRDIDA DE PROCESOS COGNITIVOS .....	77
4.2.7	AUMENTO DE ENERGÍA .....	79
4.2.8	CONDUCTAS IMPULSIVAS .....	80
4.2.9	SÍNTOMAS CONCOMITANTES .....	87
4.2.10	NIVEL DE LA PROBLEMÁTICA SINTOMATOLÓGICA .....	89
4.2.11	RESUMEN SINTOMATOLÓGICO DE BIPOLARIDAD .....	91
4.2.12	EDAD – SEXO DE PACIENTES CON TB. ....	93
4.2.13	TABULACIÓN DE RESULTADOS SDI ( SHEEHAN ) .....	95
	TRABAJO.....	95
	VIDA SOCIAL.....	95
	VIDA FAMILIAR .....	95
	ESTRÉS PERCIBIDO .....	95
	APOYO SOCIAL PERCIBIDO.....	95
4.2.14	ANÁLISIS CUALI – CUANTITATIVO E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	96
4.2.15	TRABAJO.....	99
4.2.16	VIDA SOCIAL.....	98
4.2.17	VIDA FAMILIAR .....	100
4.2.18	ESTRÉS PERCIBIDO .....	102
4.2.19	APOYO SOCIAL PERCIBIDO.....	105
4.2.20	RESUMEN Y ANÁLISIS DE DATOS GENERALES .....	107
4.2.21	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO BIPOLAR SIN DISFUNCIÓN BIO PSICO SOCIAL EN CADA ÁREA ESTUDIADA. ....	109
4.2.22	PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO .....	111
4.2.23	DISFUNCIÓN BIOPSIICOSOCIAL RELACIONADO A LA SINTOMATOLOGIADE CADA PACIENTES .....	112
4.2.24	PACIENTES CON BIPOLARIDAD CON SÍNTOMAS MARCADOS .....	114

4.2.25	DISFUNCION BIOPSICOSOCIAL Y SINTOMATOLOGIA BIPOLAR .....	115
4.2.26	SÍNTOMAS DE BIPOLARIDAD Y DIAGNÓSTICO POR PACIENTE .....	116
4.2.27	ESQUEMA GENERAL , DE CADA UNA DE LAS BATERIAS PSICOLOGICAS UTILIZADAS PARA LA INVESTIGACION.....	118
4.3	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS .....	119
4.3.1	HIPÓTESIS GENERAL: .....	119
4.3.2	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS .....	119

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1	CONCLUSIONES: .....	121
5.2	RECOMENDACIONES.....	124

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**

6.1	DATOS INFORMATIVOS .....	126
6.1.1	TEMA DE LA PROPUESTA.....	126
6.1.2	INSTITUCIÓN EJECUTORIA.....	126
6.1.3	TIPO .....	126
6.1.4	BENEFICIARIOS.....	126
6.1.5	UBICACIÓN .....	126
6.1.6	TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN.....	126
6.1.7	EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE .....	126
6.1.8	COSTO.....	126
6.2	ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA .....	127
6.3	JUSTIFICACIÓN .....	130
6.4	OBJETIVOS.....	131
6.4.1	OBJETIVO GENERAL .....	131

6.4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	132
6.5	ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD. ....	132
6.6	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA.....	132
6.6.1	FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO.....	142
6.6.2	FASE MEDIA DE TRATAMIENTO: LLENADO DE CAJA DE HERRAMIENTAS .....	143
6.6.3	FASE FINAL: CONSERVACION DE BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO .....	147
6.6.4	MECANISMOS DE ACCION.....	148
6.6.5	TÉCNICAS COGNITIVAS.....	148
6.6.6	TÉCNICAS CONDUCTUALES .....	157
6.7	MODELO OPERATIVO .....	162
6.8	ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA .....	167
6.9	PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA 167	
6.10	MARCO ADMINISTRATIVO.....	168
6.10.1	RECURSOS .....	168
6.10.2	INSTITUCIONALES .....	168
6.10.3	HUMANOS.....	168
6.10.4	MATERIALES.....	168
6.10.5	FINANCIEROS.....	168
6.10.6	PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	169
6.11	CRONOGRAMA.....	170

## **MATERIAL DE REFERENCIA**

BIBLIOGRAFÍA.....	171
ANEXOS.....	173

## ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. Principales causas de discapacidad según la OMS.....	3
CUADRO 2. Árbol de problemas.....	11
CUADRO 3. Categorías fundamentales.....	25
CUADRO 4. Trastorno bipolar, signos y síntomas de inicio temprano.....	26
CUADRO 5. Disfunción biopsicosocial.....	27
CUADRO 6. Trastorno bipolar operacionalización de variables.....	62
CUADRO 7. Disfunción biopsicosocial.....	64

### TABULACIÓN DE RESULTADOS MOOD DISORDER QUESTIONARE MDQ

CUADRO 8.....	67
---------------	----

### ANÁLISIS CUALI- CUANTITATIVO E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS MOOD DISORDE CUESTIONARE MDQ

#### CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO

CUADRO 9.....	68
CUADRO 10.....	70

#### CONTENIDO DE PENSAMIENTO

CUADRO 11.....	71
----------------	----

#### PÉRDIDA DE LA NECESIDAD DE SUEÑO

CUADRO 12.....	72
----------------	----

#### LENGUAJE ACELERADO

CUADRO 13.....	74
----------------	----

#### FORMA DE PENSAMIENTO

CUADRO 14.....	75
----------------	----

#### PÉRDIDA DE PROCESOS COGNITIVOS

CUADRO 15.....	77
----------------	----

#### AUMENTO DE ENERGÍA

CUADRO 16.....	79
----------------	----

## **CONDUCTAS IMPULSIVAS**

CUADRO 17.....	80
CUADRO 18.....	81
CUADRO 19.....	83
CUADRO 20.....	84
CUADRO 21.....	85

## **SÍNTOMAS CONCOMITANTES**

CUADRO 22.....	87
----------------	----

## **NIVEL DE LA PROBLEMÁTICA SINTOMATOLÓGICA**

CUADRO 23.....	89
CUADRO 24. Resumen sintomatológico de TB.....	91
CUADRO 25. Edad – Sexo de pacientes con TB.....	93
CUADRO 26. Porcentajes de edad y sexo de pacientes con TB.....	94

## **TABULACIÓN DE RESULTADOS (ENTREVISTA HETEROAPLICADA DE SHEEHAN SDI)**

CUADRO 27.....	95
----------------	----

## **ANÁLISIS CUALI – CUANTITATIVO E INTERPRETACION DE RESULTADOS. (ENTEVISTA HETEROAPLICADA DE SHEEHAN SDI)**

CUADRO 28. Trabajo.....	96
CUADRO 29. Vida Social.....	98
CUADRO 30. Vida Familiar.....	100
CUADRO 31. Estrés Percibido.....	102
CUADRO 32. Apoyo Social Percibido.....	105
CUADRO 33. Análisis de datos disfunción biopsicosocial.....	107
CUADRO 34. Pacientes con disfunción biopsicosocial.....	108
CUADRO 35. Pacientes sin disfunción biopsicosocial.....	109
CUADRO 36. Apoyo social percibido.....	111
CUADRO 37. Pacientes y disfunción biopsicosocial.....	112
CUADRO 38. Síntomas de bipolaridad marcados.....	114
CUADRO 39. Disfunción biopsicosocial y bipolaridad.....	115
CUADRO 40. Sintomatología y diagnóstico de TB.....	116
CUADRO 41. Esquema general de baterías psicológicas.....	118



CUADRO 42. Ciclo cognitivo comportamental en TB.....	140
CUADRO 43. Psicoeducación y TB.....	141
CUADRO 44. Descripción de estados de manía.....	145
CUADRO 45. Estilo de entrevista para pacientes con manía e hipomanía.....	145
CUADRO 46. Riesgos para estados depresivos e intentos de suicidio..	147
CUADRO 47. Fase inicial de tratamiento orientación y compromiso.....	162
CUADRO 48. Fase media del tratamiento: construcción de habilidades específicas.....	163
CUADRO 49. Fase final conservar los beneficios del tratamiento.....	166
CUADRO 50. Evaluación de la propuesta.....	167
CUADRO 51. Presupuesto de la investigación.....	169
CUADRO 52. Cronograma.....	170

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### ANÁLISIS CUALI – CUANTITATIVO E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

#### MOOD DISORDER QUESTIONARE MDQ

##### CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO

GRÁFICO 1.....	69
GRÁFICO 2.....	70

##### CONTENIDO DE PENSAMIENTO

GRÁFICO 3.....	72
----------------	----

##### PÉRDIDA DE LA NECESIDAD DE SUEÑO

GRÁFICO 4.....	73
----------------	----

##### LENGUAJE ACELERADO

GRÁFICO 5.....	74
----------------	----

##### FORMA DE PENSAMIENTO

GRÁFICO 6.....	76
----------------	----

##### PÉRDIDA DE PROCESOS COGNITIVOS

GRÁFICO 7.....	78
----------------	----

##### AUMENTO DE ENERGÍA

GRÁFICO 8.....	79
----------------	----

##### CONDUCTAS IMPULSIVAS

GRÁFICO 9.....	81
GRÁFICO 1.....	82
GRÁFICO 11.....	83
GRÁFICO 12.....	85
GRÁFICO 186	

##### SÍNTOMAS CONCOMITANTES

GRÁFICO 14.....	88
-----------------	----

## **NIVEL DE LA PROBLEMÁTICA SINTOMATOLOGICA**

GRÁFICO 15.....	89
GRÁFICO 16. Resumen sintomatológico de bipolaridad.....	91
GRÁFICO 17. Datos generales de edad y sexo en TB.....	94

## **ANÁLISIS CUALI – CUANTITATIVO E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.**

### **ENTREVISTA HETEROAPLICADA DE SHEEHAN SDI**

GRÁFICO 18. Trabajo.....	96
GRÁFICO 19. Vida Social.....	98
GRÁFICO 20. Vida Familiar.....	100
GRÁFICO 21. Estrés Percibido.....	103
GRÁFICO 22. Apoyo Social Percibido.....	105
GRÁFICO 23. Disfunción biopsicosocial.....	108
GRÁFICO 24. Sin disfunción biopsicosocial.....	110
GRÁFICO 25. Pacientes con trastorno bipolar y apoyo social percibido.....	111
GRÁFICO 26. Disfunción biopsicosocial relacionado a la sintomatología de cada paciente.....	113
GRÁFICO 27. Pacientes con bipolaridad con sintomatología marcada.....	114

## RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación fue realizada con el objetivo de indagar la influencia del trastorno bipolar en la disfunción biopsicosocial en pacientes internados en el Centro de Reposo Sagrado Corazón Jesús de la ciudad de Ambato partiendo desde el estudio sintomatológico de cada paciente con TB los síntomas de inicio temprano mediante la integración de un modelo medico – social con el fin detectar las dimensiones de funcionamiento biopsicosocial.

El enfoque utilizado para esta investigación es el paradigma cuali – cuantitativo a 20 pacientes diagnosticados con trastorno bipolar a través de baterías psicológicas el cuestionario MDQ para trastornos del humor que identifica según el DSMIV los síntomas de inicio temprano de trastorno bipolar, así como el SDI el cual fue diseñado para evaluar de forma subjetiva el nivel de disfunción biopsicosocial en pacientes con trastornos de ansiedad y comprobada su efectividad en la disfunción bipolar.

Mediante un modelo activo, directivo y estructurado como es la técnica cognitiva conductual de Reiser y Thompson para pacientes que padecen TB, la misma que reestructura la cognición de pensamientos no útiles de hipomanía y depresivos, sondeo de estado de ánimo, terapia interpersonal de ritmo social y técnicas conductuales de afrontamiento. La misma que ayudara al paciente con bipolaridad a la identificación de la sintomatología, la prevención y reducción del número de recaídas y la convivencia con trastorno.

**PALABRAS CLAVES:** TRASTORNO BIPOLAR, REISER Y THOMPSON

## **EXECUTIVE SUMMARY**

This research was conducted in order to investigate the influence of bipolar disorder in biopsychosocial dysfunction in patients admitted to the Centro de Reposo Sagrado Corazon de Jesus of the city of Ambato starting from the symptomatological study of each patient with TB symptoms of early onset by integrating a medical model - social order dimension of detecting bio operation.

The approach used for this research is the paradigm qualitative - quantitative 20 patients diagnosed with bipolar disorder through psychological batteries for the MDQ questionnaire that identifies mood disorders according to DSM-IV symptoms of early onset of bipolar disorder, as well as the SDI which was designed to evaluate subjectively the level of biopsychosocial dysfunction in patients with anxiety disorders and tested its effectiveness in bipolar dysfunction.

Using a model asset management and structured as cognitive behavioral technique Reiser and Thompson for patients suffering from TB, the same cognitive restructuring of thoughts useful hypomania and depressive mood survey, interpersonal social rhythm therapy and behavioral coping techniques. It assists the patient with bipolar disorder to identify the symptoms, prevention and reduction of relapse and conviviality disorder.

**KEYWORDS:** BIPOLAR DISORDER, REISER AND THOMPSON.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar un desorden grave incapacitante que se manifiesta con pensamiento acelerado, pérdida de la necesidad de sueño, cambios de estado de ánimo cíclicos recurrentes y esporádicos hacen que la persona que lo padezca no pueda diferenciar sus procesos cognitivos, ni comportamentales, desencadenándose en conductas disruptivas, irritabilidad, ideas de contenido paranoide hasta llegar al primer brote psicótico para su diagnóstico oportuno. La pérdida de la necesidad de sueño, la irritabilidad sostenida, el lenguaje y pensamiento acelerado, la no discriminación entre pensamientos positivos y negativos hacen que los episodios depresivos sean minimizados frente a los episodios de manía e hipomanía.

El estudio realizado en el “Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús” demuestra la importancia del diagnóstico temprano para los pacientes que padecen TB. El análisis sintomatológico y el grado de disfunción biopsicosocial como laboral, social, familiar, estrés percibido y el apoyo social que este recibe agravan el diagnóstico. Los signos y síntomas de inicio temprano se caracterizan por un incremento de dopamina y serotonina, lucha de ideas, verborrea, megalomanía, hiperactividad, cambios de estados de ánimo, distraibilidad, pérdida de procesos cognitivos lo que le convierten en la sexta causa de discapacidad según la Organización Mundial de Salud y en un trastorno con elevadas pérdidas económicas, laborales, y años perdidos de vida.

La desmoralización, el estigma social, los intentos de suicidio en la etapa depresiva, se transforman en factor permanente en la bipolaridad, aislándole, minimizando sus capacidades laborales como su funcionamiento individual, careciendo de la capacidad de resolución de conflictos, de interacción social por el desconocimiento del trastorno, etiquetas mentales careciendo de herramientas de afrontamiento para su padecimiento.

“La locura es mejor que la sabiduría, para quien no lo vive y se jacta de la enfermedad mental”

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1 Tema.**

Trastorno bipolar como factor determinante en la disfunción biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre 2011 de la ciudad de Ambato.

#### **1.1 Planteamiento del Problema.**

¿Es el Trastorno bipolar factor determinante en la disfunción biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre 2011 de la ciudad de Ambato?

#### **1.2 Contextualización**

##### **1.2.1 Macro contextualización.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Convención de Ginebra, 2001, menciona al trastorno bipolar entre las primeras diez causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) en adultos de 15 a 44 años en países desarrollados. Además refiere que esta patología es variable, según los métodos psicométricos utilizados para su medición. El DSM-IV presenta cifras de entre el 0,4% y el 1,6%, para el trastorno bipolar tipo I y de 0,6% para el tipo II. De igual manera hasta en un 10,9% de la población mundial prevalece el trastorno bipolar tipo II o en fase depresiva de dicha patología.

El trastorno afectivo bipolar (OMS 1992), es una enfermedad mental que se acompaña de una alteración en el ánimo y que se caracteriza por tener dos o más

episodios, en los cuales, el humor y los niveles de actividad del paciente se hallan perturbados. El cual consiste en una elevación del humor y en un incremento de la energía y de la actividad definidos como episodios de hipomanía o manía, o en un decaimiento del humor, en una disminución de la energía y de la actividad característica de las crisis depresivas. Los episodios repetidos de hipomanía o de manía solamente, se clasifican o son diagnosticados como “trastornos bipolares”, ya que en su caso, son los episodios maniacos, quienes caracterizan al trastorno.

Según la OMS, las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo (años de vida ajustados a discapacidad) en edades entre los 15 y los 44 años. Son:

**Cuadro 1. Principales causas de discapacidad según la OMS.**

ENFERMEDAD O DAÑO	CLASIFICACIÓN
Depresión Mayor unipolar	1
Tuberculosis	2
Accidentes de tráfico	3
Consumo de alcohol	4
Daños auto provocados	5
Trastorno bipolar	6
Guerra	7
Violencia	8
Esquizofrenia	9
Anemia ferropénica	10

Tomado de Bastidas Guillermo, “Psiquiatría”, Ecuador, 2011

El CIF “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” OMS, Ginebra 2001, define al funcionamiento y la discapacidad de una persona, como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales.



Funcionamiento es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Disfunción Biopsicosocial o Discapacidades un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

La CIF está basada en la integración de estos dos modelos opuestos. Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque “biopsicosocial”. Por lo tanto, la CIF intenta conseguir una síntesis y, así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.

### **1.2.2 Meso contextualización.**

Estudios realizados en Europa por Cetkovich, Marcelo, Jefe del Departamento de Psiquiatría del Instituto de Neurología Cognitiva (Ineco) “Advierten que hay gente que sufre el trastorno bipolar pero no lo sabe” Córdova 2006. El trastorno bipolar es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta a los sectores que regulan los estados de ánimo. Quienes lo padecen, sufren manifestaciones extremas en sus estados de ánimo, pasando a lo largo del tiempo del polo depresivo al eufórico.

La etapa depresiva “Ganas de no hacer nada” suele ser la más duradera entre quienes sufren el trastorno bipolar. “La depresión es lo más frecuente, y lo más claro. Hay estudios epidemiológicos que indican que, tomando un año de vida de un paciente bipolar, el 50 por ciento del tiempo no tienen crisis de ánimo, en el 40 por ciento están deprimidos, y sólo en el 10 restante están en su etapa eufórica”. El paso de la

etapa depresiva a la eufórica puede estar separado por años, meses, semanas, días, y hasta horas.

Rojas Gutiérrez “Evolución y calidad de vida del trastorno bipolar” 2008, Granada, cita a Morselli, quien enmarca al TB como una enfermedad que produce rechazo e incompreensión en la sociedad. Más del 55% de los pacientes experimentan estigmatización. El 18% se sienten estigmatizados en la familia y el 14% en el lugar de trabajo (Morselli y Elgie, 2003).

Rojas cita a López 1998. El TB se ha destacado como la sexta causa mundial de carga social y sufrimiento y la quinta de discapacidad en jóvenes. Los trastornos afectivos suponen el 21% del coste de las enfermedades mentales en los EEUU; y de éstos, a los pacientes con TB (Rice y Miller, 1995). Los costes derivados del TB han sido recogidos en la revisión de Kleinman (2003). La carga económica asociada es similar a la de la esquizofrenia; los episodios maníacos representan un gran peso económico, sobre todo en términos de costes de hospitalización y de pérdida de la productividad (Murray y López, 1994; Wyatt y Henter, 1995; Dilla, 2004).

Los individuos bipolares se pasan deprimidos casi el 50% de su vida y el 11% con síntomas maníacos o hipomaniacos (Post, 2003).

Rojas cita a Lish 1994. En general no se ha diagnosticado desde que aparecen los síntomas de la enfermedad hasta que tenemos un tratamiento correcto o se realiza la primera hospitalización, suelen pasar entre 5 y 10 años.

El tiempo transcurrido desde la primera visita al psiquiatra hasta el diagnóstico de la enfermedad es de 7 años para el TB tipo I y de 12 años para el tipo II. Aproximadamente el 34% habían esperado 10 años o más hasta recibir un diagnóstico correcto (Hirschfeld, 2003).

Rojas cita a Lewisohn 1995. Menciona que cada vez hay más indicios de que la enfermedad, comienza a manifestarse durante la pubertad, e incluso antes, en la mayor parte de pacientes, aunque lo hace de una forma tan inespecífica y sutil que sólo suele ser reconocida retrospectivamente. La mayor parte de las veces se manifiesta en forma de irritabilidad, hiperactividad e insomnio episódico. También se caracteriza por presentar tormentas afectivas o rabietas intensas y prolongadas, que sugieren trastornos de la conducta. Cierta proporción de pacientes bipolares han recibido durante su adolescencia un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos depresivos o ansiosos y de trastorno de la conducta alimentaria.

Diversos estudios sugieren que los acontecimientos de la vida influyen al comienzo y en las posteriores recaídas del TB (Bidzinska, 1984; Glassner, 1983); y se encuentra asociación significativa entre el estrés laboral y el desencadenamiento de episodios maníacos e hipomaníacos (Goodwin, 1990).

Rojas cita a Kraepelin quien manifiesta que los individuos con manía disfórica, tanto en el episodio agudo como a largo plazo, tienen un peor pronóstico de la enfermedad. Algunos estudios sugieren que, en los pacientes que padecen manía disfórica, la enfermedad se manifiesta antes. Esto se asocia a mayor intencionalidad auto lítica y a mayor abuso de drogas (Keller, 1986 y 1993), el número de episodios depresivos muestra una asociación mayor con la disfunción familiar y el ajuste social que el número de episodios maníacos, algunos estudios han encontrado un peor pronóstico a corto plazo (un peor funcionamiento social) en los pacientes que presentaban síntomas psicóticos durante los episodios (Rosen, 1983; Angst, 1986; Coryell, 1985; Tohen , 1990 y 1992, Golberg, 1995), aunque a largo plazo dicho pronóstico no era peor (Coryell, 1993, Gitlin, 1995; MacQueen, 1997), la existencia de factores estresantes durante el curso de la enfermedad se ha considerado como una variable de mal pronóstico (Hammen, 1992; Johnson, 1995).

El TB o Trastorno Bipolar de tipo II, generalmente es más recurrente que el tipo I (Ayuso, Gutiérrez, 1988; Vieta, 1997), sin embargo es menos incapacitante desde el punto de vista psicosocial que el tipo I (Vieta y Gastó, 1995). En general puede decirse que el TB tipo II presenta más episodios, mientras que en el tipo I estos son más graves (Ayuso y Ramos, 1982).

Becoña y Lorenzo “Tratamiento Psicológico eficaces para el Trastorno Bipolar” Santiago de Compostela 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.

Isasi Ana “Trastorno Bipolar Enemigo Invisible” “Manual de tratamiento Psicológico” España 2010, refiere que el trastorno bipolar se caracteriza por episodios de manía, hipomanía o depresión, dejando en muchas ocasiones síntomas subsindrómicos interepisódicos y deteriorando el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de quienes lo padecen.

Rojas Gutiérrez cita a Romans 1992 y a Cecil 1995. Quienes afirman que los pacientes con TB, tienen en general un escaso apoyo social, tienen mayores dificultades que la población general en áreas como la expresión de opiniones, mantener relaciones sexuales con su cónyuge, el disfrutar de actividades de ocio y las relaciones con los familiares y amigos (Coryell, 1993; Morselli y Elgie, 2003; Hirschfeld, 2003). Las familias que tienen uno de los padres afectados por esta enfermedad presentan menor cohesión, menor expresividad emocional, menor independencia y mayor conflictividad que aquellas sin miembros afectados (Romero, 2005). Esto ocurre incluso en pacientes que se encuentran actualmente en remisión de su enfermedad (Bauwens, 1991; Romans, 1992). Ésta es una variable que puede desempeñar un papel coadyuvante en las recaídas mediante su influencia sobre el cumplimiento terapéutico, la vulnerabilidad al estrés, y su participación en la prontitud del diagnóstico y el tratamiento (Vieta, 1999). Se ha señalado en repetidas

ocasiones que el ambiente social y los factores estresantes importantes de la vida tienen un efecto negativo en la evolución del TB. Stefos en 1996 encontró que las siguientes variables psicosociales predicen una evolución menos favorable: el escaso apoyo social, la mala adaptación a actividades sociales y lúdicas y unas escasas relaciones familiares. Enfatizaron el valor pronóstico a largo plazo del ajuste psicosocial como un índice sensible de la adaptación del paciente a su enfermedad y al ambiente; sin embargo, la gravedad de la sintomatología clínica que caracteriza al TB no se asocia a sufrir mayores recurrencias. En un estudio prospectivo se ha demostrado que un escaso apoyo social prolonga el tiempo de recuperación de las recaídas y aumenta los síntomas depresivos de los episodios (Johnson, 1999).

### **1.2.3 Micro contextualización.**

Estudios realizados en Latinoamérica , por Subiros Carla “Características de la población de pacientes Bipolares” Costa Rica 2010, habla del nivel de funcionalidad descrito en varios estudios longitudinales los cuales evidencian una fluctuación entre períodos de “normalidad” inter crisis, con aquellos caracterizados con un funcionamiento pobre con un deterioro importante en diferentes áreas de la vida del paciente. Estas áreas se refieren tanto a las afectivas, como sociales y laborales, tal es el caso de los episodios maníacos y depresivos. Los episodios hipomaniacos se han asociado con una mejoría en el funcionamiento global de los pacientes.

Carona Rodrigo, “Detección de espectro bipolar mediante un cuestionario de Tamizaje”, México 2007, un documento en el que, se da la traducción al español del cuestionario de trastornos de humor para evaluar trastorno bipolar, el cual menciona que los pacientes generalmente siempre refiere los síntomas depresivos y escasas veces refieren al profesional los manía. Por lo tanto, no es sorprendente que muchos investigadores en este campo consideren que suelen pasar alrededor de 10 años antes de que un paciente bipolar sea adecuadamente diagnosticado, mediante esta necesidad de identificar manía tempranos del trastorno bipolar.

Subiros Carla cita a Kupfer, quien investigo esta patología, la cual se caracteriza por la presencia de episodios maníacos y mixtos, acompañados de episodios depresivos. Aunque su diagnóstico se elabora con base en sintomatología maníaca o hipomaníaca, los síntomas y episodios depresivos son más comunes en el trastorno afectivo bipolar de tipo I. La fase depresiva se presenta en más de un 90% a lo largo de la vida del paciente y causa mayor discapacidad y afección de la calidad de vida que las otras fases. Más del 50% de los pacientes bipolares buscan ayuda médica cuando se encuentran ante la presencia de sintomatología depresiva.

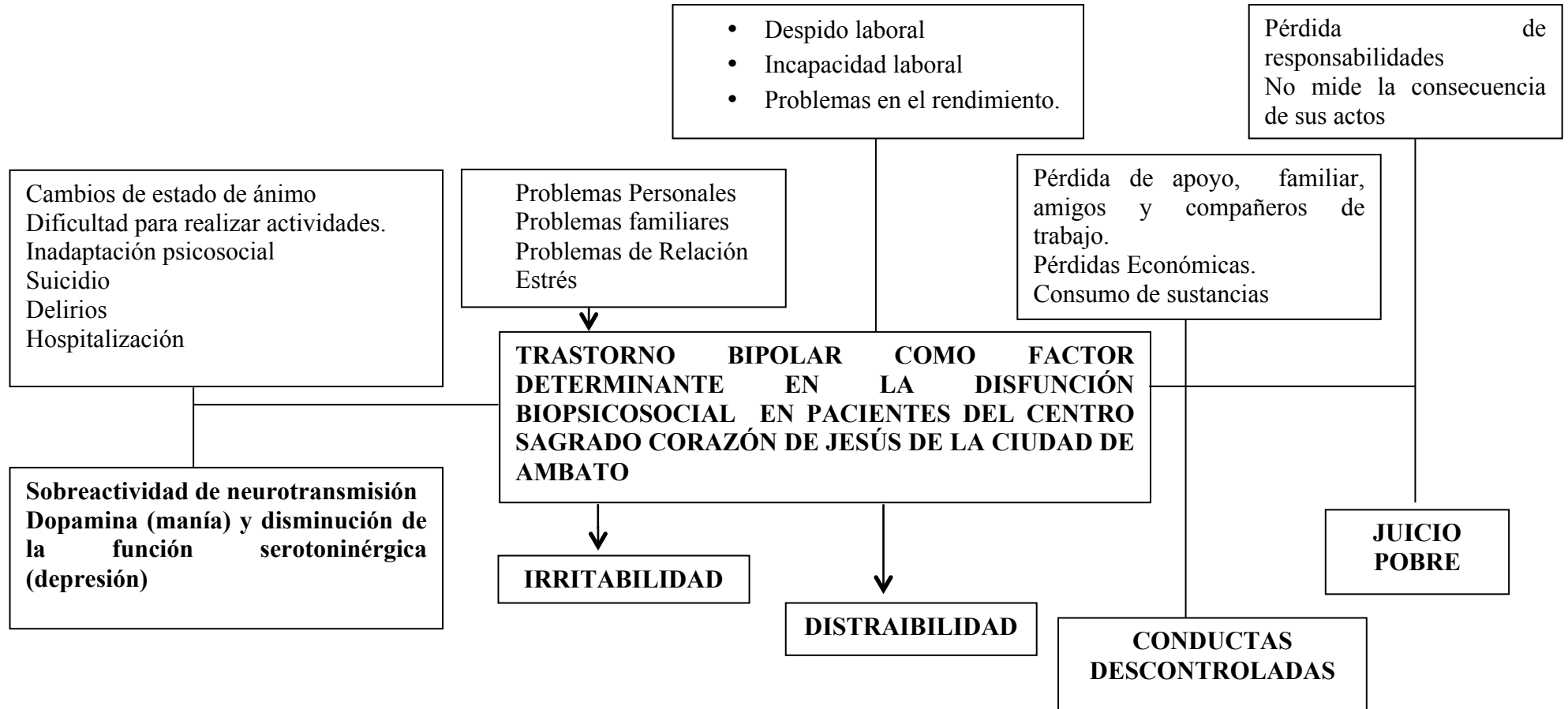
Subiros cita a Shekelle, quien argumenta, en sus estudios realizados en México acerca del “Diagnóstico y tratamiento del trastorno Bipolar”, que el trastorno bipolar, causa un deterioro social, principalmente el TB I en el cual se encontró deterioro interpersonal y laboral.

Luis Friofrío Psiquiatra, “EL COMERCIO” , 2009, manifiesta que en el Ecuador no hay estudios que revelen el número de personas afectadas, con trastorno bipolar, por ejemplo, a la semana atiende en su consulta privada acerca de 10 pacientes con bipolaridad los cuales presentan sintomatología más maniaca que depresiva, irritabilidad, pensamiento acelerado, perseverante , insomnio, problemas laborales, verborrea, pensamiento delirante, y además de presentar un deterioro evidente en el funcionamiento tanto personal como social.

Bastidas Guillermo Psiquiatra de la provincia de Ambato 2010, en consulta interna del Hospital de Millenium, indica que el 50 % de pacientes sufren de trastorno bipolar y episodios depresivos son mujeres comprendidas entre 35 a 65 años de edad, las cuales presentan estado de ánimo depresivo, sentimientos exagerados o inapropiados de tristeza, desesperanza, angustia, desgano, pesimismo, pérdida de energía , pérdida de la necesidad de sueño, motivación, apetito disminuido o exagerado, pérdida de interés o placer en actividades usuales, perturbaciones en pensamiento y memoria, ideas recurrentes de muerte o

suicidio, al igual de alta comorbilidad con trastornos obsesivos compulsivos, bordelinde, histriónico, inestable de tipo impulsivo, además menciona que en pacientes hombres, es más frecuente el tipo Bipolar I, es decir más maniaco que depresivo, refiere que el diagnóstico diferencial para trastorno bipolar es la prevalencia de episodios depresivos en el trascurso de la vida del paciente antes de que se desencadene el episodio maniaco o hipomaniaco, la mayoría de pacientes necesitan hospitalización , pérdida de su funcionamiento laboral, problemas conyugales, estresores que intervienen en el aparecimiento de los síntomas, aunque los episodios maniacos hacen que el paciente tenga un mayor funcionamiento laboral, dando como resultado conductas disruptivas y megalomanías, irritabilidad, manía disfórica, euforia, autoestima exagerada, verborrea, dromomanía, pensamiento circunstancial, excesiva sociabilización, gastos de dinero compulsivo, delirios y pérdida del funcionamiento global.

**CUADRO 2: ÁRBOL DE PROBLEMAS**





### **1.3 Análisis Crítico.**

El trastorno bipolar, al ser un trastorno del estado de ánimo discapacitante definido por el DSM IV TR , como una enfermedad ciclica potencialmente perjudicial para quien lo padece por los inesperados, cambios de estados de ánimo. Una enfermedad grave, crónica y recurrente, que obedece a la sobresaturacion y disminucion de la neurotransmision de dopamina y serotonina, hacen que su conducta varie en días , semanas y meses, llevandolo desde la depresion ,con intentos de suicidio , hasta los delirios en la etapa maniacal, los estados depresivos, lo imposibilitan a realizar actividades cotidianas, su vida social se ve alterada por el bajo nivel de funcionamiento social y laboral, teniendo en cuenta que la depresion bipolar es aquella que al individuo que la posee, lo incapacita como una enfermedad fisica la cual le lleva a aislarse y sentir, su cuerpo deteriorado,confinandolo en una cama, mientras que en los estados maniacales la disfuncion biopsicosocial de actividades es total, es decir , la condicion de su salud lo hacen que el paciente en crisis delirante,presente comportamientosque alteran su vida en lo afectivo, lo social , lo económico, los cuales, dificultan la tarea de recuperar el control de las diferentes áreas de su vida. Su pensamiento y comportamiento acelerado hacen que el desequilibrio biopsicosocial aumente llevándole a la discapacidad en sus actividades y vida cotidiana. El escaso apoyo social y el estrés percibido antes de cada crisis aceleran el inicio de la misma llevándola a la hospitalización.

A nivel social, el TB produce un estigma perjudicial al que lo padece, debido a que durante los episodios de manía pueden desencadenar comportamientos socialmente desaprobados, como por ejemplo la hipersexualidad, abuso de sustancias; megalomania, irritabilidad, tendencia constante a mantener discusiones, desconocimiento de las necesidades de los otros pueden generar rechazo y ostracismo.

Aún en ausencia de síntomas significativos asociados al trastorno del ánimo, las personas con TB describen apatía y distraibilidad para reanudar actividades como el trabajo, el colegio y restablecer el contacto social, lo cual, a su vez, se constituye en una nueva fuente de críticas por su condición, al igual de elevar los niveles de estrés.

En la estructura familiar se genera una alteración de los roles que se acompaña de angustia y preocupación por el estado del paciente y por las situaciones que ocurren. Sumadas, la irritabilidad y la intensidad del ánimo que presenta el paciente, tienden a ser “contagiosas” y los miembros de la familia pueden tener una fuerte reacción o retraerse de las interacciones como forma de controlar su reactividad. Los síntomas afectivos generan respuestas cargadas afectivamente y el conflicto con o acerca de la persona es común, lo cual puede afectar la capacidad para resolver conflictos y conllevar a interacciones difíciles de modular.

Aunque estudios han comprobado que es la enfermedad con mayor potencial de recuperación, los pacientes pueden pasar de la psicosis más desorganizada a la completa lucidez, además constituye una fuente de sufrimiento y pérdida de vidas por el diagnóstico tardío, los síntomas tempranos no son reconocidos, agravando así su sintomatología, las conductas disruptivas, la irritabilidad, la conducta descontrolada, el exceso de energía, el descenso de la necesidad de sueño, aumento en el interés sexual, conductas de riesgo, sensación de aumento en la capacidad cognocitiva y euforia, al igual de un juicio pobre y pérdida de responsabilidades tanto domésticas como conyugales, hasta el inicio del brote maníaco o hipomaniaco, donde son diagnosticados como pacientes Bipolares, mientras tanto son tratados como pacientes depresivos por la sintomatología que presentan. El paciente no es consciente de su nivel de energía elevado, que notan las demás personas cuando padece episodios de euforia o de manía, el difícil diagnóstico lo hacen cada vez más incierto, por sus cambios cíclicos de ánimo. Además esta patología está indirectamente ligada a fenómenos psicológicos

como la capacidad de liderazgo , la creatividad y el arte, en el episodios hipomaniacos ya que en estos no existen delirios como en los estados maniacales.

Produciendo asi, discapacidad o disfuncion biopsicosocial, transformandolo en un trastorno discapacitante, los niveles de estrés percibido son elevados, al igual de la disminucion de redes sociales y familiares , estas aumenta el inicio temprano del trastorno como la gravedad del mismo.

#### **1.4 Prognosis.**

Al no realizarse esta investigación nos enfrascamos en la cotidiana lucha de lo inentendido, el anclamiento no es mirar , sino no saber mirar más allá, si no realizamos el estudio del trastorno bipolar se transforma en una vía a la disfunción biopsicosocial, marginación, estigmatización, encierro permanente, pérdida de empleo, relaciones conyugales conflictivas, pérdida de la “normal” cordura. Además de la dificultad en su diagnóstico temprano , hace que sea tratado únicamente como trastornos depresivos y no se toma en cuenta las conductas impulsivas o hiperactividad, agravando los síntomas futuros como el delirio , los intentos de suicidio, por lo cual es necesario un diagnóstico acertado desde el inicio de los primeros signos y síntomas, ya que si estos no son detectados a tiempo, el paciente puede pasar de 7 a 10 años padeciendo este trastorno sin saberlo, llegando a un diagnóstico tardío y a una crisis incapacitante maniaca depresiva.

#### **1.5 Formulación del Problema.**

¿Es el trastorno bipolar factor determinante en la disfunción biopsicosocial en pacientes del Centro Sagrado Corazón De Jesús?

### **1.5.1 Preguntas Directrices.**

- ¿Qué signos y síntomas de inicio temprano del trastorno tienen mayor prevalencia en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón De Jesús?
- ¿Cuál es el grado de disfunción biopsicosocial predominante en los pacientes investigados?
- ¿Es posible crear una herramienta terapéutica eficaz, además de la terapia farmacológica para pacientes con trastorno bipolar?

## **1.6 Delimitación del Problema.**

### **1.6.1 Campo**

Salud Mental.

### **1.6.2 Área**

Psicopatología - Trastorno Bipolar.

### **1.6.3 Aspecto**

Disfunción Biopsicosocial.

### **1.6.4 Delimitación espacial**

Esta Investigación se realizará con los pacientes que padecen Trastorno Bipolar atendidos en consulta psicológica clínica en el Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús.

### **1.6.5 Delimitación temporal**

Este problema será estudiado, en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre 2011.

## **1.7 Justificación.**

El Trastorno Bipolar, por ser la sexta causa de discapacidad en el mundo, según la OMS, es de vital importancia el estudio de esta población, el olvido, la marginación al paciente que posee un trastorno ocasiona en él, problemas en el funcionamiento biopsicosocial o discapacidad en la vida cotidiana. Este trastorno se da por diversas causas, tanto neuropsicológicas como un desequilibrio bioquímico una falla en neurotransmisores como la dopamina y la serotonina, al igual que por el estrés de la vida cotidiana afectando así los niveles de funcionamiento y de calidad de vida.

Esta patología, es tratada en nuestro país únicamente por psiquiatras, sin embargo el Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús siendo una institución psiquiátrica permite el estudio psicológico clínico, haciendo que la investigación sea de carácter multidisciplinaria, añadiendo al tratamiento farmacológico, el abordaje del campo psicoterapéutico, dando así, al psicólogo clínico un trabajo eminentemente clínico, además de contar con el apoyo del director médico psiquiatra de la institución, trabajo social, cuidadores , auxiliares de enfermería y el área de psicología clínica, brindado así a la Facultad de Ciencias de la Salud y al Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús una herramienta de Salud Mental, que cuente con un trabajo detallado , que revele la necesidad del diagnóstico temprano y de activación biopsicosocial del paciente con trastorno bipolar.

## **1.8 Objetivos.**

### **1.8.1 Objetivo General:**

Indagar la influencia del trastorno bipolar en la disfunción biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón Jesús.

### **1.8.2 Objetivos Específicos:**

1. Definir los signos y síntomas de inicio temprano del trastorno que prevalecen en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón.
2. Analizar el grado de disfunción biopsicosocial en pacientes con trastorno bipolar.
3. Proponer alternativas de solución psicoterapéuticas para pacientes con trastorno bipolar además de la terapia farmacológica.

## CAPÍTULO II

### 2 MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes Investigativos.

Reiser y Thompson, “Avances en psicoterapia - Trastorno Bipolar”, Manual Moderno, España 2006, el cual describe estudios realizados a población de los diferentes tipos de trastorno bipolar, afirmando que la implantación de la psicoterapia es el factor primordial para el equilibrio de las funciones psicosociales, para prevenir intentos de suicidio, reconocimiento de signos y síntomas, tratamiento y diagnóstico de los diferentes tipos de trastorno bipolar. Además, afianza el tratamiento psicológico clínico con la reinserción social del individuo, mediante la psicoeducación, la terapia de interrelación y la terapia cognitiva conductual.

Rojas Gutiérrez “Tesis Evolución y calidad de vida del trastorno bipolar” Granada 2008, el cual consta de un estudio detallado de la discapacidad, calidad de vida, tipos de trastornos bipolares al igual de la utilización de instrumentos psicológicos que nos ayudan al estudio clínico.

Becoña Elisardo y LorenzoMaría del Carmen “Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar” Santiago de Compostela 2001, muestra diferentes estudios que se suman al tratamiento psicoterapéutico del trastorno bipolar, como la terapia TIRS terapia interpersonal de ritmo social, la cual ayuda a estabilizar el estado de ánimo y sondeo anímico del paciente.

La CIF “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud OMS”. Ginebra 2001, La CIF está basada en la integración de estos dos modelos opuestos, médico y social. Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque “biopsicosocial”. Por lo tanto, la CIF intenta conseguir una síntesis y, así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.

Isasi Ana “Trastorno bipolar enemigo invisible” manual de tratamiento psicológico España, 2010, refiere que el objetivo principal de este 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.

Según la Organización Mundial de psiquiatría “Trastorno Bipolar y Creatividad” Ginebra 2009, manifiesta que hay una cantidad desproporcionada de personas con trastorno bipolar con talento creativo, tales como artistas, músicos, escritores, poetas y científicos, y algunos acreditan a su condición de bipolar el tener tal creatividad. En la fase hipomaniaca de la enfermedad el paciente presenta, una mayor concentración en las actividades, la cual le permite trabajar las 24 horas sin detenerse, con una necesidad mínima de sueño

La guía clínica de la American Psychiatric Association 1994, considera el manejo psiquiátrico y la terapia farmacológica como los componentes esenciales del tratamiento para los episodios agudos y para la prevención de los episodios futuros en los pacientes con el TB. Sin embargo, también reconoce que otros tratamientos psicoterapéuticos específicos pueden ser esenciales en el plan de tratamiento de algunos pacientes. El objetivo básico del tratamiento se va a orientar a reducir el malestar y mejorar el funcionamiento del paciente entre los episodios y disminuir la frecuencia de los episodios futuros.



Martínez Anabel, Evidencia científica en Depresión Bipolar “Manual de Actuación” España 2006, manifiesta la evidencia científica del estudio biopsicosociales al igual de los niveles de disfunción, es un manual que recopila todo los estudios realizados a nivel mundial del trastorno bipolar, comorbilidad, disfunción psicosocial, y procesos psicoterapéuticos.

Martínez cita a Calabares ,el cual manifiesta, que existe un grave nivel de rendimiento laboral e interacción social, presentando complicaciones crónicas, cambios de estado cíclicos, el suicidio, abuso de sustancias, ruptura conyugal, conflictividad familiar, pérdidas económicas, deterioro cognitivo, laboral y de la red social.

Matza Louis S, afirma que según su estudio denominado “Impacto del desorden bipolar en trabajos Perdidos”, tendencia de los medicamentos y beneficios , Estados Unidos 2004, este estudio realizado de manera retrospectivo que incluía a 740 pacientes bipolares y 6.314 unipolares, se observó que aunque estos pacientes trabajen el mismo número de horas, obtiene paga inferior que a los unipolares, por lo que parece que el trastorno bipolar tiene una mayor incidencia en el impacto global en los rendimientos de trabajo que la depresión mayor. Argumenta que las disfunciones cognitivas deberían ser detectadas y que su inclusión en las aproximaciones psicoterapéuticas podrían ser útil para mejorar los problemas que el paciente refiere en su funcionamiento cotidiano, ya sea mediante psi coeducación o terapia de rehabilitación cognitiva.

Martínez cita a Deán BB, quien menciona que la depresión y el trastorno bipolar producen un impacto negativo en los pacientes, reduciendo su bienestar general, su calidad de vida y funcionamiento en términos de empleo y productividad laboral. La naturaleza complicada del trastorno puede hacer difícil la evaluación de sus repercusiones en el funcionamiento. Martínez Aran y Vieta E, dividen los principales predictores de funcionamiento se ha señalado como el consumo de sustancias, los efectos secundarios de la medicación, historia previa de síntomas psicóticos, bajo nivel de funcionamiento pre mórbido, el número de episodios

previos, admisiones previas la edad temprana de inicio del trastorno y déficit cognitivos persistentes, que provocan deterioro de las actividades psicosociales.

Subiros Carla, en su tesis “Características de la población de pacientes Bipolares” Costa Rica 2010, en la cual consta un estudio detallado a la población con trastorno bipolar, los signos y síntomas característicos diagnóstico y tratamiento, quien adiciona la necesidad de mejorar el diagnóstico temprano en la enfermedad afectiva bipolar para disminuir el deterioro del paciente y de esta forma mejorar su pronóstico a lo largo de la vida, de la misma manera la vulnerabilidad que tienen los pacientes de redes de apoyo inadecuado su alto índice de caídas y el deterioro crónico de su enfermedad, en contraposición con quienes cuentan con recursos sociales adecuados, por lo que es indispensable brindar un seguimiento psicosocial individualizado y estructurado en estos casos.

Pousada Andrea, en su tesis “Estudio sobre la planificación y resolución de problemas y memoria de trabajo en pacientes con trastorno bipolar en fase Eutimia” España 2010, la cual estudia la capacidad y los tipos de memoria alteradas en pacientes bipolares desde el punto de vista clínico.

Moreno Sánchez, “Proceso de adaptación al español del cuestionario Mood Disorder Questionnaire”, 2005, Zaragoza, cuenta con un estudio detallado del cuestionario de trastornos del humor, para identificar sistemas de inicio temprano del trastorno bipolar.

## **2.2 Fundamentación Teórica**

### **2.2.1 Filosófica**

El paradigma de la investigación es crítico-propositivo como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales.

Al tratar el tema del trastorno bipolar miramos desde la óptica clínica, el punto de un tercero, en el cual observamos cómo los signos y síntomas del trastorno lo van incapacitando, cómo esta patología comienza a estigmatizar la sociedad a quien supuestamente perjudica, estos esquemas de disfunción biopsicosocial no se estancan en la simple detección de la sintomatología, sino buscan una solución a la problemática es decir, brindar una alternativa más a la terapia farmacológica, teniendo en cuenta, que la misión, es buscar un equilibrio biopsicosocial al ser humano atrás de la patología, al humano que es parte de una familia , al humano que es parte de un hogar, permitiendo así el crecimiento individual y familiar del mismo, logrando que vuelva a mirar lo que dejó de hacer, al igual de activarse en una sociedad de la cual es parte.

### **2.2.2 Sociológica:**

Esta investigación se fundamenta en la teoría dialéctica del materialismo histórico donde la sociedad está en constante búsqueda de curas a enfermedades como el trastorno bipolar que al paso del tiempo ha ido evolucionando y el descubrimiento de nuevos procesos psicoterapéuticos aparecen cada día con el objetivo de llevar a este trastorno a un equilibrio funcional lejos o apartado de la disfunción biopsicosocial.

Favoreciendo así la explicación de los diversos factores que originan esta patología tanto al individuo como a su familia, permitiendo el aprendizaje de la misma, una visión transformadora de la misma, con el afán de encontrar una homeostasis a la persona, comprometida con los valores esenciales del ser humano, la investigación actual será eminentemente participativa.

### **2.2.3 Legal**

La presente investigación se basa en leyes y a la vez se apoya en diferentes ámbitos legales con el fin de proteger el bienestar y seguridad del paciente con un desequilibrio psíquico o mental.

La OMS reconoce la importancia de la participación plena de personas con discapacidades y de sus organizaciones establecidas legalmente según el Reglamento de Discapacidades establecidas por el CONADIS en el 2006.

IESM-OMS, “Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador”, 2008, refiere que en “La ley sobre Discapacitados en el Ecuador (Abril 2006)” reconoce la calidad de discapacitados, como a las personas que adolecen determinadas enfermedades mentales de forma crónica o permanente. El Capítulo V de esta Ley se refiere a los Derechos y Beneficios de los discapacitados recalcando, entre otros aspectos, los siguientes: “Las personas con discapacidad tienen derecho a no ser discriminadas, por su condición, en todas las prácticas relativas al empleo, incluyendo los procedimientos para la aplicación, selección, contratación, capacitación, despido e indemnización de personal y en cuanto a todos los demás términos, condiciones y privilegios, de los trabajadores”, República del Ecuador: Ley sobre discapacitados. 2006

Otras disposiciones legales permiten que los discapacitados que superan un determinado porcentaje de limitación ya sea física o psíquica, puedan recibir un aporte económico mensual, exoneraciones y rebajas en tributos, adquisición de vehículos y la concesión de préstamos preferenciales para vivienda.

El Código Penal reconoce en algunos casos de enfermedad mental la inimputabilidad del paciente cuando ha cometido algún delito.

#### **2.2.4 Epistemológica**

Sostiene que el conocimiento del trastorno bipolar va más allá de dar información de cómo este afecta, en la disfunción biopsicosocial. Busca transformar al sujeto y a las situaciones que lo provocan, para que se caracterice al paciente bipolar como un ser proactivo, participativo o fortaleciendo su personalidad y su futuro con una

actitud creadora. Esto llevara a una positiva asimilación del entorno, dando la identidad pérdida, aquella identidad nacional que lo definía como un ciudadano activo y de progreso.

En este trabajo las ciencias se definen como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento familiar.

### **2.2.5 Psicológica**

La terapia cognitiva- conductual, establecida por Aarón Beck, es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene por percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta.

La terapia cognitiva – conductual, es un sistema de psicoterapia basado en las teorías sobre el procesamiento patológico de la información en los trastornos mentales. Se dirige esencialmente a modificar las cogniciones distorsionadas o desadaptativas y las alteraciones conductuales y emocionales que conllevan. El énfasis se pone en problemas específicos o cuestiones de la vida actual del paciente porque estimula la elaboración de planes de acción que pueden ayudar a contrarrestar síntomas disfuncionales. Se pretende lograr una valoración precisa y objetiva de la validez de las cogniciones y la naturaleza adaptativa de las conductas frente a las desadaptativas. Si se producen distorsiones cognitivas, el paciente y el terapeuta trabajan juntos para desarrollar una perspectiva más adecuada (empirismo colaborativo). Por otra parte, si se identifican experiencias o características actuales negativas, se intentará encontrar formas de afrontarlas o de cambiarlas. La Corriente Cognitiva Conductual es la única escuela psicológica tomada como pilar fundamental para el tratamiento del Trastorno Bipolar, ya que durante la fase depresiva se activaría un esquema mental negativo que dirigiría el recuerdo hacia sucesos de pérdida o de rechazo y centra la atención del momento presente en la posibilidad de fracaso. En cambio, durante la fase maníaca se activaría un esquema mental positivo que podría conducir a decisión errónea

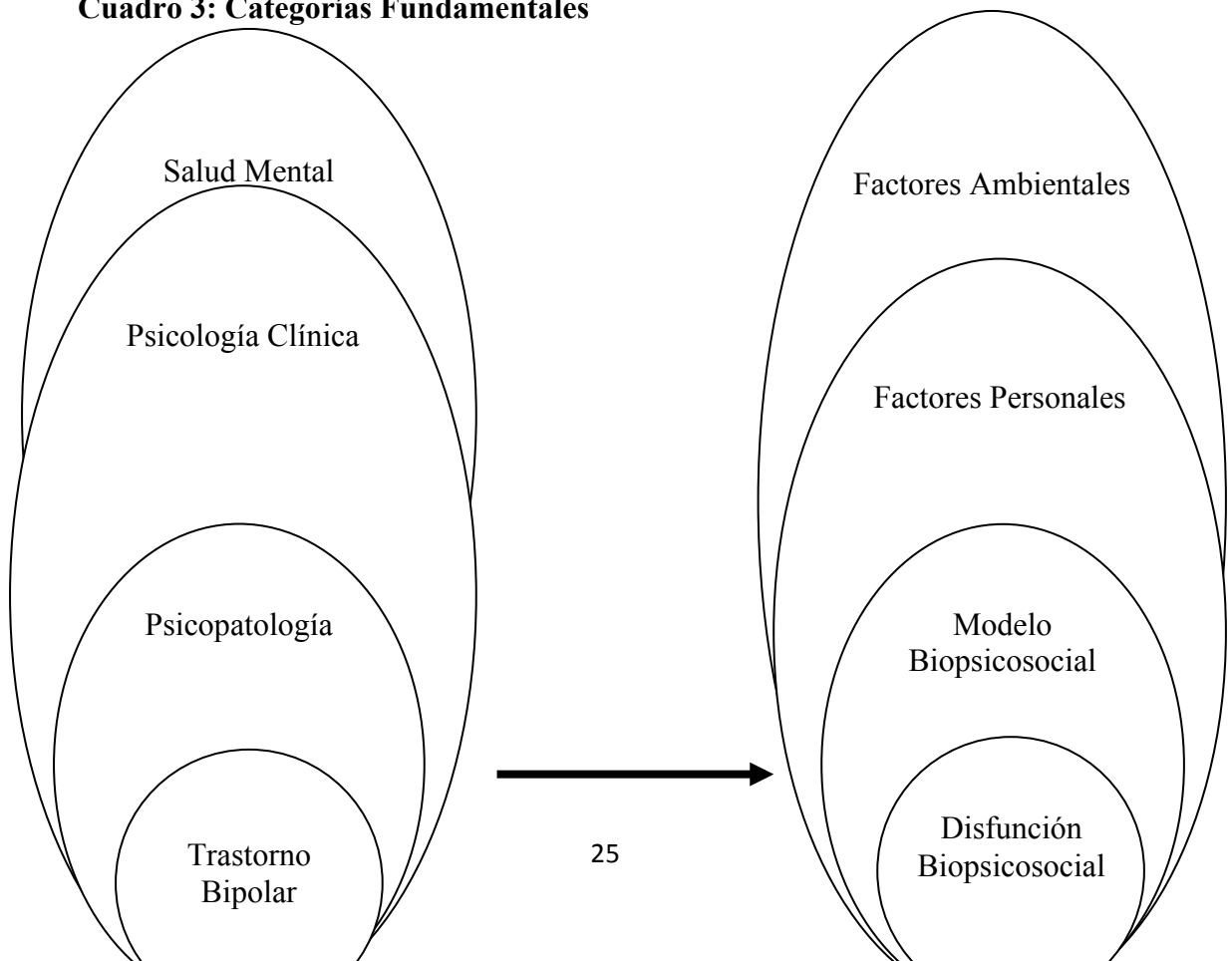
basada en un olvido selectivo de la necesidad de prudencia y moderación. La irritabilidad tan común en los episodios maníacos podría indicar la lucha simultánea con las implicaciones del polo opuesto (negativo) del esquema. Esta irritabilidad y la conciencia de esquemas positivos y negativos a la vez, podrían verse especialmente de manifiesto en los episodios mixtos.

### 2.2.6 Red de inclusiones conceptuales

El marco teórico específico del problema se enmarca en un conjunto de categorías que permite la comprensión y explicación necesaria, para fundamentar el proceso investigativo. La variable “Trastorno Bipolar” se explica en el contexto de las categorías (en forma descendente): Salud Mental, Psicología Clínica, Psicopatología. La variable “Disfunción Biopsicosocial” se explica en el contexto de las categorías (también en forma descendente): Factores Ambientales, Factores de Personales, Individuo, modelo biopsicosocial, asociados con el trabajo de Psicología Clínica.

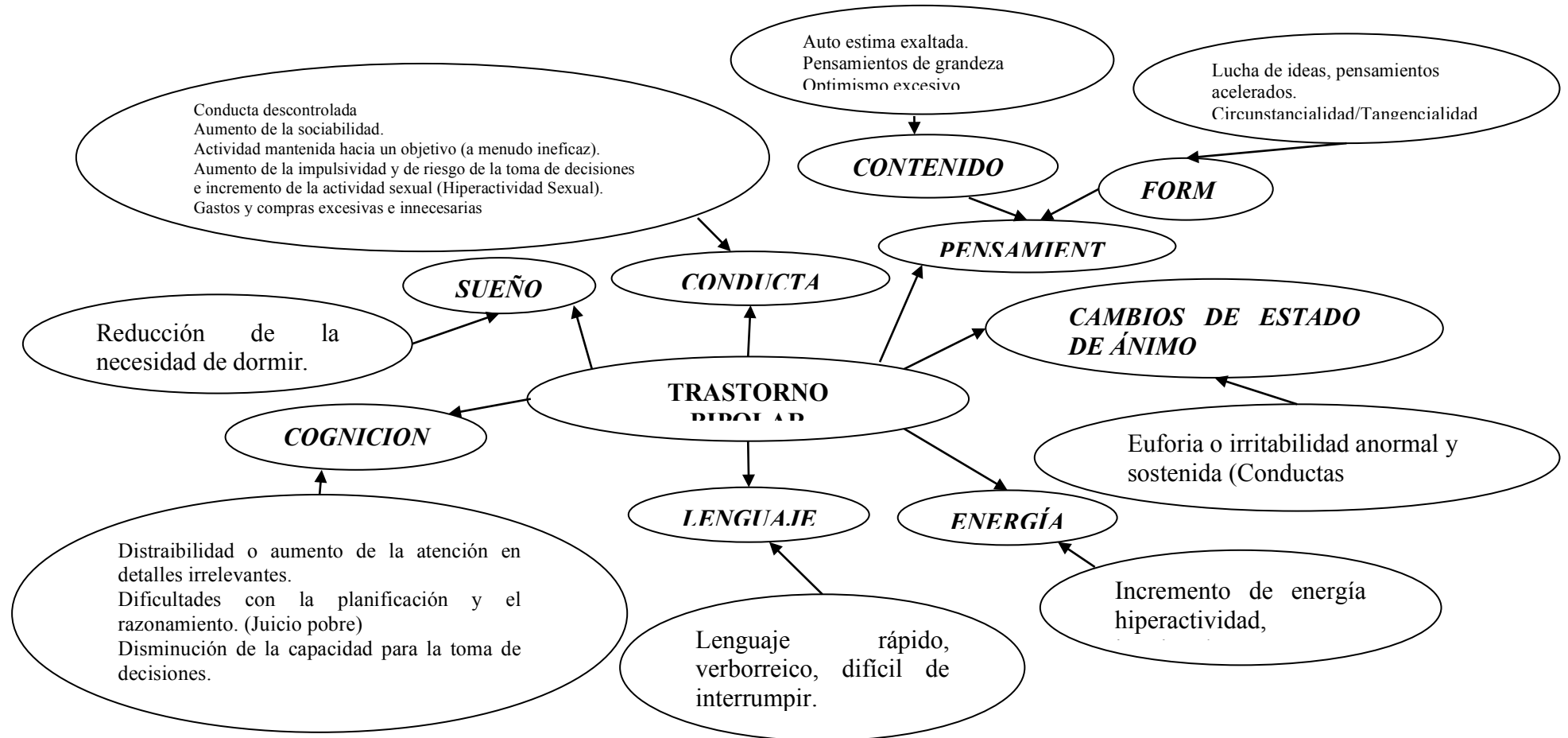
### 2.3 Categorías Fundamentales

**Cuadro 3: Categorías Fundamentales**

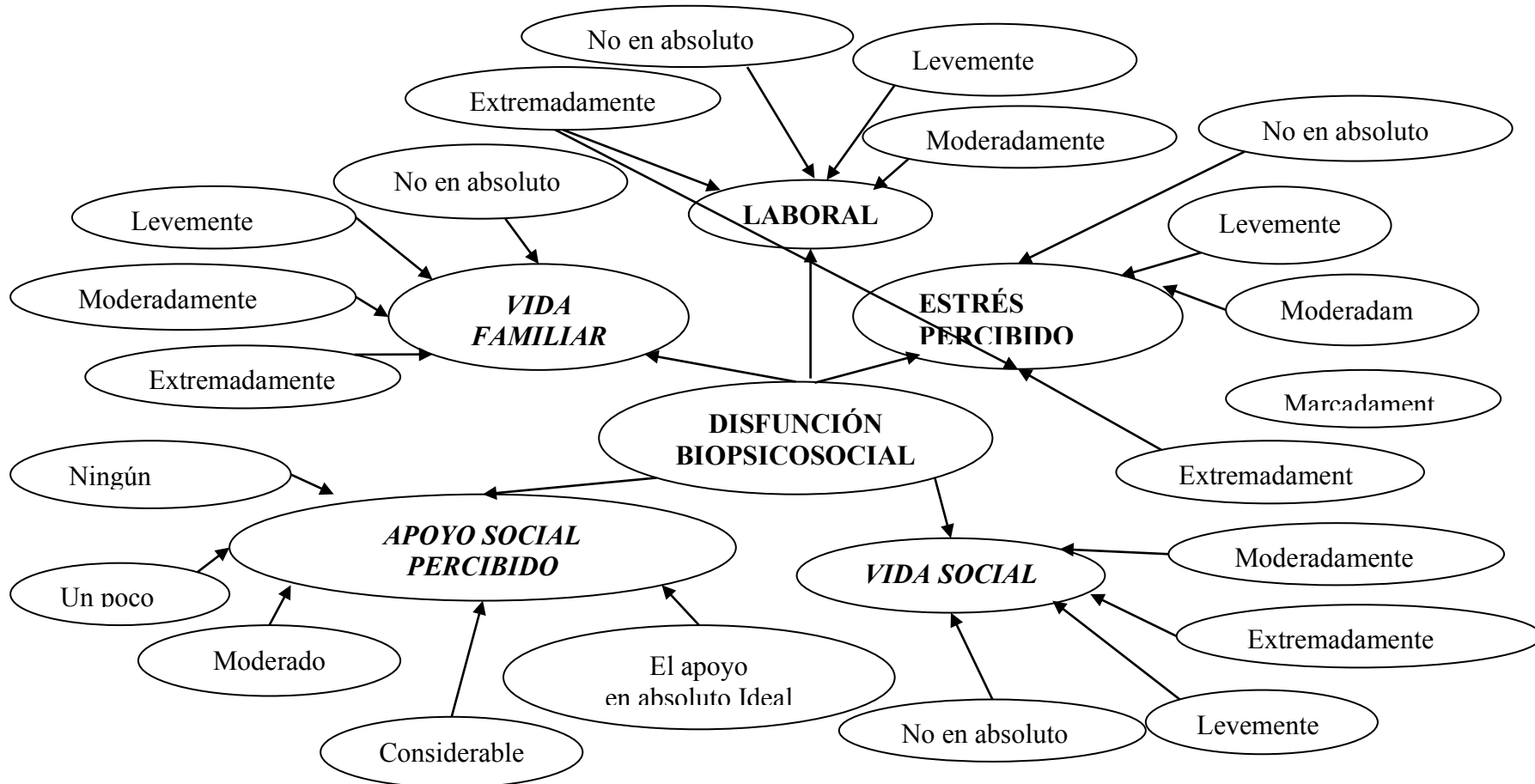


**2.3.1 CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.**

**CUADRO 4. Trastorno bipolar, signos y síntomas de inicio temprano**



**2.3.2 CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.**  
**CUADRO 5. Disfunción biopsicosocial**





## **2.4 FUNDAMENTACIÓN DE CATEGORIAS FUNDAMENTALES**

### **2.4.1 Salud mental**

Según la OMS “Intervenir en Salud Mental” Ginebra 2003, la Salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Nueva York ,1946.

Además aporta a los conceptos de salud mental como el bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales.

Los conocimientos sobre la salud mental y, en términos más generales, sobre el funcionamiento de la mente son importantes, porque proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento.

En los últimos años, la nueva información procedente de la neurociencia y la medicina conductual ha ampliado de manera espectacular nuestros conocimientos

sobre el funcionamiento de la mente. Resulta cada vez más evidente que dicho funcionamiento tiene una base fisiológica, además de estar esencialmente relacionado con el funcionamiento físico y social, y con los resultados de salud.

Carrazana Valeria, "El concepto de Salud mental en la Psicología Humanista - Integracionista" Bolivia, 2005, menciona que el concepto de salud mental presenta mucha controversia en cuanto a su definición y a su campo de acción. Son muchas las áreas científicas que se refieren a él y tratan de definirlo de la mejor manera. La medicina y dentro de ella la psiquiatría es la rama que más se ha ocupado de éste. Sin embargo, su abordaje ha sido hasta no hace mucho, reducido a los criterios netamente médicos y cuando se refería a salud mental, terminaba hablando enfermedad mental, al punto de llegar a homologar estos conceptos en sus escritos y en cuanto a la atención se refiere. La prevención y la promoción de la salud mental también estaban dirigidas a evitar problemas de enfermedad mental antes que a incentivar la mejora en la calidad de vida de las personas.

Avenburg Ricardo "Psicoanálisis y Salud Mental" 1993 Argentina, quién cita a Freedman Kaplan y Sadock. Quien interpreta su traducción como: "Definamos salud mental como la adecuación de los seres humanos al mundo y entre sí con un máximo de efectividad y felicidad. No sólo eficacia o sólo contento, o la gracia de obedecer las reglas de juego alegremente. Es todas estas cosas juntas, una conducta social mente considerada y una feliz disposición. Esto, pienso yo, es una mente sana".

Pero el concepto de salud mental incluye una perspectiva social: el bienestar de una comunidad en relación a sus condiciones de vida y en particular a aquellas condiciones que están relacionadas con la enfermedad mental, apuntando a su prevención, a su curación o a la mitigación y posible resolución de las consecuencias de la misma.

La vieja dicotomía de salud física salud mental se ha superado con el reconocimiento del componente bio-psicosocial del enfermar, disolviéndose sus límites al conocerse, cada vez con mayor exactitud, la interdependencia entre la conducta, la mente y el cuerpo.

Cobos Miren “Psicopatología General” Chile 2005, La salud mental al igual que la salud física es un estado relativo y por lo tanto difícil de definir. Que la salud mental es un estado relativo significa que las personas con un diagnóstico de trastorno mental pasan periodos de tiempo en los que hay una relativa ausencia de síntomas. A su vez las personas que denominamos mentalmente sanas también pasan por periodos en los que puede haber una presencia de sintomatología psicopatológica.

Cada profesional resalta diferentes aspectos de lo que es salud mental:

- Meninnger, define salud mental como la adaptación o ajuste del ser humano a su entorno y a él mismo con el máximo de efectividad y felicidad. Está basado en el concepto de adaptación del individuo.
- Freud, define salud mental como la capacidad de trabajar y de amar.
- Jahoda, define la salud mental debe reunir los siguientes requisitos:
  - Ausencia de enfermedad.
  - Tener una conducta normal.
  - Tener un ajuste interno.
  - Una adaptación al medio.
  - Tener una correcta percepción de la realidad.

Castilla del Pino, habla de salud mental en términos de equilibrio entre los diferentes polos del self (concepto de sí mismo). Tiene que existir una congruencia entre el concepto de uno mismo, congruente con el concepto que los demás tienen de mí y con el concepto que yo creo que los demás tienen de mí.

#### **2.4.2 Psicología clínica**

Barbadillo Víctor, “Conceptos de Psicología” 2006, Chile, define a la psicología clínica como la que “Se encarga del estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal. Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento”. Las funciones del psicólogo clínico consisten en la prevención, diagnóstico y tratamiento de todo tipo de trastornos de la conducta que pueda presentar una persona. El campo de acción es muy grande se puede encargar desde pequeños desajustes en la relación del individuo con su medio (neurosis, fobias, timidez, etc.), hasta patologías que puedan destruir casi por completo la personalidad del sujeto como por ejemplo la esquizofrenia. Los problemas clínicos se formulan en términos de hipótesis para ser comprobadas a través de los encuentros con los pacientes que dan cuenta de su estado mental. La práctica clínica supone necesariamente la investigación.

Además, es la ciencia dedicada al estudio de la conducta o el comportamiento humano a través de las distintas manifestaciones en que este pueda tener lugar (cognitivas, emocionales, motoras o manifiestas y psicofisiológicas en general) y a la aplicación práctica y positiva de este conocimiento en los distintos ámbitos o contextos en que los sujetos humanos pueden desenvolverse.

Se ocupa del estudio de los trastornos clínicos y mentales, como por ejemplo, trastornos de la infancia, trastornos relacionados con el uso de sustancias, esquizofrenia, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y otros así como de las técnicas y terapias apropiadas para su tratamiento.

Montoya cita Rotter, quien argumenta que la Psicología Clínica es la aplicación de los principios de la Psicología a la situación psicológica del individuo, para una mejor adaptación a la realidad. En éste mismo sentido, Watson, además de incluir los aspectos mencionados anteriormente, se interesó por definirla

interdisciplinariamente, entre el ser humano y la conducta que este aprende del ambiente donde se desenvuelve.

Bernstein, & Nietzel, M. "Introducción a la Psicología Clínica". 1988, México, explica que la Psicología Clínica es una doctrina proveniente de la Psicología, la teoría de la personalidad, la Psiquiatría, el Psicoanálisis y la antropología. De ésta forma, el primero de ellos hace referencia a la investigación de la conducta por parte de los clínicos, para así aplicar en la práctica los principios estudiados y obtener resultados satisfactorios en el trato con el cliente. El segundo, tiene que ver con la evaluación que se realiza de las capacidades y características de los clientes. En tercer lugar encontramos la intención de ayudar a las personas que tienen problemas psicológicos desde diferentes perspectivas.

Por otro lado, aquello que distingue el área clínica de las otras áreas de la Psicología es la actitud clínica o percepción clínica, consistente en la "orientación exclusiva que tiene el psicólogo clínico de cambiar los conocimientos generados por la investigación clínica, y de otro tipo, con sus esfuerzos que hace para evaluar a una persona particular para poder entenderla y ayudarla de manera individual". Dicho de otra manera, consiste en entender de qué manera los principios y relaciones se plasman en la vida y los problemas de los individuos, es decir, situándose en el nivel ideográfico, investigando las posibles aplicaciones de la teoría, en el tratamiento de los individuos.

Se puede abstraer que la Psicología Clínica es la "investigación, evaluación e intervención necesarias, para entender en términos psicológicos la conducta humana y los conflictos internos, respetando a la persona en su individualidad e intentando ayudarla en sus necesidades".

### **2.4.3 Psicopatología**

Marietan Hugo "Psicopatología" España 2004, define "Que las observaciones producen generalizaciones, y cuando a partir de estas generalizaciones tratamos de formular una teoría, es decir, una serie de pensamientos coherentes acerca de los hechos observados, salimos del terreno de la Psiquiatría (eminentemente práctica)

y entramos en los dominios de la psicopatología”. Aquí nos manejamos con abstracciones, mientras que en la Psiquiatría nos manejamos con elementos concretos.

La psicopatología, entonces, da cuerpo y estudia los sistemas teóricos derivados de la observación, descripción y resultados de la terapéutica psiquiátrica.

En consecuencia, la psicopatología tiene dos fuentes: por un lado la acción psiquiátrica, que le da los elementos primarios; y por otro lado la filosofía, que aporta los sistemas de pensamientos, necesarios para formular las teorías. La filosofía, es básicamente descriptiva (síntomas, signos); con ellos puede llegar a una primera generalización (síndromes) o segunda generalización (cuadros), pero ya el tercer paso es psicopatológico, es decir, debe formular una clasificación, una teoría acerca de los hechos observados. Luego utiliza la deducción, hasta llegar a un conocimiento.

Murillo Gustavo “Psicopatología General” Santiago de Chile 1996, cita a Emminghaus (Allgemeine Psychopathologie, 1878), quien da la primera definición de Psicopatología como la “Ciencia que estudia las alteraciones del espíritu”. La psicopatología se remonta a unos 150 años careciendo aún hoy en día de un status bien definido siendo este término el que mejor engloba dicha disciplina

Murillo cita a diferentes autores que definen a la psicopatología como:

Maher: “El estudio científico del comportamiento trastornado”.

Davis: “Explicación de los trastornos de la conducta”. Lo concibe como una búsqueda del “por qué” de cada trastorno y la aparición de otros.

Dorsch: “Las desviaciones patológicas de la vida psíquica. Es la base científica de la Psiquiatría”.

Haní y Lamb: “Estudio de las perturbaciones psicológicas y de los mecanismos básicos de éstas.”

Mammer define a la psicopatología como “La ciencia que tiene por objeto el estudio de la conducta anormal, o si se prefiere la conducta desviada”. “Es el estudio de la conducta disfuncional”, de un determinado trastorno o enfermedad mental.

Tirobosco Lorena, “Psicopatología General” España 2003 define a la psicopatología como “Es el estudio de las dolencias del alma”. Para el modelo médico, la psicopatología es el estudio de las manifestaciones psíquicas anormales.

Con frecuencia resulta inexacto poder concluir, en que una persona padece de trastornos mentales en base a evidencias de síntomas individuales. No obstante aunque un síntoma único sea intenso y persistente, no siempre indica enfermedad. Lo importante es la agrupación de síntomas en un síndrome.

## **VARIABLE INDEPENDIENTE**

### **2.4.4 TRASTORNO BIPOLAR**

Emil Kraepelin (1856-1926), un psiquiatra alemán, considerado por muchos como el padre de la conceptualización moderna de trastorno bipolar, fue quien categorizó y estudió el curso natural de pacientes bipolares que no estaban siendo tratados, tiempo antes de que se descubrieran los estabilizadores del humor. Al describir a estos pacientes en 1902, él acuñó el término "psicosis maniaco-depresiva." Él notó que sus pacientes bajo observación tenían unos intervalos de enfermedad, maníaca o depresiva, y generalmente después venían intervalos libres de los que el paciente podía funcionar normalmente.

Según el DSM IV, El Trastorno Afectivo Bipolar es un trastorno mental grave, recurrente e incapacitante que se ubica dentro de las alteraciones del estado del ánimo. Se caracteriza por episodios de depresión y manía durante los cuales ocurren cambios extremos en el estado del ánimo, las cogniciones y las conductas.

Es un trastorno depresivo de larga duración, interferido por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

Counseling and Psychological Services “Que es el Trastorno bipolar” España2006, American Academy of Family Physicians, definen al trastorno bipolar como una enfermedad mental que causa cambios de humor extremos. Esta condición también se conoce con el nombre de enfermedad maniaco depresiva. Puede ser causada por un desequilibrio químico en el cerebro. El trastorno bipolar a veces se hereda entre los miembros de familia. Si usted tiene un padre con trastorno bipolar su probabilidad de tenerlo es mayor. Tanto el hombre como la mujer pueden tener trastorno bipolar. La gente de todas las edades lo puede tener.

Vieta Eduard, “Que es el Trastorno Bipolar”, Universidad de Barcelona, España 2002, señaló que la trastorno bipolar (también llamada maniaco depresivo) consiste en una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, de forma que los cambios habituales que experimenta cualquier persona en su tono vital, se acentúan hasta un punto que puede llegar a requerir hospitalización. Las personas que sufren este problema presentan, durante días, semanas o meses, periodos de pérdida de interés en sus actividades habituales, falta de concentración, intensa apatía (cualquier pequeña tarea o contrariedad se convierte en un escolio insalvable) y alteraciones del sueño y del apetito (tanto en el sentido de aumento como de disminución). Estos síntomas son comunes a las diversas formas de depresión. Sin embargo, estos pacientes sufren también episodios inversos en los que se sienten capaces de cualquier cosa, se embarcan en numerosos proyectos, hablan en exceso, gastan dinero con profusión y se molestan fácilmente cuando se les lleva la contraria. Estas fases reciben el nombre de manía o hipomanía, según la intensidad.

Algunos pacientes, finalmente presentan fases mixtas, en las que entremezclan depresión y euforia.



Noya Nils “Trastorno Bipolar y Adicciones” 2007 España, El trastorno bipolar es una enfermedad seria pero médicamente tratable que afecta al cerebro y está caracterizado por cambios bruscos en el humor, la energía y el comportamiento.

Montes Manuel “Afrontando al Trastorno Bipolar” Madrid 2009, El trastorno bipolar es una enfermedad caracterizada por la existencia de una alteración en los mecanismos cerebrales de regulación del ánimo. La alteración se encuentra por lo tanto en el cerebro, más concretamente en las estructuras encargadas de modular nuestro ánimo a las circunstancias externas. Si son circunstancias tristes hacen que estemos tristes y si son alegres que estemos alegres.

En el trastorno bipolar se altera esta regulación y aparecen estados de ánimo bajo (episodio depresivo), exaltado (episodio maniaco) o mezcla de ambos (episodios mixtos) más allá de lo normal, con repercusión negativa en el funcionamiento y que toman un curso independiente de las circunstancias externas (aunque estas circunstancias pueden actuar como desencadenantes como se verá posteriormente).

El trastorno bipolar se manifiesta en episodios (maniacos, depresivos, mixtos) recurrentes, que pueden alternarse con épocas de normalidad de ánimo (eutimia). Además, también son frecuentes los periodos en que aparecen síntomas, aunque estos no cristalicen en un episodio.

Igoa, Bottini, Martino, Gagliesi, “Trastorno Bipolar: guía para pacientes, familiares y allegados”, España 2008, en su manual de psicoeducación para pacientes con TB, enmarco un conjunto de sintomatología frecuente para esta patología como síntomas depresivos, episodios de manía e hipomanía.

#### **2.4.5 Episodio de manía:**

Goikolea Manuel “Actualizaciones del tratamiento del trastorno bipolar” España, 2008, define a la manía como una manifestación que se caracteriza por un estado de ánimo eufórico, aunque en ocasiones puede dominar la irritabilidad.

Cognitivamente, el paciente maníaco presenta una autoestima elevada y cogniciones megalomaniacas. El curso del pensamiento es rápido y acelerado, distraído, al igual que el habla, también acelerada, lo que lleva a un discurso difícil de seguir que en grado extremo llega a ser ininteligible (fuga de ideas). Disminuyen los requerimientos de sueño y la conducta suele ser hiperactiva y desinhibida, con gastos excesivos y gran impulsividad. La manía más grave produce una alteración del funcionamiento, que suele precisar una hospitalización. En la mitad de los casos se acompaña de síntomas psicóticos, es decir, delirios o alucinaciones. Los delirios suelen ser de grandeza, religiosos y sexuales, pero también pueden ser incongruentes con el estado de ánimo (de perjuicio o paranoides), lo que puede provocar su confusión con otros trastornos que cursan con psicosis, como la esquizofrenia.

Durante este episodio el paciente con trastorno bipolar puede presentar algunos de los siguientes síntomas:

#### **2.4.5.1 Euforia**

Se caracteriza por una sensación de extrema felicidad y plenitud, que generalmente se acompaña de un optimismo exagerado, despreocupación por los problemas cotidianos, tendencia a los chistes y bromas que resultan poco pertinentes.

#### **2.4.5.2 Irritabilidad**

Se manifiesta por la tendencia al mal humor, a tener reacciones desproporcionadas ante hechos triviales o a iniciar peleas. Si bien la euforia es el síntoma característico de la manía, en algunos casos la irritabilidad puede ser el estado de ánimo predominante, principalmente cuando se contradice a la persona. También se observa con frecuencia la alternancia entre la euforia y la irritabilidad.

### **2.4.5.3 Grandiosidad**

Implica una confianza excesiva en uno mismo y falta de autocrítica que puede llevar a dar opiniones o realizar algo de lo no se tiene NINGÚNa experiencia, como por ejemplo escribir una novela o componer una sinfonía.

### **2.4.5.4 Disminución de la necesidad de dormir**

La persona siente que casi no necesita dormir y cuando se levanta tras haber dormido unas pocas horas se siente lleno de energía. En los casos más graves, puede pasar varios días sin dormir no sintiéndose cansado.

### **2.4.5.5 Verborragia o hablar más de lo habitual**

La persona puede hablar sin parar durante largos períodos de tiempo y resulta muy difícil interrumpirla. Esto puede acompañarse de un aumento del tono de la voz y de la velocidad del habla.

### **2.4.5.6 Sensación de que el pensamiento está acelerado**

La persona puede percibir que sus ideas se producen una tras otra a una velocidad mayor que la habitual, “como si la cabeza fuera un motor que no para nunca”. En algunos casos, la velocidad de los pensamientos es tal, que la persona pasa de un tema a otro sin conexión aparente, dando al observador la apariencia de que dice incoherencias.

### **2.4.5.7 Desconcentración y dificultad para prestar atención**

Por lo que pueden tener dificultades para seguir una conversación, leer un libro o mirar una película. Muchas veces las dificultades para prestar atención se manifiestan como problemas memoria.

### **2.4.5.8 Aumento de la actividad**

Es característica la participación en múltiples actividades al mismo tiempo sin tener demasiado en cuenta los posibles riesgos y beneficios, como por ejemplo

comenzar a realizar cursos o actividades deportivas, trabajar más de lo habitual o incluirse en actividades políticas. En los casos más graves, esta hiperactividad es improductiva y puede manifestarse como una inquietud extrema.

#### **2.4.5.9 Aumento de la sociabilidad**

Las personas con este desorden se muestran más sociables de lo que habitualmente son, lo que las conduce por ejemplo, a llamar a los familiares a cualquier hora del día o a mantener diálogos con desconocidos. Es frecuente que esto se acompañe de un aumento de las fantasías y deseos sexuales.

#### **2.4.5.10 Búsqueda excesiva de actividades placenteras**

Muchas veces la expansividad, la grandiosidad y el optimismo exagerado conducen a una búsqueda desmedida de actividades placenteras, como por ejemplo realizar compras excesivas e inapropiadas o inversiones económicas poco razonables, conducir autos en forma imprudente o tener relaciones sexuales promiscuas con desconocidos. También es frecuente que durante estos períodos, las personas “cambien de look”, utilizando vestimentas extravagantes o provocativas.

#### **2.4.5.11 Presencia de síntomas psicóticos**

No es infrecuente que las manifestaciones anteriores se acompañen en algún momento, de síntomas psicóticos, dentro de los que se incluyen los delirios y las alucinaciones. Se entiende por delirio a ideas falsas en las que el paciente cree ciegamente, que guían su conducta y que persisten a pesar de intentar explicarle lo equivocado de las mismas. Es el caso de creerse un enviado de Dios, creer que tiene poderes especiales o creer que alguien lo persigue, entre otras. Las alucinaciones consisten en escuchar, ver, oler o sentir cosas que en realidad no existen.

#### **2.4.6 Episodio de Hipomanía**

La hipomanía comparte todas las manifestaciones de la manía aunque con menor intensidad y con la excepción de que, durante un episodio hipomaniaco, nunca se presentan síntomas psicóticos. Durante estos episodios, la persona experimenta un estado de ánimo elevado y un optimismo y una autoestima exagerados. Tiene también, menor necesidad de dormir, mayor energía que lo habitual, mayor interés por el sexo y múltiples ideas y proyectos.

La hipomanía puede hacer que la persona incremente su actividad, creatividad, capacidad de liderazgo y resulte, por lo tanto, una experiencia agradable. Sin embargo, el problema radica en que este estado no es estable en el tiempo y tiende a evolucionar hacia un episodio maniaco, mixto o depresivo.

Es muy importante poder distinguir entre la hipomanía y la alegría. La alegría suele tener una justificación clara, dura poco tiempo y tiende a decrecer con el paso de los días. Por el contrario, la hipomanía puede aparecer sin ningún motivo aparente, puede durar varios días o semanas y suele evolucionar a un episodio maniaco, depresivo o mixto.

Además, en la hipomanía se presentan síntomas que no son propios de la alegría, como la irritabilidad, la disminución de la necesidad de dormir o la aceleración del habla.

#### **2.4.7 Signos y la Depresión Mayor**

Los síntomas característicos del episodio depresivo son:

##### **2.4.7.1 Estado de ánimo depresivo**

Se caracteriza por un sentimiento de intensa tristeza o de vacío que se encuentra presente la mayor parte del día, casi todos los días. Este sentimiento frecuentemente se acompaña de mucha angustia y tendencia al llanto.

#### **2.4.7.2 Incapacidad para experimentar placer**

Hay una incapacidad de disfrutar actividades que antes resultaban placenteras. Salir con amigos, actividades recreativas o deportivas, lectura o salidas, e inclusive el sexo, dejan de causar el interés que antes tenían.

#### **2.4.7.3 Alteraciones del sueño**

Se manifiestan por un aumento o disminución en la cantidad de horas de sueño o por tener un sueño menos profundo, con la sensación de sentirse cansado aún después de levantarse.

#### **2.4.7.4 Variaciones en el peso**

Hay un aumento o una pérdida de peso sin hacer régimen, acompañado de cambios en el apetito.

#### **2.4.7.5 Fatiga y falta de energía**

Es característica la sensación de que cada movimiento requiere un gran esfuerzo y resulta agotador. Esto se acompaña de un cansancio físico extremo, inclusive para realizar las tareas habituales. Generalmente se manifiesta como la sensación de “estar apagado”.

#### **2.4.7.6 Baja autoestima**

Es la tendencia a ver todo gris y sin sentido, acompañado de ideas de inutilidad, de culpabilidad y de desesperanza respecto al futuro. La persona afectada tiene la sensación de ser un peso para los demás.

#### **2.4.7.7 Falta de concentración**

Le cuesta más de lo habitual retener datos o participar en conversaciones, seguir un programa de televisión, leer un libro o tomar decisiones.

#### **2.4.7.8 Pensamientos de muerte**

La vida parece carecer de sentido, lo cual junto a las ideas de culpa y desesperanza pueden conducir a pensar que desaparecer sería un alivio para la persona afectada y sus familiares.

#### **2.4.7.9 Síntomas psicóticos**

Al igual que en los episodios maníacos, estas manifestaciones pueden acompañarse de ideas delirantes y alucinaciones.

#### **2.4.8 Signos y episodios mixtos**

En este cuadro se mezclan un episodio maníaco con los de un episodio depresivo. Por ejemplo, es frecuente que aparezca hiperactividad y aceleración del pensamiento simultáneamente con ideas negativas y pensamientos depresivos.

La irritabilidad y la ansiedad son también manifestaciones comunes en estos tipos de episodios.

Los episodios mixtos pueden aparecer en forma aislada o como una transición entre episodios depresivos y maníacos o viceversa. Estos episodios son particularmente difíciles de diagnosticar y los síntomas más característicos son:

- Mal humor e irritabilidad.
- Pensamiento acelerado.
- Inquietud.
- Hostilidad.
- Alteraciones del sueño.
- Cambios rápidos del humor (labilidad emocional).
- Comportamiento descontrolado.
- Ideas delirantes.
- Ideas negativas.
- Alucinaciones.

## 2.5 Causas:

Igoa Ana, “Trastorno Bipolar: guía para pacientes, familiares y allegados”, Argentina, 1998, señala que el trastorno bipolar consiste en una alteración de los mecanismos biológicos que regulan el estado de ánimo. El cerebro humano cuenta con una serie de mecanismos reguladores que evitan que el estado de ánimo alcance niveles extremadamente altos o extremadamente bajos que pudieran atentar contra la integridad del individuo.

Actualmente se sabe que algunos genes, que son segmentos de ADN que se encuentran en el interior de las células y que se transmiten de generación en generación como herencia, pueden producir que estos mecanismos reguladores del estado de ánimo pierdan precisión.

De esta manera, la presencia de estos genes aumentaría el riesgo de padecer trastorno bipolar. De hecho esto explica el patrón familiar de presentación de la enfermedad, es decir, que en la mayoría de los casos las personas con trastorno bipolar tienen antecedentes familiares - abuelos, padres, tíos, hermanos o hijos – de la enfermedad.

El hecho de que el padre o la madre tengan el trastorno, aumenta en más de 10 veces el riesgo de sus hijos a padecer la enfermedad. Una persona con estos antecedentes tiene entre un 15 y un 20% de posibilidades de presentar un trastorno bipolar, mientras que la población general, es decir sin antecedentes, tiene una posibilidad de un 2% aproximadamente.

La presencia de la enfermedad en los casos en que no hay antecedentes familiares, puede explicarse por distintos motivos:

- Puede ser que haya algún antecedente familiar, como un abuelo alcohólico o un tío fallecido por suicidio, que en realidad tenían un trastorno bipolar que no fue adecuadamente diagnosticado.
- Que los antecedentes sean remotos, por ejemplo una bisabuela y desconocidos por la persona afectada.



- Que se hayan producido mutaciones, es decir cambios espontáneos en los genes, que explican que enfermedades hereditarias aparezcan en personas sin antecedentes.

Además es importante recordar que los genes determinan una predisposición hereditaria, sobre la que actúan ciertos factores ambientales que pueden desencadenar los episodios.

Entre los factores ambientales se pueden mencionar:

- El consumo de alcohol y drogas
- Ciertos cambios hormonales
- Algunos medicamentos
- Factores meteorológicos como los cambios estacionales

Los acontecimientos estresantes, como las conflictos familiares y laborales o la pérdida de un ser querido, también pueden colaborar en la aparición de los primeros episodios del trastorno en personas que tienen la predisposición genética. No obstante, muchas veces, con la evolución de la enfermedad, la desregulación del estado de ánimo se vuelve independiente, es decir que pueden aparecer episodios que no guardan NINGUNA relación con situaciones estresantes.

En conclusión, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que no existe una causa única, sino que factores genéticos y ambientales actúan conjuntamente para que se manifieste el trastorno. Este modelo es válido para muchas otras enfermedades médicas como el infarto en donde existe una base genética que predispone a la persona a padecerlo pero el estrés, el sedentarismo y el tabaquismo, entre otros, son los factores que desencadenan la enfermedad.

## **2.6 Tipos de Trastorno Bipolar**

### **2.6.1 Trastorno bipolar de tipo I**

Para poder diagnosticar a una persona como paciente con TB-I es necesario que se haya manifestado en algún momento, al menos un episodio maníaco o mixto.

En el TB-I hay que especificar si el episodio más reciente es de tipo maníaco, hipomaniaco, mixto, depresivo o no especificado (cuando no cumple criterios temporales para clasificarlo como uno de los cuatro anteriores). También puede distinguirse un TB-I, con un único episodio maníaco, para lo cual es necesario que no se haya diagnosticado ningún Episodio de manía.

Criterios del DSM-IVTR para episodios maniacos y mixtos.

- A. Presencia de un episodio maníaco, hipomaniaco, mixto o depresivo mayor.
- B. Historia de un episodio depresivo mayor, mixto, hipomaniaco o maníaco, según cuál sea el episodio más reciente que se haya tipificado en el criterio.
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas afectivos de los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. Ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. Ej. hipertiroidismo).

### **2.6.2 Trastorno bipolar de tipo II**

El TB-II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, intercalándose, al menos, un episodio hipomaniaco, es decir, en este trastorno ningún episodio cumplen los criterios de maníaco o mixto. Los criterios del DSM-IV-TR son:

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniaco.
- C. No ha habido ningún episodio maníaco, ni un episodio mixto.
- D. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En los siguientes puntos se define lo que son cada uno de los episodios mencionados (depresivos mayores, hipomaniaco y mixto), en función de los cuales se evalúa el TB.

### **2.6.3 Criterios para el episodio depresivo mayor**

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser:

- Estado de ánimo depresivo.
- Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación

realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autor reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

**Nota:** No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej. hipotiroidismo).
- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

#### **2.6.4 Criterios para el 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 la hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas(cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
- Autoestima exagerada o grandiosidad.
  - Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).
  - Más hablador de lo habitual o verborreico.
  - Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
  - Distraibilidad (p. ej. la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).

- Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.
- Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej. enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

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.

E. 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).

**Nota:** Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p.ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

### **2.6.5 Criterios para el episodio hipomaniaco**

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.

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

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

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

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

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

D. 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).

**Nota:** Los episodios parecidos a los hipomaníacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticar como trastorno bipolar II.

### **2.6.6 Criterios para el 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.
  
- 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 los demás, o hay síntomas psicóticos.
  
- C. 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).

**Nota:** Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

### **2.7 Efectos del TB.**

Pausada Andrea, “Estudio sobre la planificación y resolución de problemas y memoria de trabajo en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica.” Madrid 2010, marco al TB como un trastorno psiquiátrico crónico con un curso variable y un impacto significativo para el paciente a nivel social, ocupacional, de



funcionamiento general y de bienestar. Todo ello hace que el diagnóstico psiquiátrico muchas veces sea un proceso dinámico y susceptible de cambios.

Una complicación grave y no poco frecuente es el abuso de alcohol y drogas. Ya sea como consecuencia de la euforia y su incesante búsqueda de nuevas sensaciones o como automedicación para aliviar los la depresión. El abuso de alcohol y drogas, puede ser el desencadenante del desorden en personas con predisposición a tener la enfermedad. Además, empeora el pronóstico de la enfermedad, ya que aumenta la frecuencia y gravedad de los episodios y favorece la aparición de síntomas psicóticos.

La falta de conocimiento de la enfermedad por parte de los familiares puede generar también serias dificultades. Por un lado ciertas características de la manía o hipomanía como irritabilidad, gastos excesivos, relaciones sexuales promiscuas, y de la depresión como desinterés, pesimismo, desgano, pueden ser interpretadas como conductas voluntarias y ocasionar desde rupturas de pareja hasta una mala relación entre padres e hijo. En el otro extremo, la sobreprotección por parte de los familiares ante el temor a un nuevo episodio, puede llevar a limitar la autonomía y capacidad funcional de la persona afectada.

Las consecuencias del trastorno bipolar repercuten también en el ámbito laboral. Tanto las manifestaciones de la euforia -realizar gastos excesivos, embarcarse en proyectos sin medir las consecuencias- como los de la depresión -disminución de la productividad, ausentismo laboral- predisponen a la pérdida del trabajo y/o a tener complicaciones financieras si no son tratadas a tiempo. Se observa con frecuencia que los empleadores tienen escasa o NINGÚNa información sobre esta enfermedad, esto los hace proclives a despedir el personal que lo sufre o a quitarle la protección del sistema de salud, desconociendo el hecho de que fuera de los episodios estas personas pueden ser valiosos colaboradores y eficaces trabajadores.

La consecuencia más grave es indudablemente el suicidio. Alrededor del 15% de las personas con trastorno bipolar fallecen por ello. Esto generalmente ocurre en el transcurso de un episodio depresivo, en que la persona tiene la sensación de que la vida no tiene sentido, se siente fracasada e inútil y piensa sinceramente que su desaparición será un alivio para ella y para los que la rodean. Es muy difícil que una persona en este estado pueda entender que lo que le pasa es consecuencia de una enfermedad y que, con el tratamiento correcto, en unas pocas semanas dejará de desear la muerte.

Finalmente, existe a nivel social un prejuicio respecto a la peligrosidad e irreversibilidad de las enfermedades psiquiátricas. Llegará el día en que se pueda hablar con la misma naturalidad del trastorno bipolar que de otras enfermedades crónicas como la artrosis o la diabetes.

Se trata de un trastorno discapacitante que en muchas ocasiones se diagnostica tarde. Su abordaje ha sido clásicamente farmacológico, fundamentalmente con la utilización de litio, aunque en los últimos años se ha demostrado que su combinación con distintos tratamientos psicológicos permite una mejoría significativa en estas personas (Becoña y Lorenzo, 2001). Para evitar retrasos en el diagnóstico y acelerar la consecuente pauta de los tratamientos apropiados para la enfermedad es fundamental desarrollar una entrevista clínica adecuada (Ruiz de la Hermosa Gutiérrez et al, 2007).

## **2.8 VARIABLE DEPENDIENTE**

### **2.8.1 FACTORES AMBIENTALES**

El CIF “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” OMS, Ginebra 2001, define a los **Factores Ambientales**, como todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona.

Los Factores Ambientales incluyen al mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes.

Los **Factores Ambientales**, constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales.

Los Factores Ambientales están organizados en la clasificación contemplando dos niveles distintos:

#### **2.8.1.1 Individual**

En el ambiente inmediato del individuo, incluyendo espacios tales como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela. En este nivel están incluidas las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, así como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.

#### **2.8.1.2 Servicios y sistemas**

Estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, que tienen un efecto en los individuos. Este nivel incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

Los Factores Ambientales interactúan con los componentes de “Estructuras y Funciones Corporales”, y “Actividades y Participación”. En cada componente la naturaleza y extensión de ésta interacción podrá ser formulada en futuros trabajos científicos. La discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud.

### **2.8.2 Productos o sustancias para el consumo personal**

Cualquier sustancia natural o fabricada por el hombre, recogida, procesada o manufacturada para la ingesta.

**Incluye:** comida, bebida y medicamentos

#### **2.8.2.1 Medicamentos:**

Cualquier sustancia natural o fabricada por el hombre, recogida, procesada o manufacturada para fines médicos, como medicación.

#### **2.8.2.2 Apoyo y relaciones:**

El factor ambiental descrito no es la propia persona o animal, sino a la cantidad de apoyo físico y emocional que proporciona esa persona o animal.

- Familiares cercanos
- Amigos
- Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la
- Comunidad.
- Personas en cargos de autoridad
- Personas en cargos subordinados

- Cuidadores y personal de ayuda
- Extraños
- Animales domésticos
- Profesionales de la salud

### **2.8.2.3 Actitudes**

Estas actitudes influyen en el comportamiento y la vida social del individuo en todos los ámbitos, desde las relaciones interpersonales y las asociaciones comunitarias hasta las estructuras políticas, económicas y legales; por ejemplo, actitudes individuales o sociales sobre la honradez y el valor de una persona como ser humano que pueden originar prácticas positivas o negativas y discriminatorias (ej., estigmatización, creación de estereotipos y marginación de determinadas personas). Los servicios y sistemas sociales, políticos, las reglas y leyes.

### **2.8.3 Factores Personales**

Son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo como la edad, el sexo, el nivel social, experiencias vitales, etc., que no están actualmente clasificados en la CIF pero que los usuarios pueden incorporar al aplicar la clasificación.

Los Factores Personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los “estilos de afrontamiento”, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Tanto todas ellas en conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel. Los factores personales no se clasifican en la CIF.

#### **2.8.4 Modelo Biopsicosocial (constructo o paradigma)**

Se han propuesto diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento. Esta variedad puede ser expresada en una dialéctica de “modelo médico” versus “modelo social”. El modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud. Por otro lado, el modelo social de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social.

#### **2.8.5 Disfunción Biopsicosocial**

Es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Según la política de OMS “la discapacidad aparece cuando las limitaciones impuestas por los deterioros psiquiátricos dan como resultado la disminución de la habilidad para realizar ciertas actividades esperables en situaciones normales”.

Según la OMS, “CIDDM” “Clasificación de las deficiencias, discapacidades y minusvalías” Ginebra 1980, se entiende por discapacidad toda restricción o

ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. El concepto de discapacidad se refiere a las consecuencias permanentes de las enfermedades y accidentes a nivel personal.

El concepto de discapacidad vs. funcionalidad hace referencia, desde el punto de vista legal y clínico, a un nivel de daño funcional suficiente para impedir la mayoría de las actividades de la vida diaria. El grado de discapacidad y funcionalidad de una persona no depende solamente de la presencia de síntomas físicos o mentales; se relaciona también con las barreras o facilitadores medioambientales ante una enfermedad determinada. Así, las personas que tienen una enfermedad y grado de discapacidad específico pueden verse favorecidas no sólo por intervenciones dirigidas a disminuir sus síntomas, sino también por aquellas diseñadas para prevenir o modificar el deterioro funcional y las barreras del contexto.

## **2.9 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

### **2.9.1 Hipótesis General**

- **Ho.**El trastorno bipolar factor, causal de disfunción biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo.

### **2.9.2 Hipótesis Específica**

- **HA.**Los cambios de estado de ánimo, son los signos y síntomas de inicio temprano del trastorno de mayor incidencia en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón De Jesús.
- **HA.**La vida social, es la de mayor grado de conflictividad, en pacientes con trastorno bipolar.

## **2.10 DETERMINACIÓN DE VARIABLES**

**Variable Independiente:** Trastorno bipolar

**Variable dependiente:** Disfunción Biopsicosocial



## CAPÍTULO III

### 3 METODOLOGÍA

#### 3.1 Enfoque.

El enfoque utilizado para esta investigación, es el paradigma cuali - cuantitativo, el cual obedecerá tanto al paradigma neo - positivista como al crítico propositivo, al referirnos al estudio cualitativo hacemos referencia al estudio de casos en su contexto , asumiendo una realidad dinámica , orientado a la formación de hipótesis, en base de un estudio holístico, buscando la comprensión del fenómeno social como es el trastorno bipolar , como rama del estudio de las ciencias humanas y al individuo, poniendo énfasis en el proceso ,formación de la patología y las características personales.

Mientras que el paradigma cuantitativo, utiliza técnicas, como test, baterías psicológicas para detectar los diferentes signos y síntomas del trastorno Bipolar, al ser una medición controlada, hace un enfoque universalista del trastorno y la disfunción biopsicosocial percibida, va a un resultado final, es decir a una cantidad, a una estadística, que ya establece un resultado obedeciendo a la ciencia, con instrumentos hechos por expertos de la psicología y psiquiatría.

Razón por la cual al tener estos dos tipos de paradigmas, es de vital importancia tomar el paradigma neo – positivista, para crear un instrumento de evaluación, concerniente a nuestra necesidad sin olvidar los ya establecidos como base para esta investigación.

### **3.2 Modalidad de investigación.**

La investigación que se realizará será de tipo conjunta, ya que se utilizará la investigación bibliográfica y la investigación de campo que se realizará en el Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, por lo que , se utilizará tanto libros, revistas, documentos científicos de diferentes autores, al igual de realizar esta investigación en el lugar de los acontecimientos, de una manera directiva acorde a la realidad actual de pacientes con trastorno bipolar investigados, para así obtener mayor información que cumpla con los objetivos investigativos planteados.

### **3.3 Nivel de la investigación:**

El nivel de investigación a utilizarse es la asociación de variables ya que ésta permite la predicción de las estructuras de signos y síntomas tempranos, además del análisis de correlación, de la medición de relaciones entre variables en los mismos sujetos con dicho trastorno del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús. Para medir tres objetivos, evaluar las variaciones del comportamiento de la variable Trastorno Bipolar en función de variaciones de otra variable Disfunción Biopsicosocial, medir el grado de relación entre estas variables, en los mismos sujetos investigados y por último determinar tendencias de las mismas.

### **3.4 Población y muestra.**

Debido a que la población es reducida, no será necesario determinar la muestra y se trabajara directamente con la población de investigación, aplicando los instrumentos de evaluación a cada uno de los 20 pacientes con trastorno bipolar del Centro De Reposo Sagrado Corazón de Jesús.

**N: 20**  
**n: 20**

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE LAS HIPÓTESIS.

Variable Independiente: Trastorno Bipolar.

**CUADRO 6. Trastorno bipolar operacionalización de variables.**

Contextualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas/instrumentos
<p>El trastorno bipolar antes conocida como enfermedad maniaco depresiva es un trastorno del estado ánimo que se caracteriza por un curso cíclico episódico de largo plazo con fluctuaciones anímicas extremas que generan un daño significativo en el funcionamiento social, interpersonal y laboral de quien lo padece.</p>	<p><b>CONDUCTAS IMPULSIVAS</b></p> <p><b>PÉRDIDA DE PROCESOS COGNITIVOS</b></p> <p><b>AUMENTO DE ENERGÍA</b></p> <p><b>CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO</b></p>	<p>Conducta descontrolada Aumento de la sociabilidad. Actividad mantenida hacia un objetivo (a menudo ineficaz). Aumento de la impulsividad y del riesgo de la toma de decisiones e incremento de la actividad sexual. Gastos y compras excesivas e innecesarias</p> <p>Distraibilidad o aumento de la atención en detalles irrelevantes. Dificultades con la planificación y el razonamiento (Juicio pobre). Disminución de la capacidad para la toma de decisiones.</p> <p>Incremento de energía hiperactividad</p> <p>Euforia Inquietud e Irritabilidad anormal y sostenida (conducta disruptiva)</p>	<p>...era mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre? ...era mucho más sociable o abierto/a que de costumbre, por ejemplo, telefoneaba a amigos en mitad de la noche? ...estaba mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre? ...hacía cosas que eran inusuales en usted o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas, o arriesgadas? ...el gasto de dinero le creó problemas a usted o a su familia?</p> <p>...se distraía tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo?</p> <p>...tenía mucha más energía que de costumbre?</p> <p>...se sentía tan bien o tan eufórico/a que otras personas pensaron que usted no era el/la mismo/a de siempre o estaba tan eufórico/a que se metió en problemas? ...estaba tan irritable que gritaba a la gente o provocaba peleas o discusiones?</p>	<p>Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)</p>

	<p><b>PÉRDIDA DE LA NECESIDAD DE SUEÑO</b></p> <p><b>LENGUAJE ACELERADO</b></p> <p><b>PENSAMIENTO</b></p>	<p>Reducción de la necesidad de dormir.</p> <p>Lenguaje rápido, verborreico, difícil de interrumpir.</p> <p>CONTENIDO Auto estima exaltada. Pensamientos de grandeza Optimismo excesivo</p> <p>FORMA Lucha de ideas, pensamientos acelerados. Circunstancialidad/ Tangencialidad.</p>	<p>...dormía mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más?</p> <p>...era mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre?</p> <p>...se sentía mucho más seguro/a de sí mismo/a de lo habitual?</p> <p>...le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera despacio?</p>	
--	---	---	---	--

**Variable Dependiente: Disfunción Biopsicosocial**

**CUADRO 7: Disfunción biopsicosocial**

Contextualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas/ Instrumentos.
<p>Disfunción Biopsicosocial indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).</p>	<p><b>Laboral</b></p> <p><b>Vida social</b></p> <p><b>Vida familiar</b></p> <p><b>Estrés percibido</b></p> <p><b>Apoyo social percibido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> <li>• en absoluto</li> <li>• Levemente</li> <li>• Moderadamente</li> <li>• Marcadamente</li> <li>• Extremadamente</li>   <li>• No</li> <li>• en absoluto</li> <li>• Levemente</li> <li>• Moderadamente</li> <li>• Marcadamente</li> <li>• Extremadamente</li>   <li>• No</li> <li>• en absoluto</li> <li>• Levemente</li> <li>• Moderadamente</li> <li>• Marcadamente</li> <li>• Extremadamente</li>   <li>• No</li> <li>• en absoluto</li> <li>• Levemente</li> <li>• Moderadamente</li> <li>• Marcadamente</li> <li>• Extremadamente</li>   <li>• Ningún apoyo</li> <li>• Un poco</li> <li>• Moderado</li> <li>• Considerable</li> <li>• El apoyo en absoluto ideal</li> </ul>	<p>A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado</p> <p>A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas</p> <p>A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas</p> <p>Desde su última visita, ¿cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales como los problemas en el trabajo, en casa, de salud o económicos?</p> <p>Durante la última semana, ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesitado?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventario heteroaplicado de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI)</li> </ul>

### **3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Esta investigación se realiza en el Centro de Reposo Sagrado Corazón De Jesús, con los pacientes con trastorno bipolar que se encuentran internos en el mismo, para obtener información de los niveles de disfunción biopsicosocial, los signos y síntomas tempranos en pacientes con bipolaridad. La cual se obtendrá a través de test, entrevistas, observación clínica que afiancen el tema de investigación que nos ayudará a determinar el desarrollo de dicho trastorno y su influencia en la disfunción biopsicosocial.

#### **3.6.1 Instrumentos de evaluación:**

**Para evaluar los signos y síntomas del trastorno bipolar:**

#### **3.6.2 Mood Disorder Questionnaire (MDQ)**

El MDQ es un cuestionario creado para ser auto administrado y que consta de 13 ítems de respuesta dicotómica (sí, no) basados en la experiencia clínica y en la sintomatología propuesta por el DSM-IV del trastorno bipolar para el reconocimiento inicial del trastorno. Para afirmar que un individuo puede presentar un trastorno bipolar, el sujeto tiene que responder afirmativamente a 7 de los 13 ítems. Además, el cuestionario presenta dos ítems adicionales en los que la respuesta del sujeto debe manifestar que los síntomas descritos en los ítems anteriores acontecieron durante el mismo período y que le provocaron problemas moderados o graves.

## **Para evaluar el Disfunción biopsicosocial**

### **3.6.3 El Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI)**

El Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI) fue realizado por Sheehan y Cols en 1996. Su objeto es evaluar, de forma subjetiva, la disfunción psicosocial que se produce en pacientes con fobia social. También, investiga el grado de preocupación y el apoyo social percibido. Además de contar con estudios que demuestran su certeza en la disfunción biopsicosocial en pacientes con trastorno bipolar...

Los datos recogidos se transforman siguiendo ciertos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida: es decir limpieza de información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente, del test MDQ y Sheehan.
- Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales para corregir fallas de contestación.
- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis: cuadros de una sola variable, cuadro con cruce de variables, etc.
  - Manejo de información
  - Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

## **3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION**

- Análisis de los resultados estadísticos, resaltando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.
- Interpretación de los resultados, con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.
- Comprobación de hipótesis. Para la verificación estadística conviene asesoría.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

## CAPITULO IV

### 4 ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

#### 4.1 TABULACION DE RESULTADOS

#### Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

#### Anexo #01

#### CUADRO 8:

CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DEL HUMOR (MOOD DISORDER QUESTIONNAIRE, MDQ)				
1. ¿Alguna vez ha pasado por un período en el que sentía que no era la misma persona de siempre, y...		SI	NO	TOTAL
CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO	1...se sintió tan bien o tan eufórico/a que otras personas pensaron que usted no era el/la mismo/a de siempre o estaba tan eufórico/a que se metió en problemas?	15	5	20
	2...estaba tan irritable que gritaba a la gente o provocaba peleas o discusiones?	13	7	20
CONTENIDO DE PENSAMIENTO	3...se sentía mucho más seguro/a de sí mismo/a de lo habitual?	15	5	20
PÉRDIDA DE LA NECESIDAD DE SUEÑO	4...dormía mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más?	14	6	20
LENGUAJE ACELERADO	5...era mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre?	18	2	20
FORMA DE PENSAMIENTO	6...le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera más despacio?	17	3	20
PÉRDIDA DE PROCESOS COGNITIVOS	7...se distraía tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo?	14	6	20
AUMENTO DE ENERGÍA	8...tenía mucha más energía que de costumbre?	12	8	20
CONDUCTAS IMPULSIVAS	9...era mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre?	16	4	20
	10...era mucho más sociable o abierto/a que de costumbre; por ejemplo, telefoneaba a amigos en mitad de la noche?	10	10	20
	11...estaba mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre?	6	14	20
	12...hacía cosas que eran inusuales en usted o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas o arriesgadas?	13	7	20
SINTOMAS CONCOMITANTES	13...el gasto de dinero le creó problemas a usted o a su familia?	13	7	20
14. Si usted marcó Sí en más de una de las preguntas anteriores, ¿algunas de estas situaciones ocurrieron durante el mismo período? Por favor, marque con un círculo sólo una respuesta.		19	1	20
<b>NIVEL DE LA PROBLEMÁTICA SINTOMATOLOGICA</b>				
Ningún Problema	Problemas Pequeños	Problemas Moderados	Problemas Graves	TOTAL
0	1	4	15	20

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.



## 4.2 ANÁLISIS CUALI- CUALITATIVOS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

### Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

#### Anexo #01

#### 4.2.1 CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO

¿Alguna vez ha pasado por un período en el que sentía que no era la misma persona de siempre, y...

1. ...se sintió tan bien o tan eufórico/a que otras personas pensaron que usted no era el/la mismo/a de siempre o estaba tan eufórico/a que se metió en problemas?

#### CUADRO 9.

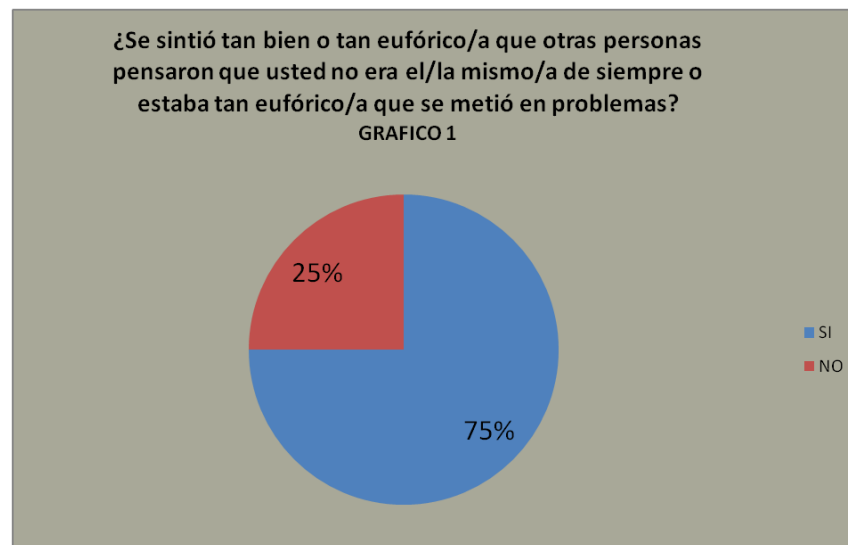
ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	15	75%
NO	5	25%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.1.1 ANÁLISIS:

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario 15 de ellos respondieron SI es decir el 75%, indicando síntomas de euforia en los mismos.
- El resultado NO restante responde 5 pacientes, significa que el 25% que no se siente eufórico.

### GRÁFICO 1:



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.1.2 INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las cifras obtenidas el 75% de pacientes con TB han sentido durante su vida periodos de euforia, es decir, las personas pensaron que no eran las mismas de siempre, ocasionándoles problemas interpersonales, mientras que el 25 % no se sentían eufóricos porque los cambios de estado de ánimo influye en el estado de euforia o depresivo del paciente.

2. ...estaba tan irritable que gritaba a la gente o provocaba peleas o discusiones?

**CUADRO 10.**

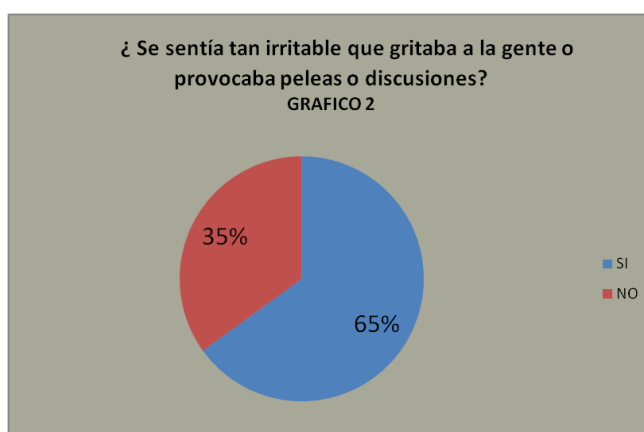
ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	13	65%
NO	7	35%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.1.3 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplico el cuestionario 13 de ellos respondieron SI es decir 65%, indicando irritabilidad, gritando a la gente o provocando peleas o discusiones.
- El resultado NO restante responde 7 pacientes, significa que el 35% que no se siente irritable.

**GRÁFICO 2:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.1.4 INTERPRETACIÓN:

- De acuerdo a las cifras obtenidas el 65 % de paciente con TB se han sentido tan irritables que gritaban a la gente o provocaban peleas o discusiones, mientras que el 35 % no han sentido irritabilidad, porque presenta inquietud e irritabilidad anormal y sostenida que ocasionan conductas disruptivas en los mismos.

#### 4.2.2 CONTENIDO DE PENSAMIENTO

(Autoestima exaltada, pensamientos de grandeza, optimismo excesivo)

3. ...se sentía mucho más seguro/a de sí mismo/a de lo habitual?

#### CUADRO 11.

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	15	75%
NO	5	25%
TOTAL	20	100%

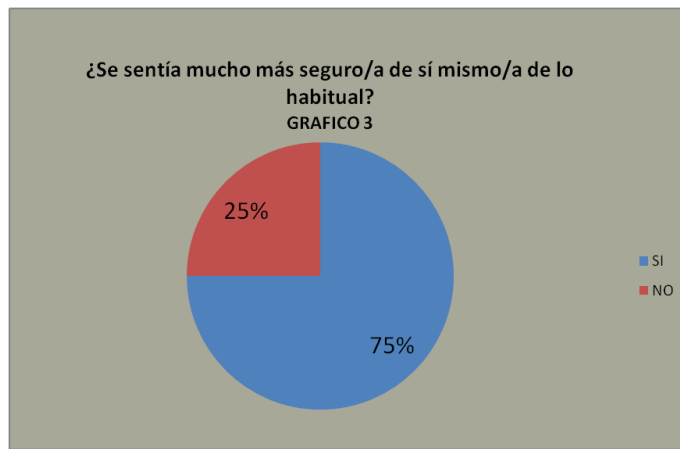
**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.2.1 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplico el cuestionario 15 de ellos respondieron SI es decir 75% se han sentido mucho más seguro/as de sí mismo/a de lo habitual.
- El resultado NO restante responde 5 pacientes, significa que el 25% que no se han sentido mucho más seguro/as de sí mismo/a de lo habitual.

### GRÁFICO 3:



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.2.2 INTERPRETACIÓN:

- De acuerdo a las cifras obtenidas el 75 % de paciente con TB , se han sentido mucho más seguro/as de sí mismo/a de lo habitual, mientras que el 25 % no se han sentido mucho más seguro/as de sí mismo/a de lo habitual, por el contenido de pensamiento autoestima exaltada , pensamientos de grandeza y optimismo excesivo.

#### 4.2.3 PÉRDIDA DE LA NECESIDAD DE SUEÑO

4. ...dormía mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más?

#### CUADRO 12.

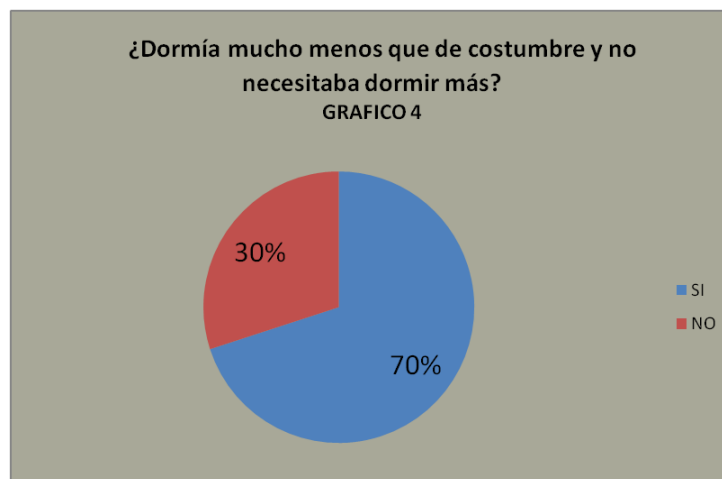
ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	14	70%
NO	6	30%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.3.1 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario 14 de ellos respondieron SI es decir 70% dormían mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más
- El resultado NO restante responde 6 pacientes, significa que el 30% no dormían mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más.

#### GRÁFICO 4:



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.3.2 INTERPRETACIÓN:

- De acuerdo a las cifras obtenidas el 70 % de pacientes con TB, dormían mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más, mientras que el 30 % no tenían problemas de sueño, porque presentaban una reducción en la necesidad dormir por pensamientos demasiado positivos o negativo.

#### 4.2.4 LENGUAJE ACELERADO

5. ...era mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre?

**CUADRO 13**

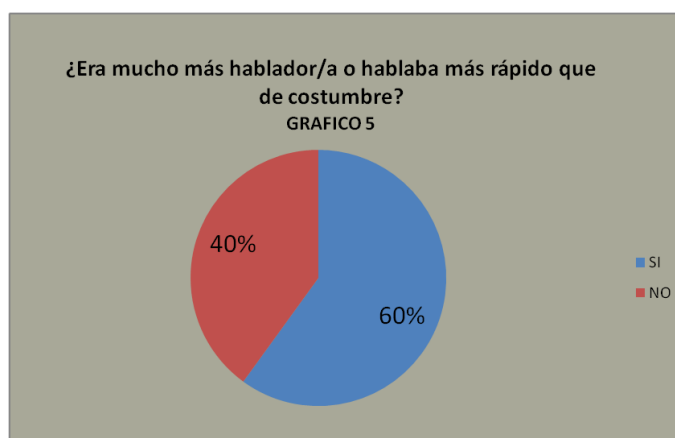
ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	12	60%
NO	8	40%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

##### 4.2.4.1 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplico el cuestionario 12 de ellos respondieron SI es decir 60% eran mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre
- El resultado NO restante responde 8 pacientes, significa que el 40% no eran mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre

**GRÁFICO 5:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.4.2 INTERPRETACIÓN:

- De acuerdo a las cifras obtenidas el 60 % de paciente con TB, eran mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre, mientras que el 40% no tenían problemas en hablar más rápido que de costumbre porque el lenguaje era rápido ,acelerado , verborreico y difícil de interrumpir

#### 4.2.5 FORMA DE PENSAMIENTO

(Lucha de ideas, pensamientos acelerados, circunstancialidad, Tangencialidad)

6. ...le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera más despacio?

#### CUADRO 14.

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	17	85%
NO	3	15%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

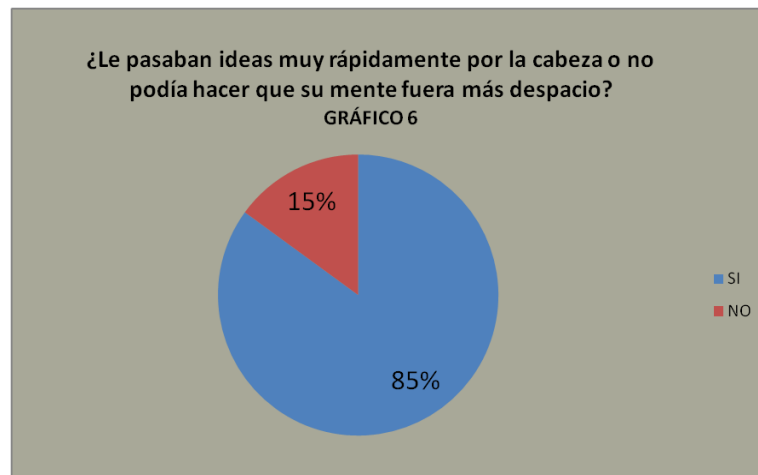
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.5.1 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplico el cuestionario 17 de ellos respondieron SI es decir 85% le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera más despacio.
- El resultado NO restante responde 3 pacientes, significa que el 15% no le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera más despacio.



#### GRÁFICO 6:



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.5.2 INTERPRETACIÓN:

- De acuerdo a las cifras obtenidas el 85 % de paciente con TB, le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera más despacio, o tenían pensamiento acelerado, mientras que el 15 % no tenían problemas con el pensamiento acelerado porque la forma de pensamiento se presentaba con lucha de ideas , pensamiento acelerado, circunstancial o tangencial.

#### 4.2.6 PÉRDIDA DE PROCESOS COGNITIVOS

7. ...se distraía tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo?

**CUADRO 15**

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	14	70%
NO	6	30%
TOTAL	20	100%

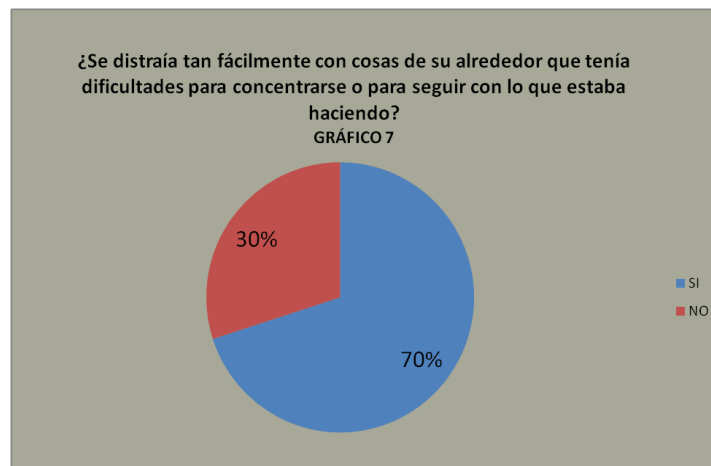
**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

##### 4.2.6.1 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario 14 de ellos respondieron SI es decir 70% se distraían tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo.
- El resultado NO restante responde 6 pacientes, significa que el 30% no tenían problemas de distraibilidad ni de concentración para seguir las actividades que está haciendo.

### GRÁFICO 7:



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.6.2 INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las cifras obtenidas el 70 % de paciente con TB, se distraían tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo, mientras que el 30% no tenían dificultades de distraibilidad ni de concentración porque la pérdida de procesos cognitivos se presenta con distraibilidad , aumento de atención en detalles irrelevantes, dificultad de planificación, de razonamiento, juicio pobre y decisión de la capacidad para la toma de decisiones.

#### 4.2.7 AUMENTO DE ENERGÍA

8. ...tenía mucha más energía que de costumbre?

**CUADRO 16.**

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	12	60%
NO	8	40%
TOTAL	20	100%

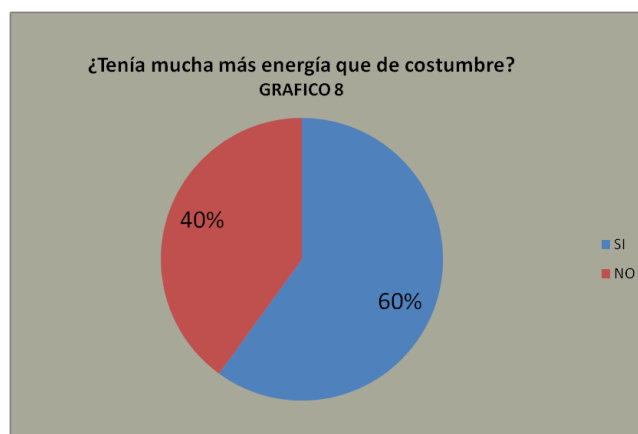
**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

##### 4.2.7.1 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplico el cuestionario 12 de ellos respondieron SI es decir 60% tenían mucha más energía que de costumbre.
- El resultado NO restante responde 8 pacientes, significa que el 40% no tenían incremento de energía que de costumbre.

**GRÁFICO 8:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.7.2 INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las cifras obtenidas el 60 % de paciente con TB, tenían mucha energía que de costumbre mientras que el 40 % no tenían problemas en el aumento de energía porque el aumento de energía se presenta con un incremento de la misma y con hiperactividad.

#### 4.2.8 CONDUCTAS IMPULSIVAS

9. ...era mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre?

**CUADRO 17.**

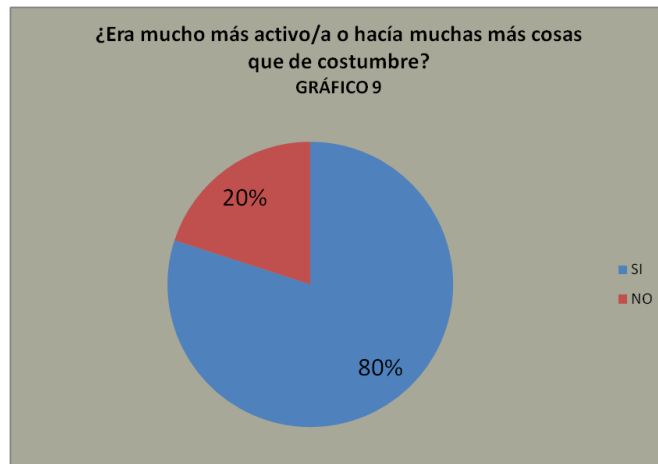
ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	16	80%
NO	4	20%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.8.1 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplico el cuestionario 16 de ellos respondieron SI es decir 80% eran mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre.
- El resultado NO restante responde 8 pacientes, significa que el 40% no eran mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre.

### GRÁFICO 9:



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.8.2 INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las cifras obtenidas el 80 % de paciente con TB, eran mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre, mientras que el 20 % no tenían problemas en las actividad acelerada que de costumbre porque las conductas impulsivas se presenta con conductas descontroladas.

10. ...era mucho más sociable o abierto/a que de costumbre; por ejemplo, telefoneaba a amigos en mitad de la noche?

#### CUADRO 18.

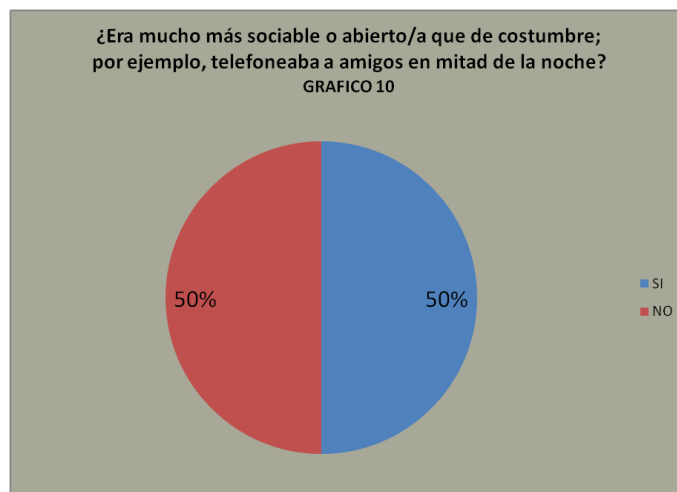
ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	10	50%
NO	10	50%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.8.3 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario 10 de ellos respondieron SI es decir 50% era mucho más sociable o abierto/a que de costumbre, por ejemplo, telefoneaba a amigos en mitad de la noche.
- El resultado NO restante responde 10 pacientes, significa que el 50% no tenía un aumento en la sociabilidad que de costumbre.

**GRÁFICO 10:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.8.4 INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las cifras obtenidas el 50 % de paciente con TB, eran mucho más sociables o abierto/as que de costumbre, mientras que el 50 % no tenían un aumento en la sociabilidad porque las conductas impulsivas se presentan con un aumento progresivo de sociabilidad.

11. ...estaba mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre?

**CUADRO 19.**

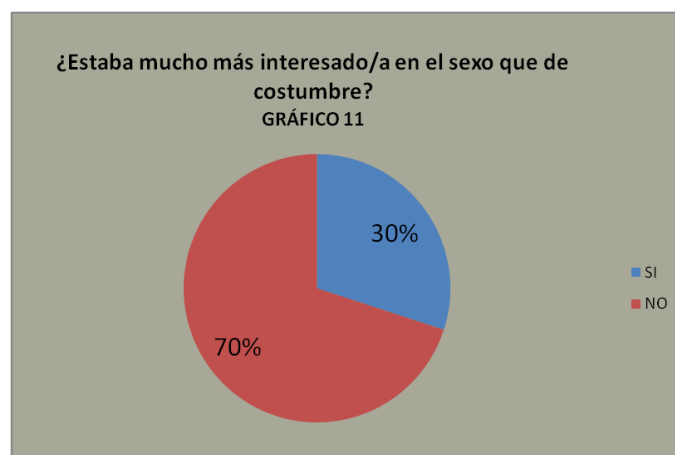
ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	6	30%
NO	14	70%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.8.5 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplico el cuestionario 6 de ellos respondieron SI es decir 30% estaban mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre
- El resultado NO restante responde 14 pacientes, significa que el 70% no tenía un incremento en el interés sexual.

**GRÁFICO 11:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.



#### 4.2.8.6 INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las cifras obtenidas el 30 % de paciente con TB, no estaban mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre, mientras que el 70% tenía un interés elevado en la actividad sexual porque las conductas impulsivas se presentan con un aumento de la las impulsividad y del riesgo de toma decisiones e incremento de la actividad sexual.

12. ...hacía cosas que eran inusuales en usted o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas o arriesgadas?

#### CUADRO 20.

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	13	65%
NO	7	35%
TOTAL	20	100%

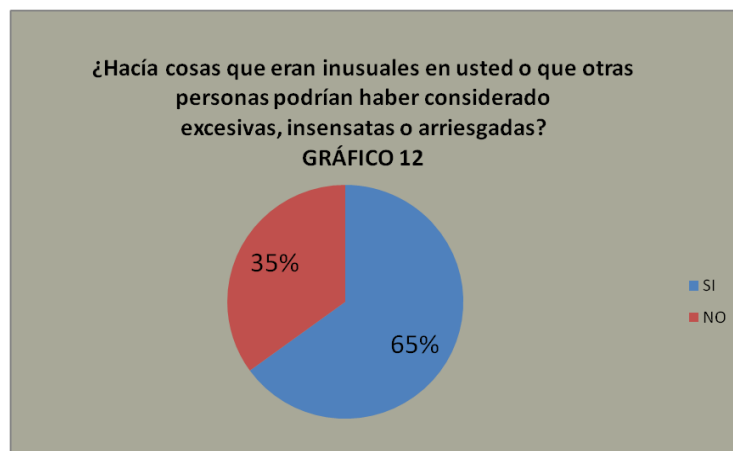
**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.8.7 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplico el cuestionario 13 de ellos respondieron SI es decir 65% hacían cosas que eran inusuales en ellos o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas o arriesgadas
- El resultado NO restante responde 7 pacientes, significa que el 35% no hacían cosas que eran inusuales en ellos o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas o arriesgadas.

## GRÁFICO 12:



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

### 4.2.8.8 INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las cifras obtenidas el 65 % de paciente con TB, hacía cosas que eran inusuales en ellos o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas o arriesgadas, mientras que el 35 % no tenían dificultades con conductas impulsivas y arriesgadas porque las conductas impulsivas se presentan como el aumento de las actividades mantenidas hacia un objetivo a menudo ineficaz.

13. ...el gastó de dinero le creó problemas a usted o a su familia?

### CUADRO 21.

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	13	65%
NO	7	35%
TOTAL	20	100%

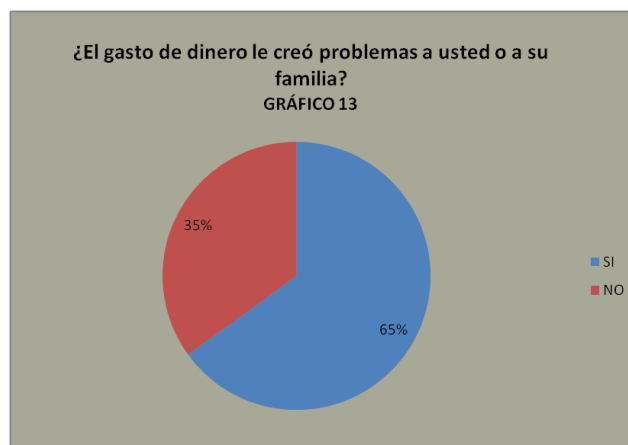
**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.8.9 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario 13 de ellos respondieron SI es decir 65% el gasto de dinero le creó problemas a sí mismo y a su familia.
- El resultado NO restante responde 7 pacientes, significa que el 35% el gasto de dinero no le creó problemas a él ni a su familia.

#### GRÁFICO 13:



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.8.10 INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las cifras obtenidas el 65 % de paciente con TB, el gasto de dinero le creó problemas a sí mismo o a su familia, mientras que el 35 % no tenían problemas en el gastó de dinero ni problemas familiares por esta razón porque las conductas impulsivas se presentan con gasto y compras excesivas e innecesarias.

#### 4.2.9 SÍNTOMAS CONCOMITANTES

14. Si usted marcó Sí en más de una de las preguntas anteriores, ¿algunas de estas situaciones ocurrieron durante el mismo período? Por favor, marque con un círculo sólo una respuesta.

**CUADRO 22.**

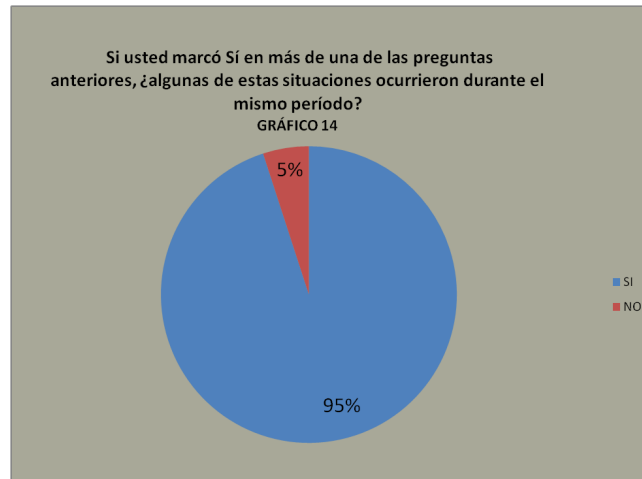
ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
SI	19	95%
NO	1	5%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

##### 4.2.9.1 ANÁLISIS

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario 19 de ellos respondieron SI es decir 95% en dos o más de las respuestas y estas pasaron en el mismo periodo de tiempo.
- El resultado NO restante responde 1paciente, significa que el 5% en dos ms de las respuestas estas no pasaron en el mismo periodo.

#### GRÁFICO 14:



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.9.2 INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las cifras obtenidas el 95 % de pacientes con TB marco “SI” en dos o más de las respuestas y estas pasaron en el mismo periodo de tiempo, mientras el 5 % de pacientes con TB no marco “SI” en dos más de las respuestas y estas pasaron en el mismo periodo de tiempo porque para que existan síntomas concomitantes es necesario la presencia de dos o más síntomas que lo acompañen.

**NOTA:** El paciente evaluado que no marco “SI” en dos o más respuestas y estas pasaron en el mismo periodo de tiempo, en la sintomatología concomitante, responde al diagnóstico que presenta, al tratarse de un paciente en fase de eutimia, agnosia o negación del desequilibrio.

#### 4.2.10 NIVEL DE LA PROBLEMÁTICA SINTOMATOLÓGICA

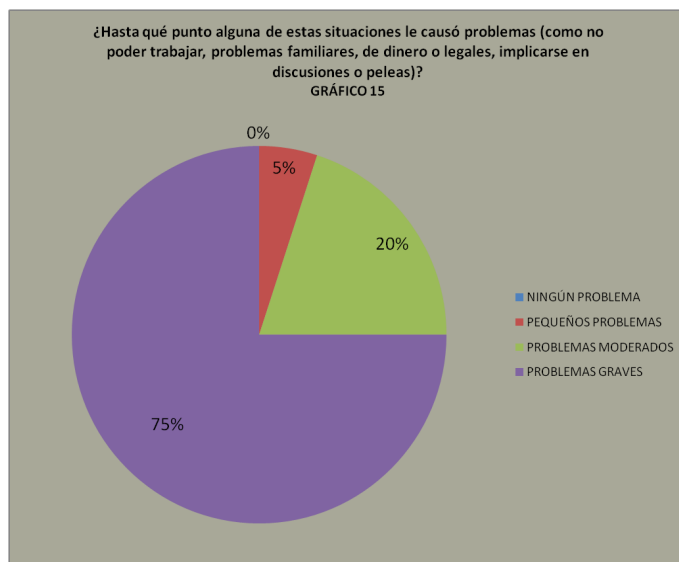
15. ¿Hasta qué punto alguna de estas situaciones le causó problemas (como no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales, implicarse en discusiones o peleas)? Por favor, marque con un círculo.

**CUADRO 23.**

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
Ningún Problema	0	0
Pequeños Problemas	1	5%
Problemas Moderados	4	20%
Problemas Graves	15	75%
Total	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**GRÁFICO 15:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### **4.2.10.1 ANÁLISIS**

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario 15 de ellos respondieron que a causa de su sintomatología les causó problemas moderados como no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales, implicación en discusiones o peleas es decir el 75% les ocasionó PROBLEMAS GRAVES.
- El resultado PROBLEMAS MODERADOS respondieron 4 pacientes, significa el 20% les ocasionó este tipo de problemática su sintomatología.
- El resultado PEQUEÑOS PROBLEMAS respondió 1 paciente, significa que a causa de su sintomatología le ocasionó esta problemática.
- El resultado NINGÚN PROBLEMA no existió pacientes que respondieran que la sintomatología no les ocasionó situaciones problemáticas.
- El resultado NO restante responde 1 paciente, significa que el 5% en dos ms de las respuestas estas no pasaron en el mismo periodo.

#### **4.2.10.2 INTERPRETACIÓN:**

De acuerdo a las cifras obtenidas el 75 % de paciente con TB su sintomatología les causó problemas graves como no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales, implicándose en discusiones o peleas, el 20% les causó problemas moderados , como no poder trabajar, problemas familiares, de dinero implicándose en discusiones o peleas, el 5% pequeños problemas, como no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales, implicándose en discusiones o peleas, y el 0 % no presenta ningún problema porque el nivel de problemática obedece a la problemática sintomatológica, su relación con su estado de salud y funcionamiento.

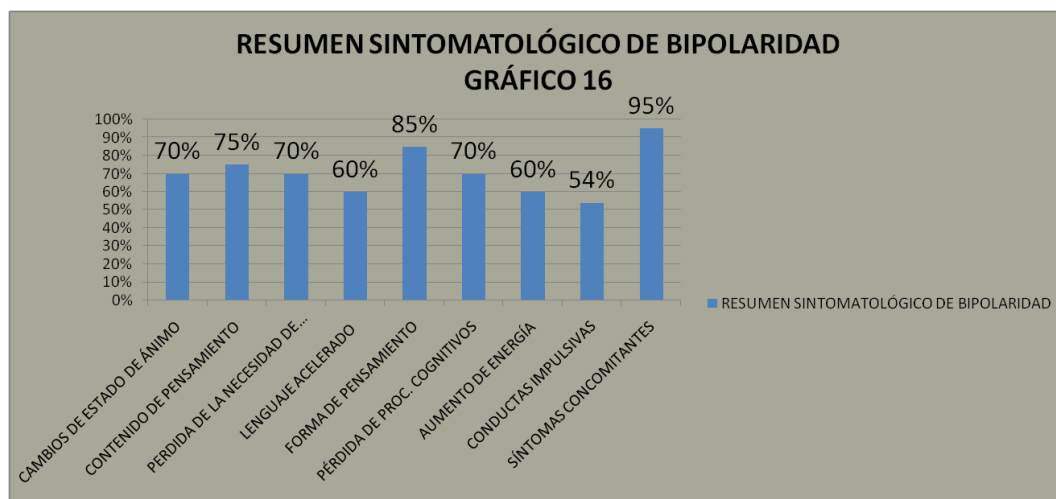
#### 4.2.11 RESUMEN SINTOMATOLÓGICO DE BIPOLARIDAD

**CUADRO 24: RESUMEN SINTOMATOLOGICO DE TB.**

	PACIENTES	NÚMERO	PORCENTAGES
1	CAMBIOS ESTADO ÁNIMO	28	70 %
2	CONTENIDO DE PENSAMIENTO	15	75 %
3	PÉRDIDA DE LA NECESIDAD DE SUEÑO	14	70 %
4	LENGUAJE ACELERADO	12	60%
5	FORMA DE PENSAMIENTO	17	85%
6	PÉRDIDA DE PROC.COGNITIVOS	14	70%
7	AUMENTO DE ENERGIA	12	60%
8	CONDUCTAS IMPULSIVA	54	54 %
9	SINTOMATOLOGIA CONCOMITANTE	19	95 %

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**GRÁFICO 16:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.



#### **4.2.11.1 ANÁLISIS:**

Según los datos obtenidos de la investigación del test de MDQ, el 85 % de pacientes presentan distorsiones en la forma de pensamiento tales como lucha de ideas, pensamiento acelerado, circunstancial o tangencial, el 95 % a padecido dos o más síntomas concomitantes a la vez, el 75% distorsiones en el contenido de pensamiento, autoestima exaltada, pensamientos de grandeza, optimismo excesivo, el 70 % cambios de estado de ánimo, euforia, inquietud e irritabilidad anormal y sostenida al igual que conductas disruptivas, de la misma manera el 70% presenta pérdida de la necesidad de sueño o reducción de la necesidad de dormir, como resultado de la forma y contenido de pensamiento demasiado positivo o negativo, el 70% pérdida de procesos cognitivos, se distrae con facilidad , le resulta difícil mantener la atención en una sola cosa, dificultad de planificación y razonamiento, disminución de la capacidad de toma de decisiones y de resolución de problemas , el 60% lenguaje acelerado, verborreico, difícil de interrumpir, el 60% aumento de energía e hiperactividad al realizar sus actividades diarias, laborales económicas todas estas apartadas de la vida familiar y el 54 % conductas impulsivas, aumento de sociabilidad, actividad mantenida hacia un objetivo, a menudo ineficaz, aumento de la impulsividad y del riesgo de toma de decisiones e incremento de la actividad sexual, gastos y compras excesivas innecesarias.

## DATOS GENERALES

### 4.2.12 EDAD – SEXO DE PACIENTES CON TB.

**CUADRO 25: EDAD – SEXO DE PACIENTES CON TB.**

<b>EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON TB.</b>		
<b>PACIENTES</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>
1	M	39
2	F	23
3	M	21
4	M	26
5	F	33
6	M	42
7	M	45
8	F	38
9	F	36
10	M	24
11	F	52
12	M	25
13	F	30
14	M	37
15	M	26
16	F	40
17	M	29
18	M	32
19	M	27
20	M	28

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

## CUADRO 26:

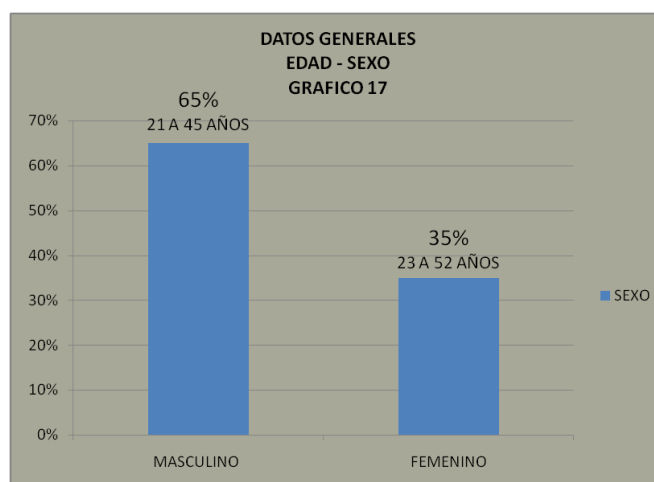
### PORCENTAJES DE EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON TB

SEXO		EDAD	
MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
13	7	21 – 45 AÑOS	23 – 52 AÑOS
65 %	35%	RANGO : de 21 a 52 AÑOS	

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

### PORCENTAJES DE EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON TB.

#### GRÁFICO 17: DATOS GENERALES EDAD Y SEXO.



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.12.1 ANÁLISIS

De los 20 pacientes estudiados con TB, el 65 %, corresponde a hombres entre 21 a 45 años, mientras que el 35 % de pacientes evaluados son mujeres entre 23 y 52 años de edad.

#### 4.2.13 TABULACIÓN DE RESULTADOS

##### Escala Heteroaplicada de Sheehan SDI: Anexo #02

**CUADRO 27.**

Escala Heteroaplicada de Sheehan SDI					
<b>TRABAJO</b>					
<b>1. A causa de sus síntomas su trabajo se ha visto perjudicado</b>					
NO EN ABSOLUTO	LEVEMENTE	MODERADAMENTE	MARCADAMENTE	EXTREMADAMENTE	TOTAL
0	1	2	3	14	20
<b>VIDA SOCIAL</b>					
<b>2. A causa de sus síntomas su vida social y actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas.</b>					
NO EN ABSOLUTO	LEVEMENTE	MODERADAMENTE	MARCADAMENTE	EXTREMADAMENTE	TOTAL
1	2	2	6	9	20
<b>VIDA FAMILIAR</b>					
<b>3. A causa de sus síntomas su vida, familiar y responsabilidades domésticas se han visto perjudicados.</b>					
NO EN ABSOLUTO	LEVEMENTE	MODERADAMENTE	MARCADAMENTE	EXTREMADAMENTE	TOTAL
0	1	2	5	12	20
<b>ESTRÉS PERCIBIDO</b>					
<b>4. Desde su última visita ¿cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales, como los problemas en el trabajo, en casa, sociales, de salud o económicos?</b>					
NO EN ABSOLUTO	LEVEMENTE	MODERADAMENTE	MARCADAMENTE	EXTREMADAMENTE	TOTAL
0	0	5	4	11	20
<b>APOYO SOCIAL PERCIBIDO</b>					
<b>5. Durante la última semana ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesita?.</b>					
NINGÚN APOYO	POCO APOYO	MODERADO	CONSIDERABLE	APOYO IDEAL	TOTAL
2	0	4	6	8	20

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.14 ANÁLISIS CUALI – CUANTITATIVO E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

##### Escala Heteroaplicada de Sheehan SDI : Anexo #02

#### 4.2.15 Trabajo

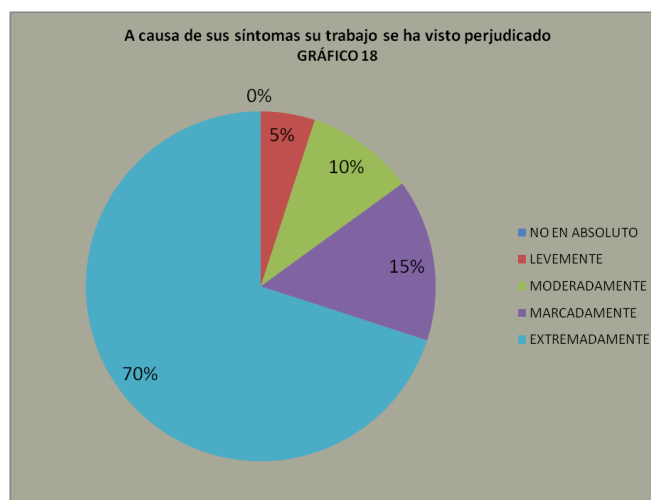
1. A causa de sus síntomas su trabajo se ha visto perjudicado

**CUADRO 28.**

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
No en absoluto	0	0%
Levemente	1	5%
Moderadamente	2	10%
Marcadamente	3	15%
Extremadamente	14	70%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**GRÁFICO 18:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### **4.2.15.1 ANÁLISIS:**

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó la escala heteroaplicada 14 de ellos respondieron EXTREMADAMENTE es decir que a causa de sus síntomas su trabajo se ha visto perjudicado, lo que significa que el 70 % presentan a causa de sus síntomas su trabajo se ha visto perjudicado extremadamente.
- El resultado MARCADAMENTE respondieron 3 pacientes, significa el 15% a causa de sus síntomas su trabajo se vio perjudicado marcadamente
- El resultado MODERADAMENTE respondieron 2 pacientes, significa que el 10% a causa de su sintomatología su trabajo se vio perjudicado moderadamente.
- El resultado LEVEMENTE respondió 1 paciente, significa que el 5% a causa de sus síntomas su trabajo se vio perjudicado levemente.
- El resultado NO EN ABSOLUTO restante no respondió ningún paciente, significa todos los pacientes evaluados a causa de sus síntomas su trabajo se ha visto perjudicado.

#### **4.2.15.2 INTERPRETACIÓN:**

De acuerdo a las cifras obtenidas el 70 % de pacientes con TB presentan disfunción biopsicosocial EXTREMADAMENTE elevada a causa de sus síntomas su trabajo se ha visto perjudicado , lo que demuestra dificultades en el funcionamiento laboral, razón por la cual es común la pérdida de empleo por las continuas crisis vividas e internamiento, el 15 % su trabajo se ha visto perjudicado MARCADAMENTE, el 10 % MODERADAMENTE lo que disminuyen el funcionamiento biopsicosocial es esta área, un 5 % su trabajo se ha visto perjudicado levemente al no presentar disfunción laboral ni pérdida de empleo y el 0 % no presentan NINGÚN PROBLEMA EN ABSOLUTO en el trabajo a causa de sus síntomas porque todos los pacientes

evaluados presentan una incapacidad marcada en esta área por la sintomatología características de la misma como pérdida de procesos cognitivos, distraibilidad, dificultad de planificación, forma de pensamientos y lucha de ideas, pérdida de la necesidad de sueño.

#### 4.2.16 Vida Social

2. A causa de sus síntomas su vida social y actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas.

**CUADRO 29.**

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
No en absoluto	1	5%
Levemente	2	10%
Moderadamente	2	10%
Marcadamente	6	30%
Extremadamente	9	45%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**GRÁFICO 19:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### **4.2.16.1 ANÁLISIS:**

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó la escala heteroaplicada 9 de ellos respondieron EXTREMADAMENTE es decir que a causa de sus síntomas su vida social y actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas, lo que significa que el 45 % presentan a causa de sus síntomas su vida social se ha visto perjudicada extremadamente.
- El resultado MARCADAMENTE respondieron 6 pacientes, significa el 30% a causa de sus síntomas su vida social se vio perjudicada marcadamente
- El resultado MODERADAMENTE respondieron 2 pacientes, significa que el 10% a causa de su sintomatología su vida social se vio perjudicada moderadamente.
- El resultado LEVEMENTE respondieron 2 pacientes, significa que el 10% a causa de sus síntomas su vida social se vio perjudicada levemente.
- El resultado NO EN ABSOLUTO restante respondió 1 paciente, significa el 5% de pacientes evaluados a causa de sus síntomas su vida social no se ha visto perjudicada.

#### **4.2.16.2 INTERPRETACIÓN:**

De acuerdo a las cifras obtenidas el 45 % de pacientes con TB presentan disfunción biopsicosocial EXTREMADAMENTE elevada en el área de vida social a causa de sus síntomas su vida social y actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas, lo que demuestra dificultades en el funcionamiento social, el 30% marcadamente son personas desvinculadas a actividades de tiempo libre y placenteras, el 10 % moderadamente por las conductas impulsivas que no empeoran su funcionamiento, el 10 % levemente que no afectan su funcionamiento social, y el 5 % NO en absoluto, ni estos no son



afectados en el funcionamiento de las otras áreas, porque los síntomas característicos como aumento de sociabilidad, riesgo de toma de decisiones, conductas descontroladas, contenido de pensamiento, lenguaje acelerado, autoestima exaltada y pensamiento de grandeza y optimismo excesivo.

#### 4.2.17 Vida Familiar

3. A causa de sus síntomas su vida, familiar y responsabilidades domésticas se han visto perjudicados.

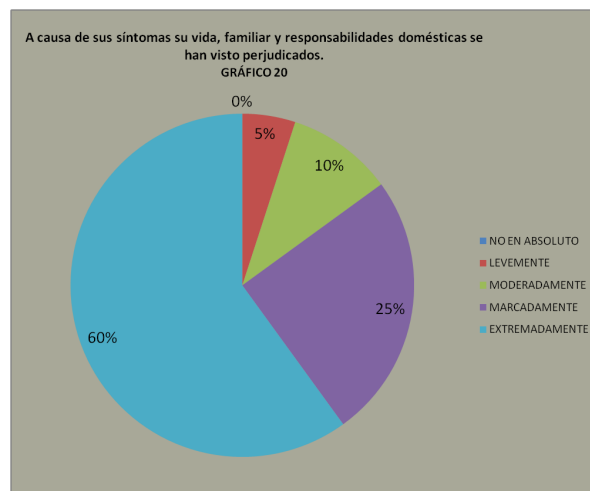
**CUADRO 30**

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
No en absoluto	0	0%
Levemente	1	5%
Moderadamente	2	10%
Marcadamente	5	25%
Extremadamente	12	60%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**GRÁFICO 20:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### **4.2.17.1 ANÁLISIS:**

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó la escala heteroaplicada 12 de ellos respondieron EXTREMADAMENTE es decir que a causa de sus síntomas su vida familiar y responsabilidades domésticas se han visto perjudicados, lo que significa que el 60 % presentan a causa de sus síntomas su vida familiar se ha visto perjudicada extremadamente..
- El resultado MARCADAMENTE respondieron 5 pacientes, significa el 25% a causa de sus síntomas su vida familiar se ha visto perjudicada marcadamente
- El resultado MODERADAMENTE respondieron 2 pacientes, significa que el 10% a causa de su sintomatología su vida familiar se ha visto perjudicada moderadamente.
- El resultado LEVEMENTE respondieron 1 paciente, significa que el 5% a causa de sus síntomas su vida familiar se ha visto perjudicada levemente.
- El resultado NO EN ABSOLUTO restante ningún paciente respondieron, significa el 0% que todos los pacientes evaluados su vida social se ha visto perjudicada.

#### **4.2.17.2 INTERPRETACIÓN:**

De acuerdo a las cifras obtenidas el 60 % de pacientes con TB presentan disfunción biopsicosocial extremadamente en el Área de vida familiar , lo que demuestra que a causa de sus síntomas su vida familiar y responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas como cambios de estado de ánimo, euforia e inquietud anormal y sostenida, conductas disruptivas, consumo de sustancias, incremento de energía , hiperactividad, provocan peleas discusiones, la no discriminación entres pensamiento demasiado positivos y negativos, el 25 % marcadamente, el 10 %

moderadamente , el 5 % levemente por la sintomatología residual luego de un brote maniaco, síntomas depresivos, no conciencia de la enfermedad, el 0% no presentan en absoluto disfunción biopsicosocial en la vida familiar, porque en muchas ocasiones la sintomatología es concebida como forma de salir del cuadro depresivo, presentando un desapego familiar y culpabilizando a sus familias de las recaídas.

#### 4.2.18 Estrés percibido

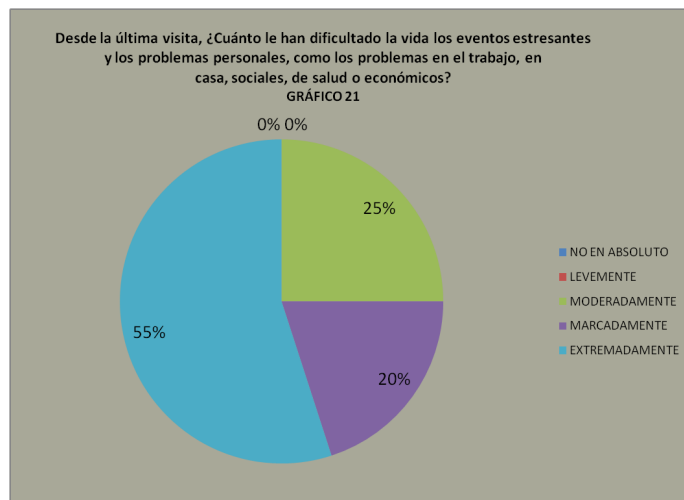
4. Desde su última visita ¿cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales, como los problemas en el trabajo, en casa, sociales, de salud o económicos?

**CUADRO 31**

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
No en absoluto	0	0%
Levemente	0	0%
Moderadamente	5	25%
Marcadamente	4	20%
Extremadamente	11	55%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

## GRÁFICO 21:



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

### 4.2.18.1 ANÁLISIS:

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó la escala heteroaplicada 11 de ellos respondieron EXTREMADAMENTE es decir desde su última visita le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales, como los problemas en el trabajo, en casa, sociales, de salud o económicos, lo que significa que el 55 % presentan a causa de sus síntomas su funcionamiento biopsicosocial se ha visto perjudicado extremadamente por estrés percibido.
- El resultado MARCADAMENTE respondieron 4 pacientes, significa el 20% a causa de sus síntomas su funcionamiento biopsicosocial se ha visto perjudicado marcadamente por estrés percibido.
- El resultado MODERADAMENTE respondieron 5 pacientes, significa que el 25% a causa de su sintomatología su funcionamiento biopsicosocial se ha visto perjudicado moderadamente por estrés.

- El resultado LEVEMENTE y NO EN ABSOLUTO no respondieron ningún paciente, significa el 0% todos los pacientes evaluados su funcionamiento biopsicosocial es perjudicado por estrés percibido.

#### **4.2.18.2 INTERPRETACIÓN:**

De acuerdo a las cifras obtenidas el 55 % de pacientes con TB presentan EXTREMADAMENTE estrés percibido desde su última visita le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales, como los problemas en el trabajo, en casa, sociales, de salud o económicos por estrés percibido, por presentar conflictos económicos , de salud, problemas familiares, que le llevan a vivir un periodo de crisis o recaídas de la enfermedad y consumo de sustancias, el 20 % MARCADAMENTE por la estigmatización del trastorno, comportamientos impulsivos que causan el internamiento u hospitalización, el 25% moderadamente lo cual demuestra que son personas muy propensos a sufrir recaídas frente a situaciones estresantes, por conflictos personales, económicos, de relación, laborales, que atribuyen a la situación estresante el factor predominante del desequilibrio por lo que no existe porcentajes de levemente y no en absoluto por estrés percibido, el trastorno y los síntomas del mismo se agrava frente a situaciones estresantes por los cambios de estados de ánimo, forma y contenido de pensamiento, aumento de energía, conductas impulsivas, pérdida de procesos cognitivos , pérdida de la necesidad de sueño, y lenguaje acelerado.

#### 4.2.19 Apoyo Social Percibido

5. Durante la última semana ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesita?

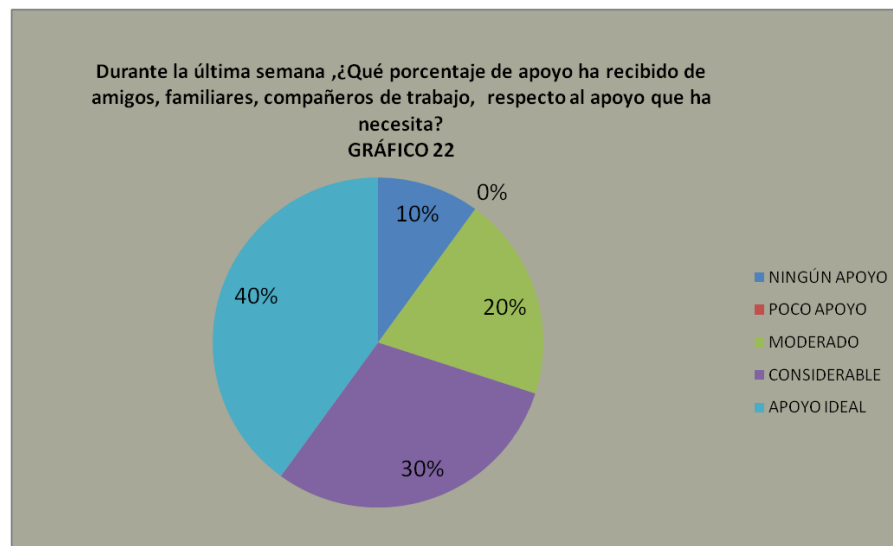
**Cuadro 32.**

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJES
Ningún Apoyo	2	10%
Poco Apoyo	0	0%
Moderado	4	20%
Considerable	6	30%
Apoyo Ideal	8	40%
TOTAL	20	100%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**GRÁFICO 22:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### **4.2.19.1 ANÁLISIS:**

- De los 20 pacientes a los cuales se les aplicó la escala heteroaplicada 8 de ellos respondieron que tenían un APOYO IDEAL es decir durante la última semana que porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesita, lo que significa que el 40 % presentan un apoyo ideal.
- El resultado CONSIDERABLE respondieron 6 pacientes, significa el 30% presenta un apoyo considerable.
- El resultado MODERADO respondieron 4 pacientes, significa que el 20% presenta un apoyo moderado.
- El resultado POCO APOYO ningún paciente respondió, significa el 0% todos los pacientes evaluados presentaron un tipo de apoyo o NINGÚN apoyo en absoluto.
- El resultado NINGÚN APOYO respondieron 2 pacientes, significa que el 10% no presentaron NINGÚN apoyo por causa del trastorno que padece.

#### **4.2.19.2 INTERPRETACIÓN:**

De acuerdo a las cifras obtenidas el 40 % de pacientes con TB presenta un apoyo social ideal percibido respecto a amigos , familiares , compañeros de trabajo , aunque se enfatizado en el apoyo familiar y la preocupación que ellos tiene hacia el paciente, el 30 % presentan un apoyo considerable, debido que el paciente internado necesita de una persona responsable para su internamiento, el 20 % un moderado apoyo social percibido debido al internamiento forzoso,el desconocimiento del trastorno y la estigmatización al paciente, el 0% presenta un poco apoyo social percibido por la necesidad del representante para ser ingresado, 10 % presentan ningún apoyo social percibido, lo cual demuestra que el comportamiento impulsivo como la

disfunción biopsicosocial que crea la sintomatología como peleas, discusiones, irritabilidad, cambios de estados de ánimo, delirios, conductas disruptivas, hace que su familia como amigos y personas cercanas creen desapego hacia el paciente y el rechazo hacia el mismo.

#### 4.2.20 RESUMEN Y ANÁLISIS DE DATOS GENERALES

##### DISFUNCIÓN BIOPSIKOSOKIAL

**CUADRO 33 : ANÁLISIS DE DATOS DISFUNCION BIOPSIKOSOKIAL**

INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN				
PACIENTE	TRABAJO	VIDA SOCIAL	VIDA FAMILIAR	ESTRÉS PERCIBIDO
1	10	9	10	10
2	6	10	8	10
3	10	8	10	5
4	10	10	10	5
5	5	0	5	5
6	10	8	8	8
7	10	5	10	8
8	10	10	10	10
9	8	8	8	5
10	7	9	10	10
11	8	9	8	9
12	10	7	9	10
13	10	0	8	10
14	9	8	2	10
15	2	2	5	5
16	10	5	10	10
17	10	8	10	10
18	10	10	10	8
19	10	10	10	10
20	5	2	9	7

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.



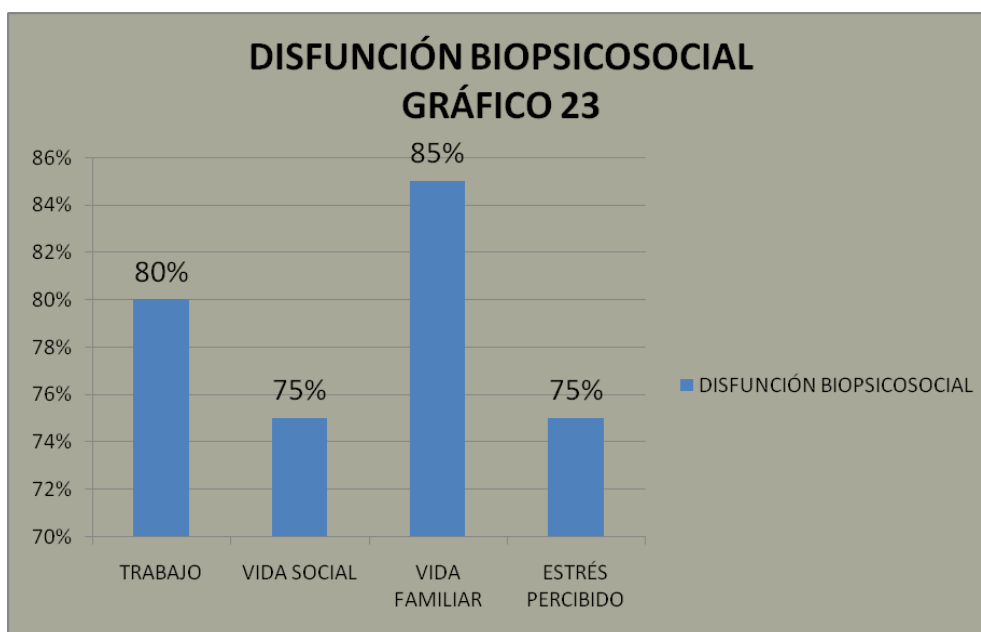
#### 4.2.20.1 PORCENTAJE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO BIPOLAR CONDISFUNCIÓN BIO PSICO SOCIAL.

**CUADRO 34: PACIENTES CON DISFUNCION BIOPSIICOSOCIAL**

PACIENTES	TRABAJO	VIDA SOCIAL	VIDA FAMILIAR	ESTRÉS PERCIBIDO
CON DISFUNCIÓN	16	15	17	15
PORCENTAJES	80 %	75%	85%	75%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**GRÁFICO 23:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.20.2 ANÁLISIS

De los pacientes investigados el 85% a causa de sus síntomas, su vida familiar y responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas, el 80 % a causa de sus síntomas su trabajo se ha visto perjudicado, 75 % de la vida social a causa de síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas, y el 75% de pacientes desde su última visita o evaluación han dificultado su funcionamiento eventos estresantes y los problemas personales como: trabajo, salud o económicos.

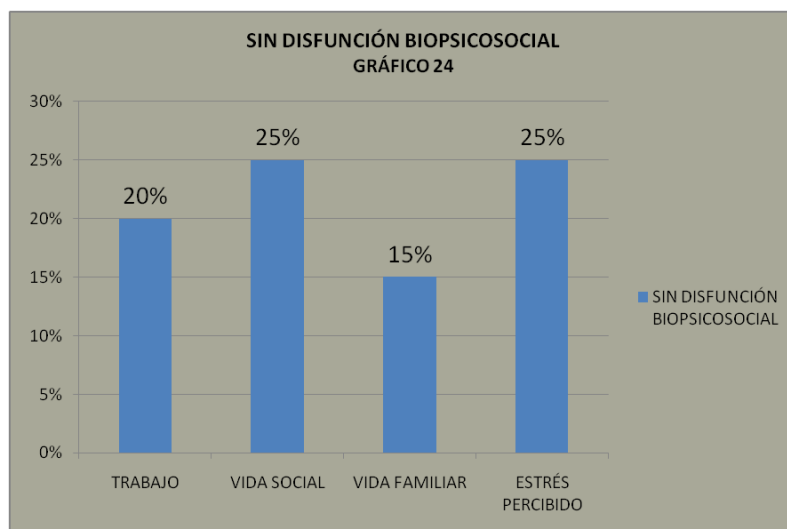
#### 4.2.21 PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO BIPOLAR SIN DISFUNCIÓN BIO PSICO SOCIAL EN CADA ÁREA ESTUDIADA.

**CUADRO 35: PACIENTES SIN DISFUNCION BIOPSIICOSOCIAL**

PACIENTES	TRABAJO	VIDA SOCIAL	VIDA FAMILIAR	ESTRÉS PERCIBIDO
SIN DISFUNCIÓN	4	5	3	5
PORCENTAJE	20 %	25%	15%	25%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**GRÁFICO 24:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.21.1 ANÁLISIS

De los pacientes con TB investigados el 15 %, a causa de sus síntomas , no presenta dificultades en la vida familiar y sus responsabilidades domésticas no se han visto perjudicados, ya que los síntomas tempranos del trastorno crean moderados y pequeños problemas, y un nivel de disfunción biopsicosocial moderado, que no le dificulta su funcionamiento ni social , ni familiar, ni pérdida del trabajo, y un apoyo social entre moderado e ideal con agnosia del trastorno y negación del desequilibrio, el 25% no presentan problemas a causas de sus síntomas en la vida social al igual que las actividades de tiempo libre ,no se han visto perjudicadas, en el funcionamiento ni en el área social ni en las demás, 25% no perciben estrés a causa de sus síntomas, ni presentan desde la última visita o evaluación, eventos estresantes, problemas personales, problemas en el trabajo, en casa, sociales, de salud o económicos, tanto en la vida familiar como en el área de

estrés percibido, influyendo directamente la sintomatología característica o tipo de TB de cada paciente, agnosia del desequilibrio y negación del trastorno, y mientras que solo el 20 % no presenta dificultades a causa del TB en el trabajo, son los pacientes que luego de sufrir una crisis bipolar están en fase residual y depresiva.

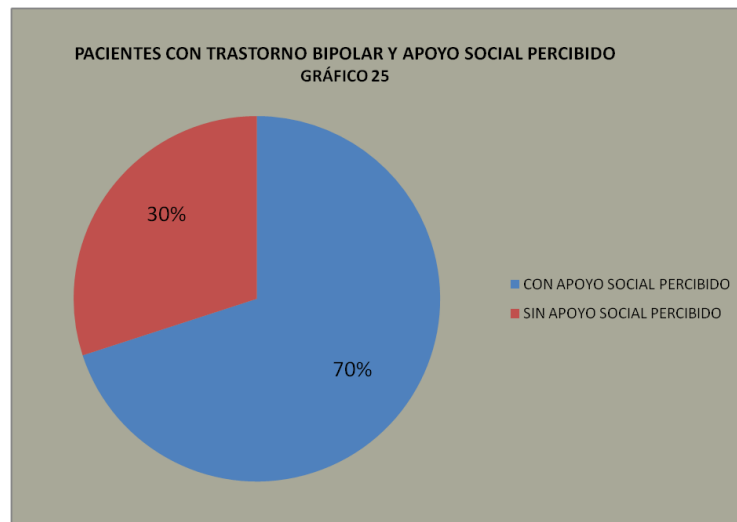
#### 4.2.22 PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO

**CUADRO 36: APOYO SOCIAL PERCIBIDO**

	CON APOYO SOCIAL PERCIBIDO	SIN APOYO SOCIAL PERCIBIDO
PACIENTES	14	6
PORCENTAJE	70%	30%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**GRÁFICO 25:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.22.1 ANÁLISIS

De los pacientes investigados el 70 % de pacientes con TB, tiene un apoyo social considerable dentro de la escala SDI, es decir desde, la última visita o evaluación, ha recibido apoyo de amigos, familiares, compañeros de trabajo, según sus necesidades, mientras que el 30 % de pacientes con esta sintomatología no ha recibido el apoyo necesario o ideal, es decir según la escala de SDI recibieron poco apoyo social en sus necesidades cotidianas, el comportamiento disruptivo dentro del hogar influye directamente en el apoyo que recibirá en el futuro.

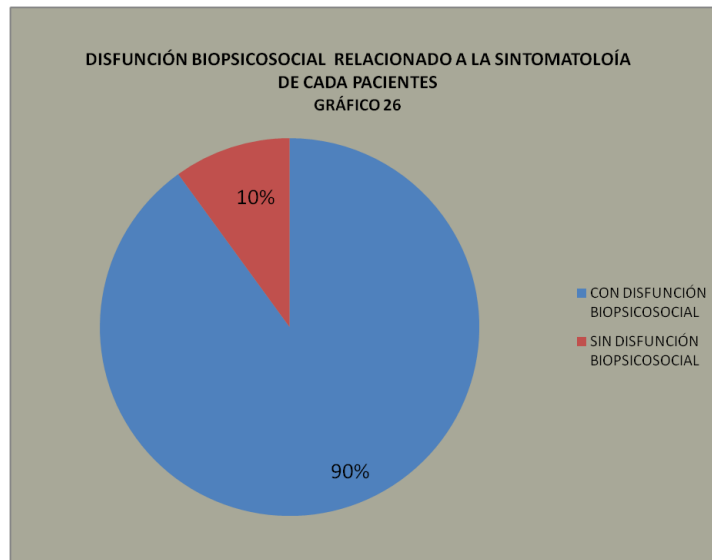
#### 4.2.23 DISFUNCIÓN BIOPSIOSOCIAL RELACIONADO A LA SINTOMATOLOGIA DE CADA PACIENTES

**CUADRO 37: PACIENTES Y DISFUNCION BIOPSIOSOCIAL.**

	CON DISFUNCIÓN BIOPSIOSOCIAL	SIN DISFUNCIÓN BIOPSIOSOCIAL
PACIENTES	18	2
PORCENTAJE	90%	10%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**GRÁFICO 26:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

#### 4.2.23.1 ANÁLISIS

De los pacientes de estudio el 90 % de pacientes con trastorno bipolar, presentan disfunción biopsicosocial en las áreas investigadas, mientras que el 10 % no presentan disfunción o pérdida de su funcionamiento global, por el diagnóstico, sintomatología o la etapa en que se encuentra el trastorno como eutimia, inicio del síndrome y fase depresiva.

#### 4.2.24 PACIENTES CON BIPOLARIDAD CON SÍNTOMAS MARCADOS

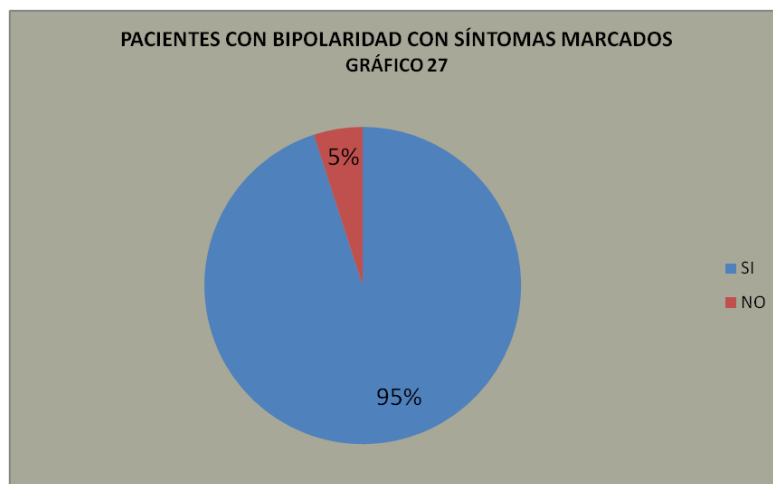
**CUADRO 38: SÍNTOMAS DE BIPOLARIDAD MARCADOS**

	SI	NO
PACIENTES	19	1
PORCENTAJE	95%	5%

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**GRÁFICO 27:**



**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

##### 4.2.24.1 ANÁLISIS

De los pacientes investigados el 95% de pacientes presentan síntomas de bipolaridad marcados ya sea en estado de ánimo, contenido y forma de pensamiento, aumento de energía, pérdida de procesos cognitivos al igual de sueño, conductas impulsivas, síntomas concomitantes, mientras que el 5 % no

presentan rasgos marcados de TB en la fase de eutimia del trastorno minimizando síntomas de inicio temprano y negación del mismo.

### GRADO DE DISFUNCIÓN BIOPSIOSOCIAL

#### 4.2.25 DISFUNCION BIOPSIOSOCIAL Y SINTOMATOLOGIA BIPOLAR

**CUADRO 39: DISFUNCION BIOPSIOSOCIAL Y BIPOLARIDAD**

<b>TRASTORNO BIPOLAR Y DISFUNCIÓN BIOPSIOSOCIAL</b>		
<b>PACIENTE</b>	<b>SÍNTOMAS DE BIPOLARIDAD</b>	<b>DISFUNCIÓN BIO PSICOSOCIAL</b>
1	8	10
2	11	10
3	8	10
4	2	10
5	9	5
6	6	10
7	10	10
8	12	10
9	10	8
10	11	10
11	11	10
12	7	10
13	11	10
14	6	10
15	9	5
16	9	10
17	11	10
18	12	10
19	12	10
20	9	9

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya



#### 4.2.26 SÍNTOMAS DE BIPOLARIDAD Y DIAGNÓSTICO POR PACIENTE

**CUADRO 40: SINTOMATOLOGIA Y DIAGNÓSTICO DE TB.**

<b>SÍNTOMAS DE BIPOLARIDAD Y DIAGNÓSTICO POR PACIENTE</b>		
<b>PACIENTE</b>	<b>MDQ</b>	<b>SINTOMATOLOGIA- DIAGNÓSTICO</b>
1	8	TRASTORNO DELIRANTE MANIACO DEPRESIVO, COMPORTAMIENTO DISRUPTIVOS, PROBLEMAS CON LA LEY, ROBOS INMOTIVACIONALES, IRRITABILIDAD, CLEPTOMANIA, CONFLICTOS DE PAREJA, PESAMIENTO DELIRANTE DE CONTENIDO DEPRESIVO, MEGALOMANIA, TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE TIPO IMPULSIVO.
2	11	BROTE HIPOMANIACO, LLANTO FACIL, CAMBIOS CICLICOS DE ESTADO DE ÁNIMO, AUTOESTIMA EXAGERADA, LABILIDAD AFECTIVA, PENSAMIENTO DELIRANTE, IDEAS SOBREVALORADAS, TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD
3	8	PENSAMIENTO CIRCUNSTANCIAL CONDUCTAS DISRUPTIVAS,TRASTORNO BIPOLAR SIN BROTE PSICOTICO, COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO, PENSAMIENTOS PARASITOS, INICIO DEL BROTE, TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD
4	2	FASE DE EUTIMIA, IRRITABILIDAD, PÉRDIDA DE LA NECESIDAD DEL SUEÑO, PENSAMIENTO AUTORREFERENCIAL, MANIA DISFORICA, CON AGNOSIA Y NEGACION DEL DESEQUILIBRIO, MEGALOMANIA, TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD
5	9	FASE DEPRESIVA, SIN BROTE PSICOTICO, SENTIMIENTOS DE SOLEDAD, MELANCOLIA, LLANTO FACIL, CONFLICTOS DE PAREJA, DISMINUCION DE ENRGIA, SENTIMIENTOS DE VACIO CONTANTES, PÉRDIDA INESPERADA, TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD.
6	6	FASE DE MANIA DISFORICA, CONSUMO COMPULSIVO DE ALCOHOL, CAMBIOS CICLICOS DE ESTADOS DE ÁNIMO, PENSAMIENTO DEPRESIVO, CONFLICTOS FAMILIARES, DISTRAIBILIDAD , AUTOESTIMA EXALTADA, INCREMENTO DE ENRGIA,GASTÓ COMPULSIVO DE DINERO, CONDUCTAS DISRUPTIVAS , COMPORTAMIENTOS DISRUPTIVOS, ROBOS ASOCIADOS AL CONTEXTO FAMILIAR Y LABORAL, INICIO DEL SINDROME SIN BROTE PSICOTICO, TRASTONO INESTABLE EMOCIONAL DE TIPO IMPUSIVO, NO CONCIENTE DEL TRASTORNO.
7	10	TRASTORNO DELIRANTE MANIACO DEPRESIVO, CONTENIDO DE RUINA, MEGALOMANIA, COMPORTAMIENTOS EXTRAÑOS, LLANTO FACIL, TRASTONO OBSESIVO COMPUSIVO, ESCESO DE TRABAJO.
8	12	CONDUCTAS DISRUPTIVAS, IRRITABILIDAD, MEGALOMANIA, VERBORREICA, CONFLICTOS FAMILIARES, DISTRAIBILIDAD , PÉRDIDA DE LA NECESIDAD DE SUEÑO, AUMENTO DE SOCIABILIDAD, HETEROAGRESIVIDAD, BROTE PSICOTICO, PENSAMIENTO DELIRANTE, TRASTORNO INESTABLE EMOCIONAL DE TIPO IMPUSIVO, TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD.
9	10	MANIA DISFORICA, CONSUMO COMPULSIVO DE ALCOHOL,, PENSAMIENTO DEPRESIVO, SENTIMIENTOS CONSTANTES DE SOLEDAD, SINTOMATOLOGIA DE ATAQUE DE PANICO, INTENTOS DE QUITARSE LA VIDA, PENSAMIENTO DELIRANTE, TRASTONO DE PERSONALIDAD E TIPO LIMITE.
10	11	MANIA DISFORICA, PENSAMIENTO ACELERADO, IRRITABILIDAD, PARASUICIDIO CON ARMA DE FUEGO, HETEROAGRESIVIDAD, INCREMENTO

		DE LA CTIVIDAD SEXUAL, CAMBIO CICLICOS DE ESTADOS DE ÁNIMO., SIN BROTE PSICOTICO, TRASTONO LIMITE DE PERSONALIDAD.
11	11	EPISODIO DELIRANTE MANIACO DEPRESIVO, PÉRDIDA DE LA NECESIDAD DEL SUEÑO, MEGALOMANIA, PENSAMIENTO DE DELIRANTE DE TIPO PARANOIDE DE CONTENIDO DE RUINA, PENSAMIENTO DELIRANTE DE CONTENIDO DEPRESIVO, VERBOREICA, TRASTORNO INESTABLE EMOCIONAL DE TIPO IMPULSIVO
12	7	IRRITABILIDAD , COMPÒRTAMIENTOS DISRUPTIVOS HETEROAGRESIONES, COMPRTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO, CONFLICTOS PAERNO FILIALES, EPIAODIOS DISOCIATIVOS, TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.
13	12	EPISODIO DELIRANTE MANIACO DEPRESIVO, MEGALOMANIA, HIPERACTIVIDAD, PESANMEITNOR DELIRANTEDE CONTENIDO DEPRESIVO, HETEROAGRESIVIDAD, DROMOMANIA, TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD.
14	4	PACIENTE EN FASE DEPRESIVA, SENTIMIENTO DE SOLEDAD, IDEAS THANATICAS, PACIENTE CON SÍNTOMAS RESIDUALES DELIRANTES, DROMOMANIA, TRASTORNO NARCICISTA Y OBSESIVO COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD.
15	9	CONDUCTAS DISRUPTIVAS, MANIA DISFORICA, PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR SIN BROTE PSICOTICO, CONSUMO COMPULSIVO DE ALCOHOL, MEGALOMANIA, HIPERACTIVIDAD, HIPOMANIA Y MEGALOMANIA, TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE TIPO LIMITE.
16	8	EPISODIO DELIRANTE MANIACO DEPRESIVO, PENSAMIENTO DELIRANTE DE CONTENIDO MISTICO, DE CONTENIDO DELIRANTE, IRRITABILIDAD, HETEROAGRESIVIDAD, DROMOMANIA, TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE TIPO IMPULSIVO.
17	13	CONSUMO COMPULSIVO DE SUSTANCIAS, TRASTORNO BIPOLAR SIN BROTE PSICOTICO, MEGALOMANIA, HIPERACTIVIDAD, VERBORREA, CONFLICTOS DE PAREJA, TRASTORNO DEPENDIENTE E INESTABLE EMOCIONAL DE TIPO IMPULSIVO.
18	12	CONSUMO COMPULSIVO DE ALCOHOL, HETEROAGRESIVIDAD, ROBOS, COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO, MANIA DISFORICA, CONFLICTOS DE LA LEY, COMPORTAMIENTOS DISRUPTIVOS, MEGALOMANIA, GASTÓ COMPULSIVOD E DINERO, PENSAMIENTO CIRCUNSTANCIAL, SIN BROTE PSICOTICO, TRASTORNO ANTISOCIAL E INESTABILIDAD EMOCIONAL DE TIPO IMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD.
19	11	EPISODIO DELIRANTE MANIACO DEPRESIVO, CONSUMO COMPULSIVODE ALCOHOL, PENSAMIENTO CIRCUNSTANCIAL, COMPOTAMIENTOS EXTRAÑOS, TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD.
20	9	TRASTORNO BIPOLAR, PRIMER BROTE PSICOTICO, PENSAMIENTO ACELERADO, CONDUCTAS DISRUPTIVAS, HIPOMANIAS, ROMPE OBJETOS, DESORDENES ALIMENTICIOS BULIMIA, CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO CICLICOS, ACTIVIDADES SOLITARIAS EVITA LAA RELACIONES SOCIALES, SENTIMIENTOS DE FRUSTRACION Y VERGÜENZA , CON AGNOSIA DEL DESEQUILIBRIO, TRASTORNO DE TIPO LIMITE Y EVITANTE DE LA PERSONALIDAD, IDEAS MEGALOMANIAS, PENSAMIENTO DELIRANTE.

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.



#### 4.2.27 ESQUEMA GENERAL, DE CADA UNA DE LAS BATERIAS PSICOLÓGICAS UTILIZADAS PARA LA INVESTIGACIÓN

**CUADRO 41: ESQUEMA GENERAL DE BATERIAS PSICOLOGICAS.**

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

PACIENTE	EDAD	SEXO	MDQ (MOOD DISORDER QUESTIONARE)										INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN SDI												
			MDQ MAXIMA	CAMBIOS DE E.A	CONT. PENS.	PERDIDA NEC.SUEÑO	LENGUAJE ACELER.	FORMA PENS.	PERD. PROC.COG	AUM. ENERG	CONDUCT IMPULSIVA	SINT. CONCT.	TIPO DE PROBLEMA	SDI MAXIMA		TRABAJO		VIDA SOCIAL		VIDA FAMILIAR		ESTRÉS PERCIBIDO		APOYO SOCIAL PERCIBIDO	
1	39	M	8	1	1	1	0	1	1	0	2	1	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	9	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	100%	APOYO IDEAL
2	23	F	11	2	1	1	1	1	1	0	3	1	GRAVE	10	EXTREM.	6	MODER.	10	EXTREM.	8	MARC.	10	EXTREM.	80%	CONSIDERABLE
3	21	M	8	2	1	0	0	1	0	0	3	1	MOD	10	MARC.	10	EXTREM.	8	MARC.	10	EXTREM.	5	MODER.	100%	APOYO IDEAL
4	26	M	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	5	MODER.	100%	APOYO IDEAL
5	33	F	9	1	1	1	1	1	1	0	2	1	MOD	5	MODER.	5	MODER.	0	NO EN ABSOLUTO	5	MODER.	5	MODER.	50%	MOD
6	42	M	6	0	1	1	0	0	1	1	2	1	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	8	MARC.	8	MARC.	8	MARC.	80%	CONSIDERABLE
7	45	M	10	2	1	1	1	1	1	1	1	1	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	5	MODER.	10	EXTREM.	8	MARC.	0%	NINGUN APOYO
8	38	F	12	2	0	1	1	1	1	1	4	1	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	0%	NINGUN APOYO
9	36	F	10	2	1	1	1	1	0	1	2	1	GRAVE	8	MARC.	8	MARC.	8	MARC.	8	MARC.	5	MODER.	40%	MOD.
10	24	M	11	2	0	0	1	1	1	1	4	1	GRAVE	10	EXTREM.	7	MARC.	9	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	80%	CONSIDERABLE
11	52	F	11	2	1	1	1	1	0	0	4	1	GRAVE	10	EXTREM.	8	MARC.	9	EXTREM.	8	MARC.	9	EXTREM.	90%	APOYO IDEAL
12	25	M	7	1	0	0	0	1	1	1	2	1	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	7	MARC.	9	EXTREM.	10	EXTREM.	100%	APOYO IDEAL
13	30	F	11	2	1	1	0	1	1	1	3	1	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	8	MARC.	10	EXTREM.	50%	MOD.
14	37	M	6	0	0	1	1	1	1	0	1	1	MOD	10	MARC.	9	EXTREM.	8	MARC.	2	LEVEMENTE	10	EXTREM.	100%	APOYO IDEAL
15	26	M	9	2	0	1	1	0	0	1	3	1	PEQUEÑOS	5	MODER.	2	LEVEMENTE	2	LEVEMENTE	5	MODER.	5	MODER.	100%	APOYO IDEAL
16	40	F	9	1	1	1	1	1	0	1	2	1	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	5	MODER.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	80%	CONSIDERABLE
17	29	M	11	1	1	1	0	1	1	1	4	1	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	8	MARC.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	70%	CONSIDERABLE
18	32	M	12	2	1	0	1	1	1	1	4	1	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	8	MARC.	100%	APOYO IDEAL
19	27	M	12	2	1	1	1	1	1	1	3	1	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	80%	CONSIDERABLE
20	28	M	9	1	1	0	0	1	1	0	4	1	MOD	9	EXTREM.	5	MODER.	2	LEVEMENTE	9	EXTREM.	7	MARC.	50%	MOD.
		CALF.MAX	15	2	1	1	1	1	1	1	5	1	GRAVE	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	10	EXTREM.	100%	APOYO IDEAL
		TOTAL:	28	15	14	12	17	14	12	54	19		PACIENTES CON DISFUNCION BIOPSICOSOCIAL												
		CALF.MAX	40	20	20	20	20	20	20	100	20		PROMEDIO GENERAL	TRABAJO		VIDA SOCIAL		VIDA FAMILIAR		ESTRÉS PERCIBIDO					
		PORCENTAJE	70%	75%	70%	60%	85%	70%	60%	54%	95%	PACIENTES	18	16		15		17		15					
												PORCENTAJE	90%	80%		75%		85%		75%					

### **4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS**

#### **4.3.1 HIPÓTESIS GENERAL:**

- De acuerdo a la investigación realizada la hipótesis general se cumple ya que los pacientes evaluados que padecen trastorno bipolar pierden el funcionamiento biopsicosocial en las diferentes áreas realizadas, demostrando que los síntomas de inicio temprano son factores causales de discapacidad.

#### **4.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

- Según la investigación realizada los cambios de estado de ánimo no son los signos y síntomas de inicio temprano de mayor incidencia en el TB ni la euforia, ni inquietud, ni irritabilidad anormal y sostenida (ni conductas disruptivas), los signos y síntomas que prevalecen son los correspondientes al pensamiento es decir a la forma y contenido del mismo. Como de contenido auto estima exaltada., pensamientos de grandeza, optimismo excesivo y en la forma de pensamiento en lucha de ideas, pensamientos acelerados (Circunstancialidad/ Tangencialidad), los cuales son síntomas iniciales que hacen que se desencadene una crisis maniaco depresiva, o un episodio de hipomanía.

#### **POR LO TANTO HIPOTESIS RECHAZADA**

- Según la investigación realizada la disfunción biopsicosocial en el área de la vida social no es la determinante , la disfunción que prevalecen es en el área familiar que demuestra que el paciente presenta problemas de relación y pérdida de responsabilidades domésticas por los síntomas característicos del trastorno, comportamiento inusuales, pérdida de proceso cognitivos de resolución de conflictos, el no raciocinio de pensamientos negativos o

positivos, conflictos familiares, irritabilidad , provocan peleas , discusiones, conductas disruptivas, consumo de sustancia, alcohol, autoestima exagerada difícil de ser cuestionada y desapego familiar, de la misma manera de culpar a los familiares de sus recaídas.

**POR LO TANTO HIPOTESIS RECHAZADA**

## CAPITULO V

### 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES:

- El trastorno bipolar influye directamente en la disfunción biopsicosocial, la sintomatología característica crea un ciclo cognitivo de pensamientos distorsionados tanto positivos como negativos, que le dificulta su discriminación, por el contenido o forma de estos, perjudicando su funcionamiento laboral, social, familiar además del estrés percibido que desencadena al trastorno, además del apoyo ideal imprescindible para que este pueda vivir con TB.
- La sintomatología como pensamiento acelerado, circunstancial o tangencial, lucha de ideas, aparecen como el primero de los síntomas que determinan la aparición del mismo, este se evidencia con una pérdida de la necesidad de sueño, hiperactividad y aumento de energía para realizar sus actividades en el área laboral, lo que ocasiona el apareamiento de comportamientos disruptivos por el contenido del pensamiento como autoestima exaltada, pensamientos de grandeza, optimismo excesivo, cambios de estado de ánimo, verborrea, irritabilidad anormal y sostenida ya sea en la familia, laboral o social con pérdida de procesos cognitivos, distraibilidad, disminución en la toma de decisiones y resolución de problemas lo que ocasionan problemas directos en relación familiar y desapego de la misma, con la pérdida del funcionamiento biopsicosocial en la vida de cada pacientes ya que cada uno estos síntomas son concomitantes y nunca van solos aunque empiezan por el pensamiento acelerado circunstancial o tangencial.
- Según los datos obtenidos de la investigación según el test MDQ, podemos definir que los signos y síntomas de inicio temprano del trastorno son, el

85 % de pacientes presentan distorsiones cognitivas en la forma de pensamiento tales como lucha de ideas, pensamiento acelerado, circunstancial o tangencial, el 95 % a padecido dos o más síntomas concomitantes a la vez, el 75% distorsiones en el contenido de pensamiento, autoestima exaltada, pensamientos de grandeza, optimismo excesivo, el 70 % cambios de estado de ánimo, euforia, inquietud e irritabilidad anormal y sostenida al igual que conductas disruptivas, de la misma manera el 70% presenta pérdida de la necesidad de sueño o reducción de la necesidad de dormir, como resultado de la forma y contenido de pensamiento demasiado positivo o negativo, el 70% pérdida de procesos cognitivos, se distrae con facilidad , le resulta difícil mantener la atención en una sola cosa, dificultad de planificación y razonamiento, disminución de la capacidad de toma de decisiones y de resolución de problemas , el 60% lenguaje acelerado, verborreico, difícil de interrumpir, el 60% aumento de energía e hiperactividad al realizar sus actividades diarias, laborales económicas todas estas apartadas de la vida familiar y el 54 % conductas impulsivas, aumento de sociabilidad, actividad mantenida hacia un objetivo, a menudo ineficaz, aumento de la impulsividad y del riesgo de toma de decisiones e incremento de la actividad sexual, gastos y compras excesivas innecesarias.

- El grado de disfunción Biopsicosocial según la escala de Sheehan podemos concluir que el 85% a causa de sus síntomas de bipolaridad, su vida familiar y responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas, el 80 % su trabajo se ha visto perjudicado, 75 % su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas, y el 75% de pacientes desde su última visita o evaluación han dificultado su funcionamiento eventos estresantes y los problemas personales como trabajo, salud o económicos, además de contar con un apoyo social percibido del 70% lo que facilita su recuperación en el internamiento.



- Los síntomas tempranos de bipolaridad afectan el funcionamiento biopsicosocial a causa de sus síntomas, los pacientes que presentan disfunción biopsicosocial extremadamente elevada en el área de trabajo, presentan dificultades en el funcionamiento laboral, razón por la cual es común la pérdida de empleo por las continuas crisis vividas, pérdida de la necesidad de sueño, internamiento, pérdida de procesos cognitivos, aumento de energía, escasa capacidad de resolución de conflictos, irritabilidad y causar peleas o discusiones. En la vida social son personas desvinculando de actividades de tiempo libre, con una carencia de habilidades sociales. En la vida familiar presentan problemas de relación y pérdida de responsabilidades domésticas, comportamiento inusuales, pérdida de proceso cognitivos de resolución de conflictos, el no raciocinio de pensamientos negativos o positivos, conflictos familiares, irritabilidad , provocan peleas, discusiones, conductas disruptivas, consumo de sustancia, autoestima exagerada difícil de ser cuestionada , desapego familiar, además de culpabilizar a la familia de sus recaídas.
- Podemos concluir que los síntomas de inicio temprano de TB, agravan la salud mental del paciente que lo padece, la forma y el contenido de pensamiento, cambios de estado de ánimo, pérdida de sueño y procesos cognitivos, lenguaje acelerado , aumento de energía y conductas impulsivas , son factores desencadenantes de disfunción biopsicosocial, estos hacen que el paciente carezca de la capacidad de resolución de conflictos , propensos al estrés, pérdida de las habilidades básicas, hacen que pierda las actividades de tipo libre, culpabilizar a sus familias de sus recaídas, es un circulo donde da inicio la forma de pensamiento y luego se desencadenan los demás síntomas de manía o hipomanía para ser considerados, como un TB.
- Además podemos concluir que los pacientes que padecen bipolaridad, tienen una comorbilidad con consumo de sustancias, con el grupo de

personalidad de tipo B, como inestables, narcisistas, histriónicos, y además de la negación de la sintomatología como agnosia de la misma.

- Su incremento de vitalidad o energía en demasía, hacen que se desvinculen de la familia, su sintomatología es concebida como manera de salir de un cuadro depresivo mas no como un episodio de hipomanía o manía, y no reciban un apoyo y tratamiento necesario oportuno, limitando el apoyo social percibido luego del internamiento, ya que su comportamiento lo aíslan de la familia y la familia se desvincula de él.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

- Se recomienda que al saber que el trastorno bipolar influye directamente en la disfunción biopsicosocial por su sintomatología característica, es necesaria la desmitificación y la discriminación de los episodios maniacos o hipomaniacos, antes que este perjudique el funcionamiento laboral , social y familiar además de crear un vínculos de apoyo ideal que disminuyan el estrés percibido que le permita vivir con TB.
- Se recomienda la discriminación de los síntomas iniciales de la misma, ya que estas aparecen con pensamientos acelerados en contenido y forma, lo que es necesario la creación de un modelo cognitivo conductual que ayude al autocontrol y cuestionamiento de los mismos, de la misma manera al reconocimiento de la sintomatología, como cambios de estado de ánimo, conductas impulsivas, perdida de procesos cognitivos, aumento de energía, perdida de la necesidad de sueño, lenguaje acelerado, creando así un plan de afrontamiento y técnicas de autocontrol, que mejoren su calidad de vida y relación familiar , social y laboral.
- Se recomienda la creación de modelo psicoeducativo que ayude al paciente a identificar los síntomas de inicio , temprano , medios y tardíos , la identificación de comportamientos tantos depresivos como maniacos

para así controlar situaciones de crisis evidentes, por los cambios de rutinas , conductas impulsivas , sondeo de estado de ánimo, síntomas cambiantes, horas de sueños que perjudican su salud mental.

- Al saber que el trastorno bipolar causa conflictos directamente a la vida familiar, se recomienda la psicoeducación tanto individual y familiar, que faciliten su desenvolvimiento en la vida cotidiana, además de la creación de un contrato de comprometimiento que haga que el paciente cree una alianza a un modelo cognitivo conductual entre paciente, terapeuta y familia, facilitando de esta manera un apoyo social ideal y creando técnicas de afrontamiento de las situaciones estresantes, evitando así el internamiento, al igual del control rutinas interpersonales que regulen el ritmo circadiano o reloj biológico, con técnicas directivas y estructuradas.
- Se recomienda psicoeducar a las familias acerca del mismo, ya que conductas como pérdida de sueño , irritabilidad, aislamiento, ideas de que las personas están hablando mal de él, ideas de autoreferencia, irritabilidad ya son propensas a tener una crisis maniaco depresiva por lo cual se recomienda la visita a un profesional de salud mental para evitar el internamiento.
- Los pacientes que padecen bipolaridad, tienen una gran comorbilidad con consumo de sustancias, alcoholismo, con el grupo de personalidad de tipo B, como inestables, narcisistas, histriónicos, y además de la negación de la sintomatología como agnosia de la misma. Lo cual empeoran el estado de salud mental del paciente y la combinación con otro tipo de trastornos como anorexia, bulimia, T.O.C, incluso llegar a la esquizofrenia, por lo cual es recomendado el tratamiento de la personalidad del paciente y la modificación de rasgos de la misma, se recomendable identificar esta sintomatología en adolescentes quienes son considerados como conflictos conductuales mas no inicios tempranos de bipolaridad.

## **CAPITULO VI**

### **6 PROPUESTA.**

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

##### **6.1.1 TEMA DE LA PROPUESTA:**

APLICACIÓN DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL DE ROBERT  
REISER Y LARRY THOMPSON PARA PACIENTES  
QUE PADECEN TRASTONO BIPOLAR

##### **6.1.2 Institución Ejecutoria:**

Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús

##### **6.1.3 Tipo:**

Privado

##### **6.1.4 Beneficiarios:**

Pacientes de con Trastorno Bipolar, Familia y Sociedad.

##### **6.1.5 Ubicación:**

La Magdalena, Antigua Vía a Tisaleo

##### **6.1.6 Tiempo estimado para la ejecución:**

Septiembre 2010 – Septiembre 2011

##### **6.1.7 Equipo técnico responsable:**

Gonzalo Amaya

##### **6.1.8 Costo:**

\$ 911.30

## 6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La realización de la propuesta terapéutica tiene como base la evaluación efectuada por medio de test psicológicos a los Pacientes con Trastorno Bipolar del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, los cuales demostraron un índice de disfunción biopsicosocial extremadamente elevado el 85 % en el área de vida familiar y síntomas de inicio temprano de forma y contenido de pensamiento, a causa de sus síntomas la vida familiar y sus responsabilidades doméstica, se han visto perjudicadas.

En la investigación realizada el 85 % de pacientes presentan distorsiones en la forma de pensamiento tales como lucha de ideas, pensamiento acelerado, circunstancial, tangencial, el 95 % ha padecido dos o más síntomas concomitantes a la vez, el 75% distorsiones en el contenido de pensamiento, autoestima exaltada, pensamientos de grandeza, optimismo excesivo, el 70 % cambios de estado de ánimo, euforia, episodios de manía, inquietud ,irritabilidad anormal y sostenida, de la misma manera el 70 % presenta pérdida de la necesidad de sueño, como resultado de la forma y contenido de pensamiento, el 70% pérdida de procesos cognitivos, se distrae con facilidad , le resulta difícil mantener la atención en una sola cosa, dificultad de planificación y razonamiento, disminución de la capacidad de toma de decisiones y de resolución de problemas , el 60% lenguaje acelerado, verborreico, difícil de interrumpir, el 60% aumento de energía e hiperactividad al realizar sus actividades diarias, laborales económicas todas estas apartadas de la vida familiar , y el 54 % conductas impulsivas , como compras motivacionales sin un fin determinado, comportamiento disruptivo, conductas descontroladas, aumento de sociabilidad, aumento de la impulsividad incremento del deseo sexual. Los cuales se relacionan con el nivel de disfunción biopsicosocial de los pacientes evaluados el 85% a causa de sus síntomas, su vida familiar y responsabilidades domésticas, el 80 % a causa de sus síntomas su trabajo, 75 % de la vida social a causa de síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre, y el 75% de pacientes desde su última visita o evaluación han dificultado su

funcionamiento eventos estresantes y los problemas personales como: trabajo, salud o económicos.

Mientras que el 15 %, a causa de sus síntomas , no presenta dificultades en la vida familiar y sus responsabilidades domésticas no se han visto perjudicados, ya que los síntomas tempranos del trastorno crean moderados y pequeños problemas, y un nivel de disfunción biopsicosocial moderado, que no le dificulta su funcionamiento ni social , ni familiar, ni pérdida del trabajo, y un apoyo social entre moderado e ideal teniendo en agnosia del trastorno y negación del desequilibrio, el 25% no presentan problemas a causas de sus síntomas en la vida social al igual que las actividades de tiempo libre ,no se han visto perjudicadas, en el funcionamiento ni en el área social ni en las demás, 25% no perciben estrés a causa de sus síntomas, ni presentan desde la última visita o evaluación, eventos estresantes, problemas personales, problemas en el trabajo, en casa, sociales, de salud o económicos, tanto en la vida familiar como en esta área influye directamente la fase del trastorno , agnosia del desequilibrio y negación de la trastorno, y mientras que solo el 20 % no presenta dificultades a causa del TB en el trabajo, son los pacientes que luego de sufrir una crisis bipolar están en fase residual y depresiva.

De la misma manera el 70 % de pacientes con TB, tiene un apoyo social considerable dentro de la escala SDI, es decir desde, la última visita o evaluación, ha recibido apoyo de amigos, familiares, compañeros de trabajo, según sus necesidades, mientras que el 30 % de pacientes con esta sintomatología no ha recibido el apoyo necesario o ideal, es decir según la escala de SDI recibieron poco apoyo social en sus necesidades cotidianas, el comportamiento disruptivo dentro del hogar influye directamente en el apoyo percibido que recibirá. El 90 % de pacientes con trastorno bipolar, presentan disfunción biopsicosocial en las áreas investigadas, mientras que el 10 % no presentan disfunción o pérdida de su funcionamiento global, por el diagnóstico, sintomatología o la etapa en que se encuentra el trastorno como eutimia, inicio del síndrome y fase depresiva. El 95%

de pacientes presentan síntomas de bipolaridad marcados ya sea en estado de ánimo, contenido y forma de pensamiento, aumento de energía, pérdida de procesos cognitivos al igual de sueño, conductas impulsivas, síntomas concomitantes, mientras que el 5 % no presentan rasgos marcados de TB en la fase de eutimia del trastorno minimizando síntomas de inicio temprano y negación del mismo.

En el estudio realizado los pacientes evaluados en fase maniaca respondían con facilidad a los síntomas tempranos del trastorno, los cuales hacían que su conducta sea cambiante, su comportamiento no acorde a la situación, pérdida del aseo de higiene personal, ideas megalomaniacas, mientras que fue necesario evaluar a los pacientes en fase depresiva después del episodio depresivo por su estado actual psíquico.

La presente propuesta cuenta como sustento la experiencia obtenida en el tratamiento de trastorno de bipolar en el Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, lo cual fue necesario el estudio de un modelo exacto para el Tratamiento de TB, teniendo como referencia a Robert Reiser y Larry Thompson.

Robert Reiser, doctor en terapia cognitiva conductual, es miembro de la Academy of Cognitive Therapy y director de la Gronowki Psychology Clinic en la Pacific Graduate School of Psychology de Palo Alto, California donde supervisa a los psicólogos durante su residencia, da clases de terapia cognitivo conductual y ofrece talleres, consultas y asistencias técnicas relacionadas con los avances en el tratamiento del trastorno bipolar en instalaciones comunitarias de salud mental. Entre los principales intereses clínicos y de investigación del doctor Reiser se encuentran el diseño y aplicación de tratamientos basados en evidencias en diversas instalaciones clínicas y comunitarias, como lo expuesto en “Trastorno Bipolar” “Avances de Psicoterapia, Practica Basada en Evidencias”, 2006, México, editorial Manual Moderno, junto a Larry Thompson, quien obtuvo su doctorado en la Florida State University en 1951. Desde entonces Thompson

ocupa la categoría de profesor en tres Universidades: Duke University, University of Southern California y Stanford University. Mostrando interés en los problemas y desafíos que implica la aplicación de intervenciones psicoterapéuticas basadas en evidencias surgida a partir de la investigación en laboratorios en un contexto comunitario, cuyo manual fue desarrollado y editado con el apoyo de la Sociedad de Psicología Clínica, (APA)

Esta propuesta tiene la finalidad de psicoeducar al paciente y promover guías de tratamiento prácticas basadas en evidencias, de un trastorno que es comúnmente visto más por clínicos como es el trastorno bipolar, mediante la aplicación de herramientas y técnicas psicoterapéuticas, sencillas y fáciles de utilizarlas, que permitan al paciente aprender a vivir con el trastorno, y no sea causa de estigmatización social, pérdida del funcionamiento total, y prevenir brotes futuros que agraven la salud mental.

El tipo de propuesta que se emplea en esta investigación es desarrollar un conjunto de habilidades básicas que fomenten el funcionamiento biopsicosocial, mediante un plan terapéutico activo, directivo estructurado.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN**

La presente propuesta, tiene como finalidad mejorar la calidad de vida del paciente con trastorno bipolar, dicha patología, a más, del desorden neurológico causa problemas tanto psicosociales como familiares, mediante la utilización de técnicas cognitivas conductuales, creando habilidades básicas y herramientas, que afiancen al paciente en su diario vivir fortaleciendo así su plan de vida y el riesgo de recaídas.

Se pretende añadir técnicas psicoterapéuticas al tratamiento farmacológico que potencie el funcionamiento biopsicosocial del paciente en la sociedad, que aumenten su nivel de conciencia del trastorno, la reinserción social, familiar, laboral e identificación de signos y síntomas tempranos de hipomanía que anuncia una futura crisis, que vaya más allá del trastorno clínico buscando la



racionalización e identificación de pensamientos, cambio de emociones, de conductas impulsivas, pérdida de la necesidad de sueño, reconocimiento de los síntomas tempranos, que le producen comportamientos disruptivos, que le otorguen herramientas que estabilicen el esquema cognitivo distorsionado, buscando su homeostasis y salud mental , capaz de afrontar, saber qué hacer en cada crisis, encargándose de su individualidad, transformándose en un ser consciente de la sintomatología que detecte y combata sus pensamientos disfuncionales, demasiado positivos o demasiado negativos, de forma, contenido de pensamiento, explotando lo positivo del desequilibrio, como el aumento de energía o autoestima exaltada, en el área social, individual , familiar o laboral, que éste vaya acorde a la persona que va descubriendo en el transcurso del proceso, enfrentando actividades, rutinas diarias, llegando a un cambio del esquema mental y el mejoramiento de su funcionamiento biopsicosocial como en el manejo de sueño, síntomas tempranos de manía y mantenimiento de rutinas diarias, aprendiendo a vivir con trastorno bipolar.

Desde la aparición de enfermedad maniaco depresiva, una enfermedad desorganizada, inestable, con ánimo fluctuante, difícil de tratar, Robert Reiser menciona que esta patología depende de la organización, dirección y estructuración que a ésta se le dé, programándola y centrándola en habilidades específicas.

## **6.4 OBJETIVOS**

### **6.4.1 OBJETIVO GENERAL.**

- Aplicación del modelo cognitivo conductual de Robert Reiser y Larry Thompson para pacientes que padecen trastorno bipolar .

#### **6.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer técnicas cognitivo conductuales para la identificación temprana de la sintomatología.
- Instaurar técnicas de afrontamiento al desequilibrio
- Asistir a los pacientes en estrategias que afiancen la calidad de vida reduciendo los efectos cotidianos aversivos.

#### **6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.**

Es factible realizar esta propuesta ya que cuenta con el apoyo de las autoridades de la institución, existe la aceptación y acogida por parte del paciente y familiares, mostrando su disposición y participación directa o indirectamente de ella.

La escasa o nula, atención psicológica que existe para este tipo de trastorno clínico y la falta de profesionales que muestren interés por esta población , hacen que esta sea considerada como un estigma social , pero en la búsqueda continua de conocimientos y estrategias para abordarla en el mundo ha hecho que las autoridades de la institución pongan interés en la propuesta ,brindando el apoyo necesario, al igual de permitir el crecimiento científico y avance de técnicas psicoterapéuticas que sirvan de referencia a la institución.

#### **6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA.**

Las técnicas cognitivas se basan en si en la detección y transformación, de la distorsión cognitiva y pensamientos automáticos estos obedecen a un sistema psicoterapéutico basado en la psicopatología que mantienen el individuo y su percepción, es la que determina sus sentimientos y conducta, creencias personales o supuestos influyen directa o indirectamente en las emociones y comportamiento de la persona.

El modelo cognitivo plantea la hipótesis que la percepción de los eventos que influyen erróneamente de una determina situación donde sus creencias tanto

personales como intermedias, supuestos personales, llevan un pensamiento erróneo que no se procesa o no se lo racionaliza en el proceso input de información o es decir no sale la información procesada, para lo que se emplea recursos comunicacionales como un constructo, “Que es lo que te vino a la mente en ese momento” “Que imagen y pensamientos específicos tienes”, y su predominio sobre sus emociones y comportamientos de la persona. Los sentimientos no son determinados por las situaciones mismas, sino cómo la persona interpreta esas situaciones siguiendo sus creencias irracionales.

Estos esquemas pueden permanecer inactivos durante mucho tiempo, pero pueden desencadenarse a partir de una situación de orden físico, biológico o social, una reactualización del evento traumático que actúa en situaciones concretas provocando distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

Las creencias nacen a partir de la infancia , las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, otras personas y el mundo, es decir es un factor gregario a la crianza, las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no suelen expresarse ni siquiera ante uno mismo, estas constituyen el nivel más esencial de creencia , son globales, rígidas y se generalizan en exceso, los pensamientos automáticos son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son específicos para cada situación y se consideran el nivel más superficial de la cognición.

Es decir no es real, la interpretación de la situación actual, mientras que las creencias intermedias son reglas, actitudes y persuasiones que se le hacen a las creencias centrales.

Las creencias disfuncionales pueden ser desaprendidas y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales. El terapeuta

enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para aliviar lo que le aqueja.

Las terapias cognitiva y cognitivo-conductual, han sido aceptadas desde hace varios años como alternativas efectivas para el manejo de la depresión unipolar, trastornos de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria y diversos trastornos de ansiedad. La terapia cognitiva conductual es considerada como una buena alternativa para el manejo (asociado a psicofármacos) de las depresiones bipolares, su comorbilidad (trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria.) y de los cuadros crónicos y recurrentes. Se caracteriza porque tiene una naturaleza psicoeducacional, ya que promueve el control y autorregulación del paciente.

La terapia cognitiva permite la resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar el cómo el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de la situación), la aceptación del paciente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia). Las técnicas cognitivo-conductuales adicionan, nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

El tratamiento psicológico que deriva de los pensamientos conscientes y creencias explícitas pueden exacerbar el estado de ánimo o los estados de ansiedad. El tratamiento puede provocar y cuestionar estos pensamientos, creencias y hacer que los pacientes se comporten de manera diferente cuando los tiene.

Reiser y Thompson citan a Basco y Rush, 1996, quienes desarrollaron un programa de terapia cognitiva conductual dirigido a los pacientes TB, cuya finalidad es prevenir las recaídas mediante el uso de estrategias de autocontrol, el entrenamiento en habilidades sociales, la identificación de situaciones de riesgo, el control de impulsos, el análisis de pros y contras, y cambios en el estilo de vida.

Los principales objetivos de la TCC en el manejo del paciente bipolar, según BASCO, son:

- Educar al paciente y a sus allegados cercanos acerca del TB, su tratamiento y frecuentes dificultades y limitaciones encontradas.
- Enseñar a los pacientes a realizar autoregistro acerca de la ocurrencia, gravedad y curso de los síntomas maníacos y depresivos que permitan la intervención temprana, si los síntomas empeorasen.
- Facilitar la adhesión a la medicación prescrita eliminando los obstáculos que interfieran.
- Proporcionar estrategias no farmacológicas para afrontar síntomas cognitivos y conductuales de la manía y la depresión.
- Enseñar habilidades para afrontar los problemas psicológicos que desencadenan los episodios depresivos o maníacos o sus secuelas.

La finalidad de las técnicas cognitivas, es facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez. Mientras que las técnicas conductuales, es proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

La terapia cognitiva es un procedimiento psicoterapéutico activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado empleado desde hace varios años para manejar diversos trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, fobias, consumo de sustancias psicoactivas.

El modelo cognitivo propone que los trastornos mentales tienen en común distorsiones del pensamiento que influyen en el estado de ánimo y en el comportamiento de los pacientes. La evaluación realista y la consiguiente modificación de los pensamientos producen una mejoría de esos estados de ánimo y conducta. La mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Las cogniciones del paciente se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias tempranas. La TC comprende el análisis teórico y razonado de los pensamientos y las estructuras subyacentes sobre o alrededor de las cuales el individuo estructura el concepto de sí mismo y del mundo que le rodea. Las técnicas terapéuticas están encaminadas a identificar y modificar los conceptos distorsionados y los esquemas maladaptativos que subyacen a estas cogniciones.

El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos, esquemas y autoesquemas.

En el TB, el método cognitivo consiste en generar experiencias de aprendizaje altamente específicas, encaminadas a enseñar al paciente las siguientes habilidades/competencias:

- Control de pensamientos automáticos negativos e hipomaniacos.
- Identificar relaciones entre cognición, afecto y comportamiento.
- Evaluar las evidencias a favor y en contra de los pensamientos distorsionados (discrepancia informacional).
- Sustituir estas cogniciones, por interpretaciones más realistas.
- Aprender a modificar las falsas creencias que predisponen a distorsionar las experiencias.

La terapia cognitivo conductual ha demostrado su eficacia para los episodios depresivos mayores. La premisa es que los pacientes son vulnerables al episodio depresivo debido en parte a un perjuicio en su sistema de procesamiento de información que hace que se construya o malinterpreten sucesos en una dirección negativa. El modelo cognitivo plantea que las intervenciones que crean cambios en pensamientos o comportamientos tiene un efecto recíproco en los sentimientos, por ejemplo, “soy una incompetente, no voy a poder hacer esto”, provoca cambios en el comportamiento (rendirse, no intentar nada, evitar tareas, aislarse, retirarse), lo que a su vez genera una sensación creciente de depresión y una autoestima aún más baja. Todo esto puede provocar pensamientos autocríticos (“que inútil que soy, ni siquiera puedo hacer algo tan sencillo”), que aumentan la inmovilidad y un estado de ánimo decaído.

Para pacientes con trastorno bipolar, la terapia cognitiva conductual, se dirige al pensamiento hipomaniaco distorsionado y los comportamientos de alto riesgo además de la depresión. Se considera que el pensamiento hipomaniaco subestima el riesgo y la responsabilidad de comportamientos que implica riesgo y la responsabilidad de comportamientos que implica riesgos y búsqueda de placer, sobrestima las recompensas potenciales positivas. En el área conductual, los individuos hipomaniacos, están predispuestos a la acción de, y se les dificulta aceptar las demoras. Las estrategias de la terapia cognitiva conductual se dirigen a estos comportamientos (“voy a decirle al jefe que es un bastardo; desde hace mucho tiempo”) y cogniciones de alto riesgo asociadas (“esto va a funcionar perfecto”). La premisa es que ayudar al paciente a cuestionar sus acciones riesgosas e impulsivas así como ideas distorsionadas, generara una capacidad de contrarrestar el comportamiento riesgoso e impulsivo, y de reducir la probabilidad de causar daño grave. Además, no hay duda de que la terapia cognitiva conductual otorga una gran importancia al papel del apego a la medicación y de que muchas intervenciones abordan las ideas distorsionadas del paciente acerca de la medicación (“me voy a volver dependiente”; “voy a perder mi capacidad creativa; “me van a estigmatizar sin remedio”; “tomar medicinas significa que estoy enfermo”).

Reiser y Thompson cita a Newman quien concluye que los factores cognitivos, como distorsiones en las percepciones de los pacientes, su procesamiento de la información, sistemas de creencias, juicio, actúan como principales contribuyentes al desarrollo de continuos episodios de la enfermedad. El tratamiento pretende modificar las ideas del paciente, en especial los esquemas de largo plazo, ideas fundamentales que canalizan el procesamiento cognitivo de suceso por parte del paciente, que aumentan la vulnerabilidad del paciente durante sus episodios maníacos y depresivos.

La premisa es que la modificación de esta vulnerabilidad cognitiva fortalece al paciente contra el continuo ciclo vicioso de episodios maníacos y depresivos al desarrollar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas más eficaces de tratamiento emplea diversas intervenciones conductuales para asistir a los pacientes en retardar las acciones impulsivas en las fases maníacas e hipomaniacas.

Los factores cognitivos suelen estar involucrados en las recaídas de los pacientes bipolares. Los eventos psicológicos asociados al inicio de la depresión bipolar tienen claras similitudes con los asociados a la depresión unipolar (atribuciones internas de causalidad, pensamientos de todo o nada, generalizaciones, sensibilidad a las señales de fracaso y rechazo interpersonal).

Comparados con los pacientes con depresión unipolar, los sujetos bipolares son capaces de mostrar cambios de valencia extremos en el contenido de su pensamiento. Por ejemplo, un individuo bipolar puede creer que es un fracaso completo cuando está deprimido y que es el genio más grande en estado maníaco.

La manía aparece en muchas oportunidades, asociada a acontecimientos vitales negativos, como el duelo, pero a menudo aparece asociada a las alteraciones de



los llamados ritmos sociales diarios, la suspensión abrupta de los medicamentos o la imposibilidad de alcanzar determinadas metas.

Los terapeutas cognitivos han obtenido buenos resultados terapéuticos en el manejo del TB al estimular a los pacientes para que aprendan habilidades que les permitan valorar y modificar sus interpretaciones subjetivas acerca de ellos mismos, el mundo y el futuro (tríada cognitiva).

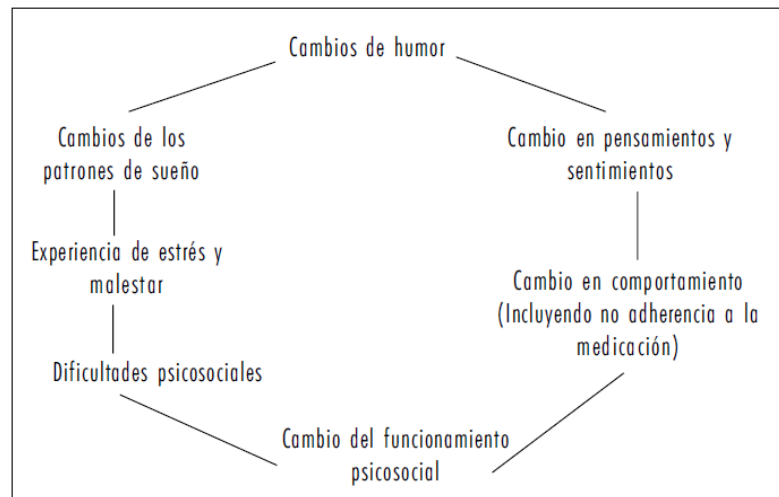
Para ello emplean paquetes técnicos diseñados para regular las oleadas emocionales y las conductas impulsivas, promover actitudes positivas que reduzcan el riesgo de suicidio, considerar pros y contras de las decisiones vitales con mayor realismo, modificar las falsas percepciones en las interacciones maritales y familiares, reducir el estigma y vergüenza que se asocia con frecuencia al trastorno bipolar. Los terapeutas siempre tienen en cuenta el ciclo cognitivo-comportamental de los pacientes. (Cuadro 60)

Con frecuencia, se emplea el modelo cognitivo de intervención para depresión y manía desarrollado por Beck y sus colaboradores (1987). La terapia cognitiva puede ser benéfica para los pacientes con TB porque se fundamenta en un modelo teórico coherente y con suficiente fundamento empírico. Sus aplicaciones logran un acercamiento eficiente para el manejo de la patología, propone intervenciones lógicas y limitadas en el tiempo y hace uso de métodos educativos basados en el empirismo colaborativo, la alianza terapéutica y el descubrimiento guiado. Con este tipo de intervención el paciente aprende a observar, analizar y modificar sus pensamientos y conductas disfuncionales. La terapia cognitiva conductual posee otras ventajas adicionales; se centra en problemas de *aquí y ahora*.; mejora la autoestima y la autoimagen del paciente; reduce comportamientos poco adaptativos de alto riesgo, ayuda al reconocimiento y manejo de los estresores psicosociales y problemas interpersonales; enseña al paciente a reconocer en forma temprana los síntomas de recaída, y ayuda al desarrollo individual de

técnicas efectivas de afrontamiento; y mejora aspectos de autogestión a través de tareas diarias para realizar en el hogar.

#### **CUADRO 42: CICLO COGNITIVO COMPORTAMENTAL EN TB.**

**El ciclo cognitivo/comportamental en los pacientes bipolares. (Modificado de Leahy, 1999)**



**FUENTE:** Montaña, Luna “La terapia cognitiva y otras intervenciones psicosociales en el manejo integral de los trastornos bipolares “España 2006

ZARETSKY (2003) recomienda la psicoeducación para fortalecer la adherencia a los tratamientos durante los estados tempranos de la enfermedad, y la TCC o la terapia interpersonal de ritmo social para resolver los síntomas depresivos residuales (Cuadro 61).

## CUADRO 43: PSICOEDUCACIÓN Y TB.

VALORACIÓN Y CONCLUSIONES	
CONCLUSIONES A LAS QUE LLEGAN EN SU REVISIÓN ROTHBAUM Y AUSTIN (2000) SOBRE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS	
TRATAMIENTO	CONCLUSIONES
PSICOEDUCACIÓN	•Mejoría respecto a la adherencia a la medicación, hospitalizaciones y recaídas
T. COGNITIVO CONDUCTUAL	•Protocolos bien desarrollados publicados •Escasos estudios empíricos aunque datos prometedores •Precisa establecerse su eficacia
INTERVENCIONES DE TERAPIA FAMILIAR	•Estudios publicados con pequeñas muestras y sin grupo control que sugieren su eficacia •Se precisan estudios más definitivos
TERAPIA INTERPERSONAL Y DEL RITMO SOCIAL	•Los datos preliminares son positivos especialmente en el establecimiento de rutinas. •Necesidad de estudios más precisos
INTERVENCIONES PSICODINAMICAS	•Escasas investigaciones. No se establece como eficaz
TERAPIA DE GRUPO	•Grandes variaciones, aunque los datos suelen apoyarla • Necesidad de validación empírica
OTRAS	•Ausencia de datos que demuestren su eficacia

FUENTE: Pacheco Beatriz, "Psicoeducación en el Trastorno Bipolar", España 2006

Robert Reiser y Larry Thompson, refiere que todo enfoque para el tratamiento de trastorno bipolar, requiere de un enfoque muy organizado, directivo y estructurado, que pretenda enseñar a los pacientes un conjunto de habilidades básicas basados en la terapia cognitiva conductual, y su eficacia mediante evidencias, en la depresión bipolar y manía, de control y afrontamiento del trastorno clínico.

El paciente con TB, padece de una distorsión de procesos cognitivos entre pensamientos demasiado positivos o negativos, careciendo la capacidad de discriminar estos, llevándole a comportamientos impulsivos y disruptivos.

El trascurso general de la terapia cognitiva conductual según el método planteado "Terapia activa, directiva y estructurada," se conceptúan en tres fases: la fase inicial, que implica la el establecimiento de metas, y orientación del paciente en las estrategias únicas propias de este tratamiento estructurado, la fase media, de 12 a 15 sesiones, que pretende dar la atención sustancial al desarrollo de habilidades. La cantidad de sesiones varía en función de muchos factores, como la gravedad y

complejidad del trastorno, el tiempo por sesión, el avance del paciente a la terapia, la fase final, sesiones mensuales, se centra en el mantenimiento de ganancias y la prevención de recaídas, lo cual sugiere un tratamiento continuo.

El trastorno bipolar es una enfermedad difícil de olvidar por las secuelas biopsicosociales que presenta por los frecuentes ciclos de depresión y manía, lo que con el tiempo da como resultado una grave desmoralización. Los ciclos continuos de manía y depresión a menudo tienen efectos devastadores en los miembros de la familia, la pareja, las finanzas, el trabajo. Los pacientes con bipolaridad pasan la mayor parte de su tiempo en un estado deprimido que va de moderado a significativo, con daños sustanciales en el funcionamiento, aunque no se encuentran en un episodio grave. Gran parte de la discapacidad en este trastorno depende de los episodios depresivos y distímicos, inclusive más que en los episodios maníacos agudos.

#### **6.6.1 FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO:**

- Necesidad de un enfoque participativo.
- Contacto de teléfono continuo antes de cada sesión, al inicio de sesión es necesario llamar 24 horas antes de las sesiones individuales, las llamadas telefónicas aumentan la motivación del paciente hacia el tratamiento y el agradecimiento del mismo.
- Mejorar el apego a las intervenciones y reducir el desgaste.
- Elaboración de un contrato formal que señale su responsabilidad para cumplir en el tratamiento y la asistencia a las sesiones.(Véase en Anexo 3).
- Desarrollar una expectativa de participación activa. Sondeo de estado de ánimo y tareas a casa.
- Informa a los pacientes acerca del modelo de terapia y la problemática de identificar la sintomatología.
- Identificar las quejas principales (depresión o manía) y formular metas del tratamiento ( expectativas significativas acerca de su vida)

¿Cuál sería la diferencia en su comportamiento si usted estuviese con una autoestima elevada? o ¿Cómo sabrían sus seres queridos que usted tiene una alta autoestima?

- Elaborar una lista de intervenciones, una agenda de sesiones y una expectativa de sesiones. Orientado a la resolución de problemas de sintomatología diaria.
- Centrarse en los problemas específicos de la agenda, crear tarjetas de apoyo, para facilitar la comprensión del paciente en las técnicas terapéuticas necesarias.
- Tares o asignación para la casa, el paciente debe estar con una idea clara de lo que debe realizar durante la semana lo visto en terapia.
- Resumen final de cada sesión, el terapeuta debe elogiar el resumen de la sesión expuesto por el paciente y debe preguntar cómo las tareas nos ayudaran a cumplir las metas.
- Retroalimentación y fijar la siguiente cita, llenar las dudas vistas en terapia, dejar que el paciente llene sus expectativas, ¿Qué tuvo de bueno la sesión? ¿Cómo avanza la terapia para él? ¿Qué le gustaría cambiar? , darle una tarjetarecordatorio de retroalimentación al paciente.

#### **6.6.2 FASE MEDIA DE TRATAMIENTO: Llenado de Caja de Herramientas**

- Habilidades básicas : Supervisar el estado de Ánimo, pensamientos y comportamientos
- Supervisión de la Escala de ánimo de Basco y Rush, (Anexo 4), y el nivel de actividad, dar una panorámica del estado de ánimo de la semana vivida, destacando la importancia de la gráfica anímica.
- Registrar pensamientos no útiles, errores de pensamiento o pensamientos distorsionados (Anexo 5).
  1. Identificar el suceso perturbador
  2. Identificar los pensamientos automáticos
  3. Calificar del 0 al 100 % la solidez de cada idea

4. Identificar emociones
  5. Calificar del 0 al 100% la intensidad de cada emoción
  6. Categorizar los errores de pensamiento
  7. Poner a prueba los errores de pensamiento con sugerencias útiles
  8. Elaborar reconstrucción más adaptativas y calificar la intensidad con que se sostiene.
  9. Calificar de nuevo las emociones experimentadas antes y enlistar cualquier emoción nueva.
  10. Determinar si hubo algún cambio en la intensidad de las emociones.
- Estrategias de comportamiento: el poder de los sucesos agradables y su influencia en el estado anímico.
  - Identificar las primeras señales de alarma, conductuales, sintomatología de inicio temprano, para interrumpir un episodio maniaco o depresivo eminente. (Anexo 6).
    1. Síntomas iniciales
    2. Síntomas medios
    3. Síntomas tardíos
    4. Lo que suele hacer
    5. ¿Qué estoy pensando?
    6. Problemas físicos.
  - Identificar Comportamientos inadecuados y más inadecuados
  - Elaborar planes de Afrontamiento
    - a) Convertirse en expertos en medicación y participar activamente en decisiones al respecto
    - b) Supervisar y regular el estado de ánimo e identificar cogniciones y comportamientos básicos.
  - Abordar el pensamiento y comportamiento maniaco e hipomaniaco en la sesión (Cuadro 62).

**CUADRO 44: DESCRIPCION DE ESTADOS DE MANIA**

El estado hipomaniaco implica un sentido extremo de bienestar .de euforia, un alto grado de energía y productividad, elevado niveles de optimismo.

La hipomanía en su forma más leve, se asocia con un incremento de la creatividad y productividad así como factores positivos diversos y el romanticismo de la manía.

Recordando que solo en la euforia o en manía el comportamiento tiende a ser seductor o personas “adictas a la manía”.

La hipomanía y los estados maniacos también implican pérdida del juicio y manifestaciones de comportamientos hedonistas de alto riesgos, consecuencias emocionales, financieras e interpersonales muy dolorosas, como comportamientos impulsivos, elevado nivel de activación.

FUENTE: Reiser y Thompson, “Trastorno Bipolar, Avances en psicoterapia”, 2005, México

**CUADRO 45: ESTILO DE ENTEVISTA PARA PACIENTES CON MANIA E HIPOMANIA**

Estilo de entrevista con el paciente hipomaniaco/maniaco	
Sí	No
Sentarse con calma	Sentarse demasiado cerca
Evitar movimientos bruscos	Sentarse lejos de la puerta
Mantener una distancia prudente	Discutir o debatir
Preguntar de modo socrático	Desafiar o enfrentarse con el paciente
Hablar de forma tranquila	Culpe o avergüence
Hablar con lentitud	Sermonear
Elegir preguntas de respuesta abierta	Decir al paciente lo que debe hacer
Procurar la colaboración del paciente	Ser “el experto” en manía
Fomentar “la plática en la que ambos estén sentados”	

FUENTE: Reiser y Thompson, “Trastorno Bipolar, Avances en psicoterapia”, 2005, México

- Ayudar a los pacientes a evaluar estados hipomaniacos, con colaboración, en esta etapa los pacientes sufren de irritabilidad, se enojan con facilidad, están distraídos y sobre activos (hablan demasiado o sobre lo mismo y no escuchan), bajar el ritmo de estos y evitar estimular al paciente (Cuadro 63).
- Identificar los riegos de los episodios de los estados maniacos e hipomaniacos y ayudar a los pacientes a evaluar el riesgo de estos.

- Elaborar estrategias de afrontamiento dirigidas a la hipomanía, pensamientos hiperpositivos y de grandeza.
  1. El rol play abogado del diablo.
  2. Equilibrio de ventajas y desventajas.
  3. La regla de las 48 horas.
  4. Primero consulta con dos amigos.
  5. Más tiempo para sentarse y escuchar.
- Identificar los errores de pensamiento de la hipomanía:
  1. Registre pensamientos no útiles
  2. Posibles errores de pensamiento
  3. Cuadro de entrevista y de hipomanía
  4. Cuestionar el pensamiento hipomaniaco
  5. Abordar el mantenimiento de rutinas sociales y la pérdida de sueño
  6. Identificar señales tempranas
  7. Revisar las Metas de tratamiento
  8. Elaborar planes de afrontamiento para episodios de hipomanía
  9. Terapia cognitiva conductual para la depresión, frenar los intentos de suicidio y cambiar el foco de atención del pensamiento negativo (Cuadro 64).

Abordar los pensamientos estigmatizantes:

- Ayudar a los pacientes con culpa y vergüenza producto de los episodios
- Combatir el estigma social – escuchar y dar esperanza.
- Registro de pensamientos inadecuados : culpa por episodios maniacos o depresivos anteriores
- Remoralizar al paciente.
- Abordar la desesperanza con registro de pensamientos: Desmoralización y Desesperanza.
- Combatir la desmoralización y la desesperanza.
- Elaborar Respuestas alternativas.



## **CUADRO 46. RIEGOS PARA ESTADOS DEPRESIVOS E INTENTOS DE SUICIDIO.**

<p>Es importante no dejarse influir por el sentimiento de indefensión y desesperanza del paciente, y no aceptar su opinión perjudicosa de sus capacidades y oportunidades de mejoría.</p> <p>Evaluar constantemente el riesgo al suicidio y los riesgos básicos de abandonar el tratamiento, como consumo de alcohol y suicidio.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar factores de riesgo de suicidio y la reducción de estos mediante intervenciones en crisis psicológicas y psiquiátricas.</li><li>• Contemplar la seguridad inmediata del paciente y determinar las instituciones especializadas para las intervenciones y tratamientos.</li></ul>
--

FUENTE: Reiser y Thompson, "Trastorno Bipolar, Avances en psicoterapia", 2005, México

### **6.6.3 FASE FINAL: CONSERVACION DE BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO (8 a 10 meses)**

- Revisar habilidades aprendidas
- Identificar situaciones potencialmente estresantes ¿Qué clase de situaciones de alto riesgo puedo experimentar que hagan volar mis pensamientos, sensaciones ya sea para estimularlos o deprimirlos?, ¿Qué clase de situaciones de alto riesgo pueden presentarse en el futuro que desencadenen pensamientos, emociones que precipiten un episodio?
- Identificar estrategias adecuadas para situaciones de estrés, lista de estrategias para enfrentar el estrés y como le van ayudar en cada situación particular.
- Reconocer señales tempranas de alarma como actividades, funcionamiento. ¿Tenía problemas sobre todo para comer, dormir, con su nivel de energía, o sus pensamientos volaban y se sentía invencible?
- Saber cuándo aparecen las señales tempranas de alerta. ¿A quién va a llamar el paciente?, ¿Cuál sería un buen plan respaldo en caso de no obtener la ayuda adecuada?

#### **6.6.4 MECANISMOS DE ACCION**

El objetivo de las técnicas cognitivas conductas es el adicionar mecanismos de acción que equilibren y detecten los síntomas de inicio temprano del trastorno, tomando en cuenta estrategias empíricas de tratamiento:

#### **6.6.5 TÉCNICAS COGNITIVAS**

Las técnicas utilizadas para personas que padecen bipolaridad, tienen como base la identificación de signos y síntomas de inicio temprano, señales de alerta, pensamientos no útiles, demasiado positivista y negativas como:

Hipomanía, manía, desmitificación de la depresión y melancolía, psicoeducación la importancia de mis medicinas, conductas impulsivas, cuestionamiento y afrontamiento de las mismas, control de sueño, mantenimientos de rutinas sociales, auto monitoreo del estado de ánimo e identificación y reestructuración cognitiva.

Entre las técnicas cognitivas utilizadas tenemos: autoregistro de pensamientos de hipomanía, reconocimiento de pensamiento no útiles o errores de pensamiento, cuestionamiento de evidencias, distracción conductual, cambio de emociones, sentimientos , comportamientos inadecuados, pensamientos compensatorios, estrategias de afrontamiento , detección de síntomas tempranos y psicoeducación.

Mecanismos de Acción con variantes en el contenido de cada técnica según el episodio de hipomanía, manía, desmoralización, episodio depresivo, ideas suicidas desesperanza y estigma social.

##### **6.6.5.1 Psicoeducación dirigida y estrategias de manejo de la enfermedad.**

La estrategia psicoeducativa y el manejo de la enfermedad están diseñadas para ofrecer información a los pacientes acerca de la naturaleza y causa de los

trastornos psiquiátricos , razones claras para buscar y conservar un tratamiento (como cumplir con la medicación) y ayudarlos a adquirir habilidades eficaces de autocontrol , como manejar con eficiencia los estresores , identificar señales de alerta de nuevos episodios , practicar habilidades de afrontamiento específicas y formular un plan de recaídas La lógica principal es mejorar el tratamiento el cumplimiento del tratamiento en especial la medicación, y asistir a los pacientes en el manejo de situaciones potencialmente estresantes , aminora el curso de futuros episodios al ayudar al paciente a identificar estrategias y reducir comportamientos de alto riesgo (dejar de tomar sus medicamentos , consumo de sustancias , conflictos interpersonales o familiares excesivos, tomar decisiones impulsivas).

#### **6.6.5.2 Contrato terapéutico**

El contrato terapéutico es una herramienta utilizada para pacientes con trastorno bipolar basado en crear un acuerdo de sociedad entre paciente y terapeuta , donde existen las metas del mismo, estrategias para supervisar el estado de ánimo, identificar las señales tempranas o focos rojos de manía y depresión, elaboración de un plan de afrontamiento para la depresión y la manía, la importancia de asistir a terapia, asistir regularmente a ellas, la importancia de tomar las medicinas, y el plan para asegurarse de tomar éstas, comprometimiento de reportarse con otras personas que identifique y le sirvan como sistema de apoyo hacia una crisis presente o conducta impulsiva, creando una alianza entre las partes. Este contrato contara con metas específicas escritas por el paciente en cada ítem y sus firmas respectivas.

#### **6.6.5.3 Detección de pensamientos no útiles o errores de pensamiento**

Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor de contenido de hipomanía o depresivo y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos no útiles) y conductas a esa

situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos, ya que el pensamiento tiene una distorsión en la elección de pensamientos que le dificulta el procesamiento de información. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto registros como tarea entre sesiones, teniendo en cuenta que el objetivo de esta es diferenciar entre pensamientos manía o de hipomanía o ya sea depresivos y desmoralización .Esta estrategia nos da la posibilidad de delimitar el contenido de pensamiento y la definición del mismo.

#### **6.6.5.4 Clasificación de las distorsiones o posibles errores cognitivas.**

A veces es de ayuda en el trastorno enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y cómo detectarlos y hacerle frente, teniendo como punto de referencia las distorsiones cognitivas que el paciente tiene antes de un acontecimiento, o sensación de pensamiento acelerado, generalizaciones, polarizaciones, pensamientos de grandeza o viceversa. Además de pensamientos que no tiene una utilidad en el momento de pensarlos, como pensamiento circunstancial o ideas sobrevaloradas.

#### **6.6.5.5 Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos no útiles:**

Puede hacerse de diferentes maneras:

- 1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos no útiles planteados como hipótesis.
- 2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.
- 3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente.

- 4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

#### **6.6.5.6 LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

Lo que piensa una persona incide de forma directa en su estado emocional y en su conducta. Para poder hacer frente al estrés y controlar su incidencia e importante controlar lo que se piensa delante de situaciones conflictivas. La aplicación de esta técnica permite identificar las interpretaciones, atribuciones no adaptativas antes, durante o después de una situación conflictiva, evaluar estos pensamientos y buscar alternativas adecuadas.

El primer paso para comprender la utilidad de esta técnica es reconocer la importancia que tiene aquello que se piensa en las emociones y en la manera de actuar. Las personas tienden a interpretar de forma diferente una situación conflictiva. Estas variaciones dependen de factores individuales (las experiencias anteriores, los propios miedos, las expectativas personales. Las maneras diferentes de ver una situación llevan a sentir diferentes emociones (miedo, seguridad) y a que las formas de comportarse ante la situación también varíen. En definitiva, la forma en que se interpreta una situación influye de forma determinante sobre cómo se vive y por lo tanto sobre el estrés y la ansiedad que se padece. La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, el objetivo de la cual es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.

#### **Procedimiento para utilizar esta técnica**

##### **Identificación de los pensamientos inadecuados**

Las personas están constantemente inmersas en un diálogo consigo mismas, aunque no siempre se den cuenta. Una persona puede creer que no está pensando nada en una determinada situación, ya que los pensamientos han estado tan bien aprendidos que llegan a hacerse automáticos (como sucede en algunos actos como conducir un coche o caminar). Cuando inciden negativamente en la manera de sentir o actuar, es necesario identificarlos para poderlos modificar.

**Pensamientos adaptativos:** Son objetivos, realistas, facilitan la consecución de los propósitos y originan emociones adecuadas a la situación.

**Pensamientos neutros:** No interfieren ni inciden en las emociones ni en el comportamiento ante una situación.

**Pensamientos no adaptativos:** Distorsionan la realidad o la reflejan parcialmente, dificultan la consecución de los objetivos y tienden a originar emociones no adecuadas a la situación.

**Evaluación y análisis de los pensamientos:** Una vez identificados los pensamientos, se tienen que analizar. Una buena manera de hacerlo es mediante preguntas; el hecho de tenerlas que responder mentalmente obliga a reflexionar. El tipo de preguntas tienen que ir encaminadas en plantearse tres ámbitos.

**Tipos de preguntas para analizar los pensamientos:**

- Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad (Objetividad)
- Analizar las consecuencias de los pensamientos (Consecuencias)
- Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar)

De esta manera se verá que hay pensamientos que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no sería tan alto como parecía en un principio.

**Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad:**

- ¿Tengo evidencias suficientes?
- ¿Qué datos confirman lo que estoy pensando?
- ¿Me hace falta información?
- ¿Me infravaloro?
- ¿Mi interpretación es parcial?
- ¿Exagero?
- ¿Me responsabilizo en exceso?
- Analizar las consecuencias de pensar de esta manera:
- ¿Me sirve de algo darle vueltas de manera improductiva?
- ¿Me ayuda el darle vueltas y más vueltas?
- ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares?
- ¿En mi trabajo? ¿En mi estado de ánimo?
- Analizar qué pasaría si lo que se pensara fuese cierto:
- Me gustaría que las cosas fuesen de otra manera pero... ¿Sería trascendente para mí?
- ¿Sería un contratiempo o sería una cosa realmente grave?
- ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable?
- ¿Me afectaría durante un periodo de tiempo (un mes, dos meses, un año) o durante toda mi vida?
- ¿Me podrían pasar cosas más graves? ¿Cuáles?

**Búsqueda de pensamientos alternativos:** Este procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen de manera inadecuada

la realidad. Es muy importante tener claro que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente.

Los pensamientos alternativos son las conclusiones de la reestructuración. Una vez obtenidos se pueden utilizar como auto instrucciones, es decir, aquello que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva.

**Para encontrar pensamientos alternativos pueden ser de utilidad las siguientes preguntas:**

- ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?
- ¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles?
- ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos?
- ¿Qué me diría un amigo o un familiar? ¿Por qué?
- ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué?
- ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?
- ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?
- ¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo?
- ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar?

El procedimiento para desarrollar la técnica de la reestructuración cognitiva es el siguiente:

- Identificación de los pensamientos inadecuados
- Evaluación y análisis de estos pensamientos

#### **6.6.5.7 Búsqueda de comportamientos adaptativos y no adaptativos**



Mediante el cuestionamiento el paciente llega a la racionalización del pensamientos y su comportamiento actual, se sugiere al paciente diferenciándolos entre adecuados o inadecuados, dando como salida un comportamiento constructivo adaptativo para el paciente.

#### **6.6.5.8 Cuestionamiento socrático**

Es el método mediante el cual nos permite buscar la problemática del pensamiento, en este caso la felicidad extrema sin razón evidente, que produce una conducta impulsivas que nos lleve a la claridad, precisión y relevancia del pensamiento, cuestionándolo si es verdadero o no, buscando en si su esencia y su procedencia, con el cuestionamiento socrático se ve las diferentes posibilidades de cumplimiento del pensamiento hipomaniaco.

#### **6.6.5.9 Lista de quejas, objetivos y metas del tratamiento:**

Se le envía al paciente la consigna de escribir una lista de quejas diarias de sí mismo, de los demás, las metas del tratamiento y los momentos de no poder asistir a terapia.

#### **6.6.5.10 Reestructuración de Recuerdos Tempranos**

Es el método mediante el cual el paciente puede dramatizar mentalmente un evento traumático, formular su interpretación, y el afrontamiento dela creencia central.

#### **6.6.5.11 Autoregistro de actividades placenteras**

El paciente que padece TB es necesario el autoregistro de actividades placenteras diarias que dejo de hacer en el trascurso de la patología para regular su horario de actividades diarias y ritmo social.

#### **6.6.5.12 Toma de decisiones**

Formulario de ventajas y desventajas por la dificultad del paciente de tomar decisiones por sí mismo, teniendo en cuenta que no es consciente de la euforia que le produce un pensamiento.

#### **6.6.5.13 Autoregistro e Identificación de síntomas tempranas, medias y tardías**

Es necesario enviar al paciente a identificar las señales tempranas, medias y tardías del trastorno, utilizando un autoregistro que detecta pensamientos emociones y comportamientos. Según la sintomatología depresiva, de hipomanía o manía del paciente.

#### **6.6.5.14 Acompañamiento y Seguimiento**

Es mostrar interés por la problemática del paciente aun luego de terminación del proceso terapéutico.

#### **6.6.5.15 Auto instrucciones**

Se utiliza como pauta para que los sujetos aprendan a sustituir los pensamientos inadecuados o deficitarios, o como norma que seguir a la hora de realizar una determinada conducta.

#### **6.6.5.16 Cuestionamiento de evidencia**

Se usa para buscar evidencias en contra de pensamientos y creencias erróneos mantenidos por el paciente.

#### **6.6.5.17 Tarjetas de Apoyo**

Las tarjetas de apoyo son habitualmente fichas de ocho centímetros por doce, que le paciente tiene en la mano (generalmente en la gaveta del escritorio, el bolsillo, el monedero o pegadas en el espejo del baño, el refrigerador o la guantera del auto). Se lo alienta a que lea sistemáticamente (tres veces al día) y además cuando crea que lo necesite. Estas tarjetas pueden tener distintos formatos, un

pensamiento automático clave o creencia escrito en el anverso y la respuesta adaptativa en el reverso, el diseño de algunas estrategias conductuales destinadas a situaciones problemáticas específicas e instrucciones para activar al paciente.

## **6.6.6 TÉCNICAS CONDUCTUALES**

Las conductas impulsivas, la distraibilidad hacen que el paciente bipolar no identifique sus síntomas o no sea consciente de la enfermedad al igual de la magnitud de su cognición y su conducta, las técnicas conductuales para pacientes con bipolaridad va orientada al adiestramiento de su comportamiento.

### **6.6.6.1 Estrategias de Afrontamiento.**

#### **6.6.6.1.1 Tareas a casa**

El terapeuta envía al paciente tareas determinadas que ayuden y fomenten el cumplimiento del tratamiento, este puede ser detección de pensamientos automáticos, lista de actividades placenteras, dando un modelo directivo que afiance la asistencia al tratamiento, registro de sucesos estresantes.

#### **6.6.6.1.2 Auto observación**

el paciente lleva la consigna, observar sus comportamientos para la identificación de su conducta, al igual de llenar el autoregistro de la gráfica de estado de ánimo , donde consta las horas de sueño, el estado de ánimo diario y la variación del mismo, síntomas, la gravedad de los mismo.

#### **6.6.6.1.3 Supervisión de actividades y estado de ánimo, ponerla en un lugar visible**

La supervisión de estado de ánimo de estado, de comportamientos y estados emocionales es la piedra de toque casi en todas las terapias cognitivas conductuales. La supervisión del estado de ánimo proporciona información al paciente, lo que le posibilita adquirir conciencia de contingencia importantes inmersas en las quejas, para de esta manera optar por estrategias terapéuticas

correctivas, como graficar el curso de la enfermedad , de manera tanto retrospectiva como prospectiva , sirve para aclarar la función de los estresantes psicosociales y apego de la medicación en el tratamiento de episodios anteriores y permite enfoque empírico que mejorar el apego del tratamiento, mantener las rutinas sociales como el ritmo de las misma, es decir el auto monitoreo del paciente que lo padece.

#### **6.6.6.1.4 Escala de Estado de ánimo de Basco y Rush**

El paciente lleva un auto registro del estado de ánimo diario, las horas de sueño, y síntomas característico con una puntuación de 0 a 10.

#### **6.6.6.1.5 Programar actividades**

Técnica en el cual el paciente planifica y escribe las actividades para la semana siguiente, incluyendo algunas placenteras por día, tareas por realizar, eventos sociales, sondeo de estado de ánimo, tareas de la terapia, actividad física u otras que era que era evitadas anteriormente.

#### **6.6.6.1.6 Programación de actividades incompatibles**

Se utiliza para que le paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta problema (preguntar a tres amigos antes de salir esporádicamente de mi casa).

- a) **Rol play abogado del diablo:** En este procedimiento el terapeuta asume el papel del paciente y viceversa, con el objetivo de reconocer la conducta inapropiada hipomaniaca del paciente
- b) **La regla de las 48 horas:** Es una estrategia en la cual el terapeuta o el grupo sugiere que si se trata de una gran ideas es ese momento, entonces lo seguirá siendo en 48 horas. En ese caso ¿Sería una buena idea esperar? La meta es ayudar al paciente a bajar el ritmo y evitar la toma impulsiva y temeraria de decisiones.

- c) **Primero consulta con dos amigos:** Es una técnica con la que el paciente accede a que antes de salir y actuar de acuerdo con su idea pedirá la opinión de dos amigos de confianza. La meta de esta intervención es que el paciente baje el ritmo y reciba retroalimentación antes de emprender comportamientos abiertamente impulsivos hacia las metas.
- d) **Más tiempo para sentarse y escuchar.** Destaca la necesidad de controlar la Sobreactividad, impulsividad, y los esquemas orientados a la acción al prestar más atención a la retroalimentación y a la importancia del contexto interpersonal y social.

#### **6.6.6.1.7 Terapia de ritmo interpersonal y social**

El concepto básico es que las rutinas sociales como dormir, como comer y los periodos actividad, ayudan a aquí los ritmos circadianos se “sincronicen”, ya que el paciente TB se ha comprobado que la interrupción de la rutina social (IRS), en un periodo de ocho semanas antes de la aparición de la enfermedad se asocia de manera visible a la Aparicio de la manía. Para los individuos con esta vulnerabilidad, la inestabilidad de ritmos circadianos no se corrige por sí sola, como sucede en la población no vulnerable.

Estas alteraciones pueden provocar un desfase o desincronización creciente del ciclo sueño/vigilia, lo que a su vez genera síntomas somáticos y a la larga la aparición de un episodio maniaco depresivo.

#### **6.6.6.1.8 Contacto continuo telefónico**

Es una técnica basada en la cognición motivacional que se produce en el interés por parte del terapeuta por el paciente.

#### **6.6.6.1.9 Técnicas de autocontrol**

El autocontrol es la habilidad de controlar las propias emociones, comportamientos y deseos con el fin de obtener alguna recompensa posterior, es la capacidad de gestión eficiente del futuro.

#### **6.6.6.1.10 Técnica de resolución de problemas**

Es el método mediante el cual el paciente y el terapeuta buscan alternativas de solución con un entrenamiento de habilidades básicas de autocontrol y entrenamiento asertivo, ya que en pacientes bipolares esta capacidad es reducida por el impulso incesante de no dejar de hablar e irritabilidad sostenida.

##### **a. Entrenamiento en habilidades sociales:**

Indicado sobre todo en casos donde el sujeto no tiene habilidades para afrontar situaciones sociales y que refuerzan las cogniciones de incompetencia personal. El terapeuta identifica las situaciones relacionadas donde el sujeto se muestra incompetente, la representa con el sujeto, y modela alternativas que va reproduciendo el paciente y le va dando feedback al respecto. Este proceso puede potenciarse si en cada paso se identifican las cogniciones asociadas a la conducta incompetente y las posibles cogniciones alternativas al ensayo de nuevas habilidades. El rol-playing, el modelado, el ensayo conductual, las técnicas cognitivas y auto instrucciones y las tareas para casa suelen formar parte de un entrenamiento en habilidades sociales cognitivo- conductual.

##### **b. Entrenamiento asertivo**

Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales, es decir sin dañarse y tolerando criterios ajenos.

#### **6.6.6.1.11 Distracción conductual**

Se utiliza para programar actividades incompatibles con las conductas problemáticas, y así evitar que éstas se realicen.

#### **6.6.6.1.12 Re focalización de atención**

Es una técnica que tiene el por fin la concentración de la tarea que se está llevando a cabo, para continuar una conversación o actividades cotidianas, el terapeuta

enseña al paciente a concentrarse en la tarea inmediata, prestando atención deliberadamente al informe que está escribiendo, a lo que está diciendo el interlocutor o la ruta que tiene por delante, el terapeuta indica la estrategia con el paciente, tratando de averiguar cuáles han sido los recursos que mejor le han servido para reenfocarse en el pasado o cómo piensa que puede lograrlo al futuro.

#### **6.6.6.2 RECURSOS:**

Los recursos necesarios de esta investigación se basaron en la investigación de una caja de herramientas cognitivas conductuales establecidas por Reiser y Thompson en el manejo cognitivo conductual para pacientes que padecen Trastorno Bipolar, mediante un modelo directivo y participativo, además de material didáctico, material bibliográfico, personal del centro, como es médico psiquiatra, psicólogo clínico e investigador, además de contar con el apoyo del paciente, familiares y la experiencia brindada en la atención de los mismos.

En este estudio no se adjunta el modelo de intervención en crisis para paciente en urgencias psiquiátricas, en episodios maniacos depresivos, intento de suicidio, que se los realizó en el área de hospitalización del centro de Reposo, como en el Hospital Millenium para el manejo de los mismos, debido que el programa PBIU establecido se deslinda de la intervención cognitiva conductual de la propuesta.

## 6.7 MODELO OPERATIVO

### FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO: ORIENTACION Y COMPROMISO

**CUADRO 47: FASE INICIAL DE TRATAMIENTO ORIENTACION Y COMPROMISO**

Objetivo General	Objetivo específico	Meta Concreta	Técnica Terapéutica	N° Sesiones Semanales	Responsable	Recursos
Brindar alivio sintomático	<b><i>Continuar terapia Farmacológica</i></b>	Equilibrio de neurotransmisores	Terapia Farmacológica	<b>?</b>	Médico psiquiátrica	?
	<b><i>Comprometer al paciente Asistir a terapia</i></b>	Establecer un enfoque Participativo Crear apego a la medicación	Crear confianza y Rapport Iniciar al paciente a la terapia cognitiva. Psicoeducación respecto al trastorno, el modelo cognitivo y del proceso de la terapia., la importancia de la medicina. Elaborar una lista de objetivos y metas iniciales. Lograr Retroalimentación del parte Creación del contrato terapéutico Identificar la sintomatología Tarjetas de Apoyo	<b>3</b>	Psicólogo Clínico	Humano Material Bibliográfico Consultorio Psicológico.
	<b><i>Mejorar la participación al tratamiento</i></b>	Autorregulación de rutinas y actividades designadas	Contacto telefónico 24 horas antes de cada sesión Identificar las quejas principales de los episodios. Tareas a casa : Lista de problemas y quejas Técnica de resolución de problemas Entrenamiento asertivo Distracción conductual Sondeo de estado de ánimo Auto observación	<b>3</b>	Psicólogo Clínico y paciente	Humano Servicio telefónico Hojas (formato contrato terapéutico)
	<b><i>Asistir a sesiones de tratamiento psicoterapéutico</i></b>	Crear un ambiente colaborador en que le paciente participe activamente	Tareas a casa : Lista de tareas placenteras Programación de actividades Programación de actividades incompatibles. Retroalimentación positiva.	<b>3</b>	Psicólogo Clínico y paciente	Humano Material didáctico

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.



**FASE MEDIA DEL TRATAMIENTO: CONSTRUCCION DE HABILIDADES BASICAS – CAJA DE HERRAMIENTAS**

**CUADRO 48: FASE MEDIA DEL TREATAMIENTO: CONSTRUCCION DE HABILIDADES ESPECÍFICAS.**

<b>Objetivo General</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Meta Concreta</b>	<b>Técnica Terapéutica</b>	<b>N° Sesiones Semanales</b>	<b>Responsable</b>	<b>Recursos</b>
<b>Supervisar el estado de Ánimo</b>	<b>Identificar señales tempranas de la enfermedad</b>	Llegar a un estado de insight y prevenir episodios agudos	Auto observación Grafica anímica de Basco y Rush ponerla en un lugar visible Detección de pensamientos no útiles Reestructuración cognitiva Formato de pensamientos no útiles Cuestionamiento de evidencias.	<b>3</b>	Psicólogo Clínico y paciente.	Material didáctico (Grafica Anímica)
	<b>Evaluar la sintomatología y las situaciones que desencadenan</b>	Crear habilidades en que el paciente evalúe erróneamente sus pensamientos	Reestructuración cognitiva Identificación del suceso perturbador Clasificación de los errores de pensamiento Escala para equilibrar decisiones Ventajas y desventajas Búsqueda de pensamientos alternativos Búsqueda de comportamientos adaptativos.	<b>3</b>	Psicólogo Clínico y paciente.	Material didáctico Formato de pensamientos
	<b>Racionalización de pensamientos no útiles</b>	Aceptar que las ideas no son inmutables	Búsqueda de evidencias para comprobar la validez de los pensamientos maniacos, Hipomaniacos, depresivos, o suicidas. Cuestionamiento socrático Reestructuración cognitiva	<b>3</b>	Psicólogo Clínico y paciente.	Material Bibliográfico

	<b><i>Aumentar la cantidad de sucesos agradables</i></b>	Mejorar el estado de ánimo de los pacientes en fase depresiva	Supervisar el estado de ánimo Registrar sucesos placenteros Programar actividades Programar actividades incompatibles antes establecidas Técnicas de autocontrol. Reestructuración de recuerdos tempranos. Reestructuración cognitiva.	<b>3</b>	Psicólogo Clínico y paciente.	Humano
	<b><i>Regular las rutinas sociales</i></b>	Identificar las señales tempranas de alarma Supervisión y mantenimiento de actividades. Sincronizar el ritmo circadiano.	Auto observación Autoregistro de síntomas tempranos ,medios , tardíos conductuales, y somáticos TIRS terapia interpersonal de ritmo social Registro de actividades diarias Programar actividades incompatibles.	<b>3</b>	Psicólogo Clínico y paciente.	Humano Herramientas Terapéuticas
	<b><i>Reconocer el cambio anímico.</i></b>	Elaborar planes de afrontamiento	Plan de afrontamiento antes realizado en el contrato terapéutico. Registro de actividades placenteras Antes evaluadas Técnicas de Autocontrol Escala anímica de Basco y Rush Identificación de sintomatología Tarjetas de apoyo Contacto telefónico Reestructuración cognitiva Cuestionamiento de evidencias. Toma de decisiones	<b>3</b>	Psicólogo Clínico y paciente.	Humano
	<b><i>Abordar el mantenimiento de rutinas</i></b>	Evitar el aislamiento o sociabilización extrema.	Tareas a casa creación de un horario de actividades. Programar actividades Programar actividades incompatibles Utilización de palabras tengo y yo. Re focalización de la atención.	<b>3</b>	Psicólogo Clínico y paciente.	Humano

	<b><i>Racionalización de pensamientos hipomaniacos.</i></b>	Elaborar estrategias de afrontación a la hipomanía Crear un plan de afrontación a la problemática	Rol playing abogado del diablo. Plan de afrontamiento elaborado previamente Tareas a casa Lista de afrontamiento de estrés Las reglas de las 48 horas Primero consulta con dos amigos Más tiempo para sentarse a escuchar. Registro de pensamiento no útiles. Dialogo socrático de cuestionamiento Terapia interpersonal de ritmo social.	<b>3</b>	Psicólogo Clínico y paciente.	Humano Herramientas terapéutico
	<b><i>Disminuir síntomas depresivos y de desesperanza.</i></b>	Afrontamiento para episodios depresivos Combatir el estigmas social Afianzar el yo. Capacidad de Resiliencia. Evitar los intentos de Suicidio	Reestructuración cognitiva Errores de pensamiento ( Perjuicios cognitivos) Identificación de situaciones y sintomatología Programación de actividades Cuestionamiento de Evidencias Relocalización de la atención Distorsión conductual Tareas a casa Reestructuración de recuerdos tempranos Aceptación del estado de ánimo. Entrenamiento asertivo Entrenamiento en habilidades sociales. PBIU.	<b>3</b>	Psicólogo Clínico y paciente.	Cada sesión dura 45 minutos

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**FASE FINAL: CONSERVAR LOS BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO**

**CUADRO 49: FASE FINAL CONSERVAR LOS BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO.**

Objetivo General	Objetivo específico	Meta Concreta	Técnica Terapéutica	N° Sesiones mensuales	Responsable	Tiempo
	<i>Mantener los beneficios logrados. Seguimiento y acompañamiento</i>	Reducir los sucesos estresantes. Protección o prevención de recaídas. Reconocer señales tempranas. Establecer la individualidad y desapego del terapéutico	Psicoeducación y Síntesis de lo aprendido Técnica de las habilidades específicas aprendidas Tareas a Casa Registro de situaciones estresantes. Crear un programa de prevención o atención en crisis. Contacto telefónico en crisis.	Seis sesiones por una semana y después serán dos bimensuales	Psicólogo Clínico y paciente	Cada sesión dura 45 minutos

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

**Nota:** Cada psicoterapia durara 45 minutos

**Número de Sesiones:** 45 sesiones, con una duración de cuatro meses dependiendo del grado funcional del paciente

## 6.8 Administración de la Propuesta

Una vez finalizada la recopilación de datos y realización de todo el proceso de investigativo, como responsable de la propuesta, será depositado bajo la tutela del director, administradora y trabajadora social del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús.

## 6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

El seguimiento estará a cargo del departamento de psicología clínica, con la ayuda de protocolos que están encaminados a la búsqueda de características clínicas del paciente que padece Trastorno Bipolar, para poder comprobar la eficacia de la técnica empleada en la detección de síntomas tempranos y el mejoramiento de la calidad de vida del mismo.

### Evaluación de la Propuesta

#### CUADRO 50: EVALUACION DE LA PROPUESTA

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Qué evaluar?	Grado de aceptación y compromiso de los pacientes.
2.- ¿Por qué evaluar?	Porque es factible, es de fácil medición y susceptible a la comprobación
3.- ¿Para qué evaluar?	Para mejorar las condiciones de vida del paciente que padece TB y el nivel de disfunción biopsicosocial.
4.- ¿Con que criterio?	Con un criterio clínico capaz de llegar al diagnóstico oportuno
5.- ¿Indicadores?	Cualitativos: predisposición y aceptación Cuantitativos: Número de pacientes que padecen TB internados en la Institución.
6.- ¿Quién evalúa?	Personal encargado de la salud mental
7.- ¿Cuándo evaluar?	Desde el inicio 01 de Septiembre hasta el final 31 de Septiembre
8.- ¿Cómo evaluar?	Entrevista personal entre el paciente y el interno de psicología con la ayuda de protocolos y encuestas.
9.- ¿Fuentes de Información?	Pacientes y Familiares.
10.- ¿Con que evaluar?	Mediante los test y cuestionario.

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

## **6.10 MARCO ADMINISTRATIVO**

### **6.10.1 RECURSOS**

#### **6.10.2 Institucionales**

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, ha permitido realizar prácticas pre profesionales a sus alumnos de la Carrera de Psicología Clínica y por medio de ésta, la investigación a realizarse será en el Centro De Reposo Sagrado Corazón De Jesús.

#### **6.10.3 Humanos**

Esta investigación será realizada en el campo de investigación, es decir con los pacientes con trastorno bipolar que asisten que son internos en el Centro De Reposo Sagrado Corazón De Jesús. Además cuenta con el apoyo de un equipo especializado como el médico psiquiatra de la Institución, trabajo social, psicólogo clínico, auxiliares de enfermería, que ha permitido esta investigación, bajo la tutoría de los doctores encargados de la materia de investigación de proyectos.

#### **6.10.4 Materiales**

Para la realización de esta investigación será necesaria una computadora, materiales de escritorio, test, libros, copias e internet.

#### **6.10.5 Financieros**

Para esta investigación será necesario del autofinanciamiento en impresiones, copias y transporte.

### 6.10.6 PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

**CUADRO 51: PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACION.**

<b>RUBROS DE GASTOS</b>	<b>VALOR</b>
1. Tramites , solicitudes	\$ 60,00
2. Encuadernación	\$ 30.00
3. Pago de tutoría	\$ 158.40
4. Libros	\$ 90, 00
5. Copia de test	\$ 7,60
6. Impresiones	\$100.00
7. Transporte	\$ 80.00
8. Paquete de hojas A4	\$ 50.00
9. Tinta para impresora	\$ 75.00
10. Anillados	\$ 10.00
11. Copias de proyecto	\$ 100.00
12. Internet	\$ 150.00
	\$ 911.30

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.  
**AUTOR:** Gonzalo Amaya.



## 6.11 Cronograma

**CUADRO 52: CRONOGRAMA 2010 - 2011**

N°	Meses y Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept.
1	Elaboración del Proyecto													
2	Prueba Piloto													
3	Elaboración del Marco Teórico													
4	Recolección de Información													
5	Procesamiento de datos													
6	Análisis de los resultados y conclusiones													
7	Formulación de la propuesta													
8	Redacción del Informe final.													
9	Transcripción del Informe													
10	Presentación del Informe													

**FUENTE:** Trastorno Bipolar como factor determinante en la Disfunción Biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón de Jesús en el periodo Septiembre 2010 – Septiembre del 2011 de la ciudad de Ambato.

**AUTOR:** Gonzalo Amaya.

## BIBLIOGRAFÍA

- Reiser y Thompson , “Avances de la psicoterapia en el trastorno bipolar”  
Manual Moderno, México 2006.
- Vieta, Eduard, “Novedades en el Tratamiento del Trastorno Bipolar”  
Panamericana, Buenos Aires, 2007.
- Barel Victoria, “Monografía Trastorno Bipolar “Curso Superior de Médico  
Especialista en Psiquiatría, España, 2004.
- Echeverri Paola, “Investigación sobre el trastorno bipolar para construir un  
Manual Psicoeducativo dirigido a pacientes y familiares”, Barcelona  
,2005.
- Becoña, Elisardo, “Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno  
bipolar”, Santiago de Compostela 2001.
- Sánchez, José, “Comorbilidad en el trastorno bipolar”, Facultad de  
Medicina Departamento de Psiquiatría Universidad Autónoma de Madrid,  
España 2005.
- Vieta Eduard, Colom Fransec, “De la Euforia a la Tristeza”, Madrid, 2008.
- Aránzazu Pérez Alonso “Vivencias de familiares cuidadores de personas  
con trastorno bipolar pertenecientes a Asociaciones de Granada”, congreso  
de Interpsiquis, Granada, 2010.
- Martínez, Sánchez, Vieta, “Evidencia Científica de la Depresión Bipolar”,  
España, 2006.

- Forselledo Ariel, “Manual Práctico de Psicopatología”, Montevideo, 1991.
- Luna Iris, “La terapia cognitiva y otras intervenciones psicosociales en el manejo integral de los trastornos bipolares”, Chile, 2006.
- Bastidas Guillermo “Psiquiatría”, Ecuador, 2011
- OMS, CIF “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”, Ginebra 2001.
- Noya Nils, “Trastorno Bipolar y Adicciones”, España, 2007.
- López, Rodríguez, “Objetivos y eficacia de la terapia cognitiva para trastornos bipolares”, Argentina, 2009.
- Beck, Judith “Terapia Cognitiva” (Conceptos Básicos y Profundización), Barcelona 2000.
- Sánchez José “Manual de Psicoterapia Cognitivo”, España 2002.
- Montaña Luna “La terapia cognitiva y otras intervenciones Psicosociales en el manejo integrativo de Trastorno Bipolar”, España 2006.
- Beck Aarón “Terapia Cognitiva para Trastornos de Personalidad”, Madrid 1999.
- Bellak Leopold “Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia”, México 2009.
- Fuller Torrey y Knable. “Sobreviviendo al trastorno maniaco depresivo”, Nueva York 2002.
- Copeland, “Viviendo sin depresión y sin la depresión maniaca”, Nueva York 2004.
- Amador X, “Yo no estoy sano, yo necesito ayuda”, una guía práctica para familiares y terapeutas, Nueva York 2000.
- Scott J, “La superación de los cambios de humor una guía de auto ayuda técnica cognitivo-conductual”, Nueva York 2001.

## ANEXOS

### Anexo 1.-

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

### Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

**Objetivo:** Determinar síntomas tempranos de trastorno bipolar.

MDQ (Mood disorder questionnaire). Por favor, marque la respuesta correcta.

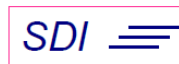
I.	¿Alguna vez ha pasado por un periodo de tiempo en el que se sentía que no era la misma persona de siempre, y...		
1	...se sentía tan bien o tan eufórico/a que otras personas pensaron que usted no era el/la mismo/a de siempre o estaba tan eufórico/a que se metió en problemas?	SI	NO
2	...estaba tan irritable que gritaba a la gente o provocaba peleas o discusiones?	SI	NO
3	...se sentía mucho más seguro/a de sí mismo/a de lo habitual?	SI	NO
4	...dormía mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más?	SI	NO
5	...era mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre?	SI	NO
6	...le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera despacio?	SI	NO
7	...se distraía tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo?	SI	NO
8	...tenía mucha más energía que de costumbre?	SI	NO
9	...era mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre?	SI	NO
10	...era mucho más sociable o abierto/a que de costumbre, por ejemplo, telefoneaba a amigos en mitad de la noche?	SI	NO
11	...estaba mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre?	SI	NO
12	...hacía cosas que eran inusuales en usted o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas, o arriesgadas?	SI	NO
13	...el gasto de dinero le creó problemas a usted o a su familia?	SI	NO
II.	Si usted marcó "SI" en más de una de las preguntas anteriores, ¿algunas de estas situaciones ocurrieron durante el mismo periodo de tiempo?. Por favor, marque con un círculo sólo una respuesta.	SI	NO
III.	¿Hasta qué punto alguna de éstas situaciones le causó problemas ( como no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales, implicarse en discusiones o peleas)? Por favor, marque con un círculo sólo una respuesta. A. Ningún problema <input type="checkbox"/> B. Pequeños problemas <input type="checkbox"/> C. Problemas moderados <input type="checkbox"/> D. Problemas graves <input type="checkbox"/>		

Anexo 2.-

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Escala heteroaplicado de discapacidad de Sheehan**

**Objetivo:** Determinar el nivel de disfunción biopsicosocial



Identificación ..... Fecha .....

*Marque con una cruz el número que mejor describa su situación actual*

<i>A causa de sus síntomas su trabajo se ha visto perjudicado</i>										
NO en absoluto	Levemente			Moderadamente			Marcadamente			Extremadamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>A causa de sus síntomas su vida social y actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas</i>										
NO en absoluto	Levemente			Moderadamente			Marcadamente			Extremadamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>A causa de sus síntomas su vida familiar y responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas</i>										
NO en absoluto	Levemente			Moderadamente			Marcadamente			Extremadamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Desde su última visita ¿cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales, como los problemas en el trabajo, en casa, sociales, de salud o económicos?</i>										
NO en absoluto	Levemente			Moderadamente			Marcadamente			Extremadamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Durante la última semana ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc, respecto al apoyo que ha necesitado?</i>										
Ningún apoyo	Un poco			Moderado			Considerable			El apoyo ideal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%

3 ITEMS

ESTRÉS

APOYO SOCIAL

**Anexo 3.-**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Contrato Terapéutico: Reiser y Thompson “Mi acuerdo de sociedad para el tratamiento”**

**Objetivo:** Crear apego al proceso terapéutico mediante en un acuerdo de sociedad para el tratamiento.

138

Avances en psicoterapia: trastorno bipolar

**Mi acuerdo de sociedad para el tratamiento**

**Mis metas personales del tratamiento**

Enliste sus metas más importantes del tratamiento. Sea lo más específico posible. Evite las metas demasiado generales o ambiguas. Idealmente, las metas en su lista deben ser razonables y usted debe tener confianza en alcanzarlas con un poco de esfuerzo.

---

---

---

**Supervisión del estado de ánimo**

(Anote estrategias que funcionen para usted de modo que se asegure de ser capaz de supervisar a diario su estado de ánimo de forma regular.)

---

---

---

**Identificar señales de alarma tempranas de depresión o manía**

“Focos rojos” importantes a los que debo poner atención:

**Para la depresión:**

---

**Para la manía:**

---

**Anexo 3:**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Contrato Terapéutico: Reiser y Thompson “Mi acuerdo de sociedad para el tratamiento”**

**Objetivo:** Crear apego al proceso terapéutico mediante en un acuerdo de sociedad para el tratamiento.

Apéndice: herramientas y recursos 139

**Elaboración de un plan individual de afrontamiento**

(Pasos específicos que emprenderé para asegurarme de que no empeore mi depresión o mi manía.)

**Para la depresión** (ME SIENTO TRISTE Y SIN ANIMO LUEGO DE UNA ACTIVIDAD) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Para la manía** (CUANDO ESTOY DEMASIADO ANIMADA O SIENTO DEMASIADA ALEGRIA SIN NINGUNA RAZON) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aprovechar al máximo mi tratamiento: la importancia de asistir de manera regular a la terapia**

Entiendo que, con el fin de que mi tratamiento sea eficaz, debo tener la intención de asistir regularmente a las sesiones. Es probable que haya ocasiones —buenos o malos periodos— durante los cuales *no tendré deseos* de asistir regularmente. Las siguientes son algunas cosas que pueden dificultarme una asistencia regular al grupo:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Éste es *mi plan* para resolver los problemas anteriores y para asegurarme de que asista regularmente a las sesiones de tratamiento:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**La importancia de tomar mis medicinas**

Además de asistir regularmente a las sesiones de psicoterapia, es muy importante que continúe viendo a mi psiquiatra y tomando mis medicinas de forma regular, según mi receta. Entiendo que, con el fin de que la medicación sea eficaz, debo tener la intención de tomarla regularmente. Es probable que haya ocasiones —buenos o malos periodos— durante los cuales *no tendré deseos* de tomar mis medicinas regularmente. Las siguientes son algunas cosas que pueden dificultarme (o que ya me lo han dificultado en el pasado) tomar mis medicinas según me las recetaron.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

© Editorial El Mensajero. Fotocopiar sin autorización es un delito.

El lector puede reproducir estas tres páginas para su uso clínico.  
De R. P. Reiser y L. W. Thompson, *Trastorno bipolar*. © 2005 Hogrefe y Huber Publishers

**Anexo 3:**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Contrato Terapéutico: Reiser y Thompson “Mi acuerdo de sociedad para el tratamiento”**

**Objetivo:** Crear apego al proceso terapéutico mediante en un acuerdo de sociedad para el tratamiento.

140

Avances en psicoterapia: trastorno bipolar

Éste es *mi plan* para resolver los problemas anteriores y para asegurarme de tomar mis medicinas regularmente, según me las recetaron.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Reportarme con otras personas: identificando y usando mi sistema de apoyo**

Comprendo que habrá ocasiones en que necesitaré reportarme con personas en quienes confíe para asegurarme de que estoy bien. Identifiqué a las siguientes personas que me han sido útiles y me han apoyado en el pasado, y con quienes estoy de acuerdo en confiar antes de tomar decisiones importantes acerca de mi vida en periodos en los cuales pueda experimentar un episodio de manía o depresión, o cambios sustanciales de estado de ánimo. Si surge alguna pregunta en el tratamiento respecto de mis decisiones o de posibles comportamientos de alto riesgo, estoy de acuerdo en consultar con estas personas antes de hacer nada.

Nombre	Relación	Número telefónico
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Con la firma de este acuerdo de sociedad para el tratamiento, en momentos en que no padezco depresión ni manía graves, es mi intención prepararme para periodos futuros de altas y bajas en mi estado de ánimo y ayudarme a tomar mejores decisiones, así como de recordarme a mí mismo el valor de emplear las herramientas y recursos que identifiqué anteriormente, de forma que pueda controlar mejor futuros episodios depresivos o maniacos.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Anexo 4.-**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Gráfica anímica adaptada de Basco y Rush 1996**

**Objetivo:** Crear en el paciente la habilidad de auto monitoreo de estado de ánimo

Gráfica anímica adaptada de Basco y Rush (1996)

Gráfica anímica								
Nombre: _____								
Semana de: _____								
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>Maniaco</b>								
+5 Extremadamente maniaco		•	•	•	•	•	•	•
+4 Muy maniaco, con problemas de funcionamiento		•	•	•	•	•	•	•
+3 Alto	zona cómoda	•	•	•	•	•	•	•
+2 Límite superior de la zona cómoda		•	•	•	•	•	•	•
+1 Más contento de lo normal		•	•	•	•	•	•	•
0 Parte media de la zona cómoda		•	•	•	•	•	•	•
-1 Más triste de lo normal		•	•	•	•	•	•	•
-2 Límite inferior de la zona cómoda		•	•	•	•	•	•	•
-3 Deprimido		•	•	•	•	•	•	•
-4 Muy deprimido, con problemas de funcionamiento		•	•	•	•	•	•	•
-5 Extremadamente deprimido		•	•	•	•	•	•	•
Horas de sueño								
Otros síntomas (calificación de 0 a 10)								
<p>Es posible calificar otros síntomas, como irritabilidad o agitación sin importar el estado de ánimo con la escala anterior. Identifique cualquier suceso importante que haya ocurrido durante la semana y que haya afectado su estado de ánimo. Notas sobre los sucesos que causaron cambios anímicos y cualquier estrategia de afrontamiento eficaz que se haya empleado:</p>								

Anexo 5.-

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autoregistro de pensamientos no útiles para pacientes que padecen TB, según Reiser y Thompson.**

**Objetivo:** Racionalización de pensamientos no útiles, emociones y conductas por recursos personales adaptativos.

Muestra de un "registro de pensamientos inadecuados".  
 Ponderar la evidencia

<p><b>Situación</b> (detalle la situación: con quién estubo, qué pasó, cuándo pasó, etc.)</p>			
<p><b>Pensamientos</b></p> <p>Preguntas útiles: ¿Qué pasaba por mi cabeza en ese momento? ¿Qué imágenes o recuerdos tuve? ¿Qué me decía a mí mismo en ese momento? ¿Qué significa esto acerca de mi opinión de mí mismo, de mi futuro y del mundo que me rodea? ¿Mis pensamientos son "desproporcionados" respecto del suceso?</p>	<p><b>Sentimientos; calificación del estado de ánimo</b></p> <p>Describe con una palabra su estado de ánimo con una calificación de 0 a 100, con 0 incapacitado en su respuesta emocional más fuerte</p>	<p><b>Pensamientos alternos; evidencia compensatoria</b></p> <p>¿Cuál es la prueba de que este pensamiento es verdadero? ¿Qué dirían otras personas? ¿Qué le diría a un amigo en la misma situación?</p>	<p><b>Cambio de la calificación del estado de ánimo</b></p> <p>¿Cómo afectan estos pensamientos alternos mi estado de ánimo?</p>

**Anexo 6.-**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autoregistro de síntomas de manía y depresión y señales de las mismas, Reiser y Thompson.**

**Objetivo:** Identificar la sintomatología, inicial, media, tardía, pensamientos, actitudes y problemas físicos en cada episodio.

Identificar señales de depresión o manía

Área	Cuando estoy deprimido	Cuando estoy maniaco
<b>Cómo me siento</b> triste / melancólico ansioso enojado agitado avergonzado feliz eufórico irritable entumecido suicida desesperanzado		
<b>Lo que suelo hacer</b> grado de contacto social inquietud nivel de actividad rapidez del habla retraimiento aislamiento sueño comida		
<b>Qué estoy pensando</b> grado de confianza grado de preocupación pensamientos negativos ruminación obsesiones preocupación por el pasado preocupación por el futuro concentración distracciones sentido de competencia grado general de interés		
<b>Problemas físicos</b> nivel de energía nivel de apetito ganancia o pérdida de peso interés en el sexo dormir demasiado o muy poco		

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

El lector puede reproducir esta página para su uso clínico.  
De R. P. Reiser y L. W. Thompson, *Trastorno bipolar*.

© 2005 Hogrefe y Huber Publishers

**Anexo 6.-**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autoregistro de síntomas de manía y depresión, Reiser y Thompson.**

**Objetivo:** Identificar la sintomatología, inicial, media, tardía, pensamientos, actitudes y problemas físicos en cada episodio.

Identificar señales tempranas, medias y tardías de depresión o manía

Área	Síntomas tempranos	Síntomas medios	Síntomas tardíos
<b>Cómo me siento</b> triste / melancólico ansioso enojado agitado avergonzado feliz eufórico irritable entumecido suicida desesperanzado			
<b>Lo que suelo hacer</b> grado de contacto social inquietud nivel de actividad rapidez del habla retraimiento aislamiento sueño comida			
<b>Qué estoy pensando</b> grado de confianza grado de preocupación pensamientos negativos ruminación obsesiones preocupación por el pasado preocupación por el futuro concentración distracciones sentido de competencia grado general de interés			
<b>Problemas físicos</b> nivel de energía nivel de apetito ganancia o pérdida de peso interés en el sexo dormir demasiado o muy poco			

El lector puede reproducir esta página para su uso clínico.  
De R. P. Reiser y L. W. Thompson, *Trastorno bipolar*.

© 2005 Hogrefe y Huber Publishers

