



DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Tema:

“PLAN PSICOTERAPÉUTICO PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD ASOCIADA EN EL TRASTORNO BIPOLAR POR MEDIO DEL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD”.

Tesis previa a la obtención del título de:

Magister en Psicoterapia Integrativa

Director:

Magister.

Mario Eduardo Moyano Moyano

Autora:

Psicóloga

Daniela Colich Moscoso

CUENCA – ECUADOR

2013

DEDICATORIA

En estas cortas palabras quiero dedicar esta
maestría a mis hijos Mateo y Emilia quienes
han luchado y han sufrido y ahora ven el
resultado del esfuerzo, gracias por ir conmigo
atrás de mis
ideales.

Daniela Colich M

AGRADECIMIENTO

Con sentimientos de gratitud para mis padres, hermanos y por estar conmigo en la búsqueda de mi desarrollo profesional y personal, a mi Director de Tesis por la paciencia y la tolerancia brindada en el transcurso de este tiempo.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo toma de forma general, el problema que constituye la ansiedad, y cómo está afecta tanto al paciente como a sus familiares, en Ecuador no existe una cifra oficial, aunque si se toma en cuenta la situación global, se llega a un cálculo de que el 1% de las personas tendría el trastorno afectivo bipolar según Carlos Orellana, psiquiatra del Instituto de Neurociencias, ubicado en Guayaquil. La investigación realizada fue escogida en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) de la ciudad de Cuenca, en el cual existió cincuenta y cinco pacientes hospitalizados en el año 2012 que presentó Trastorno Afectivo Bipolar.

La ansiedad juega un papel fundamental en el trastorno afectivo bipolar, nueve de cada diez pacientes bipolares sufren un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida, esta frecuencia parece ser superior a la prevalencia de la comorbilidad de la ansiedad en la depresión. Sobre este referente se desarrolló nuestra investigación, de este modo se tomó al modelo integrativo y su propuesta para disminuir la ansiedad mediante diversas técnicas que las ejecutamos en la propuesta de intervención terapéutica

Esta investigación desde el modelo integrativo se estableció una propuesta de intervención en la cual se estableció una intervención de los niveles ansiógenos según la escala de Hamilton el 80%, ansiedad severa; y un 20%, moderada. El test de Stai rasgo presentó un 30%, leve un 30%, moderada un 40%, grave y ansiedad estado un 30%, leve, un 10%, moderada un 60% grave.

La segunda aplicación de la aplicación de Hamilton reveló niveles moderados en un 60%; un 20%, leve; y un 20%, severa. En el retest de Stai rasgo el 40%, obtuvo niveles leves el 30%, grave; y el 30%, moderada, el retest de estado de Stai un 60%, leve, un 30%, moderada un 10%, grave y tan solo un 10%, severa. Luego de la injerencia hubo una significativa disminución de la ansiedad concluyendo que la propuesta ha tenido resultados favorables tanto para los pacientes como la familia. En el transcurso de este estudio se aborda en el capítulo uno la temática de la ansiedad, sus orígenes, clasificación, síntomas, causas y tratamientos, el segundo capítulo la bipolaridad, donde se destaca sus causas, clasificaciones consecuencias y formas de tratamiento, el capítulo tres trata acerca del modelo integrativo focalizado en la personalidad, sus antecedentes, sus bases

metodológicas y la relación psicoterapéutica, el capítulo cuatro se desarrolló la propuesta psicoterapéutica para la disminución de la ansiedad desde el modelo integrativo, al finalizar la investigación utilizando los indicadores estadísticos comprobando el estudio se estableció los casos de ansiedad en los que prueban los niveles tanto antes de la intervención psicoterapéutica como después de la misma estos disminuyeron notablemente.

El modelo integrativo focalizado en la personalidad nos sirvió de referente para la realización del presente trabajo cuya finalidad fue el conocer el grado de ansiedad en la población encuestada, sus causas y sus consecuencias que este problema causa tanto al paciente como a sus familiares, estudiar a fondo estos problemas y el impacto que produce a nivel psicosocial, brindando una propuesta de intervención terapéutica para buscar posibles soluciones.

RESUMEN

Esta investigación tiene como principal objetivo presentar una propuesta de intervención terapéutica individual está dirigida a la disminución de la ansiedad en el trastorno bipolar. En el transcurso del proceso de terapia se ha profundizado en las sesiones psicoterapéuticas desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, en las cuales establecieron una propuesta de intervención, a nivel conductual, físico y de personalidad. Se modificaron síntomas físicos y psíquicos luego de la intervención los niveles ansiógenos. Según la escala de Hamilton el 80%, ansiedad severa; y un 20%, moderada. El test de Stai rasgo presentó un 30%, leve un 30%, moderada un 40%, grave y ansiedad estado un 30%, leve, un 10%, moderada un 60% grave.

La segunda aplicación de la aplicación de Hamilton reveló niveles moderados en un 60%; un 20%, leve; y un 20%, severa. En el retest de Stai rasgo el 40%, obtuvo niveles leves el 30%, grave; y el 30%, moderada, el retest de estado de Stai un 60%, leve, un 30%, moderada un 10%, grave y tan solo un 10%, severa. Con ello se concluye que la propuesta ha tenido resultados favorables tanto para los pacientes atendidos como para la familia.

Palabras claves:

Ansiedad, Trastorno Bipolar, Plan Psicoterapéutico, Personalidad.

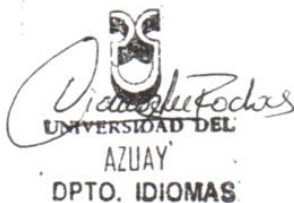
ABSTRACT

This research's main objective is to present a proposal for therapeutic intervention aimed at reducing anxiety in bipolar affective disorder.

During this individual therapy process, psychotherapeutic sessions, which focused on the integrative personality model, were deepened; establishing an intervention proposal at behavioral, physical and personality levels.

A modification of physical and psychological symptoms, that improve the anxiogenic effect levels after intervention, was established. According to Hamilton scale 80% showed severe anxiety, and 20% moderate anxiety. The trait *STAI Test* (State-Trait Anxiety Inventory -Self Evaluation Questionnaire) showed 30% mild, 30% moderate, and 40% severe. The anxiety state test showed 30% mild, 10% moderate, and 60% severe.

The second application of Hamilton Scale revealed 60% moderate levels, 20% mild, and 20% severe. In the retest of trait-anxiety STAI test, 40% obtained mild levels, 30% severe, and 30% moderate. In the retest of state-anxiety STAI test, 60% obtained mild levels, 30% moderate, 10% serious, and only 10% severe. Based on this, it is concluded that the proposal has had favorable results for both patients and families treated.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Contenido

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
INTRODUCCIÓN	IV
RESUMEN	VI
CAPÍTULO I	12
LA ANSIEDAD	12
1.1 Introducción	12
1.2 Definición de la Ansiedad	12
1.3 Clasificación de la Ansiedad	13
1.3.1 Fobias.....	13
1.3.2 Trastorno Obsesivo-Compulsivo	14
1.3.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	15
1.3.4 Trastorno de Pánico	15
1.3.5 Trastorno de Estrés Postraumático	16
1.4. Clasificación de Síntomas Biológicos y Orgánicos de la Ansiedad	16
1.4.1 Síntomas biológicos.....	16
1.4.2 Trastornos Cardiacos	17
1.4.3 Alteraciones del Sistema Nervioso Central	17
1.5 Causas de la Ansiedad	17
1.5.1 Factores Biológicos	18
1.5.2 Factores Psicológicos	18
1.5.3 Factores Sociales	19
1.6 Relación entre Ansiedad y Bipolaridad	19
1.7 Tratamiento	20
1.7.1 Tratamiento Farmacológico.....	20
1.7.2 Psicoterapia.....	21

1.8 Conclusión	21
CAPÍTULO II	22
TRASTORNO BIPOLAR	22
2.1 Introducción	22
2.2. Definición de Trastorno Bipolar	22
2.3 Etiología	22
2.4 Clasificación de los Trastornos Bipolares	24
2.5 El Espectro Bipolar	25
2.6 Características para diagnosticar el Trastorno Bipolar	26
2.7 Factores Predisponentes para el Trastorno Bipolar	27
2.7.1 Factores Bioquímicos	28
2.7.2 Factores Cronobiológicos.	28
2.7.3 Factores Neurobiológicos	29
2.7.4 Factores Psicosociales	29
2.8 Curso y Pronóstico	30
2.9 Diagnóstico Diferencial.....	30
2.10 Tratamiento	31
2.10.1 Farmacología	32
2.10.2 Tratamientos Psicosociales.....	33
2.11 Conclusión	33
CAPÍTULO III.....	35
MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD	35
3.1 Antecedentes	35
3.2 Bases Teóricas del Modelo Integrativo Ecuatoriano	37
3.2.1 Componentes de la Personalidad.....	38
3.3 Bases Metodológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano.....	40
3.4 La Relación Psicoterapéutica.....	40
3.4.1 Actitudes Relacionales del Terapeuta.....	41

3.4.2 Características del terapeuta, asesor o consejero	41
3.4.3 Capacidad para establecer contactos interpersonales	43
3.4.4 Características del paciente o cliente.	44
3.5 Etapas del proceso	45
3.5.1 Primera etapa	45
3.5.2 Segunda etapa	46
3.5.3 Tercera Etapa.....	47
3.5.4 Cuarta Etapa	48
3.5.5 Quinta Etapa	49
3.5.6 Conclusión.....	49
CAPÍTULO IV.....	50
PROPUESTA PSICOTERAPEÚTICA PARA LA DISMINUCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES BIPOLARES DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD	50
4.1 Introducción	50
4.2 Metodología	50
4.3 Proceso del Modelo Psicoterapéutico Focalizado en la Personalidad	51
4.3. Proceso del Modelo Terapéutico	51
4.3.1 Fase evaluativa	51
4.3.2 Entrevista inicial.....	52
4.3.3 Motivo de Consulta	53
4.3.4 Tipos de Demanda.....	53
4.3.5 Evaluación Psicométrica.....	53
4.4 Planificación del Proceso	54
4.5 Selección de técnicas.....	56
4.5.1 Objetivos Sintomáticos.....	57
4.5.1.1 Relajación Muscular Jacobson (1929).....	57
4.5.1.2 Procedimientos Conductuales Albert Ellis (1957)	58

4.5.1.3 Entrenamiento Autógeno Shultz (1932).....	58
4.6 Técnicas para el Trabajo en Personalidad.....	59
4.6.1 Mejorar el awareness.....	59
4.6.2 Promover el insight.....	59
4.7 Tercera Etapa	61
4.8 Conclusiones	64
CAPÍTULO V	65
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	65
5.1 Introducción	65
5.2 Metodología	65
5.3 Fase evaluativa	65
5.4 Presentación de resultados.....	66
5.4.1 presentación cuantitativa de los resultados.....	66
5.4.2 Presentación de casos cualitativos de resultados.....	72
5.5 Conclusiones generales	106
Recomendaciones.....	108
Referencias bibliográficas	109

CAPÍTULO I

LA ANSIEDAD

1.1 Introducción

Se abarcará breves definiciones acerca de la ansiedad las mismas que ayudarán a acercarnos aún más a concepciones planteadas por varios autores, que estas han sido referentes en esta investigación en el avance del estudio de esta patología que se encuentra presente en todos los seres humanos. Es general se trata de una emoción natural que se experimenta en mayor o menor intensidad, y está relacionada tanto con el componente psíquico, como el físico; sin embargo, algunas personas llegan a sentir que su grado de ansiedad es anormal, excesivo y domina sus vidas, por lo que se ven en la necesidad imperiosa de buscar ayuda profesional. Es necesario enfatizar que el número de personas que experimenta ansiedad en la actualidad es mucho mayor que en otros momentos históricos, hecho que sin lugar a dudas tiene que ver con la condición actual y el ritmo de vida que a diario experimentamos los seres humanos.

1.2 Definición de la Ansiedad

Ruiloba (1980) en su obra *Introducción a la Psicopatología* manifiesta “la ansiedad y la angustia son emociones experimentadas por todas las personas que acompañan al ser humano a lo largo de su existencia; para él existen múltiples definiciones de ansiedad, pero todas concuerdan en que existe una respuesta emocional compleja potencialmente adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional en la que coexisten una percepción de amenaza al organismo”.

Los individuos la describen como un miedo intenso o malestar general, que va acompañado de una serie de síntomas somáticos y cognoscitivos y psicológicos, seguidos de una sensación de muerte o de un peligro inminente. (Vidal-Alarcon, 1982)

La ansiedad constituye un aspecto normal del funcionamiento de los seres humanos, se refiere a la expresión sobresaltada de este afecto, la angustia se define como

un afecto similar al miedo, pero que a diferencia de éste no obedece a un estímulo amenazante externo, sino que es vivida como procedente de la interioridad psíquica del paciente. (Gómez Restrepo, Hernández Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo, 2003).

Con las definiciones anteriores podríamos concluir que la ansiedad es una mezcla de miedo, incertidumbre que le acompañan al sujeto en circunstancias que vive como amenazantes para sí mismo; estas vienen acompañadas de molestias corporales, inquietud motora, opresión torácica, palpitaciones, temblor sequedad de la boca, vómitos diarrea, mareos, insomnio. La ansiedad es un acompañante normal de los cambios que experimenta el ser humano nos sirve para el hallazgo de nuestra propia identidad.

1.3 Clasificación de la Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso, la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

A continuación, se describirá de manera general a la fobia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, porque resulta de gran importancia para la investigación presentada.

1.3.1 Fobias

En la clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10), las fobias se definen como un grupo de trastornos en los cuales ciertas situaciones que usualmente no son peligrosas, evocan ansiedad. La ansiedad fóbica puede variar desde la leve inquietud hasta el terror, comprenden la agorafobia, la fobia social y las fobias específicas.

La agorafobia se caracteriza por la presencia de ansiedad cuando está en situaciones o lugares donde escapar puede ser difícil o donde puede no disponerse de

ayuda en caso de presentar síntomas de angustia. Algunas situaciones incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer fila; pasar por un puente o viajar en bus, tren o automóvil. Estas situaciones se evitan o se toleran con marcado malestar o ansiedad o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

La fobia social se caracteriza por la presencia de un temor marcado y persistente, que la persona reconoce como excesivo e irracional, en situaciones sociales o actuaciones en público donde el individuo está expuesto al posible escrutinio o evaluación por parte de los demás. La exposición a la situación temida casi siempre genera ansiedad, que puede, incluso, tomar forma de un ataque de pánico.

Las fobias específicas se caracterizan por la presencia de un temor que la persona la reconoce como excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica, que generan una gran ansiedad (a veces crisis de pánico) ante la exposición del estímulo fóbico.

Tanto en la fobia social como en la fobia específica, la situación fóbica se evita o se soporta con gran ansiedad y malestar. Esto provoca una limitación importante en la vida de la persona. (Gómez Restrepo et al, 2013)

1.3.2 Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Es un desorden común, clasificado en el DSM-IV y el CIE-10 dentro de la categoría de trastornos de ansiedad, pues se caracteriza por la presencia de obsesiones u compulsiones que causan marcada ansiedad y ocupan el tiempo suficiente como para interferir en el desenvolvimiento del individuo.

Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos, no deseados y recurrentes que la persona suele identificar como absurdos, exagerados o contrarios a su personalidad. Las compulsiones se definen como comportamientos o actos repetitivos, a manera de rituales, que el sujeto se siente obligado a realizar de una forma específica para aliviar la tensión o ansiedad que le generan las ideas obsesivas, las cuales

ceden temporalmente si la ejecución del ritual no se interrumpe. (Gómez Restrepo et al, 2013)

1.3.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada

Para la CIE-10 el síntoma fundamental de este trastorno es la presencia de angustia libre y flotante, es decir, angustia que surge de manera espontánea e independiente de situaciones particulares. Se habla de trastorno de ansiedad cuando el cuadro presentado ha tenido al menos un mes de duración, tiempo en el cual las crisis han tenido un inicio súbito, una extensión e intensidad variable. En ocasiones pueden repetirse diariamente y en otras pueden presentarse con meses de diferencia. La característica esencial de este trastorno es un sentimiento de desazón y desasosiego generalizados y persistentes, que no están referidos a ninguna circunstancia ambiental.

Para su diagnóstico el paciente debe presentar síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante varias semanas seguidas. (Gómez Restrepo et al, 2013)

1.3.4 Trastorno de Pánico

Es un tipo de trastorno de ansiedad que frecuentemente demanda atención especializada y tiene una incidencia alta en los servicios de urgencias, donde se confunde con problemas cardiacos, pulmonares, tiroideos y otros. Este trastorno se caracteriza por presentar episodios de inicio súbito y en general repetido, de gran ansiedad (pánico)) que se acompañan de síntomas automáticos, afectivos y cognitivos, que suelen asociarse con ideación de muerte o pérdida de control de corta duración (10 a 15 minutos).

El DSM –IV- TR (2003) comparte iguales criterios para el ataque de pánico que la CIE-10; sin embargo, plantea dos alternativas diagnosticas: trastorno de pánico con agorafobia. En este sentido se describe brevemente la agorafobia en la que la aparición de la ansiedad ocurre al encontrarse a lugares o situaciones de los que escapar puede resultar difícil también en el caso de aparecer una crisis de pánico inesperadas o menos relacionada con la situación, o bien síntomas similares a la angustia. (Gómez Restrepo et al, 2013)

1.3.5 Trastorno de Estrés Postraumático

Surge como respuesta diferida a una situación breve o duradera de naturaleza catastrófica, que causaría por sí misma, sufrimiento y consternación en cualquier persona, el trastorno comienza luego de unas pocas semanas y hasta unos seis meses después del trauma; el curso es fluctuante, pero en general la tendencia es hacia la recuperación. En algunos casos, el cuadro puede hacerse crónico, incluso hasta configurar una transformación patológica persistente de la personalidad. (Gómez Restrepo et al, 2013)

1.4. Clasificación de Síntomas Biológicos y Orgánicos de la Ansiedad

1.4.1 Síntomas biológicos

Mencionaremos que desde punto de vista genético, lo que se hereda no es un trastorno de ansiedad, sino un sistema nervioso con mayor o menor propensión a experimentarla. Por lo tanto, se puede decir que si un progenitor tiene un trastorno ansioso no determina la presencia del mismo en la descendencia, aunque sí incrementa la probabilidad de tenerlo, y además de otros factores de riesgo como los ambientales.

“En el plano somático la sintomatología es amplia, pero de alguna forma es consecuencia de la disregulación neurovegetativa y neuroendocrina a causa de la elevada hiperactivación; Palpitaciones, taquicardia, astenia, disnea, mareos, opresión, cefaleas, parestesias, sudoración” (J Vallejo Ruiloba; 1980, pág 860)

En cuanto a la parte biológica en sí, se puede decir que cada sistema nervioso tiene una reactividad fisiológica para producir síntomas físicos y emocionales de ansiedad, como taquicardias, tensión muscular, activación emocional intensa. Se caracterizan porque tienen un comienzo súbito de aprensión interna en algunas de las ocasiones, con pérdida de control corporal, incluso en muchas de las ocasiones puede aparecer en un periodo de sensación de muerte inminente con repercusión en todos los órganos.

1.4.2 Trastornos Cardiacos

Entre los trastornos cardiacos que se presentan se citan a: la insuficiencia cardíaca congestiva, infarto agudo de miocardio, angina de pecho, rotura de la aorta, crisis hipertensivas, valvulopatías, ingurgitación yugular, con calor en la cara y en la cabeza, opresión y dolor precordial, taquicardia con palpitaciones, sensación de vértigo y caída de la presión arterial. (Vidal-Alarcon; 2005)

1.4.3 Alteraciones del Sistema Nervioso Central

Reacciones psíquica de catástrofe, cefaleas, dolores en el cuerpo y pérdida de la consciencia. En las crisis agudas todos estos síntomas son concomitantes. En las crisis crónicas algunos de estos síntomas prevalecen y otros son controlados. La duración de crisis varía de minutos a horas. (Vidal-Alarcon; 2005)

“El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina” (Vallejo Ruiloba, 1980, pág, 865)

Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana. (Vidal-Alarcon, 1980)

1.5 Causas de la Ansiedad

Las causas de los desórdenes de ansiedad no se saben a ciencia cierta, pero diversos factores influyen en la aparición de las crisis ansiosas, entre los cuales citamos los genéticos, psicológicos y sociales. A continuación, se menciona cómo presentan, en mayor o menor intensidad en las personas que lo padecen y los factores asociados.

1.5.1 Factores Biológicos

Cada vez hay más evidencia de que heredamos una tendencia a estar tensos o nerviosos, aunque como sucede en la mayor parte de los trastornos psicológicos, no parece haber un gen único que genere la ansiedad, sino un conjunto de pequeñas aportaciones de muchos genes de diversas áreas de los cromosomas el que nos hace vulnerables a la ansiedad.

Según el manual CTO de Medicina y Cirugía. (Todos los pensamientos y sensaciones pueden ser resultado de procesos electroquímicos entendidos en el cerebro, pero este hecho habla poco de las interacciones complejas entre los neurotransmisores y los neuromoduladores. Cada sistema nervioso, tiene cierta facilidad o sensibilidad llamada “Reactividad Fisiológica” para producir síntomas físicos y emocionales: taquicardias, tensión muscular, activación emocional; las mismas que hacen que disparen el mecanismo de alarma) Es decir, las teorías biológicas de las crisis de angustia las estructuras la amígdala son responsables de la conducta de inhibición, del aumento de vigilancia y de la hiperactividad ante los estímulos cuya activación ocasiona la sintomatología ansiosa, desde la perspectiva de los neurotransmisores se ven implicados varios sistemas. (Vallejo Ruiloba, 1980)

1.5.2 Factores Psicológicos

Se podría mencionar que entre los factores precipitantes o desencadenantes que pueden asociarse a un trastorno de ansiedad son múltiples, tantos como circunstancias distorsionantes que se proporciona en el contexto de la vida como traumas, o conflictos emocionales intensos o repetidos, situaciones que representan una carga tensional, conflictos laborales, enfermedades orgánicas crónicas o largas convalecencias entre otros; es importante, considerar que la incidencia de todo evento tiene repercusiones en función de su personalidad y la vulnerabilidad biológica del sujeto, además de otros parámetros. En la etiopatogenia de los trastornos de angustia se implican los estímulos o conflictos ambientales y una personalidad estructurada a su vez en función de una dotación genética y unas experiencias tempranas.

La ansiedad se presenta a una respuesta de los estresores ambientales, mentales y comportamentales. Entre los estresores mentales, que de la misma manera inciden en la

ansiedad se cita a los pensamientos e imágenes que se experimentan; es decir, frases o imágenes que vienen a la mente de forma automática y que cierta manera inician la cadena de síntomas físicos y conductuales. Los estresores comportamentales se refieren a cómo afecta la ansiedad en el comportamiento escapar de las situaciones en que nos sentimos muy ansiosos y, por último evitar las situaciones que nos generan ansiedad. (Vallejo Ruiloba, 1980)

1.5.3 Factores Sociales

El aspecto social juega un papel fundamental, puesto que la súbita aparición de un ataque de ansiedad origina en el individuo un malestar intenso, que en muchas de las ocasiones lo hace, huir del lugar en el que se encuentra. A nivel social y laboral el individuo incluso llega a dejar su trabajo, tiende a aislarse por el temor intenso de ser víctima de un ataque; esto no le permite óptimamente desarrollarse con el entorno puesto que nota muchas limitaciones cognitivas como físicas que posteriormente agravarán la situación, integrarse a la sociedad, conllevando muchos aspectos, tanto intelectuales como físicos.

1.6 Relación entre Ansiedad y Bipolaridad

“La ansiedad es un acompañante habitual del deprimido y del maniaco, este experimenta como una extraña desazón interior que lo descoloca en el tiempo y en los círculos de sus valores vitales.” (Vidal – Alarcón, 1980 pág 862)

Los ataques pueden durar minutos o incluso horas por lo que en muchas de las ocasiones es necesario el uso de los psicofármacos. En estos periodos de angustia y de ansiedad profunda tanto el paciente como los familiares tienen que estar en un estado de alerta, porque puede verse comprometida la vida del paciente como de las personas que se encuentran a su alrededor, debido a la peligrosidad del caso.

Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico podríamos estar hablando de una depresión ansiosa o de una exaltación del estado de ánimo. Este tema lo trataremos a continuación.

Los trastornos depresivos y ansiosos comparten muchos síntomas. Algunos son más característicos del trastorno depresivo (retraso psicomotor, intensa tristeza, anhedonia, ideas de suicidio, despertar precoz, pérdida de apetito) y otros del trastorno ansioso (actitud hipervigilante, sensación de tensión interna, pánico, evitación fóbica, indecisión, inseguridad, agitación psicomotriz).

La relación entre el trastorno bipolar y la ansiedad no está clara. La ansiedad puede estar determinada por factores de riesgo comunes o incluso como efecto secundario de la psicopatología primaria. Otra posibilidad es que acompañe al trastorno bipolar en el desarrollo, precediendo al inicio de éste, pero sin tener un papel directo en la polaridad en sí. Por último, los síntomas de ansiedad pueden ser un precursor necesario para el desarrollo y la plena expresión de la bipolaridad. (Akiskal, 1994)

1.7 Tratamiento

1.7.1 Tratamiento Farmacológico

“Algunos fármacos ejercen una acción en el cerebro muy poco duradera, como los hipnóticos o pastillas para dormir, por lo que sus efectos duran pocas horas; otros permanecen en el cerebro durante más tiempo, proporcionando un efecto tranquilizante duradero. Entendiendo que existen diferencias entre cada uno de estos fármacos, en cuanto a la intensidad efectos tranquilizantes y sedantes, la dosis depende de cada caso y de paciente”. (Gómez Restrepo et al, 2013, pág 358)

Vale la pena tomar en cuenta que los tratamientos a corto plazo no generan adicción, pero sí puede desarrollarse dependencia en un tratamiento a largo plazo. Y como recomendación de los profesionales en esta rama de la salud se debería acotar que no se deben dejar estos fármacos de forma brusca, porque se podría dar un síndrome de abstinencia que dispara otra vez la ansiedad (efecto rebote). Otro tipo de fármacos que se utilizan en la ansiedad son los antidepresivos que ayudan a combatir sus síntomas. (Gómez Restrepo et al, 2013, pág, 359)

1.7.2 Psicoterapia

“La psicoterapia cognoscitivo conductual provee elementos para que la persona sea capaz de controlar la sintomatología. En el tratamiento se incluye la reestructuración cognitiva centrada en la corrección de las malinterpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales que expresa la vertiente fisiológica de la angustia, la corrección de sobre-generalizaciones y la exposición a indicadores de temores. Se puede concluir válidamente diciendo que la combinación de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos es lo más recomendable en el manejo de la ansiedad” (Gómez Restrepo et al, 2013, pág, 360)

La psicoterapia de orientación psicoanalítica es la más ambigua y sigue siendo aún la más frecuentemente utilizada en muchos países latinoamericanos para el tratamiento de los cuadros clínicos de tipo neurótico. El esquema usado pretende reforzar los mecanismos de defensa, aumentar la fortaleza del yo y lograr que el paciente utilice aspectos emocionalmente correctivos de la relación con el terapeuta, para lograr una comprensión de sus relaciones interpersonales.

1.8 Conclusión

De acuerdo con lo expuesto anteriormente se concluye que tanto la farmacología y la psicología tratadas conjuntamente resultan más efectivas para un abordaje integral de la ansiedad, por consiguiente se deberían manejar en conjunto, para el bienestar del paciente, Entender mejor cómo funciona el mecanismo de ansiedad hace que se sientan más seguros y que provea de seguridad al afrontarlo. Es necesario que se trabaje para que el paciente interiorice que a través de la psicoeducación y la farmacología puede marcar una correcta dirección de su vida, de sus aspiraciones, objetivos y valores que le llevarían afrontar de una mejor manera su enfermedad. A lo largo de este capítulo se ha podido observar que el paso más importante consiste en conocer el funcionamiento de la ansiedad en la vida cotidiana, existen formas de controlarla y mantenerla, generalmente la forma en que las personas controlan la ansiedad hace que esta se consolide y se llega a la premisa de que cuanto más sepa, mas disposición y autoconfianza habrá para modificar los síntomas.

CAPÍTULO II

TRASTORNO BIPOLAR

2.1 Introducción

2.2. Definición de Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar o trastorno afectivo bipolar es una psicosis que se caracteriza por la alternancia de períodos de euforia y excitabilidad (manía) y períodos de depresión. El paso entre un estado y otro puede ser abrupto.

Se conoce a este mencionado trastorno mental aparece en una persona básicamente por dos razones. Por un lado, estaría el factor exógeno, que puede ser el conjunto de sentimientos de estrés o ansiedad y, por otro lado, nos encontraríamos con elementos hereditarios. Así, se ha determinado que más de los dos tercios de individuos que sufren esta patología cuentan en sus antecedentes familiares con alguna persona que también la ha sufrido.

El trastorno bipolar es una enfermedad de naturaleza biológica compleja de origen familiar, donde otros factores fisiológicos o ambientales contribuyen a desencadenarla: estrés ambiental, falta de sueño, fármacos, drogas. A continuación detallaremos con mayor precisión las causas probables para la aparición de este trastorno.

2.3 Etiología

En el siguiente apartado se abordarán los factores involucrados en el apareamiento de los Trastornos Bipolares, entre el 20% y el 50% de los pacientes bipolares tiene al menos un familiar de primer grado con un trastorno psiquiátrico grave (CTO, 2003) en los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor, también aumenta el riesgo de padecer un trastorno afectivo (sobre todo, depresión mayor)

Se considera que el trastorno bipolar es de origen familiar como lo demuestran numerosos estudios en este campo: el riesgo de padecer la enfermedad entre los familiares de primer grado de los pacientes con TBPI es 7 veces superior con respecto a la población general y el riesgo de padecerlo en un gemelo monocigótico (aquellos que comparten el 100% de los cromosomas con su hermano) es 60 veces superior a la población general y 3 veces más frecuente que en los gemelos dicigóticos (solo comparten el 50% de los cromosomas). Sin embargo, la concordancia no es del 100% como debería suponerse si solo las causas genéticas interviniesen en la aparición del trastorno, lo que sugiere que otros factores como los ambientales podrían interactuar con el riesgo genético. (Reiser, 2006)

Se considera que la causa, como en la mayoría de las enfermedades, no se debe a un solo gen y se piensa en términos de heterogeneidad genética: diferentes casos pueden transmitirse por diferentes mecanismos genéticos.

Las alteraciones genéticas serían las responsables últimas de producir una alteración en el balance de determinados neurotransmisores implicados en la regulación del humor como son la noradrenalina, acetilcolina, serotonina, GABA, sustancias encargadas de transmitir los mensajes de una neurona a otra en los circuitos nerviosos que controlan el estado de ánimo (cerebro límbico).

Los pacientes bipolares son más vulnerables al estrés ambiental tanto físico (falta de sueño, cambios estacionales, endócrinos (puerperio), exceso de actividad, consumo de estimulante) como emocional (conflictos familiares, problemas laborales) y pueden precipitar recaídas tanto maníacas como depresivas.

Debe tenerse en cuenta que actúan como factores desencadenantes pero nunca constituyen la causa de la enfermedad.

Si bien la tasa de prevalencia del trastorno bipolar es menor que la de otros trastornos anímicos, es una causa importante de discapacidad (Thomas, 2004) como es de esperarse la carga económica para la familia, los programas sociales de salud y la industria es enorme. La carga psicológica en familiares y amigos de pacientes bipolares reviste

también una gran importancia. A menudo, las tensiones económicas y emocionales de lidiar con los problemas propios de estos individuos crecen tanto que los familiares y seres queridos se sienten abrumados. Se calcula que de un 25% a 50% de los pacientes bipolares comete al menos un intento medicamente serio de quitarse la vida y, de 10 a 20% lo logra (Reiser, 2006).

Las hipótesis para buscar posibles diferencias familiares o genéticas en los subtipos a lo largo del espectro bipolar o diferencias de género revelan algunas inconsistencias, y poco puede concluirse al día de hoy.

2.4 Clasificación de los Trastornos Bipolares

Clasificación Internacional de enfermedades CIE-10; Incluye los trastornos bipolares dentro del grupo de trastornos del humor y los divide en tres grupos, trastorno bipolar, episodios maníacos aislados y la ciclotimia.

El DSM-IV divide los trastornos afectivos en trastornos bipolares, depresivos y otros trastornos del estado de ánimo. Los trastornos bipolares, a su vez se clasifican en bipolar I, bipolar II, ciclotimia y trastornos bipolares no especificados.

Existe actualmente una discusión sobre cuál es la mejor manera de clasificar los trastornos bipolares, por lo que es posible que en los próximos años y, a medida que progrese en la investigación de estas enfermedades, cambie la forma de clasificarlos. En los equipos especializados se trabaja con una clasificación que al menos acepta las siguientes formas de trastorno bipolar.

Bipolar I	Esta es la forma más conocida de trastorno bipolar aunque no la más frecuente. Se combina los episodios depresivos con episodios maníacos completos.
Bipolar II	Predominan los episodios depresivos que se combinan con episodios hipomaniacos.
Bipolar III	Esta forma de trastorno bipolar aún no fue incluida en la clasificación del DSM IV, pero tiene un amplio consenso en el ámbito internacional.

	En esta los episodios maniacos o hipomaniacos se inician por la administración de antidepresivos.
Bipolar IV	Se da frecuentemente en personas que inician episodios depresivos, episodios maniacos o episodios hipomaniacos tardíamente, y luego de presentar a lo largo de la vida un tipo de temperamento llamado “hipertímico,” caracterizado por poseer una gran energía, alto nivel de sociabilidad y condiciones de liderazgo. (Reiser, 2006)

El Trastorno Bipolar se encuentra codificado dentro de los Trastornos del Estado de Ánimo, distinguido del resto por la presencia o ausencia de episodios maniacos mixtos o hipomaniacos.

El trastorno bipolar, también conocido como trastorno maníaco depresivo, es una enfermedad mental que se caracteriza por la alternancia de fases depresivas y de euforia (manía), y que tiene tendencia a volverse crónica.

Este llega a generar graves y profundos conflictos tanto a nivel personal, familiar, social, psicológico y laboral. Esta patología se debe a diversos factores, entre las cuales señalaremos a los genéticas: la herencia juega un papel fundamental en la etiopatogenia de la enfermedad; los factores biológicos, que podríamos citar a diversos neurotransmisores, neuromoduladores, neurolépticos, hormonas, y alteraciones en el patrón clínico, factores psicosociales, cuando una persona se ve sometida a niveles altos de estrés podría influir en la aparición de la enfermedad en sujetos vulnerables, y puede influir en el desencadenamiento de sucesivas recaídas. “El más frecuente y notable síntoma de la bipolaridad, es la depresión y la manía, que comúnmente pueden presentarse de diversas maneras y formas”. (Vidal-Alarcon, 1982, pág. 341)

2.5 El Espectro Bipolar

El concepto de “espectro bipolar” apareció por primera vez en un estudio sobre el curso de los pacientes ciclotímicos ambulatorios. Historial de relaciones interpersonales tempestuosas y alteraciones en la esfera social, poseían cambios anímicos cíclicos, que por muy poco, no alcanzaban a cumplir los criterios sintomáticos de duración para el diagnóstico de depresión y de hipomanía; el seguimiento prospectivo de estos pacientes

ambulatorios reveló la aparición de episodios maníacos, hipomaniacos, y depresivos; esto género “evidencia de un espectro ciclotímico-bipolar” (Akiskal y Cols, 2003) de todas maneras como es predecible en el campo de trabajo conceptual de un espectro, los intermedios se hacen presentes en la práctica clínica: el bipolar ½ o esquizo-bipolar, el 1-1/2 o las depresiones con hipo-manías o las depresiones con hipo manías prolongadas, el 2-1/2 o las depresiones con inestabilidad anímica y el III-1/2 (cambios anímicos en el contexto del abuso del alcohol o de sustancias) existen provisionalmente propuestos como V y VI.

2.6 Características para diagnosticar el Trastorno Bipolar

Según Restrepo existen ciertas características esenciales para diagnosticar episodios depresivos y expansivos los mismos que citaremos a continuación.

- **Afecto**

“Dentro de la dimensión del afecto, en los cuadros depresivos se puede encontrar la tristeza, deseos de llorar, disminución de la reactividad a eventos externos, pérdida del placer e interés por las actividades usualmente placenteras, baja autoestima, apatía, sensación de vacío, tensión, ansiedad, irritabilidad o frustración. En los niños o los adolescentes es más común encontrar irritabilidad”. (Gómez Restrepo... et al, 2013 pág 318)

En los cuadros expansivos se puede observar exaltación afectiva, aumento de la autoestima, sensación de omnipotencia, alegría exagerada, optimismo, generosidad, tendencia a involucrarse en diversas situaciones, irritabilidad imprudencia, entre otras.

- **Pensamiento y Cognición**

“En los trastornos depresivos se puede encontrar una disminución de la concentración, baja productividad, enlentecimiento del pensamiento y del lenguaje, dificultad para tomar decisiones, culpa inapropiada, indecisión, pesimismo, desesperanza, ideas de minusvalía,

ideación de muerte o suicida. Incluso pueden existir síntomas psicóticos como alucinaciones o ideas delirantes que pueden estar o de acuerdo con el estado de ánimo”.
(Gómez Restrepo...et al, pág 319)

- **Actividad psicomotora**

Por lo general, e los cuadros depresivos se evidencia un retardo; no obstante, en algunos casos puede observarse agitación, inquietud e hiperactividad sin propósito sobretodo en personas de edad y asociados a cuadros de melancolía. El retardo psicomotor se caracteriza por la lentitud en los movimientos estupor o en algunos casos catatonia, pobre comunicación y con bajo tono.

En los cuadros expansivos se observa hiperactividad, disminución de la necesidad del sueño, poca fatiga, exaltación de la libido alta comunicación y tendencia al tono elevado.
(Gómez Restrepo et al, pág 319)

- **Manifestaciones Somáticas**

En los depresivos se encuentra insomnio o hipersomnia, disminución o aumento del apetito con sus consecuencias respectivas en el peso, disminución de la actividad sexual, disminución de la energía por otra parte, una serie de quejas somáticas como dolores de cabeza espalda y de otras partes del cuerpo, pesadez en las extremidades, quejas gastrointestinales, cardiovasculares, etc.

En los cuadros expansivos se observa lo contrario; disminución de la necesidad de dormir de la necesidad de dormir, aumento del apetito, aumento de la actividad sexual, sensación de gran energía y vitalidad, disminución de las quejas somáticas o escasa atención sobre dificultades de este tipo. (Chinchilla, 2011)

2.7 Factores Predisponentes para el Trastorno Bipolar

Se desconoce la causa del trastorno bipolar y al momento no se dispone de marcadores biológicos ni pruebas de laboratorios que confirmen este diagnóstico. Hasta mediados del

siglo XIX se consideró solamente la causa psicológica, pero actualmente esta teoría se complementa con estudios genéticos, anomalías neuroendocrinas y alteraciones estructurales, sugiriendo que existe una gran variedad de mecanismos involucrados en su aparición. (Gómez Restrepo...et al, pág 317)

2.7.1 Factores Bioquímicos

La mayor parte de los hallazgos del trastorno depresivo mayor son válidos para los episodios depresivos del trastorno bipolar, es decir los neurotransmisores intervienen en la etiología de los trastornos del estado de ánimo.

Si bien hubo teorías simplistas que indicaban la presencia de un exceso de neurotransmisores durante el episodio maníaco y la disminución de éstos durante la depresión, esto no es en absoluto correcto. En cambio, es la efectividad del funcionamiento celular bajo la modificación y el control de los neurotransmisores lo que subyace a la etiología patológica de los trastornos del estado de ánimo.

Se han descritos asociaciones de este trastorno con alteraciones de la serotonina y la noradrenalina. Respecto al primero se han observado alteraciones en la captación de la serotonina por parte de las plaquetas. Así como son los segundos mensajeros, en especial al estudiar las acciones del litio. (Vidal-Alarcon; 2005)

Alteraciones en los electrolitos que podrían sugerir defectos en el funcionamiento de la membrana neuronal. Se ha observado que durante la depresión un incremento en la retención de sodio y en la excreción del agua y del potasio los cuales disminuyen en los episodios maniacos. La disminución intraneuronal de sodio se postula como otro mecanismo implicado en la aparición de episodios maniacos, ya que conduce a un estado inestable de hiperexcitabilidad. (Chinchilla, 2005)

2.7.2 Factores Cronobiológicos.

Hay evidencias que sugieren que los trastornos del ánimo se acompañan de alteraciones en los ritmos circadianos, incluyendo la temperatura corporal y hormonas como el cortisol,

la melatonina y la hormona del crecimiento. No obstante no está claro su papel etiopatológico.

En estudios de polisomnografía se observa que la arquitectura del sueño muestra un acortamiento en la latencia del periodo de movimientos oculares rápidos (MOR o REM) durante un episodio depresivo mayor. Además, se evidencia un sueño superficial, a menudo no reparador, con una disminución neta de las etapas tres y cuatro la privación del sueño (agripnia) tiene consecuencias depresivas agudas.(Gomez Restrepo, et al 2003)

2.7.3 Factores Neurobiológicos

Los estudios informan que la noradrenalina se reduce en los pacientes deprimidos con trastorno bipolar. En los pacientes con manía, un aumento en la concentración de noradrenalina y aparecer valores más altos en la depresión unipolar frente a la bipolar.

Alteración en la sensibilidad de los receptores adrenérgicos α_2 - y β_2 puede tener una función en la etiología de los trastornos del estado de ánimo, posiblemente a través del aumento de actividad del autorreceptor α_2 lo que provoca la disminución de la liberación de noradrenalina. (CTO, 2003)

2.7.4 Factores Psicosociales

Citamos a los factores vitales o estresantes, acontecimientos negativos que implican la pérdida de una relación significativa (duelo, separación, un cambio de situación vital, jubilación y síndrome del nido vacío), la existencia de problemas sociales; sin embargo, la presencia o ausencia de un acontecimiento vital desencadenante no predice la duración e intensidad de la sintomatología.

Muchos factores psicosociales se han identificado como relevantes para entender el desarrollo y progresión del trastorno bipolar en algunas personas. Entre ellos están; situaciones estresantes prolongadas como maltrato infantil, abandono y abuso sexual, condiciones socioeconómicas adversas, pérdida de soporte social, exposición a eventos traumáticos y baja autoestima. Por otra parte se han relacionado que personas con TB que viven sus familias con alta emoción expresada (críticas, sobre involucramiento emocional,

agresión) tienden a tener mayores recaídas. Se han descrito reiterativamente los siguientes factores asociados al TB; historia familiar de enfermedad afectiva, adolescencia o edad menor de 25 años, historia de alcoholismo en la familia, separación o divorcio y al parecer pertenecer a una clase social media y alta.

Los episodios maniacos se ha postulado por teorías psicoanalíticas que constituyen una defensa contra la depresión y serían de esta forma como una máscara, un estado compensatorio o representación simbólica de una depresión subyacente y que utilizarían una serie de mecanismos de defensa como la omnipotencia, la negación, la idealización y el desprecio. (Gómez Restrepo, et al 2003)

2.8 Curso y Pronóstico

El curso del trastorno bipolar es muy variable, según su subtipo el modelo de los síntomas varía de la depresión con breves periodos ocasionales de hipomanía a manía. Los episodios muestran una duración y frecuencia variadas; desde el episodio maniaco único en la vida que persiste por un periodo de semanas o meses, hasta ciclos múltiples de manía a depresión en un periodo único de 24 horas. La gravedad de estos varía incluso en diferentes estados, que van desde los leves y hasta llegar a presentar un cuadro psicótico. (Akiskal, 2005)

2.9 Diagnóstico Diferencial

Como un criterio diferencial, se debería diferenciar un cuadro producido por alguna enfermedad médica o incluso descartar un posible consumo de sustancias.

“Enfermedades psiquiátricas graves, entre las que destaca la esquizofrenia, las principales fuentes de error en el diagnóstico bipolar y esquizofrenia. La sobre valoración del cuadro clínico transversal sin atender al curso de la enfermedad, la confusión de la sintomatología depresiva por síntomas negativos esquizofrénicos, y la atribución de especificidad esquizofrénica a los síntomas psicóticos más floridos”. (Reiser, 2006 pag; 13)

A veces el diagnóstico diferencial entre los trastornos psicóticos y el trastorno bipolar tipo I es difícil. Sin embargo, en estos casos hay que fijarse en los trastornos psicóticos se caracterizan por la presencia de síntomas psicóticos durante periodos importantes en ausencia de síntomas afectivos. Por el contrario, cuando se dan y se cumplen los criterios completos, además del diagnóstico de esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado, se puede realizar el diagnóstico de trastorno bipolar no especificado.

En el contexto del Trastorno límite, sin embargo, el término se refiere a la marcada labilidad emocional y reactividad del estado de ánimo conocido como desregulación emocional, debido a una respuesta a estresantes psicosociales externos e intrasíquicos. Éstos pueden surgir o desaparecer súbita y dramáticamente y durar segundos, minutos, horas o días. Un trastorno bipolar es generalmente más incidente sobre el sueño, el apetito y un estado de ánimo no reactivo, mientras que éste permanece marcadamente reactivo en la distimia y en el trastorno límite y los trastornos del sueño no son agudos.

Se ha debatido la relación entre el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad. Algunos sostienen que el último representa una forma subumbral de trastorno afectivo, mientras que otros mantienen la distinción, aunque advierten que a menudo pueden coexistir. (Reiser, 2006)

2.10 Tratamiento

Es importante que el trastorno bipolar se trate a la mayor brevedad posible y bajo supervisión médica. Con el tratamiento adecuado, la mayoría que padecen este trastorno pueden experimentar una estabilización de sus oscilaciones de humor y de los síntomas asociados. Dado que el trastorno bipolar es una enfermedad recurrente, se necesita terapia preventiva a largo plazo, para lo que se recomienda una combinación de medicación y tratamiento psicosocial.

A los pacientes con trastorno bipolar se les prescriben normalmente unos medicamentos conocidos como “estabilizadores del humor” para controlar las oscilaciones de humor. Estos tratamientos son en su mayoría continuados durante un largo

periodo de tiempo, se pueden añadir otras terapias, normalmente para periodos más cortos, para tratar episodios de depresión o manía que se produzcan a pesar del tratamiento con un estabilizador del humor.

Las medicaciones conocidas como "estabilizadores del ánimo" se prescriben generalmente para ayudar a controlar el trastorno bipolar. En general, la gente con trastorno bipolar continúa el tratamiento con los estabilizadores del ánimo por períodos de tiempo extendidos.

2.10.1 Farmacología

Los objetivos del manejo farmacológico son lograr el control rápido de la agitación, la impulsividad, la agresión y las conductas de riesgo; y si el caso amerita estabilizar el patrón del sueño, los síntomas psicóticos y si existe ansiedad.

Antipsicóticos. La medicación antipsicótica atípica también se emplea para el tratamiento del trastorno bipolar. Estos productos resultan muy útiles para el tratamiento de la manía aguda y para ayudar a aliviar síntomas psicóticos (CTO, 2003)

Litio. El litio se utiliza desde hace mucho tiempo como tratamiento de primera línea para el control de la manía y para evitar la repetición tanto de periodos maníacos como depresivos. (CTO, 2003)

Medicamentos anticonvulsivos, tales como valproato o carbamazepina también pueden tener efectos estabilizadores del ánimo y pueden ser especialmente útiles en episodios bipolares de difícil tratamiento. El valproato fue aprobado por la FDA en 1995 para el tratamiento de la manía.

Medicamentos anticonvulsivos más nuevos, incluyendo la lamotrigina, el gabapentil, se están estudiando para determinar que tan bien trabajan en la estabilización de los ciclos del ánimo.

Los medicamentos anticonvulsivos se pueden combinar con litio, o entre sí, para obtener un máximo efecto. (CTO, 2003)

2.10.2 Tratamientos Psicosociales

Hoy en día se cuenta con varios tratamientos psicosociales disponibles, se ha demostrado que pueden mejorar la estabilidad del humor, disminuir el número de hospitalizaciones necesarias, mejorar la capacidad funcional. Además debe señalarse que la familia también suele beneficiarse de resultado de la terapia psicosocial, cabe destacar que otra de las terapias utilizadas dentro del aspecto psicológico sería la terapia cognitivo-conductual la misma que ayuda a los pacientes a aprender a modificar patrones de ideas y comportamientos inapropiados o negativos, cabe destacar que la psicoeducación es básica y aspira informar a las personas bipolares y a su familia acerca de la naturaleza de la enfermedad y a cómo reconocer los signos de recaída, esta se fundamenta en el principio de que la información puede ser una herramienta muy útil en el manejo de la enfermedad, siempre y cuando esta información se utilice de una manera constructiva. El principal objetivo de la psicoeducación en el trastorno bipolar es que el paciente pueda hacerse un experto en el manejo de su propia enfermedad con el fin de mejorar su pronóstico, para conseguir esta meta se trata de adquirir un conocimiento profundo de la enfermedad, una visión realista pero positiva, con el fin de comprenderla y aceptarla.

2.11 Conclusión

A lo largo de este capítulo se ha abordado el tema de la bipolaridad recalcando sobretodo que que es un trastorno psiquiátrico que altera el comportamiento de las personas, llegando a afectar incluso en su socialización lo que en muchas de las ocasiones lo lleva a retraerse y encerrarse en su mundo.

La alteración de las personas que padecen este trastorno degrada su calidad de vida, se desconectan de la realidad, pero sobre todo el trastorno crece cuando el individuo es etiquetado por la sociedad, un punto relevante es que no se conoce mucho del trastorno, por lo que muchas veces ni siquiera el paciente conoce que lo tiene, estimo que hace falta cultura en nuestra población, acerca de esta enfermedad ya que incluso en muchas de las

ocasiones los profesionales de la salud tienden a etiquetar a los pacientes, es importante que la sociedad conozca de estas enfermedades, sobre todo, porque debe existir una cultura de prevención de salud, tanto de enfermedades físicas como psicológicas, sobre todo para que las personas que la padecen.

CAPÍTULO III

MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

3.1 Antecedentes

A continuación se mencionan los diversos acontecimientos que propician el modelo integrativo, como antecedente se puede citar que sus primeros inicios se remontan al año de 1933 durante la Convención de Asociación Psicológica Norteamericana la misma que intenta establecer nexos entre el psicoanálisis y la teoría pavloviana. Dollard y Miller (1950), publican en su obra “Personalidad y Psicoterapia” y se aprecia su interés por desarrollar una teoría que asocie el psicoanálisis con el conductismo. Golfried (1980) activa el movimiento hacia la integración. En 1986 Bleuler propone “Psicoterapia Ecléctica Sistemática,” refiere una aproximación ecléctica de enorme organización. Hector Fernandez-Alvarez (2001) manifiesta que existe un acuerdo cada día más generalizado de que los psicoterapeutas realizan, en sus prácticas diarias, acciones que revelan el empleo de procedimientos heterogéneos considerando integrar de una manera armónica y coherente tanto aspectos teórico -prácticos utilizando en el uso de la palabra como vehículo fundamental. Es aquí donde emerge el movimiento integrativo.

Balarezo (2008) refiere “ En nuestro enfoque la psicoterapia hace referencia al proceso de integrar la personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales, podríamos citar que la psicoterapia es “una forma de tratamiento biopsicoemocional y social en la que un profesional idóneo establece una relación con uno o varios sujetos con el propósito de modificar los síntomas o promover la salud en los niveles biológicos, psicológicos, sociales.

Proceso de Psicoterapia Integrativa

Describir el proceso de la psicoterapia integrativa es de lograr una síntesis, una especie de referente general orientador, que conecte los diferentes elementos involucrados y que

ofrezca una panorámica del proceso como un todo. En términos genéricos, el cambio en psicoterapia tiende a producirse paso a paso, con avances y retrocesos, con victorias y derrotas. La Psicoterapia Integrativa entrega también un amplio espacio para los planteamientos de Parménides, cuándo sostenía que “el elemento fundamental es el ser.”

El proceso es altamente personalizado, en la medida que cada paciente aporta un universo parcialmente diferente. El proceso es altamente creativo, en la medida que se fundamenta en principios y no en recetas, lo cual exige el ir creando el procedimiento idiosincráticamente adecuado para cada paciente. Desde esta óptica, el psicoterapeuta integrativo es el arquitecto de cada proceso psicoterapéutico. (Opazzo, 2003, pag, 315)

Consideraciones del Abordaje Terapéutico

Según la PNIE el vínculo terapeuta-paciente, el proceso de análisis y reflexión, la utilización de un lenguaje verbal y no verbal, la vehiculización de afectos producen efectos biomoleculares.

En el acompañar al paciente a rememorar aspectos de su vida y de su historia así como de su visión del presente y del futuro, se va construyendo una nueva comprensión y manera de reaccionar bio-emocionalmente.

Mecanismos defensivos que se implementaron en determinados momentos de su vida pueden ser sustituidos por mecanismos más sanos y beneficiosos.

“La psicoterapia multidimensional que conlleve a cambios en la manera de conectarse con la realidad será beneficiosa en este sentido, incluso la propia relación paciente-terapeuta posibilita reparar efectos traumáticos o heridas biopsicoemocionales”. (Dubourdieu 2008 pág, 88)

Modelo Ecuatoriano Integrativo Focalizado en la Personalidad

Su máximo exponente es el Dr. Lucio Balarezo, conjuntamente con la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa (SEAPsI). Este modelo

Integrativo define a la psicoterapia como “el método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra en un marco de interacción personal positiva entre paciente y psicoterapeuta” (Balarezo, 2008, pág, 47). Teniendo en cuenta que la relación favorable entre paciente y terapeuta es una de las condiciones básicas para lograr éxito en el tratamiento, sin que este elemento sea lo único que cure al enfermo.

El enfoque incorpora otros componentes como la centralización del trabajo sobre la personalidad y la priorización de los fenómenos de relación durante el proceso psicoterapéutico.

Para (Balarezo 2008) existen algunas características idiosincráticas propias que marcan la postura técnica adoptada.

- Inmediatistas. Búsqueda de resultados breves y efectivos que eliminen los problemas sintomáticos.
- Predominio de un locus de control externo. La atribución que da la persona a su padecimiento o realidad viene determinado condicionado por un factor externo.
- Predominio de un pensamiento mágico e imaginario. El sujeto es incapaz de cambiar por sí mismo, espera que el cambio se de en el exterior o por fuerzas externas o sobrenaturales.

Escasa cultura psicológica y/o psicoterapéutica. Debido a que nuestro medio social, existe una escasa cultura, y los pacientes presentan un apego importante al modelo médico en su demanda.

3.2 Bases Teóricas del Modelo Integrativo Ecuatoriano

Se considera a la personalidad como eje fundamental del Modelo Integrativo Ecuatoriano. (Balarezo, 2008, pág 48) define a la personalidad como una “estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen un modo de percibir, pensar, sentir y actuar otorgándole singularidad e individualidad al ser humano”.

Esta es una definición operacional que considera algunos aspectos esenciales.

- La personalidad constituye una organización cambiante que supera la acumulación de partes aisladas.
- La personalidad no es estática ni inmutable. Está sujeta a variaciones procesales dependientes de su propio dinamismo y de las influencias del entorno.
- La definición de personalidad integra los factores biológicos, psicológicos socioculturales conformando lo psíquico como su resultante
- La personalidad como estructura dinámica interna determina una forma específica de relacionarse con el entorno y los demás.
- El concepto de personalidad en el modelo constructivista moderado permite tipificar y predecir la forma relativa la manera de ser de los sujetos.
- La definición de personalidad transmite un sentido de coherencia y continuidad a las características del individuo sufriendo humano. Además, terapéuticamente nos ayuda a asumir una postura equilibrada frente al manejo de la relación.

3.2.1 Componentes de la Personalidad

Es importante señalar que el modelo ecuatoriano toma como base de estudio de la personalidad; de acuerdo a tipo predominante se podrá plantear directrices de intervención.

Las clasificaciones de la personalidad son las siguientes:

“La estructura de la personalidad en este modelo está conformada por componentes biológicos, socioculturales, motivacionales, afectivos, cognitivo, sistémico que promueven el análisis ser humano en una perspectiva integral, esto es biopsicosocial”. (Balarezo 2008, pág. 81)

A continuación se detalla una clasificación de los Grupos y Tipos de Personalidades; (Balarezo, 2005, pág 125-130.)

AFFECTIVA

Histriónica

- Alegre
- Seductora
- Sociable
- Sugestionable
- Empeñosa

Ciclotímica

- Emotiva
- Animo variable
- Generosa
- Sensible
- Activa

COGNITIVA

Paranoide

- Líder
- Desconfianza
- Suspica
- Dominante
- Organizada

Anacástica

- Ordenada
- normada
- Concienciosa
- Perfeccionista
- Adherente

COMPORTAMENTAL

Impulsiva

- Imprudente
- Primaria
- Impulsiva
- Perseverante
- Enérgica

T. Disocial

- Agresiva
- Antisocial
- No se arrepiente
- Irresponsable
- Sin normas

DÉFICIT RELACIONAL

Esquizoide

- Solitaria
- Fantaseada
- Privada
- Poco sensible
- Introspectiva

Dependiente

- Obediente
- Evita discusiones
- Pide consejo
- Actitud pasiva
- Busca compañía

Evitativa

- Temerosa
- Evita socializar
- Vínculos seguros
- Reservada
- Recelosa

T. esquizotípica

- Extravagante
- Referencial
- Creencias raras
- Percepciones inhabituales

Adaptado por Daniela Colich.

3.3 Bases Metodológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano

El Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad, se desenvuelve en dos terrenos, diversos, pero complementarios.

Establece una diferenciación entre lo que es la psicoterapia y la consejería. (Balarezo, 2008 pág 166) define “La psicoterapia como un método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas físicos y psicológicos por medio recursos psicológicos, sobre todo por el uso de la palabra en un marco de interacción personal positiva entre paciente y psicoterapeuta”. El asesoramiento o consejería la ayuda hacia otra persona especializada hacia comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos. Las dos acciones son un proceso; no están aisladas.

3.4 La Relación Psicoterapéutica

El proceso psicoterapéutico es considerado como un todo integrado, conformado por etapas interrelacionadas entre sí para plasmar los objetivos específicos.

El inicio de la relación mismo se produce mucho antes del primer contacto entre paciente y psicoterapeuta y la finalización se obtiene cuando se han cumplido los objetivos propuestos.

De igual manera como ocurre con muchos aspectos de la psicoterapia, el tema de análisis de la relación terapéutica ha ido evolucionando desde los inicios de la misma gracias a los aportes de diferentes autores.

Todas las corrientes psicológicas, coinciden que la relación terapéutica es fundamental dentro del trabajo clínico sin importar el recurso utilizado. Muchas investigaciones alrededor de psicoterapia han demostrado que si bien es cierto, son importantes los resultados obtenidos con la aplicación de factores técnicos dentro de la misma, existe otro factor que no puede ser ignorado.

3.4.1 Actitudes Relacionales del Terapeuta

Posición humanista

La posición humanista es uno de los factores más destacados que posee un terapeuta, pues posibilita un respeto incondicional del paciente en su calidad humana, al ubicar en una perspectiva simétrica y semejante frente a él. El terapeuta debe confiar en las capacidades humanas del paciente para superar sus adversidades problemas o situaciones disfuncionales.

El objetivo de la psicoterapia debe centrarse en la atención de pacientes, clientes y no de trastornos o problemas, la visión del terapeuta para el tratamiento, debe superar la concepción aislada del trastorno.

Influencias sobre valores y creencias del terapeuta

Es indispensable que un terapeuta mantenga las condiciones personales en su lugar, sin que intervenga de manera directa en el proceso.

El respeto. Se refiere al trato interpersonal enmarcado en los derechos que tienen todos los individuos, superando cualquier diferencia, social, cultural o de cualquier otra índole, el respeto dentro de la relación `psicoterapéutica es la base indispensable ya que se debe considerar con valores propios y únicos frente a la condición humana.

La aceptación y comprensión. El terapeuta adopta una postura de aceptación, comprensión, y respeto frente a cada uno de sus pacientes denotando a través de gestos, posturas, actitudes, comportamientos para que el paciente perciba esta expresión.

3.4.2 Características del terapeuta, asesor o consejero

El modelo psicoterapéutico se focaliza tanto en la personalidad del paciente como del terapeuta y prioriza la relación sobre la técnica; por tal razón, el terapeuta tiene que

adecuarse a un determinado perfil, que se puede desarrollar a través de su formación como psicoterapeuta.

Aspectos cognitivos

Condiciones intelectivas. Por regla general, se estima que cualquier profesión a nivel superior requiere una dotación intelectual que supere la normalidad para garantizar su ejercicio. Entre los aspectos cognitivos de tipo cualitativo recalcamos la función ejecutiva que permite planear, ejecutar y verificar los problemas cotidianos; además se requiere potenciación analítica y sintética, pensamiento teórico-abstracto, creatividad, perspicacia, ingenio, intuición, agudeza en las observaciones y anticipaciones, flexibilidad y fluidez verbal.

Formación académico científica

Solamente una formación completa, integral, sistematizada, teórico-práctico y permanente, capacita acertadamente al profesional. No es suficiente, como aseguran algunos humanistas, la actitud permisiva, comprensiva, y humana de una persona para poder desarrollar modificaciones o lograr la eliminación de síntomas en los sujetos. Se requiere de un amplio bagaje de conocimientos para utilizar dichos recursos de modo acertado. Toda formación separada de una instrucción formal superior, conlleva irremediablemente una estructura empírica, insegura y ejercicio implícito, intuitivo y no científico. Esto que debe ser superado en los momentos actuales.

Equilibrio y madurez emocionales. Se refiere al grado de control de la vida afectiva del profesional, en cuanto a su expresión personal. Se requiere que ejerza un control eficiente sobre la misma. Este es uno de los factores que propicia la terapia o el autoconocimiento como requisito previo al ejercicio profesional.

Comprensión y capacidad empática. Un excesivo acercamiento afectivo impide una apreciación concreta de las situaciones conflictivas del cliente de igual modo la actitud fría, impersonal, excesivamente tecnicista ocasiona la pérdida de confianza y tranquilidad del cliente, ocasiona deserciones del proceso.

Integridad ética. El comportamiento ético de cada sujeto está determinado por el entorno social en el que se desenvuelve. La apreciación del rol que desempeña, las consideraciones sobre su valor social, la definición del servicio comunitario que se brinda el papel que cumple en el contexto social, generan cuestionamientos que se debe contestar cada profesional, de manera que todo su trabajo y actividad se desenvuelvan con criterios rígidos y normativos.

3.4.3 Capacidad para establecer contactos interpersonales

Se ha demostrado que los terapeutas que demuestran facilidad para iniciar relaciones interpersonales cotidianas con las demás personas, funcionan mejor siendo el psicólogo una persona especializada en este campo debe manejar los recursos más idóneos para propiciar un adecuado contacto social.

Motivación a brindar ayuda.

Esta característica se asocia con la disposición natural de proporcionar apoyo a los demás sin esperar recompensa externa. En esta condición prevalece un incentivo interno que gratifica al terapeuta, más allá de las recompensas externas o económicas.

Autoestima alta .Se traduce en un sentimiento interno de aceptación, confianza, respeto y afecto hacia sí mismo; que no expresa en actitudes vanidosas o sobrevaloradas ante el paciente, sino dentro del parámetro de igualdad y correspondencia humana.

Resiliencia. El trabajo psicoterapéutico no está colmado de satisfacciones alegrías y triunfos. Más bien el terapeuta está en constante relación con el sufrimiento humano y, en algunas ocasiones, con la muerte. De tal forma que el enfrentamiento y la superación de estas condiciones le permiten mantener un estado psicológico equilibrado y en constante desarrollo.

Proactividad. En este sentido se evita una actitud pasiva, conformista y reactiva como psicoterapeuta debe adoptar una postura que propende a la creatividad y la búsqueda de respuestas novedosas y singulares, que atienda la proactividad requiere pensar con

características de superación, iniciativa y responsabilidad, manteniendo la condición de libertad en la elección.

Capacidades grupales. Se refiere a la capacidad para adaptarse y ejercer en coordinación con el equipo interdisciplinario. Denota un buen manejo en las relaciones interpersonales y proporciona alternativas efectivas para el desarrollo adecuado de las funciones y abordajes profesionales en beneficio del paciente.

3.4.4 Características del paciente o cliente.

Según Balarezo (2008), el análisis del paciente o asesorado como objeto de estudio se debería hacer tomando en cuenta características, como el tipo de trastorno o conflicto que padece, su edad, el tipo de duración del problema, sexo factores desencadenantes del cuadro. A continuación detallaremos, con mayor precisión las características del paciente. Motivación al Tratamiento. Supone la existencia de un determinado grado de interés, necesidad, atención, actitud o expectativa con relación al proceso.

El especialista no solo mantendrá un interés inicial hacia el cliente, sino que formará o incrementará este fenómeno mediante el manejo técnico más adecuado.

Inferencia de los procesos cognitivos. Las potencialidades intelectivas del cliente tanto en lo referente a la capacidad cuantitativa, como a sus cualidades inherentes, marcarán los logros en la modificación del individuo y la técnica que será la más propicia para su aplicación. Cabe recalcar que no solo la capacidad intelectual interviene en el proceso, en cuanto a los aspectos cognitivos debemos aclarar que con se excluye a los pacientes que tengan un coeficiente intelectual inferior, sino que existen terapias adecuadas para ellos enmarcadas en un plano más conductista.

Nivel de Integración de la personalidad; Con esta denominación nos referimos al equilibrio que deben poseer las funciones psíquicas en su acercamiento hacia la normalidad; de igual forma, cuando los trastornos son agudos se pierde el funcionamiento armónico e integral

Capacidad de respuesta emocional. Es innegable la intervención de factores afectivos durante el proceso. El tono emocional con que se enuncian las diversas comunicaciones, al igual que las actitudes especiales que se expresan durante las entrevistas.

Flexibilidad. La mayor factibilidad de cambio en lo referente a pensamientos, actitudes, emociones y comportamientos cuando se aprecian características de rigidez e inflexibilidad, el resultado terapéutico se dificulta notablemente y en algunos casos resulta un obstáculo infranqueable, vale la pena resaltar que la presencia de estas características se patentiza a través de mecanismos de defensa y pensamientos distorsionados que requieren intervenciones en el proceso.

Locus de control. La prevalencia del locus de control interno señala mayores ventajas para el éxito terapéutico por la responsabilidad que asume el paciente ante su problemática, condición que no ocurre en la prevalencia del locus de control externo que formaliza un deseo por recuperarse por acciones y fuerzas externas.

Tipo y características de personalidad. El modelo integrativo de las características de la personalidad como conclusión prever las estrategias más adecuadas para cada caso, los pacientes con personalidad esquizoide, evitativa, disocial, impulsiva y paranoide presentan una mayor dificultad en la adherencia al tratamiento, mientras que las personalidades afectivas, anancásticos y dependientes posibilitan un enlace más fácil y efectivo.

3.5 Etapas del proceso

Según (Balarezo 2008, pág, 142) El modelo ecuatoriano focalizado en la personalidad enfatiza cinco etapas claramente diferenciadas. Seguidamente las mencionaremos.

3.5.1 Primera etapa

Se realiza la determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso terapéuticos mediante las estrategias de la primera entrevista juzgamos el nivel de interés o motivación del cliente y las restricciones que se observan en la demanda. Interesa

establecer el tipo y origen de la demanda sabiendo que esta puede ser de dos clases; explícita e implícita.

3.5.2 Segunda etapa

Se establece la descripción cualitativa de la personalidad como una condición pre mórbida en el apareamiento del trastorno.

Tipos de Primera Entrevista.

Entrevista de psicodiagnóstico. Se realizará con el propósito de evaluar al paciente para realizar diagnósticos diferenciales, situaciones de peritajes o relación interprofesional. Para tomar los datos es necesario realizar una historia clínica psicológica o la ficha integrativa de evaluación psicológica.

Entrevista de consulta. Esta se efectuará cuando no se va a realizar un proceso psicoterapéutico.

Entrevista Única. Se emplea en casos de maltrato o de abuso sexual se sigue un determinado protocolo se establece una relación de confianza con el paciente o con sus allegados se evita la revictimización.

Entrevista de Inicio del proceso. La misma se realiza en el inicio de un verdadero proceso psicoterapéutico, y entre los cuales se establecen las siguientes estrategias.

Establecimiento del rapport. Este se origina en el interés que tiene el terapeuta, y a la capacidad de respuesta emocional que posee el paciente y el terapeuta.

Aproximación diagnóstica. Indudablemente, la primera entrevista debe cumplir con este propósito. Sería deseable inclusive que se pueda delinear en este primer encuentro un esbozo de la ficha psicológica, y una aproximación diagnóstica acerca del padecimiento del paciente.

3.5.3 Tercera Etapa

Planificación del proceso:

Se intenta llegar a los objetivos en función de los factores desencadenantes y predisponentes del trastorno, a la estructura del dinamismo de la personalidad pre mórbida del paciente, estableciendo nexos históricos que expliquen con suficiente claridad la etiopatogenia del caso; se busca las condiciones o características personales, ambientales y sociales que actuarán como facilitadoras u obstaculizantes de la terapia.

Formulación dinámica del problema o trastorno. Constituye la interrelación del cuadro del paciente con los factores desencadenantes, determinantes predisponentes y mantenedores de esta patología.

Formulación dinámica de la personalidad. Es una síntesis tanto de las áreas problemáticas como de aquellas que guardan adecuación en el sujeto, requiere una descripción de la personalidad y sus rasgos.

Señalamiento de Objetivos. Los objetivos terapéuticos se orientan a la resolución del problema o alivio sintomático, y hacia la influencia de la personalidad induciendo su autoconocimiento, flexibilización o modificación positiva de su estructura.

Generalidades en la precisión de los objetivos. La formulación de objetivos está de acuerdo a los aspectos señalados en las generalidades y los niveles en los que se pretenda actuar.

Señalamiento de Técnicas. Las técnicas se adecuan a las necesidades específicas del demandante. Por lo tanto se trabaja en el asesoramiento de la resolución de conflictos intra e interpersonales y al desarrollo personal.

3.5.4 Cuarta Etapa

Ejecución y aplicación técnica: La estructura y dinamismo de la personalidad del demandante tiene un alto valor, tanto en la condición de los fenómenos afectivos durante el proceso, como en la aplicación de las técnicas comunicacionales o comportamentales. A continuación se exponen varias estrategias como sugerencia del modelo integrativo focalizado en la personalidad.

a) Técnicas para Asesoramiento:

- Resolución de problemas en conflictos intrapersonales y frustraciones.
- Resolución de problemas en conflictos familiares e interpersonales.
- Orientación y mediación psicológica.
- Modificación de actitudes.
- Psicoeducación.
- Neurolingüística, autoestima, asertividad, habilidades sociales, resiliencia, etc.

b) Técnicas Sintomáticas:

- Relajamiento muscular.
- Relajamiento muscular con visualización.
- Técnicas sugestivas en vigilia.
- Técnicas sugestivas en sueño sugerido.
- Procedimientos conductuales, entre otras.

c) Técnicas orientadas a la Personalidad:

- Procedimientos cognitivos.
- Procedimientos constructivistas.
- Técnicas retrospectivas.
- Análisis de significados.
- Análisis de rasgos de personalidad.

(Balarezo, 2005, pág. 143) nos da una visión sintética de los componentes que permiten predecir las condiciones en las que se desenvolverá el proceso. “La estructura del plan concierne a dos niveles: uno superficial relacionado con el problema o el trastorno y otro

profundo vinculado con la personalidad subyacente. En el primer caso, los objetivos terapéuticos se orientan a la resolución del problema o el alivio sintomático y en el segundo hacia la influencia sobre la personalidad induciendo su autoconocimiento, flexibilización o modificación positiva de su estructura. Las técnicas se ajustan a estas necesidades específicas”.

3.5.5 Quinta Etapa

Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados.

Interesa para fines de consolidación teórica, investigación y aplicación; se realizaron el examen crítico de todo lo ocurrido de la primera a la última sesión, para compartir en el colectivo los éxitos y las dificultades encontradas en los diversos casos, con el fin de para ampliar nuestras experiencias y lograr influencias constructivas en el terapeuta.

3.5.6 Conclusión

En el transcurso del capítulo tratado se puede observar como la persona es un agente biopsicosocial y es generadora de su propio constructo, es decir como un constructor de su realidad se recalca como el modelo integrativo ecuatoriano tiene como base la personalidad del individuo, sus características y sus rasgos donde se integran los enfoques nomotético e ideográfico para una mejor comprensión de la idiosincrasia del sujeto.

Por otro lado, la propuesta de diversas propuestas teóricas en la descripción de la estructura de la personalidad requiere de reflexiones profundas y puesta en práctica para lograr su integración.

Es por ello que los componentes metodológicos se subscriben en el marco de la psicoterapia como proceso guiador estos elementos propician un ambiente adecuado para movilizar cambios perdurables en el paciente.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA PSICOTERAPEÚTICA PARA LA DISMINUCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES BIPOLARES DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

4.1 Introducción

El presente tema a desarrollar, parte de la premisa de cómo el trastorno afectivo bipolar puede llegar a generar profundos y graves conflictos a nivel social, emocional, familiar y psicológico, y cómo la ansiedad se relaciona con el trastorno esto nos va a orientar hacia un estudio que a continuación propondremos, del modelo integrativo focalizado en la personalidad que va a servir de acción para identificar el nivel de ansiedad del paciente en el momento del ingreso y si efectivamente el modelo planteado ayuda para disminuir los síntomas mediante estrategias que inciden en el plano somático, interpersonal, conductual. A continuación se presenta un protocolo de tratamiento focalizado en la personalidad, y se enumera las diferentes técnicas empleadas.

4.2 Metodología

El tema desarrollado se realizó en el Centro de Reposo y Adicciones durante el periodo de julio 2012 a Febrero del 2013. La muestra estuvo conformada por 10 pacientes diagnosticados con trastorno afectivo bipolar.

Para iniciar el proceso terapéutico se va a realizar una evaluación de su estado anímico mediante el uso de dos test tanto el de Hamilton el mismo que nos ayudara para (valorar la severidad de la ansiedad) Stai el mismo que (mide la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo) luego se va a proceder a aplicar doce sesiones del plan terapéutico, que fueron encaminadas a efectuar cambios tanto a nivel somático, interpersonal, conductual, luego de cumplir las debidas sesiones se les aplicara un retest para ver la efectividad del procedimiento, tanto con la ayuda de la psicofarmacología, y del equipo multidisciplinario.

En el marco de psicoterapia se destacan 3 etapas fundamentales evaluativa, planificación y de ejecución las mismas que se detallan a continuación.

4.3 Proceso del Modelo Psicoterapéutico Focalizado en la Personalidad

A continuación se detalla con precisión las diversas etapas que se efectuarán en el transcurso del proceso investigativo.

GUIA N° 1

Primera etapa	Evaluación	Entrevista Observación Evaluación psicométrica Historia clínica
Segunda etapa	Planificación del Proceso	Establecimiento de objetivos: Orientar acerca del trastorno afectivo bipolar Abordar conflictos psicológicos Disminuir la sintomatología Selección de técnicas Técnicas psicoterapéuticas Técnicas sintomáticas Técnicas para influir en la personalidad
Tercera Etapa	Evaluación psicológica	Aplicación de las sesiones terapéuticas

4.3. Proceso del Modelo Terapéutico

4.3.1 Fase evaluativa

Tiene como finalidad determinar un diagnóstico claro, preciso con una comprensión adecuada del caso, en el que se incluyó la situación médica del paciente y las repercusiones de la misma, las alteraciones de su estado de ánimo y cómo afectan a su diario vivir; por otra parte se analizan las diversas alteraciones relacionadas con la enfermedad y la información relativa al ámbito familiar, social, laboral, sus estilos de

afrontamiento, patrones cognitivos, patrones de afrontamiento que permitan al clínico agruparlos para establecer un diagnóstico o conceptualizar acertadamente la problemática. Por lo tanto, la fase evaluativa, recoge toda la información disponible que tanto el paciente como el médico residente nos brinda mediante las distintas estrategias de recolección y procesamiento de datos.

GUIA N° 2

Tipos de entrevista	Datos personales Motivo de consulta: análisis de la biografía Expectativas
Observación	Comportamiento durante la entrevista
Valoración Psicométrica	Inventario de Ansiedad Hamilton Test de ansiedad Stai
Recolección y sistematización de información	a. Datos informativos b. Demanda explícita implícita c. Diagnóstico descriptivo de la personalidad d. Recomendaciones

Estas técnicas permiten identificar y describir los problemas emocionales, de comportamiento y la realidad del paciente y puede contribuir a clarificar los problemas que la persona está teniendo.

4.3.2 Entrevista inicial

La entrevista está destinada a recoger información sobre las personas, sus antecedentes y si se relacionan con la problemática actual, incluso el primer encuentro entre el paciente y el terapeuta está marcado por las experiencias anteriores y las múltiples expectativas. Esta primera reunión se produce luego de la superación de las iniciales resistencias del paciente. La entrevista se convierte en una estrategia terapéutica al proporcionar un espacio para ventilar sentimientos, temores que pueden estar reprimidos en los pacientes.

GUÍA N°3

Estudio de caso

Datos Personales	Datos de filiación Datos demográficos
Motivo de Consulta	
Diagnóstico de la personalidad	
Resultados de los Reactivos Psicológicos	Test de Ansiedad de Hamilton Test de Ansiedad Stai
Recomendaciones	Aspectos a considerados

4.3.3 Motivo de Consulta

Es un periodo de comunicación directa acerca de cómo el paciente ha percibido los acontecimientos ya que su familia puede considerar el problema de forma diferente. Se valora las circunstancias del envío, quiénes han sido los personajes implicados, el propio paciente voluntariamente, la familia, el médico de cabecera, y si se ha efectuado en contra a los deseos del paciente; en este último caso es evidente que el enfermo no estará en condiciones de ofrecernos información por lo que deben transcribirse las anotaciones ofrecidas que el profesional correspondiente suele remitir en una interconsulta.

4.3.4 Tipos de Demanda

Explícita: Es la tradicional el motivo de consulta que se relaciona generalmente con una dolencia psíquica o problema de ajuste.

Implícita: Generalmente no aparece en la primera sesión la misma de evidencia durante el proceso. (Balarezo, 2008)

4.3.5 Evaluación Psicométrica

Es la disciplina fundamentalmente aplicada de la psicología que implica un proceso, mediante el cual se obtiene información que nos permite realizar un estudio científico de un sujeto/grupo/objeto en sus diferentes niveles de complejidad. Este estudio se lleva a

cabo a través de diferentes procedimientos, con objetivos de clasificación, modificación o valoración y con diversas finalidades ya sean prácticas o de investigación.

Se aplicaron las siguientes herramientas entre las cuales citamos: Test de Ansiedad de Hamilton, el mismo que se trata uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre la ansiedad. Puede ser usado para valorar la severidad de la ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento.

Por otra parte se vio la necesidad de aplicar otro test que es el STAI, es un inventario diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (condición emocional transitoria) y como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

Consta de un total de 40 ítems (20 de cada uno de los conceptos). El marco de referencia temporal es en el caso de la ansiedad como estado «ahora mismo, en este momento», y en la ansiedad como rasgo «en general, en la mayoría de las ocasiones». Se trata de una escala autoaplicada. Es útil tanto en población normal como en pacientes con diagnósticos clínicos.

Segunda Etapa

4.4 Planificación del Proceso

Está destinada al establecimiento de las metas y objetivos, en función de los factores desencadenantes y predisponentes del trastorno, se buscan las características personales ambientales y sociales que podrían obstaculizar o facilitar el proceso psicoterapéutico, en el transcurso de este tiempo se va a proceder a realizar un trabajo analítico y sintético, que se va a ajustar a las necesidades del paciente, por otra parte se realizaron las técnicas de intervención más adecuadas y eficaces con el fin de que el paciente logre disminuir la ansiedad mediante el proceso psicoterapéutico.

GUÍA N°4

Establecimiento de objetivos

Objetivos Sintomáticos	Disminuir la sintomatología ansiosa Disminuir comportamientos adaptativos Apoyo emocional
Objetivos de Personalidad	Mejorar el awarness Flexibilización de los rasgos de personalidad Promover el insight
Asesoramiento o Problema	Promover el desarrollo personal Resolver conflictos interpersonales Asesoramiento para la resolución de conflictos intrapersonales

Objetivo general

Disminuir la ansiedad en pacientes bipolares por medio del proceso psicoterapéutico mediante terapia individual.

Objetivos Específicos

- Disminuir la sintomatología ansiosa.
- Disminuir los comportamientos desadaptativos.
- Brindar apoyo emocional.
- Mejorar el Awarness.
- Flexibilización de los rasgos de personalidad.
- Promover el insight.
- Promover el desarrollo personal.
- Resolver conflictos inter e intrapersonales.

Los objetivos psicoterapéuticos están encaminados a la resolución de los conflictos que padece el paciente tanto a nivel cognitivo, personalidad, emocional.

GUÍA N°5

Objetivos psicoterapéuticos.

Sintomático	Relajamiento muscular progresivo. Procedimientos conductuales. Entrenamiento autógeno	Jacobson 1929 Albert Ellis (1957) Shultz 1932
Personalidad	Personalidad. Psicoeducación Triada cognoscitiva Silla vacía	Opazo (2003) Beck (1976)
Intervención Terapéutica	Problema Detección de pensamientos Identificación de esquemas inadecuados Resolución de conflictos	Beck (1976) Ruiz e Ibernón (1996) Nezu (2007)

Esta elección de las estrategias, va de la mano con los objetivos planteados, depende en gran medida de las necesidades del paciente para que el terapeuta escoja las técnicas más adecuadas.

La medición es el uso de métodos cuantitativos para medir las respuestas de las que se infieren la existencia y la intensidad de los procesos psicológicos. Dentro de los procesos de la evaluación psicológica se efectúan muchas medidas, de hecho la aplicación de test consigue la obtención de una gran cantidad de medidas acerca del sujeto.

4.5 Selección de técnicas

Cuando citamos acerca de tratamiento integral nos estamos refiriendo a la intervención con el paciente desde una perspectiva biológica, psicológica y social. El tratamiento consiste en la aplicación de estrategias desde una perspectiva multidisciplinar y enfocada en todas las áreas que conforman la vida de la persona. Es decir, trabajar de manera conjunta la parte biológica con el tratamiento farmacológico, la parte individual con la psicoeducación enfocada en el paciente y la familiar con la psicoeducación centrada en las personas que conviven con el afectado o que tienen una relación muy estrecha con el mismo.

4.5.1 Objetivos Sintomáticos

Están dirigidos de forma directa a reducir la activación de los síntomas ansiosos que provocan la ansiedad.

La relajación muscular progresiva es una técnica de tratamiento del control de la activación desarrollada por el médico Edmund Jacobson en los primeros años 1920. Jacobson argumentaba que ya que la tensión muscular acompaña a la ansiedad, uno puede reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular.

Jacobson entrenó a sus pacientes para relajar voluntariamente ciertos músculos de su cuerpo para reducir los síntomas de la ansiedad. También descubrió que el procedimiento de relajación es efectivo contra la úlcera, insomnio, y la hipertensión. (Balarezo, 2007)

4.5.1.1 Relajación Muscular Jacobson (1929)

A continuación se detalla con mayor precisión los pasos a seguirse para lograr una relajación adecuada.

Sentarse en una silla confortable; sería ideal que tuviese reposabrazos. También puede hacerse acostándose en una cama. Ponerse tan cómodo como sea posible (no utilizar zapatos o ropa apretada) y no cruzar las piernas. Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Otra vez. Después alternativamente tensamos y relajamos grupos específicos de músculos. Después de tensionar un músculo, este se encontrara más relajado que antes de aplicar la tensión. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación. Con el tiempo, se reconocerá la tensión de un músculo específico y de esta manera seremos capaces de reducir esa tensión. (Balarezo, 2007)

4.5.1.2 Procedimientos Conductuales Albert Ellis (1957)

Se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención activo-directivo, filosófico y empírico, representado por la secuencia A-B-C, encaminado a la reestructuración cognitiva. Ellis enumeró una serie de creencias irracionales, es decir, aquellas creencias que perturban al sujeto y que no le dejan vivir de manera satisfactoria. (Balarezo, 2007)

4.5.1.3 Entrenamiento Autógeno Shultz (1932)

Se logra la Relajación por medio de un proceso de concentración. La atención se centra en una parte del cuerpo, al comienzo la mano, el brazo, etc, prestando atención a la sensación de peso y posteriormente se va ampliando el área de percepción y la complejidad de los ejercicios. Con la práctica la sensación de peso es más intensa, y con ella también la relajación muscular, que no sólo alcanza mayor profundidad sino que aparece de forma más rápida, los efectos se acumulan y poco a poco se logra un efecto de conmutación o generalización tal que poco después de comenzar el ejercicio de sensación de peso en un brazo podremos notar como todo el cuerpo comienza a relajarse. Con el tiempo el estado de relajación es capaz de proporcionarnos un reposo de mayor calidad, y por tanto un mayor nivel de energía vital.

Los ejercicios que integran el Entrenamiento Autógeno son seis, se desarrollan y aprenden en forma progresiva y consisten en:

Ejercicios de:

- Peso (Relajación Muscular)
- Calor (Relajación Vascular)
- Corazón (Regulación Cardíaca)
- Respiración (Regulación Respiratoria)
- Plexo Solar (Regulación de los Organos Abdominales)
- Frente (Regulación Cefálica)

4.6 Técnicas para el Trabajo en Personalidad

La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas y a la identificación de los rasgos de personalidad así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar los rasgos de personalidad y que de cierta manera los flexibilice se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, La teoría es cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición. (Opazzo, 2003)

4.6.1 Mejorar el awarness

Los términos consistentemente utilizados son «*aware*», «*be aware*» y "*awareness*", que se han traducido al español como "darse cuenta", denominación la cual, al ser un verbo, expresa esa idea de fluidez y dinamismo.

El trabajo terapéutico consiste en gran medida en aumentar la capacidad de awareness del paciente, con respecto a su personalidad y también en hacer un trabajo de elaboración de esa consciencia inmediata para que se convierta en consciencia reflexiva. (Balarezo, 2005)

4.6.2 Promover el insight

Mediante un *insight* el sujeto "capta", "internaliza" o comprende, una "verdad" revelada. Puede ocurrir inesperadamente, luego de un trabajo profundo, simbólicamente, o mediante el empleo de diversas técnicas afines.

Insight intelectual: Es el conocimiento a través de la lectura, o incluso durante una terapia, pero que no comporta la necesaria y profunda participación emocional de cara al cambio de la estructura personal.

Insight emocional o visceral: Es aquel que aporta una clara conciencia, comprensión y sentimiento en lo más profundo del ser, respecto al significado de las conductas personales, y gracias al cual podrían darse las modificaciones positivas de la personalidad.

Insight estructural: Es el conocimiento consciente o inconsciente del sujeto que adquiere, emplea y proyecta por medio de la unión de estructuras. (Balarezo, 2005)

4.6.3 Técnicas para Resolución de Conflictos

La posición más acertada para la resolución de los conflictos interpersonales es aceptarlos como algo normal y sacar de ellos siempre algo positivo. En este sentido, uno de los objetivos de esta sección será aprender a manejar los conflictos de manera constructiva y saludable.

Afrontar los conflictos interpersonales de un modo constructivo intentado sacar el lado positivo nos permite disponer de más posibilidades de lograr su resolución acorde con nuestros objetivos e intereses.

La terapia interpersonal y del ritmo social ayuda a las personas con trastorno bipolar a mejorar las relaciones interpersonales y a regularizar sus rutinas diarias. Regular las rutinas diarias y los horarios del sueño puede ayudar a proteger contra episodios maníacos. (Reiser, 2006)

GUÍA N° 6

Brindar apoyo emocional	Alivio sintomático Impacto emocional de la enfermedad Psicoeducación.
	Estrategias de afrontamiento Entrenamiento de relajación Técnica de respiración profunda
Aliviar los síntomas ansiosos	Alivio sintomático Adquisición de nueva filosofía basada en su enfermedad.
Adherencia Farmacológica	Adherencia al tratamiento farmacológico Afrontamiento de su enfermedad
Afrontamiento de la enfermedad	Identificación de los síntomas de alarma Aplicación de la gráfica animada de Basco y Rush (1996)
Afrontamiento de la enfermedad	Establecimiento de metas a largo plazo Identificación de los estados de animo
Resolución de conflictos personales	Habilidades básicas Reforzamiento de estrategias Registro de pensamientos no útiles
Autoconocimiento de su personalidad	Psicoeducación sobre su personalidad Mejorar el awareness Promover el insight
	Adquisición de la capacidad de auto relajación Autocontrol de las sensaciones y emociones
Resolución de conflictos	Mecanismos de acción cognitivo-conductual Práctica del modelo ABC
Cierre del proceso	Tratamiento con el apoyo familiar Orientación al paciente y a su familia sobre la resolución de conflictos Optimizar su desarrollo personal

4.7 Tercera Etapa

Esta fase se realiza en un rango de 12 sesiones, en las cuales se alcanzara las metas establecidas mediante la administración de distintas técnicas propuestas el programa

consta de la sesión diaria se aplica en una propuesta diseñada e implementada por el investigador que a continuación detallamos:

Primera sesión. Una vez establecido el rapport y conformada y afianzando la relación terapéutica se inicia el programa abordando asuntos tentativos a su enfermedad Ayudando al paciente a convivir con una enfermedad crónica, mejorar su calidad de vida y habilidades para afrontar las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros, con el objetivo de disminuir así el impacto en el funcionamiento psicológico, cognitivo, físico, emocional y social, Se trata de modificar las percepciones sobre la disrupción que genera la enfermedad en sus vidas.

Segunda sesión. Se inicia con una recapitulación de lo abordado en la cita anterior, así como la revisión de tareas de intercesión y se complementa la tarea psicoeducativa de la sesión anterior, se acogen las dudas se resuelve en la sesión

Trabajar acerca de las situaciones que pueden plantearse en la vida diaria del paciente, como el daño en las relaciones interpersonales, o los sentimientos de vergüenza o culpabilidad generados tras los trastornos conductuales.

Tercera sesión. Desarrollar durante una sesión de aproximadamente 45 minutos una actividad en la cual el paciente pudo observar un vídeo en el cual se habla acerca de la enfermedad de la bipolaridad, con claros ejemplos, acerca de los síntomas y sobretodo acerca de los daños que esta enfermedad puede causar tanto a nivel familiar, social y económico.

Cuarta sesión. Se aborda el tema del incumplimiento farmacológico y de los efectos nocivos tanto del incumplimiento total, como parcial, de la medicina, Se mejora el conocimiento de los psicofármacos empleados y de sus efectos secundarios más comunes, con el objetivo de reducir los abandonos

Quinta sesión. Habilidades Básicas: Identificar las primeras señales de Alarma, de un episodio inminente.

Sexta sesión. Habilidades Básicas: Informar al paciente acerca de que la principal ventaja es emplear mejor el tiempo disponible, al elaborar una agenda la misma que nos ayudara a identificar el estado de los pacientes en el momento de la sesión.

Séptima sesión. Habilidades Básicas: Registrar los pensamientos “No Útiles”

Octava sesión. Psicoeducación sobre su personalidad Informar acerca de los tipos de personalidad para lograr que tenga un mejor autoconocimiento acerca de esta.

Novena sesión. Adquirir la capacidad de auto relajación para un mejor control de las sensaciones y emociones. Aprender a respirar adecuadamente para lograr un control del propio cuerpo y de las sensaciones del mismo, a continuación debe imaginar situaciones placenteras para traerlas a la realidad. El objetivo de esta sesión terapéutica es aprender a respirar de una mejor manera, para lograr relajar su cuerpo sobre todo en momentos de ansiedad. De la misma manera se le enseña mediante un método de relajación a tensionar y a aflojar el cuerpo con el objetivo de que aprenda a manejar de una manera más óptima sus sensaciones corporales. Se realizó trabajos de visualización, en el que con el paciente se trataron temas que les causaba malestar y que son fundamentales para su estabilidad integral.

Decima sesión. Mecanismos de acción: cognitivo-conductual el modelo cognitivo plantea que las intervenciones crean cambios en pensamientos o comportamientos incluso se menciona que tienen un efecto reciproco en los sentimientos. Se emplearon diversas intervenciones conductuales para asistir en retardar las acciones impulsivas en las fases maniacas e hipomanicas.

Decima primera sesión. Tratamiento con el apoyo familiar el destaca la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades de comunicación y la práctica de habilidades de comunicación y la práctica de habilidades de resolución de conflictos entre los miembros de la familia.

Décimo segunda sesión. Evaluación Final

Cierre del Proceso.

4.8 Conclusiones

En el transcurso de este capítulo se abordó acerca de que la tarea fundamental es de comprender la vulnerabilidad psicológica individual, las creencias evaluativas acerca de sí mismo. Este modelo permitió trabajar no solamente en los síntomas de la enfermedad sino manejar otros aspectos como la educación, la familia y la prevención en recaídas, con el fin de crear un medio más seguro y consistente para los pacientes.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

5.1 Introducción

La propuesta psicoterapéutica se muestra como una herramienta válida dentro de la atención clínica a pacientes que padecen trastorno afectivo bipolar, debido a que presentan alteración tanto en su estado de ánimo como en su ansiedad, lo que genera una alteración en su estado emocional. Se pretende brindar, tanto al paciente como a su familia una propuesta psicoterapéutica la misma que está encaminada a desarrollar un mejor afrontamiento y aceptación de la enfermedad, nos es menester disponer del proceso psicoterapéutico que proponga mecanismos para resolver el malestar que genera la ansiedad.

5.2 Metodología

El tema a desarrollar se realizó en la ciudad de Cuenca en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) durante el periodo de julio 2012 a Febrero del 2013. El mismo que partió de una evaluación de su estado de ánimo luego se procedió a aplicar doce sesiones del plan terapéutico, las mismas que estuvieron encaminadas a efectuar cambios tanto a nivel somático, interpersonal, conductual. Luego de cumplir las debidas sesiones se les aplico un retest para identificar la efectividad del procedimiento. Cabe recalcar que conjuntamente con la ayuda de la psicofarmacología y del equipo multidisciplinario. A continuación detallaremos la propuesta la misma que se ha dividido en las siguientes fases.

5.3 Fase evaluativa

Se valoró variables predictivas con la aplicación de cuestionarios Hamilton y Stai los mismos que permitieron tener una concepción más amplia de la situación psicológica y ansiosa que se encontraba el paciente. Se enfatizó un cambio en la filosofía del paciente

en cuanto a la aceptación y el afrontamiento de esta enfermedad. El programa continuo luego de la evaluación psicológica, una fase terapéutica y un programa psicoeducativo que fue basado en técnicas conductivas y sintomáticas que producen la ansiedad. El proceso culmino con la práctica de los pacientes de las estrategias adquiridas, propiciando con ello un cambio requerido, culminando el proceso se realizó la evaluación, comprobando la eficacia del proceso psicoterapéutico usando las escalas de Hamilton y Stai.

5.4 Presentación de resultados

El proceso psicoterapéutico se aplicó en pacientes durante el periodo julio 2012 a febrero 2013. Nos proporcionó múltiples datos e información cuantitativa y cualitativa resaltando los logros alcanzados en cuanto a la aceptación de la enfermedad y al conocimiento de su personalidad para lograr una reducción de los síntomas ansiosos.

5.4.1 presentación cuantitativa de los resultados

Para procesar la debida información se utilizó el análisis de una variable cualitativa y se presentaron los resultados en gráficos de barras que nos permitieron observar las diferencias en los niveles de ansiedad

Análisis de la aplicación de los test luego de la intervención psicoterapéutica

A continuación, vamos a analizar la primera aplicación de los test de Hamilton y Stai antes de la intervención psicoterapéutica desde el Modelo Integrativo.

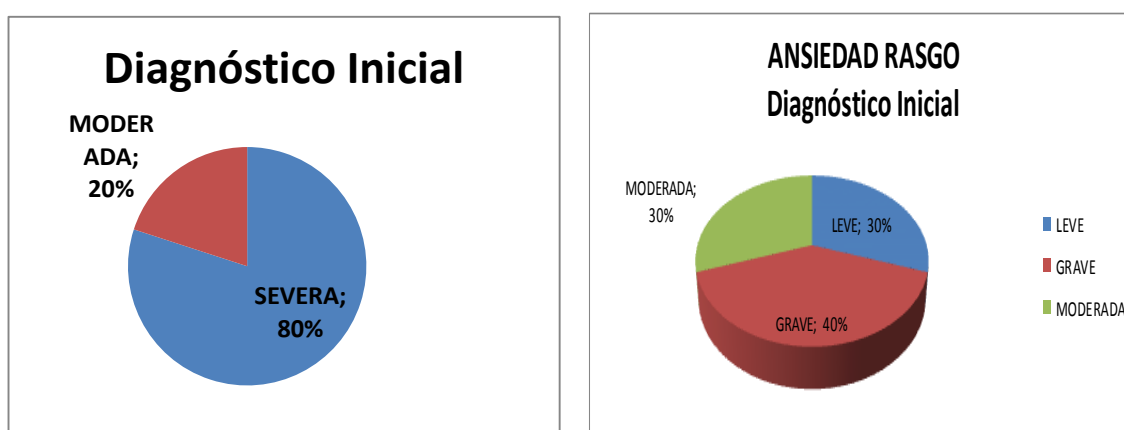
Análisis del gráfico

Tabla N° 1

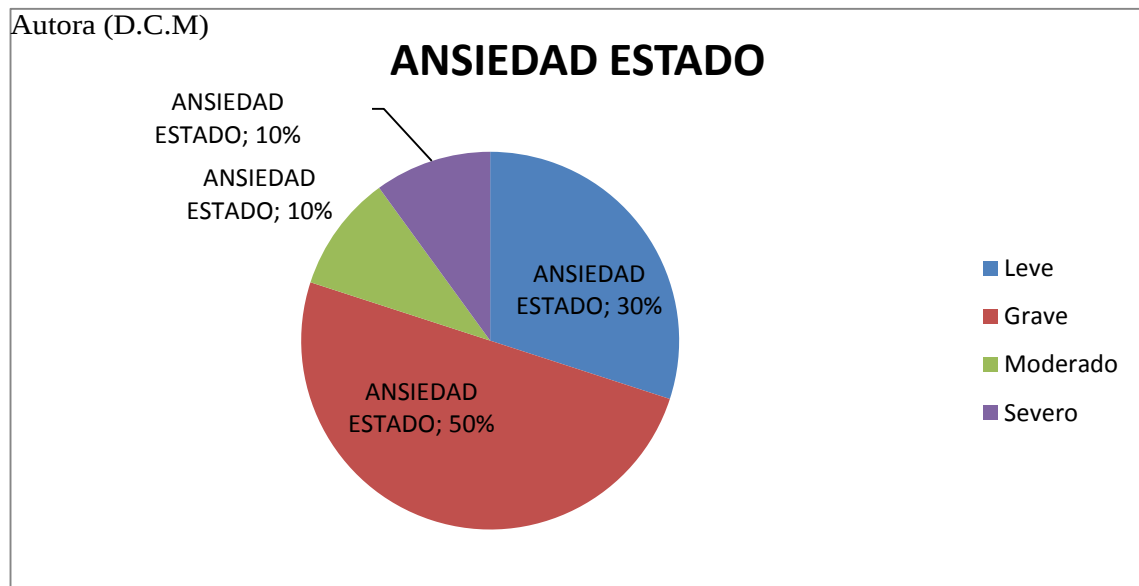
Diagnóstico Inicial del Test de Hamilton y Stai.

NOMBRES	PUNTAJE INICIAL HAMILTON	PUNTAJE INICIAL STAI RASGO	PUNTATE INICIAL STAI ESTADO
“Lauro”	38 severa	26 moderado	18 leve
“Esteban”	35 severa	39 grave	50 severa
“Paul”	33 severa	40 grave	36 grave
“Andrea”	36 severa	31 moderado	35 moderado
“Mercy”	19 moderada	37 grave	46 grave
“Ana”	29 severa	32 moderado	39 grave
“Eva”	39 severa	29 leve	20 leve
“Raúl”	36 severa	40 grave	33 grave
“Luis”	34 severa	43 grave	33 grave
“Sonia”	19 moderada	38 grave	43 grave

Gráfico 1. Test de ansiedad de Hamilton y Stai



Autora (D.C.M)



Autora: (D.C.M)

Como se puede apreciar en el primer gráfico, la ansiedad se encuentra en un 80% con niveles severos, según el test de Hamilton; El 20%, moderados. El segundo gráfico nos demuestra que el 40% de los pacientes presentan niveles graves, según el test Stai rasgo; El 30%, niveles leves, y el 30%, moderados. Se debe recalcar que sería una propensión relativamente estable según el test de Hamilton.

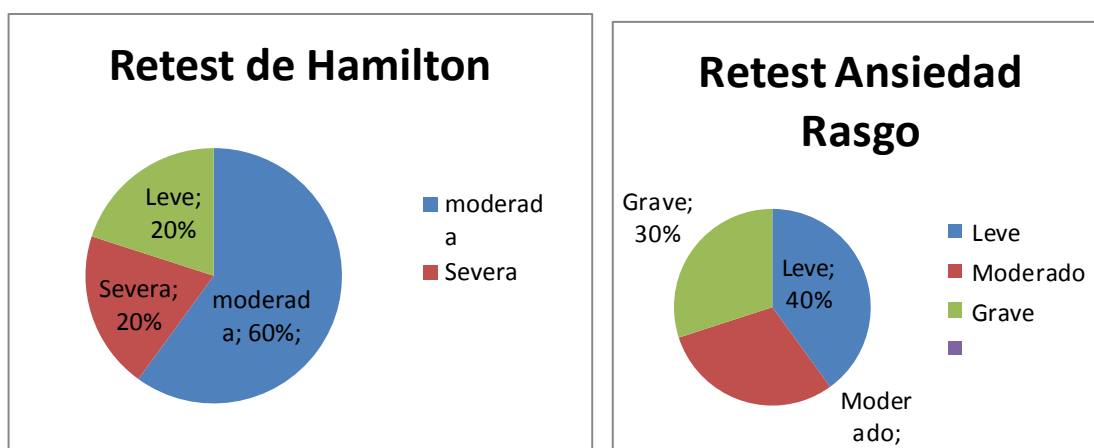
El tercer gráfico nos demuestra que el 30% de los pacientes presentan niveles leves, según el test de ansiedad estado; el 50% niveles graves, el 10%, moderado, y el 10% severo. Debido a los diagnósticos anteriormente descritos se plantea los objetivos de la investigación

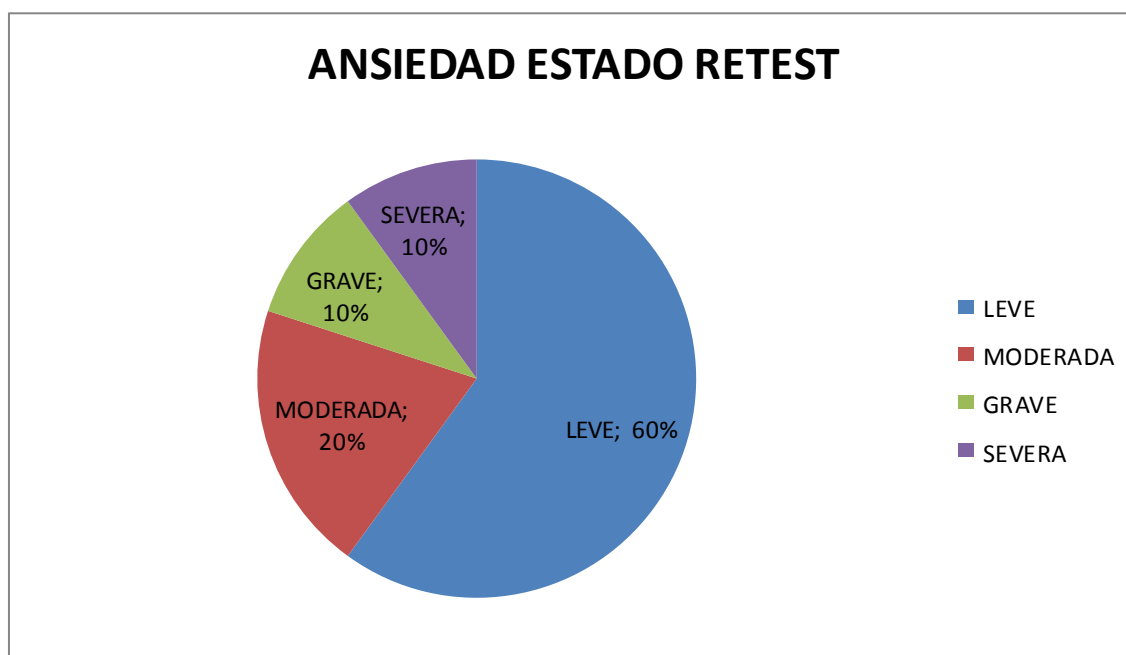
Tabla N°2

NOMBRES	PUNTAJE RETEST HAMILTON	PUNTAJE RETEST STAI RASGO	PUNTATE RETEST STAI ESTADO
“Lauro”	26 severa	26 moderado	13 leve
“Esteban”	26 severa	36 grave	33 grave
“Paul”	20 moderada	25 moderado	19 leve
“Andrea”	18 moderada	15 leve	12 leve
“Mercy”	14 leve	21 leve	31 moderado
“Ana”	20 moderada	18 leve	32 grave
“Eva”	24 moderada	7 leve	5 leve
“Raúl”	18 moderada	26 moderado	28 moderado
“Luis”	20 moderada	33 grave	20 leve
“Sonia”	14 leve	16 leve	25 leve

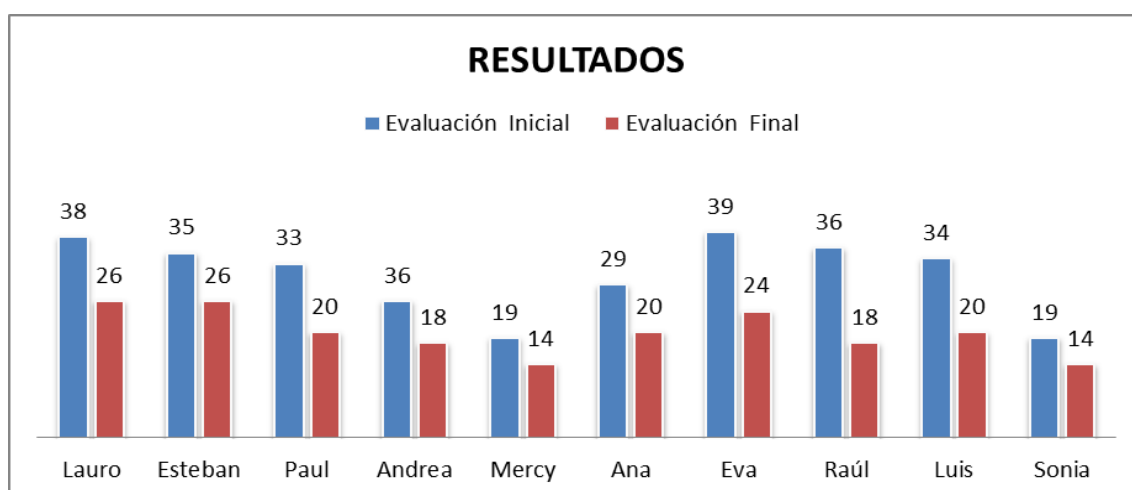
Gráfico N°2

Retest de Ansiedad Hamilton y Stai





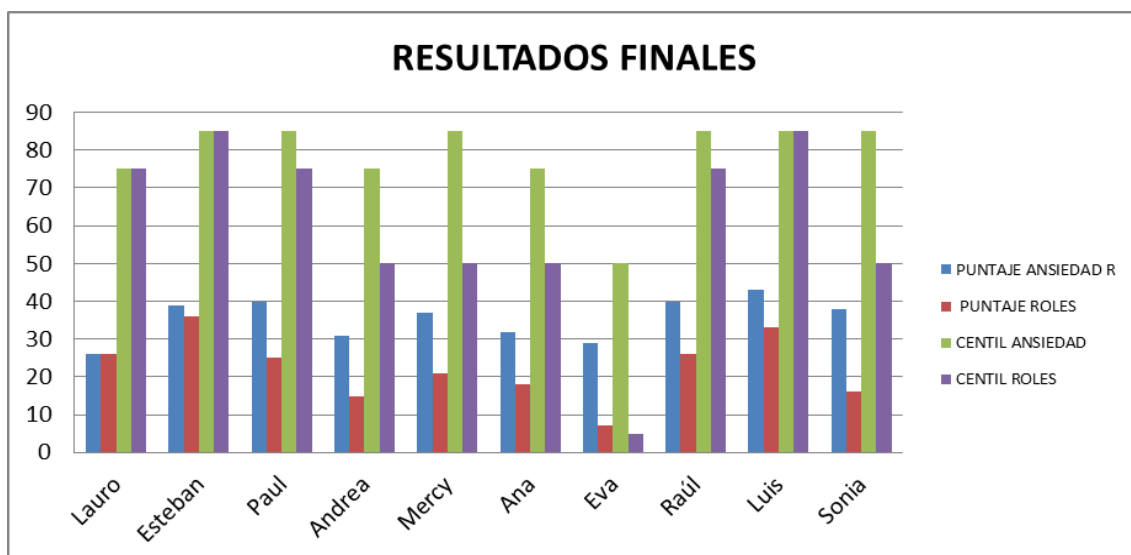
Autora: (D.C.M)



Autora: (D.C.M)

Análisis de los Resultados.

Los resultados fueron beneficiosos en todos los casos tratados. Los datos revelados en la tabla N°2 y en el gráfico N°2 confirman con claridad una disminución considerable de los distintos síntomas de la ansiedad, con los que se inició el tratamiento. Se evidencian cambios sustanciales en los casos “Eva” “Raúl” que terminaron el proceso con niveles moderados y leves.



Autora: (D.C.M)

Análisis de los resultados

Mediante la propuesta psicoterapéutica y manejo de los distintos conflictos personales y familiares se pudo observar. Los siguientes resultados en la primera aplicación del test de Hamilton el 80% presento una ansiedad severa; y un 20%, una ansiedad moderada. El tests de Stai de ansiedad rasgo presento un 30%, leve un 30% moderada, un 40%, grave y ansiedad estado un 30% leve, un 10%, moderada, un 60% grave.

La segunda aplicación del test de Hamilton revelo niveles moderados de ansiedad en un 60%; un 20%, leve; y un 20%, severa. El retest de Stai rasgo demostró que el 40%, de los pacientes obtuvo niveles leves de ansiedad el 30%, grave; y el 30%, moderada, por otra parte cabe anotar que el retest de estado de Stai nos presenta un 60%, de ansiedad leve, un 30%, de ansiedad moderada un 10%, de ansiedad grave y tan solo un 10%, de ansiedad severa. Contrastando con la primera aplicación, se notó una clara disminución de la ansiedad luego de las intervenciones psicoterapéuticas realizadas.

Esta terapia sirvió, adicionalmente para fortalecer varias áreas como: autoconcepto, asertividad, empatía, identificación de los pensamientos distorsionados, afrontamiento del estrés.

Los resultados expuestos demuestran una disminución significativa, a nivel sintomático de la perturbación psicológica generada por las fluctuaciones en su estado de ánimo mediante el proceso psicoterapéutico y el manejo de los conflictos personales y familiares que se presentan en cada uno de los pacientes

5.4.2 Presentación de casos cualitativos de resultados.

Se expondrá brevemente uno de los casos, la manera como se manejó los fenómenos de la relación la propuesta psicoterapéutica, y diversas técnicas las mismas que están encaminadas a la disminución de los síntomas ansiosos, que se producen en el trastorno afectivo bipolar.

La presentación del caso seguirá un esquema de tres fases en el proceso psicoterapéutico (evaluación, planificación, ejecución) en la etapa de valoración se enfatiza en el discurso del paciente, el escogimiento de las diversas estrategias terapéuticas adecuadas del caso, en las intervenciones, se detalla con mayor precisión el abordaje desde diversos contextos sintomáticos, de personalidad, y del problema, donde se valora el cumplimiento de los objetivos anteriormente propuestos, las variables psicológicas mediante cuestionarios, a continuación un análisis de caso, a cada paciente que forma parte de esta investigación.

A continuación y como anexo se incluirán todos y cada uno de los casos que fueron objeto de la investigación realizada.

GUÍA No. 1

**FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS**

No......

DATOS INFORMATIVOS

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombres: NN

Lugar y fecha de nacimiento: 5 de marzo de 1981

Edad: 30 años

Número de hijos: ninguno

Residencia actual: Chunchi, Provincia del Chimborazo

Sexo: Masculino

Raza: Mestiza

Estado Civil: Soltero

Instrucción: Secundaria Incompleta

Religión: Católica

Procedencia: Chimborazo

Información: Directa

Fecha de ingreso: 03-08-2012

Tipo de consulta: Ambulatorio.....
 Hospitalizado... X....

DEMANDA

Explícito : Paciente refiere que ingresa a esta casa de salud, por voluntad propia acompañado de su madre y tía por presentar, dificultades para dormir, agitación psicomotriz, aduce que quiere cambiar su comportamiento, ya que le ha traído varios conflictos sociales como iniciar riñas callejeras, robar, dificultad para relacionarse y adaptarse, por lo que es ingresado para que reciba tratamiento farmacológico y psicológico para su enfermedad, se muestra durante la entrevista, ansioso, con ideas de grandeza, ánimo expansivo, verborreico, con agitación psicomotriz y fuga de ideas.

Implícita: Paciente ansioso, con ánimo exaltado, tono de voz elevado, refiere ideas de grandeza y se siente incapaz de afrontar las exigencias familiares.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES (BIOGRAFIA)

Paciente proviene de una familia de 3 hermanos, paciente que ocupa el segundo lugar

PAPÁ: NN de 42 años, trabaja en máquinas de construcción, mantiene una relación distante con el paciente.

MAMÁ: NN de 47 años, mantiene buenas relaciones comunicativas y afectivas con la paciente.

HERMANA: NN, casada dos hijos mantiene buenas relaciones comunicativas y afectivas con el paciente.

PACIENTE: NN, soltero, desocupado, mantiene buenas relaciones comunicativas y afectivas con su familia.

HERMANA: NN de 23 años soltera, mantiene malas relaciones comunicativas y afectivas con el paciente.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Resultado: ansiedad moderada

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

Resultado: depresión moderada

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI MODIFICADO

Puntúa para rasgos de personalidad: Antisocial

PSICOANAMNESIS ESPECIAL

Factores predisponentes

Separación de los padres.

Falta de figura paterna.

Falta de identificación con el rol paterno.

Factores determinantes

Salida del país.

Grupo social donde se desenvuelve (amigos).

Factores desencadenantes

Falsas promesas por parte de su progenitor.

Consumo exacerbado de energizantes (Biocross)

INVENTARIO DE ANSIEDAD STAI.

ANSIEDAD ESTADO: ANSIEDAD MODERADA

ANSIEDAD RASGO: RASGO ANSIOSO

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En el proceso de la entrevista y mediante observación pude constatar los siguientes rasgos de personalidad: paciente exaltado, intranquilo, sociable, con sentimientos de grandiosidad, adulator, con agitación psicomotriz, acaticia, verborreico, ansioso, demandante, presenta comportamientos estereotipados como cambiarse de ropa cada 15 a 20 minutos.

- **DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL**

- Eje I: F10.2 dependencia de alcohol; en la actualidad en abstinencia en entorno controlado; Trastorno Bipolar I.
- Eje II: Rasgos Histriónicos
- Eje III: No refiere
- Eje IV: Conflictos sociales, familiares y sociales.
- Eje V: EEAG 48 %

CONCLUSIONES DIAGNÓSTICAS.

- Rasgos de Personalidad Histriónicos
- Afecto lábil con tendencia a la exaltación de su Estado de Animo
- Sentimientos de grandiosidad
- Comportamientos estereotipados
- Inestabilidad emocional

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Inciertos

GUÍA No.2
ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL
INICIO DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA

ORIGEN		DEMANDA	
Paciente	X	Explícita (manifiesta)	x
Familiar	X	Implícita (latente)	
Profesional	X	TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	x
		Personalidad	x

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas	x
Complacencia a familiares y allegados	x
Remisión de otros profesionales (centro)	X
Exigencia de status	
Curiosidad	
Otras	

TERAPEUTA	
Vocación de ayuda	X
Adquisición de experiencia	X
Fenómenos contra-transferenciales	
Factores económicos	
Obligación institucional	X
Otros	

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	
Afán de ayuda de familiares	X
Sentimientos de ayuda de amigos	
Experiencias previas de familiares	X
Exigencias familiares	X
Engaño de familiares	
Exigencias institucionales	
Intereses institucionales	
Otros	

GUÍA No.3
TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

ENTREVISTA DE PSICO-DIAGNÓSTICO	
Recolección de datos de acuerdo al centro (CRA)	x
ENTREVISTA DE CONSULTA	
ENTREVISTA ÚNICA	
INICIO DE PROCESO TERAPÉUTICO	x

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	S I	N O	¿POR QUÉ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	x		El paciente se sintió comprendido desde la primera sesión hablo sin problema alguno.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	x		.No existió inhibición ya que el paciente se encontraba expansivo.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	x		Debido a la exaltación de su estado de ánimo ya los cambios en su comportamiento, y a ciertos criterios que cumple según el DSM IV como diagnóstico formal sería un Trastorno Afectivo Bipolar F31
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	X		Se puede observar debido al interés que tiene el paciente en las sesiones terapéuticas.

¿Se sintió comprendido en su problema?	X		El paciente dice que ya ha conversado de su problema muchas veces pero que no tiene dificultad de contar ya que se siente totalmente comprendido por el personal del centro.
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?	X		Ya que el paciente sabe que necesita ayuda profesional porque muchas de las veces no recuerda su comportamiento anterior.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		Rasgos de personalidad histriónico
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		
¿Se produjo desinhibición emocional?		x	
¿Se identificaron componentes de resistencia?	X		
¿Se identificaron componentes de transferencia?	X		El paciente empezó a comentar todo lo que le había pasado.

GUÍA No.4
SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES
BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	No refiere
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	Falsas promesas por parte de su progenitor. Consumo exacerbado de energizantes (Biocross)
Atribución psicológica del trastorno	Locus externo atribuye su problema al consumo de energizantes

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Estilos cognitivos según la personalidad	Fuga de ideas Falta de placer en sus actividades Cambios en su estado de animo
Rasgos potenciadores y limitantes	
Características del paciente	Paciente que presenta oscilaciones en su estado de ánimo

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	sí x	No
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social)	sí x	No
Requiere intervención	Individual	X
	De pareja	
	Familiar	Con sus familiares
	Grupal	
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso?	Falta de adherencia al proceso terapéutico.	

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

2. Descripción de la Personalidad

En el proceso de la entrevista y mediante observación pude constatar los siguientes rasgos de personalidad: paciente exaltado, intranquilo, sociable, con sentimientos de grandiosidad, adulator, con agitación psicomotriz, acaticia, verborreico, ansioso, acercamiento social cómodo, desinhibición, demandante, presenta comportamientos estereotipados como cambiarse de ropa cada 15 a 20 minutos.

3. Señalamiento de Objetivos

3.1 Con relación a la sintomatología:

Disminuir la sintomatología ansiosa

Disminuir los pensamientos automáticos: pensamiento polarizado, falacia de control.

Disminución de sus síntomas de ansiedad mediante diversas técnicas

3.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

La Participación de las diversas terapias grupales, socialización con el grupo de pares durante su internamiento.

Corregir distorsiones cognitivas, y pensamientos irracionales.

Enseñar estrategias del control de sus impulsos

Trabajar en autoconocimiento, resiliencia, asertividad.

4. Señalamiento de Técnicas

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un

acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico, disminuyendo el nivel de depresión.

- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología ansiosa.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que la paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.
- **Resolución del Duelo no resuelto.**

GUÍA No. 6
EVOLUCIÓN
EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Fecha	Evolución	Actividad
18 de Agosto de 2012	Se aprecia un paciente con facies que denotan tristeza y malestar subjetivo, tendencia al llanto fácil	Entrevista clínica Interrogación Reflejo de sentimientos
24 de Agosto Del 2012	. Se aborda el tema de la enfermedad, concientización al paciente mediante una psicoeducación de vídeos acerca de su problemática actual, y que Luis logre identificar los diferentes Estados de Ánimo. Se logra trabajar acerca de sus distorsiones cognitivas en cuanto a su enfermedad y a las consecuencias de la misma.	Ayudar al paciente a convivir con una enfermedad crónica, mejorar su calidad de vida y habilidades para afrontar las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros, con el objetivo de disminuir así el impacto en el funcionamiento psicológico, cognitivo, físico, emocional y social, Se trata de modificar las percepciones sobre la disrupción que genera la enfermedad en sus vidas.
29 de agosto Del 2012	Se le proporciona estrategias de afrontamiento para las situaciones vitales estresantes, se le proporciona diversas Técnicas entre las cuales podríamos citar el	Trabajar acerca de las situaciones que pueden plantearse en la vida diaria del paciente, como el daño en las relaciones interpersonales, o los sentimientos de vergüenza o culpabilidad generados tras los trastornos conductuales.

	entrenamiento de relajación con visualización, la Técnica de Respiración profunda mediante la utilización de la funda de papel, practicar un plan de afrontamiento específico y formular un plan de recaídas. Luis aun comparte sus vivencias pero carece de una reflexión acerca de su problema, indicando que es parte de su personalidad el hecho de cambiar de un estado de ánimo a otro, mencionando que todos a lo largo de nuestra vida a travesamos por una serie de cambios y él se encuentra en uno de esos.	
2 de Septiembre 2011	Desarrollo. Se le ofreció información al paciente acerca de la naturaleza y causas de los trastornos psiquiátricos, en cuanto a la parte cognitiva se trabajó en racionalización acerca de las razones claras para buscar y conservar un tratamiento.	Desarrollar durante una sesión de aproximadamente 45 minutos una actividad en la cual el paciente pudo observar un vídeo en el cual se habla acerca de la enfermedad de la bipolaridad, con claros ejemplos, acerca de los síntomas y sobretodo acerca de los daños que esta enfermedad puede causar tanto a nivel familiar, social y económico.

	Se le entrego mecanismos para adquirir habilidades eficaces de autocontrol, como manejar con eficiencia los estresantes, e identificar señales de alerta de nuevos periodos.	
4-de-septiembre	Con la presencia del médico tratante se procedió a trabajar acerca de la utilización de la farmacología, la importancia de la misma, los efectos secundarios, y se logró que adquiriera un a adherencia al tratamiento y sobretodo una aceptación de la misma se pudo observar un paciente más consciente y que presenta una aceptación de su enfermedad.	Se aborda el tema del incumplimiento farmacológico y de los efectos nocivos tanto del incumplimiento total, como parcial, de la medicina, Se mejora el conocimiento de los psicofármacos empleados y de sus efectos secundarios más comunes, con el objetivo de reducir los abandonos.
05 sep 2012	La lógica es que es mucho más fácil hacer auto intervenciones exitosas antes de que se manifieste por completo en toda su magnitud. En esta Terapia Luis debe procurar identificar síntomas tempranos asociados a las siguientes áreas; Anímica,	. Habilidades Básicas: Identificar las primeras señales de Alarma, de un episodio inminente.

	conductual, cognitiva y de cambios somáticos, para lo cual se le brindo la Grafica Anímica de Basco y Rush (1996)	
06-sep-2012	la agenda debe fijarse en colaboración con el paciente, como mencionamos anteriormente el primer punto será el verificar el estado del paciente en el momento de la sesión, generalmente se pide a los pacientes una medición de su estado de ánimo, como segundo punto será la revisión de las tareas de Intercesión como tercer punto seria iniciar estrategias útiles para alcanzar una meta de la terapia, esto podría ser como la introducción de una habilidad especifica que necesita aprenderse, o la práctica continua de una habilidad cuyo aprendizaje ya se inició. De cierta manera la agenda también va a ayudar a hablar más acerca de algún suceso	Informar al paciente acerca de que la principal ventaja es emplear mejor el tiempo disponible, al elaborar una agenda la misma que nos ayudara a identificar el estado de Luis en el momento de la sesión.

	periodo de la vida del paciente ayudándole al Luis a poder expresar lo que no comento en las sesiones grupales existiendo así una catarsis por medio de este. Al finalizar la sesión Luis se encuentra en condiciones de realizar un resumen de la sesión y anotarla en la agenda el terapeuta también debe dedicar unos minutos para comentar acerca de los avances de la terapia.	
07-sep-2012	Esto permite a Luis experimentar con mayor fidelidad la relación entre su evaluación de situaciones particulares y sus sensaciones y pensamientos en un momento particular.	: Habilidades Básicas: Registrar los pensamientos “No Útiles”
10-sep-2012	Información acerca de las características generales sobre los tipos de personalidades y aplicación de un test de personalidad. Aplicación de diversas técnicas para que Luis se de cuenta de	Psi coeducación sobre su personalidad.

	su Trastorno del estado de Ánimo, y lo que su rasgos de la personalidad le podrían llevar hacer, en cuanto a la falta de concientización de sus actos.	
11-sep-2012	Aprender a respirar adecuadamente para lograr un control del propio cuerpo y de las sensaciones del mismo, a continuación debe imaginar situaciones placenteras para traerlas a la realidad de Luis. En esta sesión terapéutica aprendió a respirar de una mejor manera, para lograr relajar su cuerpo sobre todo en momentos de ansiedad. De la misma manera se le enseñó mediante un método de relajación a tensionar y a aflojar el cuerpo con el objetivo de que aprenda a manejar de una manera más óptima sus sensaciones corporales. Se realizó trabajos de visualización, en el que con el paciente se trataron	Técnicas de Respiración. Técnicas de Tensionar y Aflojar el Cuerpo Técnica de Visualización

	temas que les causaba malestar y que son fundamentales para su estabilidad integral.	
12-sep-2012	El modelo cognitivo plantea que las intervenciones crean cambios en pensamientos o comportamientos incluso se menciona que tienen un efecto reciproco en los sentimientos. Se emplearon diversas intervenciones conductuales para asistir en retardar las acciones impulsivas en las fases maniacas e hipomanicas	Mecanismos de acción: cognitivo-conductual
13-sep--2012	De acuerdo al programa de intervención con familias desarrollado en el CRA, se procedió a dar una charla acerca de el “Rol de la familia en el Trastorno Bipolar” la misma que tuvo una duración de aproximadamente una hora y treinta y fue dirigida a todos los familiares de los pacientes internados, y entre los	El tratamiento con apoyo familiar del trastorno bipolar destaca la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades de comunicación y la práctica de habilidades de comunicación y la práctica de habilidades de resolución de conflictos entre los miembros de la familia.

	cuales se encontraron los familiares de los pacientes a los cuales se les realizo la intervención psicoterapéutica. La premisa principal del tema a tratar se baso es que al reducir el estrés en el ambiente familiar se retardan, minimizan o incluso previenen las recurrencias del Trastorno Bipolar.	
14-sep-2012	Cierre del proceso	Evaluación Final

GUÍA No. 7
FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA
CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD		TRANQUILIDAD
	SI x	NO	SIx NO
Elementos accesorios	DESCRIBIR		EFEECTO NEGATIVO
			Intranquilidad del paciente.
Grabación de las sesiones	SI	NO x	EFEECTO
	Tipo de grabación		
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR		EFEECTO
	Bis a bis	x	
	Diván		
	ChoisseLone		
	Diagonal		
	Sin escritorio		
	Otro		

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Capacidad ejecutiva					X
Pensamiento teórico-abstracto				X	
Potencialidad analítico-sintética				X	
Creatividad					X
Intuición				X	
Perspiciacia				X	
Flexibilidad				X	
Fluidez verbal					X

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente					X
Valores de solidaridad				X	
Equilibrio psíquico				X	
Capacidad de comunicación y relación interpersonal				X	
Capacidad empática				X	
Integridad ética				X	
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada				X	
Resiliencia apropiada					X
Proactividad			X		

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo					X
Capacidad para tomar decisiones en consenso				X	
Disciplina grupal e individual				X	
Capacidad de liderazgo					X

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE

	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento				X	
Factores cognitivos				X	
Nivel de integración de la personalidad				X	
Tipo y características de personalidad		X			
Capacidad de respuesta emocional			X		
Flexibilidad			X		
Locus de control interno			X		

FENÓMENOS AFECTIVOS

RAPPORT	(0 – 5)
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	5
Inicié la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos	4
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente	5
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales	5
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente	5

EMPATÍA	
Tuve sintonización con los afectos del paciente	5
Demostre comprensión de los afectos	5
Controlé la distancia emocional	4

RESISTENCIA		
Mecanismos de defensa predominantes Represión, anulación.		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Respetando sus valores y creencias personales	X	
Evitando riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones	X	
Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos		X
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia	X	

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X
Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		X

Manifestaciones vegetativas		X
Gestos autodirigidos		X
OTROS		
Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas	X	
Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X
Verbalizaciones directas de las emociones	X	
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta	X	
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		
Frecuencia de sesiones	X	
Duración de sesiones	X	
Modificación de los temas de discusión		X
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		
Estrategia utilizada: dialogo socrático.		
Derivación del paciente a otro terapeuta	X	

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X
Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X

Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X
Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X
Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO					
Asesoramiento		Psicoterapia		X	
OBJETIVOS ESTABLECIDOS					
Asesoramiento		Sintomáticos	X	De personalidad	X
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS					
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)					
Paciente		Lograr una aceptación de su enfermedad.			
Familiares		Adherencia a la psicoterapia familiar			
Terapeuta		Haber logrado una psicoeducación adecuada para la aceptación de su enfermedad y la necesidad de un tratamiento.			

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Psicoeducación, acerca de su enfermedad	5
Sintomáticas	Mediante el uso de la psicofarmacología, se disminuyó los síntomas ANSIOSOS	5
De personalidad	Relacionarse y unirse al grupo le creó mayor socialización y participación,	4

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

INTERROGANTES AL FINALIZAR EL PROCESO

		SI	NO	¿POR QUÉ?
Finalización del proceso			X	El proceso continua en curso.
Cumplimiento de expectativas	Paciente	x		Paciente acude a consulta externa, tanto médica como psicológica.
	Familiares	x		Adherencia al tratamiento
	Instituciones			
	Otros			
	Terapeuta			Búsqueda de la sintomatología de la paciente
Tratamiento mixto		X		
Derivación del paciente a otro profesional			X	
Deserción del paciente			X	

Planificación del proceso

e.1 Objetivo General.

Disminuir la ansiedad en pacientes Bipolares por medio del proceso psicoterapéutico mediante terapia individual.

e.2 Objetivos Específicos.

- Disminuir la sintomatología ansiosa.
- Disminuir comportamientos adaptativos.
- Flexibilización de los rasgos de personalidad.
- Promover el insight.
- Promover el desarrollo personal.
- Resolver conflictos interpersonales.
- Asesoramiento para la resolución de conflictos interpersonales.

Primera sesión

Objetivo: Disminuir la sintomatología ansiosa.

Al iniciar la sesión se discuten los objetivos terapéuticos. Se aborda el tema de la enfermedad, concientización mediante una psicoeducación de vídeos acerca de su problemática actual, identificación de los diferentes estados de ánimo. Se logra trabajar acerca de sus distorsiones cognitivas en cuanto a su enfermedad y a las consecuencias de la misma. Paciente que se mostró consciente, orientado colaborador, muestra un estado de ánimo expansivo se valora acerca de la información que tiene acerca del trastorno afectivo bipolar, al parecer carece de información presenta una falta de aceptación a su enfermedad recalándonos que no sabe por qué se encuentra interno, y que tampoco sabe cuál es la intención de esta reunión.

Se procede a introducir al paciente en un proceso psicoeducativo brindando información acerca del trastorno afectivo bipolar su concepto y sus posibles causas, métodos

diagnósticos. Al finalizar la sesión el paciente fue capaz de saber distinguir sus estados de ánimo, se le proporciono material bibliográfico.

Segunda sesión

Objetivo: Asesorar para la resolución de conflictos interpersonales

Se inicia con una recapitulación de lo abordado en la cita anterior, y se complementa la tarea psicoeducativa de la sesión anterior, se acogen las dudas se resuelve en la sesión

Se Trabaja acerca de las situaciones que pueden plantearse en la vida diaria, como el daño en las relaciones interpersonales, o los sentimientos de vergüenza o culpabilidad generados tras los trastornos conductuales. Se le proporciona estrategias de afrontamiento para las situaciones vitales estresantes, se le proporciona diversas técnicas entre las cuales podríamos citar el entrenamiento de relajación con visualización, la técnica de respiración profunda mediante la utilización de la funda de papel, practicar un plan de afrontamiento específico y formular un plan de recaídas.

Luis aun comparte sus vivencias pero carece de una reflexión acerca de su problema, indicando que es parte de su personalidad el hecho de cambiar de un estado de ánimo a otro, mencionando que todos a lo largo de nuestra vida a travesamos por una serie de cambios y él se encuentra en uno de esos.

Tercera sesión

Objetivos: Promover el desarrollo personal

Paciente se muestra consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, en la actualidad presento ánimo deprimido, ansiedad moderada, refiere dificultades para dormir, se encuentra en capacidad para reconocer su estado de ánimo.

Se le ofreció información al paciente acerca de la naturaleza y causas de los trastornos psiquiátricos, en cuanto a la parte cognitiva se trabajó en racionalización acerca de las razones claras para buscar y conservar un tratamiento.

Se le entrego mecanismos para adquirir habilidades eficaces de autocontrol, como manejar con eficiencia los estresantes, e identificar señales de alerta de nuevos periodos.

Comparte sus vivencias pero carece de una reflexiona acerca de su problema, racionaliza acerca de las causas de su trastorno, y se trabaja en la necesidad de encontrar la adherencia al tratamiento farmacológico.

Cuarta sesión

Objetivos: Disminuir de comportamientos desadaptativos.

Se presentó orientado, refiere una mejoría significativa, continuando con el proceso cognitivo, se practicó el debate racional emotivo lo que permitió comprobar que aun presenta irracionalidad de sus pensamientos, se logró eliminarlos para reemplazarlos por otros. Se aborda psicoterapéuticamente acerca de sus conductas inadecuadas sobretodo dentro de su hogar, motivo por el cual se procede a trabajar en la detección de pensamientos automáticos a de sus delirios de grandeza, posee poca capacidad asertiva.

Quinta sesión

Objetivos: Asesorar para la resolución de conflictos.

Se aborda el tema del incumplimiento farmacológico y de los efectos nocivos tanto del incumplimiento total, como parcial de la medicina, Se mejora el conocimiento de los psicofármacos empleados y de sus efectos secundarios más comunes, con el objetivo de reducir los abandonos. Con la presencia del médico tratante de Luis se procedió a trabajar acerca de la utilización de la farmacología, la importancia de la misma, los efectos secundarios, y se logró que Luis adquiriera un a adherencia al tratamiento y sobretodo una aceptación de la misma se pudo observar un paciente más consciente y que presenta una aceptación de su enfermedad.

Sexta sesión

Objetivos: Promover el insight

En esta sesión se va a proceder a informar al paciente acerca de que la principal ventaja es emplear mejor el tiempo disponible, al elaborar una agenda la misma que nos ayudara a identificar el estado de Luis en el momento de la sesión la agenda el primer punto será el verificar el estado de Luis en el momento de la sesión, y se le pide una medición de su estado de Ánimo, como segundo punto se inicia De cierta manera la agenda también va a ayudar a hablar más acerca de algún suceso periodo de la vida ayudándole al Luis a poder expresar. Al finalizar la sesión Luis se encuentra en condiciones de realizar un resumen de la sesión y anotarla en la agenda el terapeuta también debe dedicar unos minutos para comentar acerca de los avances de la terapia.

Séptima sesión

Objetivos: Disminuir de la sintomatología ansiosa.

Paciente que en esta sesión se muestra consciente, orientado. Se puede observar que sus estados de ansiedad han disminuido notablemente incluso en cuanto a su gesticulación se le puede observar menos expresivo. En esta sesión se hará la relajación la misma que se basa en la técnica muscular de Jacobson, para lo cual se enseñó a relajar voluntariamente los músculos de su cuerpo que ayudara a disminuir sus síntomas ansiosos. Una vez culminada la sesión se puede observar un paciente más tranquilo, menciona que en la actualidad, sabe controlar sus estados, ansiedad y menciona que esta técnica incluso le va a permitir descansar de una mejor manera y le ayudara a conciliar un sueño más placentero.

Octava sesión

Objetivos: Disminuir de la sintomatología ansiosa.

Luis refiere una aceptación de su enfermedad menciona que al ver los videos y al escuchar a los médicos acerca de su enfermedad está en capacidad de distinguir los síntomas y de

poder identificar sus diversos estados de ánimo, se fortalecen las estrategias cognitivas adquiridas, permitiendo que ejemplifique ejemplos acerca de sus distorsiones y como en la reestructura, se encontró que Luis realiza un buen ejercicio y que es capaz de poner en práctica la técnica empleada.

Novena sesión

Objetivos. Disminuir los comportamientos desadaptativos.

El objetivo de esta sesión se basa en aprender a respirar adecuadamente para lograr un control del propio cuerpo y de las sensaciones del mismo, a continuación debe imaginar situaciones placenteras para traerlas a la realidad. En esta sesión terapéutica aprendió a respirar de una mejor manera, para lograr relajar su cuerpo sobre todo en momentos de ansiedad. De la misma manera se le enseñó mediante un método de relajación a tensionar y a aflojar el cuerpo con el objetivo de que aprenda a manejar de una manera más óptima sus sensaciones corporales. Se realizó trabajos de visualización, en el que con el paciente se trataron temas que les causaba malestar y que son fundamentales para su estabilidad integral.

Décima sesión

Objetivos: Promover el desarrollo personal

De acuerdo al programa de intervención con familias desarrollado en el CRA, se procedió a dar una charla acerca de “Rol de la familia en el Trastorno Bipolar” la misma que tuvo una duración de aproximadamente una hora y treinta y fue dirigida a todos los familiares de los pacientes internados, y entre los cuales se encontraron los familiares de los pacientes a los cuales se les realizó la intervención psicoterapéutica. La premisa principal del tema a tratar se basó en que al reducir el estrés en el ambiente familiar se retardan, minimizan o incluso previenen las recurrencias del Trastorno Bipolar.

Décima primera sesión

Objetivos: Asesorar para la resolución de conflictos.

Registrar los pensamientos “No Útiles” Esto ayuda a experimentar con mayor fidelidad la relación entre su evaluación de situaciones particulares y sus sensaciones y pensamientos en un momento particular.

En esta sesión refiere acerca de que estas distorsiones de pensamiento incluso se ven involucradas hasta de una distorsión valorativa y muy ansiogenicas como en ocasiones refería “soy mejor que nadie” manifiesta que le parece muy interesante esta técnica ya que le va a ayudar a suavizar su autoevaluación exagerada sobre sí mismo

Décima segunda sesión

Objetivos: Promover el desarrollo personal.

Paciente estable tranquilo colaborador, se realiza la entrevista abierta mediante la cual se dio cierre al proceso, se revisó el cumplimiento de los objetivos se expresó satisfacción de ambas partes, se brindó el espacio para que Luis exprese los sentimientos al respecto. Se plantean metas a mediano y largo plazo, se le envía material bibliográfico.

Conclusión del caso

Paciente que tras el diagnóstico de su enfermedad, presento una negación de la misma. Refería síntomas ansiosos, en ocasiones ideas megalomanas, lo que generaba fuertes conflictos tanto dentro de su núcleo familiar como de su contexto laboral. Presentaba problemas con la conciliación del sueño, no aceptaba su condición médica. Durante el inicio del proceso psicoterapéutico se pudo observar que presentaba resistencia a las sesiones, y un componente paranoide lo que dificultaba en ocasiones el desarrollo de las mismas; al transcurrir el tiempo y luego que identifica los componentes de su padecimiento cambió de actitud, incluso con su familia. Refería el sentirse motivado y comprendido. Durante el proceso desarrolló gran confianza en él, debido a las diversas

técnicas terapéuticas empleadas, luego presentó un mejor autocontrol. Redujo sus síntomas ansiosos y depresivos, promovió de manera adecuada su desarrollo personal, identifico los rasgos de su personalidad, y disminuyo sus comportamientos desadaptativos. Al finalizar las sesiones se logró la aceptación de su enfermedad para continuar con su tratamiento y el uso de las técnicas ejecutadas las mismas que van de acorde a los objetivos propuestos.

5.5 Conclusiones generales

Es reconfortante experimentar cómo en el transcurso de este tiempo se ha ido cumpliendo las metas durante este periodo, con el objetivo de disminuir paulatinamente los síntomas ansiosos de los pacientes entrevistados, teniendo en cuenta que en la mayoría de casos todos los pacientes empezaron con niveles elevados de ansiedad, la misma que es generada por la enfermedad la que padece el paciente, en la cual se ve afectada la familia, Cabe destacar la inclusión que se pudo realizar de estas mediante diversas técnicas sistémicas.

Tanto la terapia de grupo como la terapia individual y la farmacología son beneficiosas, pues permiten que los pacientes expresen sus sentimientos de forma libre, las técnicas fomentaran la aceptación de su enfermedad, distinguirla, saber identificar los estados de alarma y afrontar mediante su empleo

Se integró a la familia y se les dio a conocer diferentes realidades, se les brindo estrategias de afrontamiento, psicoeducación, para que puedan apoyar e incluso ayudar al paciente a contrarrestar esta enfermedad.

Los tests (Hamilton-Stai), sirvieron notablemente para la detección y diagnóstico de los niveles de ansiedad de los pacientes internados en el Centro de Reposo y Adicciones. por lo tanto se podría decir que es un excelente elemento para identificar posibles crisis y tratarlos a tiempo.

Los resultados fueron beneficiosos en todos los casos tratados. En la primera aplicación del test de Hamilton el 80% presentó una ansiedad severa; y un 20%, una

ansiedad moderada. El test de Stai de ansiedad rasgo presentó un 30%, leve; 30%, moderada; un 40%, grave; y ansiedad estado, 30%, leve; 10%, moderada; Y 60%, grave.

La segunda aplicación del test de Hamilton reveló niveles moderados de ansiedad en un 60%; 20%, leve; y 20%, severa. El retest de Stai rasgo demostró que el 40%, de los pacientes obtuvieron niveles leves de ansiedad; el 30%, grave; y el 30%, moderado. Por otra parte, cabe anotar que el retest de ansiedad estado de Stai nos presenta un 60%, de ansiedad leve; 30%, moderada; 10%, grave; y tan solo un 10%, severa. Contrastando con la primera aplicación, se notó una clara disminución de los síntomas luego de las intervenciones psicoterapéuticas realizadas.

Esta terapia sirvió, adicionalmente para fortalecer varias áreas como: autoconcepto, asertividad, empatía, identificación de los pensamientos distorsionados, afrontamiento del estrés, etc., incluso a desarrollar ciertos factores psicosociales.

La adherencia al tratamiento fue fundamental a lo largo de la terapia, dado que al inicio mostraban ciertos mecanismos de defensa como la negación, la resisitencia. En general, los pacientes con trastorno con afectivo bipolar debe tener psicoterapia con el fin de lograr un mejor manejo del cuadro clínico, perfeccionar la introspección que ayuda a actuar sobre los problemas de base. Como se ha visto en el transcurso de esta investigación se realizaron diversas intervenciones, las mismas que fueron de interés de los pacientes. A modo de conclusión la terapia aplicada se fundamentó en las bases de la psicoterapia cognitiva-conductual la que se utilizó para modificar las cogniciones negativas, nos ayudó a educar al paciente para que tenga comportamientos más adaptativos. Otra terapia utilizada que ayudó a mejorar los patrones de convivencia y de adaptación familiar, y de aceptación de su enfermedad. Se realizó psicoeducación que fue basada en la reducción de episodios maníacos, hipomaniacos, y mixtos teniendo en cuenta que el paciente luego de la intervención psicoterapéutica fue capaz de identificar los estados de alerta. Por otro lado, el entrenamiento en relajación sirvió para disminuir la actividad fisiológica, tensión muscular y, por ende, existió cambios a nivel de afrontamiento del estrés que les producía su enfermedad de modo positivo.

Recomendaciones

Dado que el Trastorno Afectivo Bipolar afecta tanto al deterioro físico, emocional y social del paciente, abarca graves y profundos conflictos psicológicos, lo que agudiza el cuadro sintomático, la falta de aceptación paciente que sufre un Trastorno Afectivo Bipolar deberá ser evaluado y diagnosticado mediante un equipo multidisciplinario, debido a que el ser humano constituye una unidad indisoluble, cuyos componentes se encuentran profundamente integrados e interactuando unos sobre otros.

Es recomendable ampliar la intervención psicoterapéutica continuando en el proceso, con el propósito de reforzar el tratamiento, el mismo que deberá ir dirigido a la familia y a la evaluación del progreso sintomático.

Un diagnóstico precoz, propicia la buena adherencia al tratamiento, junto con una buena higiene mental. Hay que luchar contra la estigmatización de las personas que poseen problemas psicológicos para fomentar los abordajes en el campo de salud mental.

Los distintos trastornos psicológicos que la sociedad presenta se hacen más frecuentes, es importante que la sociedad conozca de estas enfermedades, sobre todo, porque debe existir una cultura de prevención de las enfermedades físicas y psicológicas, sobre todo para que la gente, entienda cuál es la situación que enfrenta y poder dar una solución y un tratamiento digno para el afectado.

A modo de recomendación y de manera general cabe acotar que todo paciente con Trastorno Afectivo Bipolar debe realizar psicoterapia con el fin de lograr un mejor manejo del cuadro clínico, mejorar la introspección, el modelo de interacción y actuar sobre los problemas de base.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2003). DSM-IV TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Balarezo. (1995). Psicoterapia (2da. Ed.) Ecuador: Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Fernández Álvarez, Héctor. (2005). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia (1era. Ed. 2da reimp.). Argentina: Editorial Paidós.
- Toro, Ricardo; Yepes, Luis. (Editores). (2004). Psiquiatría (4ta ed.) Colombia: fondo Editorial CIB.
- ReserWlarry, P. Trastorno Bipolar. (2006) (1era Ed.). México el Manual Moderno.
- Chinchilla Moreno, A. (2011) La Depresión y sus Máscaras: Aspectos Terapéuticos (1era Ed) Editor Panamericano.
- Black y, Donald y Andreasen. (2010) (1era Ed) Buenos Aires: Medicina Panamericana.
- Gómez Restrepo; Hernández Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo (2008) Psiquiatría Clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos (3ª. Ed) Bogotá.
- Vallejo Ruilova, J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. (1980) (5 Ed.) Barcelona.
- Colom Marañón, B. Roberto. Psicología de las Diferencias Individuales Teoría y Práctica. (1998) (1era Ed) Madrid.
- J Bobes; Portilla, Bascaran; Saiz, Bousoño (2003). Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 3ª edición.
- Beck, Aaron; Rush, Jhon; Shaw, Brian y Emery, Gary (2003) Terapia Cognitiva, de la depresión (15ª Edición) Bilbao Editorial Desalee de Brouwer, SA

Bobes, J; Portilla, M; Bascaran, M; Saiz, P; Bousoño, M, (2004). Banco de Instrumentos Básicos para Práctica Clínica (Tercera Edición) Buenos Aires; Psiquiatría Editores. S.L.

Balarezo, Mancheno (2003). Guía para el Diagnostico Psicológico Clínico y Neuropsicológico (1ra. Ed.) Ecuador.

Vidal G.-Alarcón R.-Lolas F. (Eds). Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo II. Argentina, Editorial Médica Panamericana, 1982.

Akiskal; Colls. (2003) Manual de Psiquiatría.(2da edición)

McGraw. Hill.(2003) Manual de CTO de Medicina y Cirugía (7ma edición)

REFERENCIAS ELECTRONICAS

González Ceinos, Martha. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100013.

Andess, C. (2007) Efectividad de la intervención psicoeducativa grupal en la mejoría de la adherencia al tratamiento de los pacientes con Trastorno Bipolar.
Informe Técnicas de la investigación. Disponible en [www. Coegi. Org](http://www.coegi.org)
<http://www.ship.edu/cgboeree/introduccion.html>