



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

*Rehabilitación Psicosocial Integral
en el Trastorno bipolar*

María Serrana Aguilar Rosatti

CI: 3.717.657-5

Tutor/a: Gabriela Prieto Loureiro

Montevideo, 30 de Octubre de 2016

Índice

Resumen	2
Introducción	3
1. La enfermedad de los afectos: el Trastorno bipolar	
1.1. De las psicosis maníaco-depresivas al Trastorno bipolar	6
1.2. Constitución y estructura psíquica de la Melancolía y la Manía desde el Psicoanálisis.....	9
1.3. La Bipolaridad en la actualidad	13
1.4. Criterios diagnósticos del Trastorno bipolar	14
2. Rehabilitación Psicosocial Integral en el Trastorno bipolar	
2.1. Del diagnóstico al tratamiento del Trastorno bipolar	17
2.2. Rehabilitación Psicosocial	18
2.2.1. De las Terapias Morales a la Rehabilitación Psicosocial	19
2.2.2. Objetivos de la Rehabilitación Psicosocial	21
2.2.3. Metodología de la Rehabilitación Psicosocial	21
2.2.4. Estrategias de la Rehabilitación Psicosocial	22
2.3. Terapia farmacológica	24
2.4. Psicoterapia	25
2.4.1. Psicoeducación	27
2.4.2. Terapia cognitivo conductual	28
2.4.3. Terapia Interpersonal y del Ritmo Social	30
2.4.4. Terapia familiar focal	30
2.5. Terapia Ocupacional	31
3. Consideraciones finales	33
Referencias bibliográficas	36

Resumen

La presente monografía se propone reflexionar sobre la importancia de la Rehabilitación Psicosocial Integral como modelo asistencial comunitario, enfocado en el Trastorno bipolar, y comprobar que a través de las múltiples combinaciones terapéuticas -terapia farmacológica, psicoterapia y terapia ocupacional-, es que se logra su eficacia. Con este fin, y motivado por el vigente interés social que ha despertado en los últimos tiempos esta patología, se realizó un breve recorrido por las generalidades -históricas, estructurales y diagnósticas- del Trastorno bipolar, para luego centrarse en los aspectos psicosociales de la Rehabilitación como abordaje terapéutico integral. Su implementación, enmarcado en el paradigma bio-psico-social, es fundamental para que las personas con bipolaridad puedan lograr, y mantener en el tiempo, un nivel óptimo de funcionalidad física, psicológica y social, disminuyendo así, los riesgos de desarraigo y marginalidad a los que esta y toda patología mental está asociada. Desde este enfoque, las diversas terapias involucradas en la Rehabilitación Psicosocial Integral, procuran paliar las necesidades del sujeto en su totalidad, brindándole herramientas que le permitan integrar la bipolaridad como parte de sus vidas. De esta forma, se apunta al fortalecimiento de la autoestima y el sentido de pertenencia, que direccionan las elecciones y acciones en pos de una buena calidad de vida.

Palabras claves: Rehabilitación psicosocial – Enfoque Integral – Trastorno bipolar

Introducción

El conocimiento de la verdad, afrontar la adversidad y adaptarse al infortunio nos hacen más fuertes, más libres y, a la larga, mucho más felices.

Eduardo Vieta

La siguiente monografía titulada: *Rehabilitación Psicosocial Integral en el Trastorno bipolar* se propone, de forma reflexiva, desarrollar una síntesis de las propuestas brindadas por diversos autores, sobre la importancia de la Rehabilitación Psicosocial (en adelante RPs) como modelo asistencial comunitario eficaz para el tratamiento del Trastorno bipolar (en adelante TB). La misma está enmarcada en el trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

En *La enfermedad de las emociones: El trastorno Bipolar*, Vieta sostiene que, “Las emociones guían y modulan nuestras vidas; son nuestro motor, constituyen el impulso que nos hace ir hacia adelante,...” (Vieta, Colom, y Martínez-Arán, 2004, p.IX). Para este autor, el engranaje emocional, depende no solo de mecanismos biológicos, sino que está íntimamente ligado a factores externos, que en definitiva, son los que determinan los caminos a seguir en el día a día.

Pero, cuando el engranaje de ese motor falla y provoca que los mecanismos reguladores de las emociones se vean afectados, ¿cómo se diferencian los altibajos emocionales esperables de aquellos patológicos? Para Vinacour (2009), la respuesta está en reconocer la magnitud de la intensidad de los estados anímicos. Según este autor, cuando lo meramente emocional se desborda hacia lo pasional, se producen estados intermitentes de profunda tristeza o de excitación descontrolada, que niegan la estética de lo emocional, provocando desde su entorno rechazo y falta de empatía. Estos estados, cuando se suceden y sostienen en el tiempo, son los que conforman los episodios de inestabilidad emocional característicos del espectro bipolar.

Sobre esta misma temática, es que en el primer capítulo: *La enfermedad de los afectos: el Trastorno bipolar*, se desarrolla un breve recorrido histórico por la construcción del concepto del TB. Así como también, por los aportes psicoanalíticos

sobre su constitución estructural, seguido de su clasificación clínica y otros aspectos que se consideraron relevantes, con el fin de acercar al lector a lo que significa el trastorno.

A raíz de esta primera instancia, se destaca la importancia de identificar correctamente los síntomas, que agrupados, conforman y determinan el cuadro clínico bipolar. Para ello, Vieta y otros (2004) sostienen que ante la imposibilidad de hacer estudios médicos invasivos, el profesional de la salud debe de implementar en sus consultas, una escucha atenta de los datos suministrados por el sujeto y por su entorno familiar, que junto a su experiencia, le permita instituir un diagnóstico clínico certero que brinde “seguridad a la hora de establecer un pronóstico y un tratamiento” (p.19).

Como eje central del trabajo, en el segundo capítulo: *Rehabilitación Psicosocial Integral en el Trastorno bipolar*, se profundiza en el aspecto integral de la RPs sustentada en la tríada: terapia farmacológica, psicoterapia y terapia ocupacional. En el mismo, se hace hincapié en los beneficios que tiene el proceso rehabilitador a la hora de mantener el equilibrio emocional del sujeto.

Con respecto a este tema, los antecedentes históricos del concepto de RPs, demuestran que en sus orígenes era una práctica altruista asociada a los cuidados hospitalarios, mientras que en la actualidad, es el tratamiento (o al menos se apunta a ello), que posibilita el abordaje integral del sujeto diagnosticado con un trastorno mental. Para ello, diversas corrientes ofrecen desde sus teorías variados enfoques terapéuticos que buscan rehabilitar centrándose en mejorar la calidad de vida del sujeto diagnosticado, en promover en el mismo la aceptación de la enfermedad y por consiguiente el aprendizaje de convivir con ella, en aumentar la autoestima, en controlar el estrés, en la posibilidad de borrar recuerdos con dejos depresivos, así como también en la posibilidad de reconocer y prevenir nuevos episodios (Vieta y otros, 2004).

Además para estos autores, los procesos en RPs en el TB no solo deben de centrarse en el sujeto, dado que si bien, “es una enfermedad de una persona,...la padece toda la familia” (p.59). Es por ello, que tanto para el que sufre el trastorno como para los que integran su entorno más cercano, se ven afectados tanto afectiva como funcionalmente en sus roles, lo que produce un quiebre en la forma de vincularse. Esto

se debe, a que su estado de ánimo puede variar, y generalmente esto sucede con virajes entre manía y depresión, en un lapso de tiempo corto, desestabilizando el entorno de convivencia, así como también el laboral y social.

En lo que respecta al rol del psicólogo, dado su idoneidad en cuanto a la comprensión de las emociones, el mismo desempeña un acompañamiento-guía que se estructura a través de la escucha, sosteniendo y ayudando a equilibrar el aquí y ahora del sujeto, así como también, conteniendo e interviniendo, de forma activa, como nexo entre él, su familia y la comunidad. En definitiva, a través del abordaje de las diferentes psicoterapias, su labor propone, “eliminar o mitigar el sufrimiento de otra persona y enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana” (Zabala Baquedano, y Garrido-Landívar, 2006, p.59)

A modo de cierre en el capítulo 3, se presentan algunas consideraciones finales que intentan dar cuenta de los conocimientos adquiridos a través de la realización del monográfico. Si bien, lo que se trato de desarrollar críticamente no va más allá de un esquema básico sobre la RPs Integral en en TB, lo que si queda establecido es la necesidad de seguir investigando sobre la eficacia de los diferentes procesos rehabilitadores que forjan a la RPs Integral como modelo asistencial.

Pero para ello no hay que olvidar, que la efectividad de todo modelo requiere de la fortaleza de un servicios de salud mental comunitaria, tal como lo sostiene Hernández Monsalve (2008) que garantice, “equidad, accesibilidad, máxima calidad, continuidad de cuidados, participación de los pacientes y familiares, diversificación de respuestas asistenciales según las necesidades de los pacientes e incorporación de estrategias preventivas y rehabilitadoras en pro de la recuperación de los pacientes” (p.39).

1. La enfermedad de los afectos: el Trastorno bipolar

La bipolaridad es solo un problema de salud, como lo es una gripe o un resfrío. No es una condena, ni una condición irreversible, ni un destino irrevocable, ni una atrofia de la personalidad.

Eduardo H. Grecco

1.1. De las Psicosis maníaco-depresivas al Trastorno bipolar

Desde el psicoanálisis, García Vázquez (2001) sostiene que muchos de los cuadros psicopatológicos, enfermedades o trastornos que se presentan como “nuevas patologías”, son en realidad actualizaciones teóricas de viejas perturbaciones. Las mismas, inciden en el presente desde otro lugar, generadas culturalmente por los diversos cambios de la subjetividad.

De forma similar, la idea de reactualización de patologías planteada por esta autora, encuentra su homónimo en la Psiquiatría de la mano de Mezza (2013), a través de la especialización y espacialización secundaria de las mismas. Por ellas, los síntomas son nombrados y renombrados, eliminados, clasificados de diversas formas posibilitando la unión con otros síntomas, cambiando así su pertenencia a determinada enfermedad o cuadro clínico, permitiendo de esta manera, la proliferación de diferentes cuadros, trastornos y patologías. De esta forma, este autor explica la presencia de síntomas o síndromes antiguos dentro de múltiples y variados trastornos actuales.

En el caso del TB, sus antecedentes históricos dan sustento a dichas posturas a través de los lazos que el mismo mantiene con la psicosis maníaco-depresiva, y es por eso, que los relatos históricos de la psiquiatría moderna describen que el TB, “es el heredero directo de la enfermedad maníaco-depresiva kraepeliana” (Hernández Monsalve, 2008, p.V).

Durante el siglo I a.C., Hipócrates a través de la teoría de la influencia de los Humores, fue el primero en comprender, de forma independiente, los cuadros de manía y melancolía, mientras que tres siglos más tarde (siglo II d.C.), el médico griego Areteo de Capadocia confirmó (manteniendo como base la teoría hipocrática) que, tanto la manía como la melancolía son manifestaciones diferentes de una misma entidad nosológica. Hernández Monsalve (2008) sostiene, que bajo el término manía se rotulaba a todos aquellos estados mentales o de comportamiento que mostraban cierta exaltación psicomotriz, agitación o violencia, mientras que la melancolía abarcaba los cuadros que presentaban inhibición, abatimiento y tristeza. El término melancolía se mantuvo vigente en la medicina occidental, sustentado en esta teoría, hasta aproximadamente el siglo XIX, a partir del cual se reemplazó por el término *depresión*.

A partir del siglo XVIII, según este autor, comienzan a aparecer los primeros análisis científicos en los que se relaciona la manía y la melancolía. Los mismos, vienen de la mano de Pinel y Esquirol, los cuales consideran ambas enfermedades independientes pero alternantes. Entre 1851-1854, con Falret y Baillenger se produce un re-direccionamiento de estas consideraciones. Por un lado, Falret fue el primero en describir que la reproducción, regular y sucesiva, de los estados depresivos y maníacos con intervalos lúcidos se debe a la manifestación de una única enfermedad, a la que llamó *locura circular*. Mientras que Baillenger denominó, a la sucesión regular de estados de excitación y depresión como *locura de doble forma*. En definitiva, ambas teorías describen en una misma entidad nosológica la presencia de los estados característicos de las entidades manía y melancolía, junto a intervalos lúcidos. De esta forma, se inscribe en la historia de la psiquiatría moderna los orígenes del TB.

Volta, Erbetta, y Zanassi (2014) destacan entre los años 1874-1888, los trabajos fundamentados en el principio de identidad de las categorías clínicas: manía y melancolía, de Meyer, Kirn, Schule, y Kraft-Ebing. Ellos estudiaron con el nombre de *Psicosis periódicas* lo que los franceses denominaron *locura circular*. Pero, fue recién con los estudios de Kraepelin en 1899, que se logró integrar en una sola enfermedad mental las variadas *psicosis endógenas* que se venían gestando de forma independiente. A partir de este momento, las psicosis denominadas por diversos autores como *intermitentes, periódicas, circulares, de doble forma* o *alternas* se consideran como estados diferentes de una misma enfermedad, la psicosis maníaco-depresiva.

A este respecto, Luque y Berrios (2011) plantean que si bien, la teoría de Kraepelin fue aceptada por muchos estudiosos, también recibió fuertes críticas. Estos autores consideran que fue Leonhart quien, a mediados del siglo XX, acotó el concepto de enfermedad maníaco-depresiva, diferenciando dos formas de *psicosis afectivas*, los trastornos afectivos unipolares y bipolares. En los primeros distinguía la melancolía, la manía, la depresión y la euforia en sus formas puras, mientras que las psicosis maníaco-depresivas y las cicloides correspondían al TB. Sin embargo, no fue hasta la tercera publicación del Manual diagnóstico y estadístico (DSM) que el TB, como unidad nosológica, sustituyó al de psicosis maníaco-depresiva. A partir de ese momento, se abandonó definitivamente las reminiscencias de la medicina hipocrática para vincularse desde una nueva teoría, la complementariedad neuronal.

Bajo este contexto, se produce la sustitución de términos como enfermedad, locura y psicosis, por su equivalente moderno, el trastorno. Mientras que las denominaciones de manía, depresión y melancolía, pasan a ser componentes de la bipolaridad (Mezza, 2013). De esta forma, el TB se enmarca dentro del espectro de los trastornos afectivos desde el siguiente lugar:

Como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido) (DSM IV-TR, 2002, p.XXIX).

Según Wakefield (2007), si bien no existe un consenso en cuanto a la conceptualización del término de trastorno mental, la clasificación brindada por el DSM fundamentada en criterios teóricos neutros, brinda la oportunidad de acortar, desde los fundamentos psiquiátricos, la distancia que existe entre la patología y el correcto diagnóstico clínico. Además permite la diferenciación de los estados mentales patológicos de aquellos estados normales provocados por situaciones penosas o problemáticas vinculadas con el vivir.

Este autor en sus estudios analiza dos componentes –el axiológico y el fáctico- que a su entender, determinan la constitución de un trastorno. Por tal motivo, para que una situación mental se constituya en un trastorno se debe verificar, por un lado, que dichas situaciones son percibidas socialmente como perjudiciales, es decir, que los

juicios de valor que recaen sobre ellas son de índole negativos, justificando así la atención médica. Mientras que, por otro lado, el componente fáctico o también llamado disfunción, permite diferenciar los trastornos de otros estados negativos no patológicos, como son el duelo, la ignorancia, la mala educación, el analfabetismo, la falta de talento, la criminalidad, entre otros. Es relevante al momento del diagnóstico, tener presente que los juicios de valor utilizados sean los generados dentro de la cultura en la cual se está trabajando. Es importante aclarar, que el autor relaciona el término disfunción de forma directa con, “el fracaso de algún mecanismo del organismo para llevar a cabo su función” (p.151), entendiéndose como mecanismos del organismo tanto los físicos como los mentales. De esta manera se conceptualiza a la disfunción de forma científica, y meramente fáctica.

En definitiva, lo que plantea este autor, es que todo trastorno mental se presenta como una disfunción perjudicial. Cuando se da esta situación disfuncional se pueden deducir dos cosas, la primera: el juicio de valores (negativos) que rigen en la sociedad, y la segunda: la declaración fáctica que sostiene dicha sociedad sobre el origen de la disfunción, que recae sobre el individuo. La falla se encuentra en sus mecanismos mentales que le impiden funcionar de la manera humanamente diseñada.

A partir de la década del 80, el interés creciente despertado por la riqueza clínica de la bipolaridad como trastorno, determinó la profundización en el estudio de las diferentes relaciones existentes entre sus formas leves y graves, ampliándose de esta forma, el concepto clínico de TB al de espectro bipolar (Hernández Monsalve, 2008).

1.2. Constitución y estructura psíquica de la Melancolía y la Manía desde el Psicoanálisis

Desde su teoría, Freud (1914-16) infiere, a modo de reflexión, que la naturaleza del componente melancólico de la psicosis maníaco-depresiva se conjuga sobre la naturaleza de un afecto normal, el duelo. Dicha conjunción se justifica tanto por sus cuadros como por las coincidencias de las influencias de la vida que los producen. Mediante estas reflexiones, el autor describe el duelo como: “la reacción frente a la

pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p.241), y sostiene que idénticas influencias, pueden provocar estados melancólicos en lugar de duelo en diferentes personas (motivando la sospecha de una disposición enfermiza en ellas).

En el proceso normal de duelo, ante la falta del objeto amado, el examen de realidad exhorta el retiro de toda libido enlazada al objeto. Su acatamiento, no se ejecuta de forma inmediata, sino paso por paso, ocasionando un gran gasto tanto en tiempo como en energía de investidura, perdurando en lo psíquico la existencia del objeto perdido. De esta forma, el desapego de la libido que se anudaba al objeto ausente, permite la clausura y la sobreinvertidura de cada recuerdo y expectativa que se tenía de él, permitiendo que el yo vuelva a ser libre y desinhibido, dando por terminado el proceso de duelo.

En este punto, Klein (1990) plantea la relación existente entre el juicio de realidad y los procesos mentales tempranos. Para ella, el niño transita por estados mentales similares al duelo, que son sorteados gracias al principio de realidad; y que en la vida adulta son revividos frente a situaciones penosas. La preocupación y temor ante la pérdida del pecho materno, la instalación temprana de la situación edípica, así como también la relación ambivalente con sus hermanos, son algunos de los duelos (sentimientos depresivos) que el niño transita antes, durante y después del destete, y que la autora formuló como *posición depresiva*.

Siguiendo con lo planteado por Freud (1914-16), en la melancolía la pérdida del objeto amado, real o ideal, se sustrae de la conciencia a diferencia del duelo, perturbando su sentimiento yoico. El sufrimiento no está dado por la pérdida del objeto en sí, sino que surge por la pérdida de su yo. En este caso, el desagrado moral con el propio yo destaca por encima de otras anomalías que pueda padecer, como el quebranto físico, debilidad, inferioridad social, entre otras. A través de sus indagaciones, este autor corroboró que los autorreproches y autodenigraciones característicos del melancólico, en verdad son, reproches y denigraciones contra el objeto de amor perdido que han rebotado en su yo. En este caso, y tal como sostiene García Reinoso (1975), “él es el otro perdido”.

Es por eso, que de la misma forma en que se construyó el proceso normal de duelo, se puede reconstruir el proceso melancólico. Con la elección de objeto sobre una base narcisista, se liga la libido a un objeto amado. Ante una pérdida real o un desengaño del mismo, se produce un quebranto en el vínculo, que en el caso normal del duelo provoca el quite de la libido de ese objeto y su posterior desplazamiento a uno nuevo; pero en el caso melancólico, la libido retirada no es dirigida a otro objeto sino que se despliega sobre el yo, estableciendo una identificación del yo con el objeto perdido. De acuerdo con Freud (1914-16), “la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación” (pp.246-247).

En este punto, este autor reflexiona sobre las posibilidades de contraer melancolía basándose en el predominio o no de una base narcisista de elección de objeto. De esta forma, la investidura de amor se ve sustituida por la identificación narcisista, lo que garantiza que el vínculo amoroso no se resigne ante la pérdida del objeto. Cuando esto sucede, la regresión permite que la investidura libidinal regrese hasta el narcisismo. Para ello, la fijación en el objeto de amor debe de haber sido fuerte, en contradicción con una escasa resistencia de su investidura.

En cuanto a la formulación kleiniana, García Reinoso (1975) sostiene que según Klein, la melancolía es uno de los posibles estados (duelo normal, duelo patológico, melancolía) que se originan en la posición depresiva. Durante la misma, la incapacidad, “de establecer objetos buenos internos y de sentir seguridad en su mundo interno” (pp.37-38) provoca, en la vida adulta, fracasos en torno a los trabajos de duelo. Motivo que demuestra, que la “posición depresiva” infantil nunca fue superada.

Klein (1990), sostiene que el niño internaliza a sus padres a través de las relaciones que mantiene con ellos, y de esta forma se comienza a edificar el mundo interno en la mente del niño. Este mundo, inconsciente, formado a su vez por objetos, personas, cosas, acontecimientos y situaciones que fue internalizando, y que tiene sus dobles en el mundo exterior, es inaccesible a la observación del niño. De esta forma, el niño se ve incentivado para la observación de su mundo exterior, con el fin de obtener seguridad sobre él, para poder entender mejor su mundo interno. Es por ello que para

esta autora, cuando el mundo interno domina sobre el niño, es porque no ha logrado a través de la introyección de los aspectos buenos del mundo exterior, refutar ni contrarrestar suficientemente sus ansiedades (depresivas y paranoides), y por lo tanto, la soberanía de los objetos malos internalizados impiden superar la “posición depresiva”. De esta forma, la autora plantea la producción de los trastornos mentales.

En cuanto a la ambivalencia de los vínculos de amor, la línea de pensamiento freudiano, sostiene que también se encuentra presente en los procesos melancólicos. El odio recaerá sobre el objeto de amor sustituto, provocando con su sufrimiento una satisfacción sádica; y es a través de esta satisfacción que se explica la íntima relación que el melancólico mantiene con la tendencia suicida. Desde este punto, el sadismo y el odio son temas en común tanto en la teoría freudiana como en la kleiniana.

En cuanto a la contracara de la melancolía, Ortíz Zavalla, Berdullas y Malamud (2011) sostienen que Freud en sus trabajos contrapone la manía a la melancolía, presentando la alegría particular del maníaco como, “producto de la coincidencia del yo con el Ideal” (p. 587). En tanto que, García Reinoso (1975) expresa desde la misma perspectiva, el pasaje desde la melancolía a la manía como la dominación sobre la pérdida del objeto amado. De esta forma, hace referencia al vínculo psicoanalítico histórico que hay entre la “fiesta” y la manía. Desde este punto, la fiesta es considerada como señal de triunfo por la muerte, y posterior devoración del “padre primitivo” en manos de la horda fraterna. Con ella, se produce la cancelación de todas sus prohibiciones. Este triunfo de la manía, genera a su vez, los sentimientos de culpa por el asesinato, lo que motiva el pasaje nuevamente hacia el estado melancólico.

Además, este autor desarrolla en su trabajo, lo que el aporte kleiniano formuló sobre la manía. El mismo, hace hincapié en la manía como una defensa, y más aún, con posterioridad, se la ha considerado como una posición, de forma similar a la posición depresiva o esquizoparanoide que sostenía Klein.

1.3. La bipolaridad en la actualidad

Dentro de los trastornos afectivos, el TB o Bipolaridad se ubica como uno de los cuadros clínicos de alta complejidad. Se caracteriza básicamente por la ciclicidad inusual entre dos fases opuestas: la manía y la depresión, sobre una base del ánimo eutímica o asintomática.

Para Vieta y Gastó (1997), la manía o fase eufórica se presenta como, “un estado psicofisiológico en el que predomina un humor elevado, un incremento en la actividad ideatoria (torrente de ideas), una aceleración psicomotora y sensación de grandiosidad” (p.139). Mientras que en la fase depresiva el humor es variable, desolado, pesimista y desesperado. Además, puede presentar síntomas de apatía, inhibición y fatiga mental. En lo referente al campo cognitivo y de la percepción, la actividad mental se lentifica, predominan las ideas que remiten a la muerte y al suicidio, y los pensamientos se tornan rumiativos e hipocondríacos. A nivel físico, toda actividad se ve enlentecida, aparecen la fatiga y el cansancio junto con serias alteraciones del sueño. En cambio, los períodos eutímicos son asintomáticos y su duración depende del paciente y de la eficacia del tratamiento.

Por otro lado, autores como Estrada-Jaramillo, Zapata-Barco, Tamayo, Botero-Franco y Palacio (2009) plantean, que la variabilidad emocional característica del TB también afecta severamente otras funciones del desarrollo. Entre ellas, se encuentran las áreas relacionadas con lo cognitivo, lo emocional y lo comportamental. Por este motivo, sostienen la importancia de la detección precoz, con el fin de poder disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad que presentan estos trastornos. De forma similar, Ruiz-Murugarren, García-Ramos y Lahera (2011) asocian a la bipolaridad con, “un significativo deterioro en el funcionamiento social, laboral y familiar, incluso en los períodos de estabilidad clínica” (p. 100).

En definitiva, el deterioro a nivel interpersonal, familiar, social y laboral que causan los cambios anímicos del trastorno mencionados anteriormente, confirman los planteos de García-Blanco, Sierra, y Livianos (2014) que postulan a la bipolaridad (por las

consecuencias de esos mismos deterioros) como una enfermedad crónica, grave y altamente incapacitante.

Para estos autores, la gravedad sintomática del TB, es mayor que la de otros trastornos afectivos, y su deterioro se asocia más con los estados depresivos que con los maníacos. Cuando el control de los síntomas a través de los fármacos es insuficiente (por lo general, es en un 60% de los pacientes tratados) se producen serias consecuencias interpersonales, entre las que se encuentra la pérdida laboral, los conflictos familiares, y los distanciamientos con la pareja.

Además, otro aspecto relevante a la hora de identificar las características para el pronóstico del sujeto con bipolaridad, son la existencia de trastornos comórbidos, dado que su presencia “es la norma y no la excepción en el espectro bipolar” (García-Blanco y otros, 2014, p. 92). En este punto, Hernández Monsalve (2008) plantea que si bien el TB es un trastorno frecuente, las altas tasas de comorbilidad que el mismo presenta con otras patologías mentales, dificultan su diagnóstico, propiciando la demora en el comienzo del tratamiento. Los trastornos con los que más se asocia son, los trastornos por abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad. Junto a estas patologías, García-Blanco y otros (2014) agregan, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de la conducta alimentaria.

1.4. Criterios diagnósticos del Trastorno bipolar

Dentro de los criterios diagnósticos que describe el DSM IV-TR (2002), se desarrollan 4 subtipos bipolares: el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, el trastorno ciclotímico y el trastorno bipolar no especificado, determinados por los episodios maníacos, hipomaníacos, mixtos y/o depresivo mayor.

Trastorno bipolar I

Se caracteriza por la presencia de por lo menos un episodio maníaco o episodio mixto. Es importante tener en cuenta el episodio más reciente, ya que de él dependerá el

subtipo del trastorno. Entre ellos encontramos: 1. episodio maníaco único; 2. episodio más reciente hipomaníaco; 3. episodio más reciente maníaco; 4. episodio más reciente mixto; 5. episodio más reciente depresivo; y 6. episodio más reciente no especificado.

Los episodios afectivos asociados son:

Episodio maníaco. Estos episodios se caracterizan por la presencia de estados de ánimo con tintes eufóricos y a veces irritables, que dura como mínimo una semana. Las internaciones son frecuentes debido a la intensidad de sus síntomas. Entre ellos encontramos: autoestima elevada, distrabilidad fácil, verborrea, fuga de ideas, disminución de la necesidad de dormir, hiperactividad, así como también excesivo apego a actividades peligrosas sin valoración del riesgo. Estos períodos pueden cursar con síntomas psicóticos (delirios y/o alucinaciones), lo que puede confundir a la hora del diagnóstico.

Episodio mixto. Se caracteriza por la aparición simultánea, durante al menos una semana, de numerosos episodios hipomaníacos y depresivo mayor.

Trastorno bipolar II

Se diagnostica solamente cuando el sujeto presenta en su historia uno o más episodios de depresión mayor intercalados con un episodio hipomaníaco por lo menos. Si se presenta un episodio maníaco o mixto se debe desestimar dicho diagnóstico.

Los episodios afectivos asociados son:

Episodio de depresión mayor. Períodos de duración superior a dos semanas, en las que persiste un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas. Además, debe experimentar cuatro (como mínimo) de los siguientes síntomas: pérdida o aumento considerable de peso; cambios en el sueño y actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de minusvalía o culpa; dificultad a la hora de pensar, concentrarse o ante la toma de decisiones, y/o pensamientos recurrentes relacionados con la muerte y el suicidio.

Episodio hipomaníaco. Estos episodios son similares a los maníacos. Su diferencia radica en la baja intensidad y gravedad de sus síntomas, que permanecen durante al menos 4 días. No causan complicaciones a nivel laboral y social del paciente como si sucede en el episodio maníaco.

Trastorno Ciclotímico

Se caracteriza por fluctuaciones del estado de ánimo conformadas solamente por períodos de síntomas hipomaniacos y depresivos, frecuentes durante al menos dos años.

Trastorno bipolar no especificado

Esta categoría incluye a todas aquellas características bipolares que no cumplen ningún criterio para los trastornos bipolares específicos.

2. Rehabilitación Psicosocial Integral en el Trastorno bipolar

*No somos responsables de las emociones, pero sí
de lo que hacemos con ellas.*

Jorge Bucay

2.1. Del diagnóstico al tratamiento del Trastorno bipolar

En la actualidad, la implementación de la RPs como modelo asistencial, y no meramente como una opción más de tratamiento, ha permitido alcanzar una mejor calidad de vida en aquellos pacientes diagnosticados con una patología mental crónica (Uriarte Uriarte, 2007). En este caso, el desplazamiento del foco de atención del modelo asilar hacia el modelo comunitario propuesto por la RPs Integral, se ha visto fortalecido por la eficacia de las estrategias bio-psico-sociales que se adaptan a las necesidades de cada persona y que apuntan a mejorar su calidad de vida, de forma activa, en la comunidad (Del Castillo, Villar, y Dogmanas, 2011).

En lo que respecta a la Bipolaridad como un trastorno crónico, Hernández Monsalve (2008) plantea, que tanto por su complejidad etiopatogénica como por la insuficiencia de tratamientos disponibles, se impone la necesidad de adoptar una perspectiva terapéutica integral personalizada que tenga en cuenta, las presentaciones clínicas y fase del trastorno, así como también la edad, las enfermedades y/o tratamientos concomitantes junto con las patologías comorbidas que pueda tener asociada, las opiniones y actitudes del sujeto, entre otras. Es por ello, que la implementación de tratamientos eficaces que solo se basan en los aspectos biológicos (a nivel bioquímico, neurofisiológico o genético), o aquellos que se abocan nada más que a los factores ambientales y sociales, no alcanzan para abordar la integridad del sujeto.

Dentro de esta misma línea, González-Pinto Arrillaga, Barbeito Resa y Vega Pérez (2010), remarcan la importancia de las limitaciones terapéuticas de los fármacos, y de las afecciones causadas por las oscilaciones anímicas en todos los niveles de la vida del paciente, a la hora de evaluar un tratamiento. Entre ellos se encuentran los

problemas psicosociales, las dificultades a la hora de conseguir y mantener un trabajo, las resistencias al tratamiento, la mala adhesión terapéutica, el abuso de sustancias así como también problemas familiares y de pareja, entre otros.

En definitiva, la postura de estos autores refuerza la necesidad de implementar modelos integrales que aborden simultáneamente las diversas falencias de las terapias farmacológicas y de los abordajes psicosociales a la hora brindar soluciones a la persona con trastornos mentales crónicos. Es por ello, que el modelo de atención en RPs Integral se ha posicionado como un elemento clave para la asistencia en salud mental (Uriarte Uriarte, 2007), posibilitando la rehabilitación y habilitación biopsicosocial del sujeto con TB.

2.2. Rehabilitación Psicosocial

La declaración de consenso elaborada en 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), en cuanto a la RPs, postula la importancia de un modelo centrado en el funcionamiento social, y ya no en la enfermedad. El mismo se basa en mejorar la competencia de los individuos, a la vez que introduce modificaciones ambientales con el fin de optimizar su calidad de vida y la de su entorno (Uriarte Uriarte, 2007).

De forma similar, Rodríguez (1997) sostiene, que la RPs es un proceso que busca mantener y mejorar las funciones psicosociales de aquellas personas con trastornos mentales, con la finalidad de que se reinseren en la comunidad, de la forma más normalizada e independiente posible.

Mientras que en Uruguay en el 2005, la Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial, define la rehabilitación como, “un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad” (Del Castillo y otros, 2011, p. 85).

2.2.1. De las Terapias Morales a la Rehabilitación Psicosocial

El modelo psiquiátrico de intervención asilar, marginó e institucionalizó la atención de la enfermedad mental dentro de los límites de la prevención terciaria en salud. Hasta las décadas del 60-70, los tratamientos morales implementados en los Asilos eran una de las pocas prácticas que impulsaban el trato humanizado del enfermo mental. A través de dichos tratamientos, se buscaba su recuperación mediante diversas actividades lúdicas y ocupacionales; y es por este motivo, que muchos autores ven en la Terapia Moral el antecedente directo de la Rehabilitación psiquiátrica (Rodríguez, 1997), actualmente denominada RPs.

Con el auge de la reforma psiquiátrica, los planteamientos en torno al trato de las personas con trastornos mentales cambiaron. No solo se replantearon las reclusiones o aislamientos, sino que se buscaron formas de mantener la atención asistencial en la comunidad. Es por ello, que Rodríguez y Bravo (2003) plantean que este nuevo enfoque comunitario, “organiza la atención de los problemas de dichas personas en su propio entorno familiar y social, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible” (p.21).

A partir de ese momento, se puede concebir una nueva forma de abordaje terapéutico como modelo asistencial comunitario: la RPs. Su objetivo es posibilitar que las personas diagnosticadas con trastornos mentales recuperen su proyecto de vida, o tal como lo plantea López-Jaramillo (2011), “facilitar su proceso de recuperación y desarrollo de una vida ciudadana activa” (p.9).

Durante este proceso bisagra, la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial y la Organización Mundial de la Salud (WAPR / WHO, 1997) plantean, que la rehabilitación se ha ido afianzando como concepto, evolucionando desde su rol de prevención terciaria hacia la consolidación de un cuerpo de conocimiento teórico con valoración empírica, cuyas tareas son la prevención y/o reducción de las diferentes discapacidades.

Esto implica, la reformulación simultánea de la visión que se tiene del enfermo mental crónico en la asistencia en salud, dado que se pasa de un objeto-paciente a un sujeto-usuario. Mientras que el primero presenta una limitada capacidad para manejarse en

su entorno, el segundo participa activa y equitativamente del ejercicio de sus derechos ciudadanos. Es por ello, que el modelo de RPs se debe orientar en cada caso, a la recuperación de las capacidades psíquicas perdidas y/o al desarrollo de competencias y capacidades nuevas que habiliten un correcto desempeño social. Simultáneamente, se debe de trabajar, en el contexto social para que se den las condiciones apropiadas para facilitar y sostener dicho desempeño, fortaleciendo y manteniendo los vínculos creados (Ministerio de Salud de Chile, 2006).

A su vez, este nuevo abordaje desplaza la hegemonía psiquiátrica en la Salud Mental, para abrirle las puertas a un amplio espectro de disciplinas (relativas al ser humano) que integran sobre un mismo modelo asistencial, diferentes perspectivas y tratamientos (Techera, Apud, y Borges, 2009). En este sentido, Füllgraff (2003) entiende que entre estas disciplinas se encuentran, la Psicología, la Antropología, el Servicio Social, así como actividades artísticas y corporales, entre otras.

Este formato de intervención, desarrolla sus primeros pasos en Europa y Estados Unidos, siendo Argentina y Uruguay los primeros países en adoptarlo en América Latina. En Uruguay, se encuentran varias instituciones -tanto públicas como privadas- destinadas a la rehabilitación que datan de varios años de experiencia. Algunos de ellos son: los talleres dictados en el Hospital Vilardebó junto con el Centro Diurno, el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP), el Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social (CIPRES), y el Centro Psicosocial Sur-Palermo, entre otros.

A partir del 2011, se implementó en Uruguay, por Ley, la asistencia en psicoterapias -individuales y grupales-, de parte de todos los prestadores del Sistema Nacional de Salud. Las mismas pretenden atender tanto la rehabilitación de la persona diagnosticada con una patología mental como la de su familia (Del Castillo y otros, 2011).

Por lo tanto, es lícito plantearse que en los últimos tiempos la atención en rehabilitación ha evolucionado, de forma paulatina, hacia el abordaje integral desde un enfoque multidisciplinario y multidimensional.

2.2.2. Objetivos de la Rehabilitación Psicosocial

Dentro de los objetivos de la RPs planteados por la WAPR / WHO (1997) se encuentran:

- La reducción de los síntomas mediante intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales.
- La reducción de la iatrogenia mediante la disminución de los efectos físicos y conductuales de las internaciones prolongadas.
- La mejoría de las competencias sociales (habilidades socio-individuales, psicológicas y ocupacionales).
- La disminución del estigma y discriminación.
- La contención familiar
- El apoyo social, principalmente en las necesidades básicas (alojamiento, empleo, relación social y ocio).
- La ayuda en el empoderamiento autónomo, tanto de los usuarios como de los cuidadores.

Dichos objetivos, adquieren su máximo potencial cuando se contemplan en un plan integral, aunque pueden ser implementados individualmente sin dejar de ser valorados.

2.2.3. Metodología de la Rehabilitación Psicosocial

El proceso de la RPs, se construye en base a tres fases consecutivas, evaluación, planificación e intervención. Las mismas, dotan de rigor y estructura científica a su metodología con el fin de poderse sustentar en el tiempo.

Evaluación

Alude a conocer, a través principalmente de la entrevista, la funcionalidad de las diferentes áreas vitales y/o de los diferentes roles sociales con los que cuenta la persona a rehabilitar, para afrontar las diversas demandas de su entorno. De esta forma, Fernández, González Cases, Mayoral, y Touriño (2003) sostienen que, “se pone el acento en las capacidades y deterioros del sujeto y no en los síntomas” (p.61). Para ello, la evaluación funcional según estos autores se realiza teniendo en cuenta

dos criterios, uno refiere al nivel de autonomía/dependencia, y el otro al grado de la competencia, según un desarrollo nulo, bajo o alto.

En definitiva, la evaluación es un proceso de recolección, organización y análisis de datos pertinentes para la elaboración de un plan individualizado.

Planificación

Es la implementación del análisis de los datos recabados, en un plan individual de intervención. El mismo es tentativo, lo que implica la posibilidad de reajustes durante el proceso. Sus objetivos (a corto, mediano y largo plazo) y sus estrategias están elaborados conforme a las características particulares de cada sujeto. Un requisito fundamental del plan, es que exista sobre él, un consenso entre el sujeto, su familia y los profesionales tratantes, abarcando cada uno de los puntos que cada actor considere importante. De esta forma se aumenta, “la motivación e implicación de todos en el proceso de rehabilitación” (Fernández y otros, 2003, p.70).

Intervención.

Consiste en la puesta en marcha del plan individual de rehabilitación. Esta instancia, le permite trabajar, al sujeto y/o su familia con el profesional, en todas las áreas disfuncionales expuestas por la fase de evaluación, a través de un plan estructurado de trabajo. El mismo puede ser llevado a cabo en forma individual o grupal, según los requerimientos de cada situación.

2.2.4. Estrategias de la Rehabilitación Psicosocial

Según la Declaración de Consenso de WAPR / WHO (1997), la eficacia de las estrategias de RPs en la comunidad, dentro de los distintos niveles de integración: el individual, el servicio y el entorno, se basan en el grado de implicación que existe entre los individuos, las familias y la comunidad.

Dado que una descripción detallada de las estrategias de los distintos niveles excedería las limitaciones de este monográfico, se desarrollaran solo las estrategias de la escala individual, por considerarse más pertinentes a la temática. Ellas son:

- **Tratamiento farmacológico:** una medicación apropiada reduce síntomas, elimina molestias y previene recaídas.
- **Preparación para la vida independiente:** se promueve la adquisición y/o mantenimiento de habilidades para la vida independiente y para el sostén de la vida social. Entre ellas se encuentran el vestirse, alimentarse, asearse, además de desenvolverse en situaciones sociales.
- **Apoyo psicológico a pacientes y sus familias:** es un componente clave de la rehabilitación, Tanto los abordajes individuales como grupales han demostrado ser de gran efectividad.
- **Alojamiento:** existen diferentes estrategias al respecto, pueden ser individuales, compartidas y grupales, dependiendo de los recursos y de las normas culturales.
- **Rehabilitación vocacional y empleo:** es indudable que la posibilidad de trabajar y mantener un empleo aumenta la autoestima. Además de romper el vínculo con la pobreza y la dependencia, permite la sociabilización y comunicación.
- **Redes de apoyo social:** son un conjunto de relaciones humanas que mejoran la calidad de vida del individuo, de forma duradera, a través del intercambio emocional, físico, económico e intelectual.
- **Ocio:** el libre acceso y elección de las actividades de recreo son importantes a la hora de entablar estrategias de ocio saludables (WAPR / WHO, 1997).

En definitiva, por lo anteriormente expuesto se puede plantear que, la eficacia del abordaje de TB depende directamente de la implementación de un pormenorizado e individualizado plan en RPs Integral. A través del mismo, se busca una triangulación terapéutica sólida –terapia farmacológica, psicoterapia y terapia ocupacional-, que fomenta y garantice a largo plazo, el cuidado de dichas personas y su entorno. De esta forma se consigue, tal como lo plantea Grecco (2006), abordar a la persona con TB desde la integralidad y globalidad del Ser y no meramente desde sus partes. Para este

autor, los episodios aislados de manía o depresión poca información dicen de la persona que los padece.

Para Malhi y otros (2009), dada las características del trastorno, es lógico que las estrategias de rehabilitación se dividan en, “el manejo de los episodios agudos y la administración de un tratamiento de mantenimiento en los períodos inter episódicos” (p.34). Sin embargo, destacan que el éxito en el abordaje del trastorno bipolar está determinado por el tratamiento de mantenimiento. A continuación, teniendo en cuenta lo expuesto por estos autores y las restricciones curriculares del presente trabajo, se desarrollarán las diferentes terapias pensadas desde los períodos inter episódicos o eutímicos, es decir, en los que se implementan las estrategias rehabilitadoras de mantenimiento.

Previo al desarrollo de cada una de ellas, y siguiendo con los planteos de estos autores, es importante conocer que las estrategias con fármacos, psicoterapia y ocupación, utilizadas durante el mantenimiento de la fase eutímica buscan, minimizar los síntomas depresivos subsindrómicos debido a que la discapacidad está muy relacionada con la cara depresiva del trastorno; modificar los factores psicosociales a través de la vigilancia de los aspectos estresores, así como el desarrollo de habilidades y de redes sociales, que los anime a mantener una forma de vida saludable; tratar las comorbilidades; monitorear los pro y los contra del tratamiento a largo plazo en la salud física; mantener la estabilidad mental, y controlar la respuesta a los fármacos, su adherencia y los efectos secundarios que puedan surgir; y maximizar el compromiso entre el sujeto, su familia y los profesionales de la salud/cuidadores para sostener un adecuado funcionamiento social y ocupacional.

2.3. Terapia farmacológica

La indicación médica del tratamiento farmacológico, se basa en la valoración clínica de la situación desde una doble perspectiva, la longitudinal y la transversal (Hernández Monsalve, 2008). En la primera se debe tener en cuenta, “el número de episodios anteriores, su polaridad predominante, la duración y la gravedad, como también la duración de la remisión interepisódica y el intervalo de tiempo desde la última recaída”

(Tondo, 2014, p.86). Mientras que en la segunda, se deriva del motivo de consulta, el cual está dado en la mayoría de los casos por episodios agudos de depresión, de manía, o mixtos, y con menor frecuencia, de hipomanía.

Una vez estabilizado el cuadro agudo, los fármacos recetados para el mantenimiento o prevención de recaídas que han demostrado su eficaces son, el litio o sales de litio (principalmente como agente antimaníaco), la lamotrigina (como agente antidepresivo), el valproato o ácido valproico, y entre los antipsicóticos atípicos, la olanzapina, el aripiprazol y la quetiapina, mientras que la ziprasidona, la risperidona, la risperidona depot coadyuvante y la olanzapina coadyuvante cuentan aún con una eficacia restringida (Malhi y otros, 2009).

2.4. Psicoterapias

La implementación de psicoterapias a la par del tratamiento farmacológico, intenta controlar los desajustes anímicos que escapan al poder de los fármacos, y que producen variaciones exageradas del humor, las cuales muchas veces derivan en una hospitalización. Estos desajustes, pueden estar ocasionados por una inadecuada adherencia a los fármacos, motivada por el abandono o la toma incorrecta de los mismos, o causadas por la existencia de agentes estresores externos al paciente.

Según Miklowitz (2010), los beneficios de las diferentes modalidades terapéuticas están directamente relacionados con el estado clínico inicial del sujeto con TB y su historial de recaídas, aunque los mismos, se limitan en el tiempo a períodos menores de 2 años debido a la alta tasa de recurrencia del trastorno. A través de sus estudios este autor ha concluido (en referencia a algunas psicoterapias) que, por un lado la psicoeducación y la terapia cognitivo conductual resultan ser más eficaces cuando se aplican en el período de recuperación y sobre todo, en el control de los síntomas maníacos; y por el otro, que la eficacia de la terapia familiar y la terapia interpersonal se mancomunan con la prevención de recurrencia tras un ciclo agudo y principalmente con los síntomas depresivos.

Además, este autor sostiene que todas las terapias, que se detallaran a continuación, cuentan en su mayoría con estudios de casos, o estudios pilotos (generalmente monocéntricos) que han demostrado ser eficaces, pero aún, se necesitan estudios experimentales más amplios (multicéntricos), que reconfirmen científicamente su efectividad. En suma, sostiene que, “las inferencias en relación con la efectividad de los modelos específico de psicoterapia para el trastorno bipolar son vistas como prometedoras pero preliminares” (p.14).

En cuanto al rol del Psicólogo, su presencia es fundamental para el abordaje psicológico en los procesos de rehabilitación. Si bien, para Zabala Baquedano y Garrido-Landívar (2006), legalmente los tratamientos psicológicos pueden ser realizados tanto por los psicólogos como por los psiquiatras, la diferencia radica en su formación. Los psiquiatras, dada su formación médica, cumplen mayormente su rol profesional desde el abordaje farmacológico, mientras que el psicólogo, debido a su bagaje de conocimientos en técnicas tanto psicológicas como de intervención, lo hace desde el abordaje psicológico y social.

Para estos autores, el psicólogo a través de la intervención psicológica intenta, “identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad: diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación.” (p.61). Es decir, se ocupa de minimizar los daños que la patología causó, tratando de que el sujeto con trastorno, logre recuperar la confianza y seguridad en sí mismo, así como también su autoestima, intentando adecuar sus expectativas a la realidad que vive, además de aumentar la confianza en sus capacidades.

De esta forma, se puede decir que el rol del psicólogo se enmarca en el desarrollo de cada psicoterapia, así como también como co-integrante del equipo multidisciplinario que se encarga del proceso. Toda relación terapéutica adquiere en este contexto, al decir de Hernández Monsalve (2008), “una importancia determinante como moldeadora de las expectativas y mediadora entre las expectativas y los resultados terapéuticos” (p.45).

Desde los planteos de este autor, se desprende que un punto básico en la asistencia terapéutica del paciente bipolar, es la comunicación. La misma, es considerada desde la dimensión longitudinal (desde el proceso terapéutico mismo), y desde su dimensión

transversal, en el aquí y ahora de la entrevista. Para ello, el psicólogo debe de mantener una escucha activa, a la vez que observa la situación y se observa. Debe de estar atento tanto a la información verbal, como la no verbal. Además, en el transcurso del trabajo con este tipo de trastornos, el profesional se verá exigido emocionalmente, ante la reactividad emocional que genera estos desequilibrios afectivos, ya sea en base un humor elevado o depresivo, que podrá sortear a través de su autoconocimiento y maduración emocional. Otro punto importante para una buena comunicación, es que la información brindada de parte del profesional sea clara y fácilmente entendible.

A continuación, se desarrollan algunas de las psicoterapias con mayor eficacia en los diferentes procesos de rehabilitación de las personas con bipolaridad: Psicoeducación; Terapia cognitivo-conductual; Terapia Interpersonal y del Ritmo Social y Terapia Familiar Focal.

2.4.1. Psicoeducación

Becoña y Lorenzo (2001), exponen a la Psicoeducación como uno de los abordaje más aceptados dentro de la RPs, considerándola imprescindible junto con la terapia farmacológica. Mientras que para Lagomarsino (s.f.), es un proceso pedagógico que actúa como eje de las estrategias psicosociales con el fin de desarrollar, “una noción operativa de enfermedad” (p. 1).

Según este autor, su intervención tanto teórica como práctica, apunta por un lado, a que el paciente y su familia acepten la existencia de la enfermedad, y por otro, que el paciente logre incorporar en una nueva imagen de sí mismo, su patología. Esto le permite, minimizar o cambiar los efectos negativos devenidos sobre su autoestima.

Para ello, es importante que tanto el paciente como la familia comprendan que el TB afecta a todos por igual, no siendo patrimonio solo de los débiles o fracasados. El conocimiento de que las capacidades excepcionales también están estrechamente ligadas a las oscilaciones del ánimo, ayuda a recuperar la autoestima a través del encauce de sus potencialidades. De esto se desprende, que el papel del paciente en

este tipo de terapia es el de coterapeuta o cogestor de su propia patología (Hernández Monsalve, 2008).

Para Ductor Recuerda (2014) la intervención psicoeducativa, ya sea de forma individual o grupal, incide a través de la información de la enfermedad, en cambios a nivel cognitivo y conductual. Esta transformación, se ve reflejada en los objetivos de todo proceso psicoeducativo en el TB. Existe tres niveles de objetivos, el de los mecanismos elementales, el de los mecanismos secundarios (deseables) y el de los mecanismos de excelencia terapéutica. Entre ellos se encuentran en el primer nivel, lograr ser conscientes de la enfermedad, mejorar la adhesión a los fármacos y el reconocimiento precoz de la aparición de nuevos episodios. En el siguiente nivel se ubica el control del estrés, el evitar el uso y abuso de sustancias, lograr la estabilidad en el estilo de vida, y prevenir el suicidio, mientras que en el tercer nivel se procura conocer y afrontar las consecuencias psicosociales de los episodios, mejorar entre los episodios la actividad social e interpersonal, sobrellevar los síntomas subsindrómicos y del deterioro, así como aumentar el bienestar y optimizar la calidad de vida.

Además, se les enseña a las personas a reconocer los síntomas prodrómicos que anticipan la recurrencia, pudiéndose evitar en muchos casos las crisis y en otros disminuir su intensidad. Los pródromos de manía más frecuentes son: menos sueño, más conductas dirigidas a una meta, irritabilidad, incremento de la sociabilidad, pensamientos de comenzar a correr, e incremento del optimismo. Mientras que los depresivos son: pérdida de interés en actividades o en la gente, despreocupación y ansiedad, sueño interrumpido, sentirse triste o querer llorar, entre otros. Otro punto en el que se hace hincapié, es en la importancia de la regulación del ritmo sueño-vigilia.

2.4.2. Terapia cognitivo conductual

Son abordajes terapéuticos, que se han implementado de forma independiente, o como estrategias dentro de planes psicoeducacionales en los procesos de rehabilitación (Hernández Monsalve, 2008), y cuyo objetivo es aplicar, tal como lo plantea Malhi y otros (2009), los principios cognitivos y conductuales para, “tratar los pensamientos mal adaptados, los déficit y factores predisponentes a un estado de ánimo deprimido y a su perpetuación” (p.36).

A través de esta intervención, se logra facilitar que el sujeto con TB adquiera nuevas habilidades cognitivas y conductuales. Para ello, Miklowitz (2010) sostiene, que las estrategias de reestructuración cognitiva implementadas se basan en las tendencias pesimistas de los pensamientos depresivos, así como también en el estilo optimista de las fases maníacas.

Dentro de sus objetivos principales se encuentran, facilitar su adherencia a la medicación, afrontar los pródromos de manía y depresión para poder evitar o aliviar las recaídas, reducir el estrés mediante la implementación de estrategias eficaces de afrontamiento y resolución de problemas, corregir percepciones, juicios y conductas desadaptativas, moderar la impulsividad y las acciones imprudentes (características de los episodios maníacos) con el fin de corregir ciertas conductas, combatir la desesperanza, la desmoralización y la vulnerabilidad, así como también, aumentar el desempeño personal y el disfrute de las experiencias placenteras.

Becoña y Lorenzo (2001), plantea la existen de estudios pilotos, que han concluido la eficacia de las terapias cognitivo conductual en el TB. Entre ellos, está el de Colchran en 1984 y el de Lam en el año 2000. El trabajo propuesto por Colchran comparaba los resultados obtenidos entre un grupo control que sólo tomaba litio, y un grupo experimental que además de litio, era tratado desde un abordaje cognitivo-conductual. Al finalizar el tratamiento comprobó, que en el grupo experimental el número de internaciones, de recaídas, y de recurrencia de episodios era menor al del grupo control. Mientras que Lam, realizó un estudio que tuvo similares resultados. Se parte de un grupo piloto único, tratado con medicación y terapia cognitiva. Una parte de sus integrantes, se asignó como grupo control, y el resto, como grupo de tratamiento. En el tratamiento del segundo grupo, se reorientó la terapia cognitivo conductual hacia, la prevención de recaídas, la psicoeducación, las habilidades para afrontar los pródromos, la importancia de la rutina del sueño, y el control de la vulnerabilidad y dificultades a largo plazo de la enfermedad. Como resultado se obtuvo que en el grupo de tratamiento hubiera menos episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos, y número total de episodios, así como menos hospitalizaciones que en el grupo control. Además, presentaban un mejor funcionamiento social, autocontrol y mejor afrontamiento de los pródromos. A esto se le suma, la continuidad y aumento de los beneficios una vez finalizado el tratamiento. Hecho que concluye la efectividad de dicha terapia.

2.4.3. Terapia Interpersonal y del Ritmo Social

Este tipo de intervención según Becoña y Lorenzo (2001), incorpora dentro de su estructura, intervenciones conductuales y ambientales con el fin de ayudar a establecer los procesos reguladores de los ritmos circadianos. El acento de esta terapia está puesto en dichos procesos, ya que se cree que las irregularidades entre sueño y vigilia están implicadas en la génesis de los TB.

De forma similar, Malhi y otros (2009) plantea, que es una terapia que se centra en las conexiones que se dan entre los síntomas anímicos y la calidad social en cuanto a los roles y las relaciones, además de considerar relevante el mantenimiento de la rutina diaria, así como también la identificación de los pródromos correspondientes a la disrupción del ritmo.

Sus objetivos son, entrenar en el manejo de los eventos vitales estresantes, ayudar a estabilizar las interrupciones de los ritmos sociales, reforzar la adhesión al tratamiento farmacológico, identificar y reconocer la relación que existe entre su estado anímico y los eventos vitales, y afrontar las pérdidas y transiciones de roles, fomentando el manejo adecuado de los síntomas afectivos (Hernández Monsalve, 2008).

Su inicio según Miklowitz (2010), está pautado dentro del período asintomático inmediatamente después del episodio bipolar. A partir de ahí, se les enseña a sostener y mantener el ritmo diario, dándole especial importancia a los ciclos sueño/vigilia, y a los cambios que se puedan producir (cambios en horarios preestablecidos, como citas, trabajo, etc.) (Miklowitz, 2010).

2.4.4. Terapia familiar focal

Para Hernández Monsalve (2008), son estrategias de intervención a nivel familiar. Sus encuentros se realizan entre el paciente, la familia y el terapeuta, con el fin de paliar los efectos negativos de la enfermedad.

Según lo planteado por este autor, los objetivos de esta terapia son: ayudar a integrar las experiencias bipolares con las de la vida diaria; comprender y aceptar la posibilidad

de episodios recurrentes; acompañar y fomentar la adhesión farmacológica; discernir entre los efectos bipolares y los relativos a su personalidad; ayudar a reconocer y superar los eventos vitales estresantes; y fomentar las relaciones funcionales

2.5. Terapia Ocupacional

Según la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (2004), la Terapia Ocupacional, como profesión, es la encargada de promocionar la salud y el bienestar de las personas a través de la intervención terapéutica de actividades diarias, o sea, a través de ocupaciones. Su objetivo principal es el de capacitar a las personas, para que puedan afrontar las diversas actividades de la vida cotidiana. De esta forma el sujeto puede lograr nuevamente participar, de forma activa, en la comunidad. Los cambios para ello, pueden provenir de la optimización de las capacidades individuales, o a través de la modificación de ciertos aspectos del entorno, con el fin de propiciar su participación.

Ya sea desde una concepción en rehabilitación más ortodoxa, en la que se procura la recuperación de habilidades (como algo que se tuvo y se perdió), o desde un planteo más moderno, en el que lo que se busca es entablar nuevas relaciones, lo que se pretende a través de la implementación de la terapia ocupacional como una estrategia del proceso de RPs, es la de trabajar los vínculos con el fin de que la persona pueda expresarse y producir su propia forma de ser y estar en el mundo.

Desde este planteo, Techera y otros (2009) ilustra mediante un caso, la importancia de la Ocupación dentro de la rehabilitación. A través del proyecto de la Radio Vilardevoz, implementado por el Centro diurno del Hospital Vilardebó, una paciente en estado de alta, y con experiencia pre-internación en el rubro de comunicaciones, decidió participar como locutora en dicho proyecto. “Retomó así un modo de vinculación que antes de su internación era caracterizado con un perfil positivo” (p. 78). Lo relevante aquí, es poder visualizar como a través de la elección de la ocupación, se logra potenciar intereses y retomar aspectos saludables, que habían sido abandonados a raíz de la agudización de la patología. En este sentido, según estos autores, “la radio

es rehabilitadora, pues permite re TRABAJAR sobre un conjunto de praxis sociales que habilitan al sujeto a recomponer aspectos de su Yo anteriormente desarrollados” (p. 78). De esta forma, los autores sostienen que, la práctica se conecta al deseo del sujeto, reconstruyendo el vínculo y la producción subjetivante. Lográndose sortear así, la apatía que muchas veces está asociada a estos trastornos.

De la misma forma que la practica anterior, y siguiendo con lo planteado por estos autores, existen también otros talleres que trabaja en, “el funcionamiento social, la autonomía, la comunicación, la expresión y la motivación” (p. 97). Entre ellos se encuentran los talleres de música, cocina, pintura, literatura, manualidades, jardinería, etc., así como también aquellos relacionados a cuestiones más prácticas como pueden ser el cuidado personal, la higiene, el organigrama de actividades, entre otras.

3. Consideraciones finales

*El hombre fracasa porque sólo ve la adversidad,
debido a que su mente fragmentada no reconoce la oportunidad. No hay
adversidad en la vida. ¡Sólo hay oportunidades! Aquello que consideramos adversidad
puede que sea la lección que necesitamos aprender.*

Gururaj Ananda Yogui

A través de la síntesis de los trabajos de los diferentes autores, se ha intentado exponer la importancia que ha ido adquiriendo la RPs en los últimos tiempos, como un modelo asistencial comunitario eficaz a la hora de asistir a personas con trastornos mentales, y no solamente como una opción de tratamiento.

Teniendo en cuenta que el TB es una enfermedad crónica, recurrente e incapacitante, se hace necesaria la búsqueda de tratamientos que logren minimizar su padecimiento, a la vez, que los ayuda a aceptar su patología y que los oriente en la elección de los aspectos que hacen a una buena calidad de vida, posicionándolo desde un lugar ciudadano de derechos y deberes. En esta línea, es en la que se direccionan los diversos planes de rehabilitación, de forma tal, que el foco de atención este puesto en los aspectos positivos del sujeto, y no en los que adquirió con su enfermedad, es decir, rehabilitar en términos de salud y no meramente de enfermedad.

En definitiva, se ha logrado plasmar que solo el tratamiento farmacológico no es suficiente para los objetivos buscados, y esto se ve reflejado en la sociedad a través de las altas tasas de morbilidad y mortalidad que el TB presenta. Es por ello, que se hace necesaria la implementación de tratamientos adyuvantes al abordaje biológico, con el fin de reducir este alto porcentaje. De esta forma, se busca la eficacia del tratamiento desde un enfoque multidimensional (biológico, psicológico y social), tomando en este caso a la RPs como un modelo de abordaje integral y no como una parcela del tratamiento.

Otro punto importante a considerar, es la alta adaptabilidad de las estrategias de RPs, dado que si bien cada sujeto con bipolaridad presenta el mismo trastorno, este se ve

afectado siempre desde su singularidad. Es por ello, que la personalización de los planes, dentro de un modelo general de rehabilitación, permite poner el acento en el cuidado del sujeto desde su singularidad y no desde su patología.

Además, el aporte de las diversas terapias (farmacológica, psicoterapia y ocupacional), intenta triangular la rehabilitación con base científica, sobre una concepción integral del Ser. Cada una, desde su especialidad, le aporta a la persona con TB herramientas que le permita conocerse y reconocerse en su individualidad y en el vínculo con el otro, disminuyendo su padecimiento y fomentando con ello, la elección de una buena calidad de vida. Elección que se lleva adelante a través de su participación como líderes y protagonistas de su propio proceso terapéutico.

Otro punto relevante y que hace al rol del psicólogo, es la importancia de la intervención psicológica en la RPs. A través de ellas, el psicólogo puede indagar y profundizar en los aspectos psicológicos y sociales de la persona con bipolaridad, así como también, en aquellos aspectos propios del trastorno. De esta manera, logra ampliar su campo de conocimiento, lo que le permite por un lado, brindar una asistencia individualizada y personalizada a quien la necesite, así como también, a su entorno familiar, y por otro, le permitan seguir profundizando en la actualización y mejoramiento de las estrategias de intervención.

Desde su lugar, se pueden distinguir discursos muy precisos y subjetivos, que tienen que ver con la relación o el vínculo con el otro, con la aceptación o el rechazo que toca lo afectivo, lo emocional. El sujeto que tiene el trastorno, muchas veces se vuelve extremadamente vulnerable y dada anímicos en donde hay que contener, escuchar, interactuar, posibilitar la conexión entre su yo y el deseo, con el fin de mostrarle la vida desde un punto que sea y se vea positiva, algo, un algo que lo motive.

De esta forma, se enmarca la intervención del psicólogo en beneficio de una mayor y mejor comprensión de la patología mental, reconociéndose su lugar como profesional capacitado desde el modelo holístico e integrador de la salud mental.

A modo de cierre, el modelo de RPs Integral busca a través de diferentes estrategias, que el sujeto sea capaz de convivir activamente en la sociedad, es decir que logre una acomodación social real, que le permita armar y desplegar sus proyectos de vida. Una

vez conseguido este propósito, e independientemente de que aún necesite de asistencia y cuidados, se está en condiciones de decir que se ha dado un gran paso en cuanto a la demostración de su eficacia como modelo teórico.

En este punto, Grecco (2006) propone que la eficacia terapéutica del abordaje holístico se logra cuando se integra la bipolaridad como parte de la vida y del propio ser, es decir que el lugar desde el que se ve y se vive la vida no sea el de bipolar, sino el de una persona con trastorno bipolar. En definitiva la clave está en rehabilitar para que la patología no hable por uno.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *DSM IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997). *Rehabilitación psicosocial: Declaración de consenso* WAPR/WHO. Recuperado de <file:///C:/Users/Mar%C3%ADa%20Serrana/Downloads/Declaraci%C3%B3n%20de%20Consenso%20WAPR-WHO.pdf>
- Becoña, E., y Lorenzo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Revista Psicothema*, 13(3), 511-522. Recuperado de <http://www.psycothema.com/pdf/472.pdf>
- Chile. Ministerio de Salud. (2006). *Rehabilitación psicosocial para personas adultas con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad*. Chile: Autor. Recuperado de http://www.terapiaocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2006_MINSAL_2006-2.pdf
- Del Castillo, R., Villar, M, y Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83-96. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>
- Ductor Recuerda, M. J. (2014). Intervenciones psicosociales en el trastorno afectivo bipolar: valoración de los grupos psicoeducativos en una unidad de rehabilitación de salud mental. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 181-189. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/510/404>

Estrada-Jaramillo, S., Zapata-Barco, A. M., Tamayo, L. A., Botero-Franco, D., y Palacio, J. D. (2009). Trastorno afectivo bipolar en niños. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 125-139. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615448008>

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) (2004). *Definición de terapia Ocupacional*. Recuperado de www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/43/Default.aspx

Fernández, J., González Cases, J., Mayoral, F., y Touriño, R. (2003). Evaluación funcional en rehabilitación psicosocial: Métodos e instrumentos. En *Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo* (pp. 57-97). Recuperado de https://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf

Freud, S. (1914-1916). *Duelo y melancolía*. En J.L. Echeverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. 14, pp. 243-255). Buenos Aires: Amorrortu.

Füllgraff, M. E. (2003). Rehabilitación Psicosocial. En *VI Jornadas de Psicología Universitaria. La psicología en la realidad actual* (pp. 504-507). Montevideo: Psicolibros.

García-Blanco, A. C., Sierra, P., y Livianos, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Revista Psiquiatría Biológica*. 21(3), 89-94. Recuperado de www.elsevier.es/psiquiatriabiologica

García Reinoso, D. (1975). *Depresión, melancolía y manía*. Buenos Aires: Standart S.R.L.

García Vázquez, S. (2001). ¿Patologías actuales o actualización de teorías?. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (en línea), 94. Recuperado de <http://www.apuruquay.org/apurevista/2000/1688724720019406.pdf>

- González-Pinto Arrillaga, A. M., Barbeito Resa, S., y Vega Pérez, P. (febrero-marzo, 2010). *Abordaje integral del trastorno bipolar*. Trabajo presentado en la 11° Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de <http://www.bipolars.org/wp-content/uploads/2011/11/1-Abordaje-integral-TB.pdf>
- Grecco, E.H. (2006). *La bipolaridad como don: un enfoque para transformar la inestabilidad emocional en una bendición* (4a ed.). Buenos Aires: Continente.
- Hernández Monsalve, M. (2008). *Dimensión clínica y humana de la atención psiquiátrica: Trastorno bipolar*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación.
- Klein, M. (1990). El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. En *Amor, Culpa y Reparación* (pp. 346-371). Barcelona: Paidós.
- Lagomarsino, A. (s.f.). *Consideraciones y estrategias terapéuticas en el trastorno bipolar*. Recuperado de <http://fubipa.org.ar/2016/01/18/consideraciones-y-estrategias-terapeuticas-en-el-trastorno-bipolar/>
- López-Jaramillo, C. (2011). Una visión integral de los trastornos bipolares: condición necesaria para la clínica y la investigación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 7S-9S. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622316001>
- Luque, R., y Berrios, G.E. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 130S-146S. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622316009>
- Malhi, G. S., Adams, D., Lampe, L., Paton, M., O'Connor, N., Newton, L. A., Walter, G., Taylor, A.,..., y Berk, M. (2009). Recomendaciones para la práctica clínica en el trastorno bipolar. *Revista de Toxicomanías*, 57, 18-40. Recuperado de www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret57_3.pdf
- Mezza, M. (2013). Trastorno bipolar: Nuevo cuadro líquido. Un recorrido por las reglas discursivas de la clasificación psiquiátrica y por los condicionantes socio-

- históricos de nuestra época. *Revista Límite*, 8(27), 75-87. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83628140005>
- Miklowitz, D. (2010). Tratamiento coadyuvante para el Trastorno Bipolar: Actualización de las Evidencias. *Revista de Taxicománias*, 59, 3-17. Recuperado de http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret59_1.pdf
- Ortiz Zavalla, G., Berdullas, M. P., y Malamud, M. (2011). De la Melancolía a la Manía. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. 585-588. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-052/835>
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, A., y Bravo, M. F. (2003). Marco general y conceptualización. En *Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo* (pp. 17-48). Recuperado de [https://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento Integral TMS AEN.pdf](https://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento%20Integral%20TMS_AEN.pdf)
- Ruiz-Murugarren, S., García-Ramos, P., y Lahera, G. (2011). Déficit de cognición social en el trastorno bipolar: relevancia y estrategias de rehabilitación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 99-114. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80619286009.pdf>
- Techera, A., Apud, I., y Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido: Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: Central de Impresiones.
- Tondo, L. (2014). El tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar. *Psicodebate*, 14(2), 83-100. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5645419.pdf>

- Uriarte Uriarte, J. J. (2007). Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. En Rehabilitación psicosocial. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*. 7(2), 87-104. Recuperado de <http://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/Cuadernos7.2.pdf>
- Vieta, E., Colom, F., y Martínez-Arán, A. (2004). *La enfermedad de las emociones: El trastorno bipolar*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L. Recuperado de <http://asbiga.org/archivos/La%20enfermedad%20de%20las%20emociones%20Vieta%20Colom%20Aran.pdf>
- Vieta, E., y Gastó, C. (1997). *Trastornos Bipolares*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Vinacour, C. A. (2009). *La bipolaridad como enfermedad de las pasiones*. Recuperado de <http://fubipa.org.ar/2016/01/18/la-bipolaridad-como-enfermedad-de-las-pasiones/>
- Volta, L.H., Erbetta, A.E., y Zanassi, S. (2014). *Problemas para el estudio de las variedades y variaciones del humor en las psicosis*. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-035/742>
- Wakefield, J. (2007). El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial. *Revista oficial de la asociación mundial de psiquiatría*. 5(3), 149-156. Recuperado de: http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/wpa-12-2007-spa.pdf
- Zabala Baquedano, M., y Garrido-Landívar, E. (2006). Aportaciones de la psicología clínica en el campo de la rehabilitación psicosocial. *Huarte de San Juan Psicología y Pedagogía*, 13, 59-77. Recuperado de academica.e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/9459/HSJ_Ps_13_2006_Aportaciones.pdf?sequence=1