

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ÁMBITOS
CLÍNICOS Y SOCIALES - BIENIO 2009/2011**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Convocatoria: Junio 2011

Alumno: *José Ángel Morales Ruiz*

Tutor académico: *Ernesto Quiroga Romero.*

Tutora profesional: *Luisa Pardo González.*

ÍNDICE

1. Descripción general	3
2. Análisis de los test utilizados durante el proceso de prácticas	4
2.1. 16 PF	4
2.2. CPQ	4
2.3. STAI	4
3. Estudios de caso	5
3.1. Caso 1	5
3.2. Caso 2	7
3.3. Caso 3	9
3.4. Caso 4	10
3.5. Caso 5	11
3.6. Caso 6	12
3.7. Caso 7	12
3.8. Caso 8	13
3.9. Caso 9	13
3.10. Caso 10	13
4. Estudio de caso: Julia V.	14
4.1. Introducción	14
4.2. Descripción del caso	14
4.2.1. Datos personales	14
4.2.2. Motivo de consulta	15
4.2.3. Historia de la paciente	15
4.2.4. Situación actual	16

4.2.5. Evaluación	16
4.2.6. Objetivos	18
4.2.7. Técnicas de intervención	18
4.2.8. Resultados y conclusiones	20
5. Contextualización del problema	21
5.1. Definición del problema	21
5.2. Características	21
5.3. Epidemiología	24
6. Referencias bibliográficas	25

1. Descripción general

El presente trabajo tiene como objetivo principal exponer la actividad que he realizado durante el proceso de prácticas en el Centro de Psicología Avenida de la Estación.

En este periodo comprendido entre noviembre de 2010 y mayo de 2011 he desarrollado distintas actividades relacionadas con los contenidos impartidos en el Máster Universitario en Intervención Psicológica en ámbitos Clínicos y Sociales.

La actividad fundamental ha consistido en el estudio de numerosos casos, colaborando como alumno en la elaboración de propuestas de evaluación, diagnóstico e intervención según las indicaciones de mi tutora profesional. Toda la información utilizada para desarrollar esa labor ha sido proporcionada en exclusividad por mi tutora, sin intervenir personalmente con cada paciente. El proceso para presentar cada caso variaba entre la exposición verbal por parte de la tutora de lo ocurrido en consulta o la interpretación a modo de role playing, en la que yo asumía el papel de terapeuta y la tutora el de paciente.

Para la realización de este informe he decidido en primer lugar introducir brevemente los test que he tenido la oportunidad de corregir e interpretar.

La segunda parte corresponde a la exposición de los diez casos en los que he trabajado, describiendo brevemente mis actuaciones.

Para finalizar este trabajo presentaré un estudio en profundidad de un caso en particular, que por sus características, dificultad y por el trastorno que abarca he considerado el idóneo para un análisis más profundo, seguido todo esto de una exposición que sirve como contextualización del trastorno tratado en este último caso.

2. Análisis de los test utilizados durante el proceso de prácticas

2.1 16 PF

Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad (16 PF) creado por Raymond Cattell con el fin de tener una descripción objetiva de la personalidad. Diseñado como una prueba de papel y lápiz, consta de 187 afirmaciones a través de las cuales se va perfilando una organización coherente y estable de indicadores del modo en que el sujeto enfrenta su mundo. Posee dos formas de aplicación equivalentes: A y B, y es aplicable tanto a adolescentes como adultos (aunque, también existen unas formas menores C y D, de menor número de ítems y de exigencia).

2.2 CPQ

Cuestionario de personalidad para niños que mediante 140 elementos evalúa una serie de variables bipolares de la personalidad, cuya naturaleza, funcionalmente independiente, ha sido establecida por estudios factoriales. Evaluación de 14 dimensiones primarias de la personalidad que puede aplicarse de forma colectiva o individual en dos sesiones de 40 minutos.

2.3 STAI

Cuestionario utilizado, con adolescentes o adultos, para autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (ansiedad/estado) y como rasgo latente (ansiedad/rasgo). La prueba consta de dos partes, con 20 cuestiones cada una de ellas. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Se aplica de forma colectiva o individual en unos 20 minutos.

3. Estudios de caso

➤ **Caso nº 1:**

- **Fecha de sesiones:** 3 y 17 de noviembre de 2010.
- **Motivo de consulta:** Insatisfacción personal.
- **Acciones realizadas:**

Etiología (Propuesta):

- Insatisfacción con relación sentimental.
- Dificultades de comunicación con la pareja.
- Negación del distanciamiento afectivo.
- Búsqueda de nuevas emociones.
- Evitación de sentimientos que se evalúan como inadecuados.
- Necesidad de ajustarse a las convenciones sociales.
- Debo vs. Quiero.

Diagnóstico (Propuesta):

Entrevista semiestructurada:

1. Saludo cordial.
2. Delimitar el motivo inicial de consulta. Conocer que expresa el paciente en relación al motivo que le hace solicitar ayuda profesional.
3. Atribuciones sobre la naturaleza del problema. Ej. “¿a qué crees que puede ser debido?”. Explorar los sentimientos que le produce la situación. En este apartado es posible contextualizar todas estas sensaciones relacionándolas con aspectos que en los que se profundiza en el siguiente apartado.
4. Incorporar el contexto familiar, social y laboral, incidiendo especialmente en las áreas más problemáticas.
 - Relaciones (de menos a más intimidad):
 - Relaciones con compañeros de trabajo.
 - Amistades.
 - Relación con familia cercana.
 - Relación de pareja (seguramente sea determinante).
5. Cierre de la entrevista.

Tests de personalidad: 16PF, MMPI o EPQ.

Tratamiento (Propuesta):

- Reestructuración cognitiva.

- Técnicas para dejar de pensar reiteradamente en un tema:
 - Realizar actividades novedosas que necesiten de mayor atención que las ya rutinarias y automatizadas.
 - Realizar actividades placenteras: Dificulta tener dos actividades con resultado opuesto al mismo tiempo en el organismo.
 - Meditación: Atención a la respiración, darse cuenta de lo que se está pensando y dejarlo ir. Simbólicamente se puede imaginar que se mete el pensamiento en un frasco o que se le abre una puerta en la cabeza para que se vaya.
 - Central la atención en sensaciones externas al cuerpo. Mantener la atención en estas sensaciones te conecta con en el presente. Consiste en usar uno o más sentidos para centrarte en alguna sensación externa:
 - Vista: observar minuciosamente, leer, observar las diferentes actividades de las personas que te rodean o del ambiente.
 - Sentir las texturas: tocar alguna tela que tengas cerca, un papel, el volante que estás conduciendo. Recrearse en la sensación.
 - Gusto y olfato: centrarse en saborear u oler algún alimento que sea realmente agradable, presta atención a los diversos olores que te rodean.
 - Intención paradójica: Consiste en indicar al paciente que en lugar de evitar la situación que realice conscientemente todas las conductas para que aquello ocurra. Desde el punto de vista cognitivo conductual se entiende que la persona se enfrenta al estímulo sin realizar las conductas de evitación, sigue todos los pensamientos que está teniendo sin establecer ninguna lucha para evitarlos, incluso puede escribirlos para materializarlos y hacerlos concretos.

➤ **Caso nº 2:**

- **Fecha de sesiones:** 24 de noviembre de 2010.
- **Motivo de consulta:** Ataque de pánico.
- **Acciones realizadas:**

Datos iniciales:

Varón joven.

Tesorero de una empresa. Encargado de los pagos a los empleados.

Reacción de ansiedad, relacionada principalmente con el ámbito laboral (más intensa los días de cobro del personal, problemas económicos).

Duración limitada a unos minutos.

Cumple criterios para un posible ataque de pánico, como palpitaciones, sensación de ahogo, falta de control voluntario, parestesias, etc.

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack)

Nota: No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparecen las crisis de angustia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21])

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

Etiología (Propuesta):

- Presión por las exigencias de su puesto de trabajo.
- Dificultad para controlar su temor ante estas situaciones.

- Incapacidad de conseguir llegar a relajarse.
- Exigencia personal elevada.
- Necesidad de cumplir con las demandas de otros.

Diagnóstico (Propuesta):

Entrevista semiestructurada:

Saludo cordial.

Delimitar el motivo inicial de consulta. Conocer que expresa el paciente en relación al motivo que le hace solicitar ayuda profesional.

Recabar información sobre diferentes áreas:

Vida profesional:

- ¿En qué consiste su trabajo?
- ¿Qué le resulta más complicado de su cometido?, ¿Por qué?
- ¿Qué reacciones tienen quienes le rodean?

Vida familiar:

- ¿Influyen estos episodios en algún aspecto de su vida familiar?
- ¿Vive sólo o en pareja?
- ¿Ha sentido esa sensación (pánico) en el contexto familiar?

Sociabilidad:

- ¿Cómo son sus relaciones con sus amistades?
- ¿Y con sus compañeros de trabajo?
- ¿Siente que el desempeño de su trabajo perjudica a su relación con los demás?

Conocer detalles sobre los ataques que sufre el paciente:

- ¿Podría describir detalladamente cómo se siente en esos momentos?
- ¿En qué formas ha intentado actuar cuando se encuentra en esas situaciones?
- ¿Cómo suele superar esa situación?
- ¿Desde cuándo sufre este problema?
- ¿Ha variado su intensidad o su frecuencia durante este periodo?

Cierre de la entrevista. Tras ello puede ser conveniente explicarle al paciente la naturaleza de este trastorno y cómo se relaciona con un mecanismo natural del ser humano, habitual en muchos casos, así como de la posibilidad de tratar con éxito su problema.

Aplicación test de personalidad: 16PF.

Tratamiento (Propuesta):

- Información sobre el ataque de pánico (definición como un "sistema de alarma" normal del cuerpo, que consiste en un conjunto de mecanismos mentales y físicos que le permiten a una persona hacer frente a una amenaza, que por alguna causa en su caso reacciona de forma exagerada ante una situación estresante).
- Técnicas de relajación, terapia cognitiva (entrenar al paciente, detectando sus pensamientos y reemplazando o modificando aquellos que no resultan útiles para mejorar esta situación) y desensibilización sistemática. Facilitarían el desarrollo de nuevas formas de resolver las situaciones temidas.
- Instruir al paciente para que no luche contra futuros episodios y explicarle que es positivo que le vuelva a ocurrir para que aprenda de la situación y aplique las directrices aportadas. Esto evitará el "miedo al miedo".

➤ **Caso nº 3:**

- **Fecha de sesiones:** 1 de diciembre de 2010.
- **Motivo de consulta:** Erupciones cutáneas.
- **Acciones realizadas:**

Datos iniciales:

Varón joven en edad universitaria.

Erupciones en la piel provocadas por la luz solar, sin ser necesaria la exposición directa.

Salidas de su domicilio en horas donde no luce el sol.

Evita actividades donde sea necesario exponerse a la luz o sudar, pues su piel se resiente con ello.

Cambio de domicilio familiar, desde un pueblo pequeño a la ciudad,

Relación materna excesivamente dependiente.

Etiología (Propuesta):

- Necesidad de atención materna.
- Evitación de experiencias desagradables provocadas por el cambio de residencia.

Tratamiento (Propuesta excluyendo intención paradójica, aplicada ya por la terapeuta):

- Exposición en la imaginación, es decir, imaginando las situaciones que producen ansiedad y manteniéndolas en la mente de manera constante hasta que se produce un cambio en la sensación.
- Exposición en vivo de forma gradual (desensibilización sistemática), exponiéndole a las situaciones por orden de dificultad. Empezando por las más fáciles y aumentando la dificultad hasta alcanzar las situaciones que producen los niveles mayores de ansiedad. La graduación es posible en la consulta, algo que no se consigue en situaciones reales, lo que tiene la ventaja de permitir un control mayor pero el problema de ser artificial en su planteamiento.
- Técnicas de relajación.

➤ **Caso nº 4:**

- **Fecha de sesiones:** 15 de diciembre de 2010.
- **Motivo de consulta:** Fobia al viento.
- **Acciones realizadas:**

Datos iniciales:

- Fobia al viento.
- Esposa de funcionario de prisiones.
- Miedo a que su marido muera repentinamente (infarto cerebral).
- Hermana enferma de cáncer.
- Muerte prematura de su “primo favorito”.

Etiología:

- En la infancia se le repetía a menudo: “acuéstate ya que hace mucho viento” y “no salgas a la calle que hace mucho viento”, como expresiones que la intimidaran.
- Donde ella vivía en su infancia las ventanas hacían mucho ruido, describiéndolo la paciente como un ruido terrorífico.
- No exterioriza sus sentimientos negativos frente a los demás. Rompe a llorar sola sin buscar ningún apoyo.

- Desencadenante: una noche de mucho viento está sola en casa (marido trabajando e hijo en la calle), sufre un miedo extremo y no consigue contactar con ninguno de los dos.

Tratamiento:

- Intención paradójica.
- Desensibilización sistemática
- Técnicas de relajación.

➤ **Caso nº 5:**

- **Fecha de sesiones:** 12 y 26 de enero de 2011.
- **Motivo de consulta:** Comportamiento disruptivo adolescente.
- **Acciones realizadas:**

Datos iniciales:

Niño de 15 años en tratamiento desde hace un año y medio.

Muy buena consideración intelectual por parte de la madre que insiste en defenderlo a pesar del comportamiento del niño.

Agrede a sus familiares y amenaza con marcharse de casa.

Acusa a su madre de mala madre (lo que le afecta intensamente a ella).

No acude a clase.

Madre muy controladora de su imagen social.

Consumidor de hachís.

No le falta nunca dinero ni ningún lujo, ya que todo se le proporciona su madre.

Cuando asiste al colegio se muestra chulo y prepotente con los profesores. Ha sido expulsado tres veces.

El niño sabe mostrar una imagen ideal de comportamiento cuando lo desea (frente a los padres de sus amigos, por ejemplo).

Hermana independiente, estudiosa y educada.

Etiología (Propuesta):

- Exceso de reforzadores
- Buena consideración y trato por parte de la madre pese a todo.
- Sus malos comportamientos no tienen consecuencias negativas.
- Consigue mostrar imagen ideal de cara al exterior cuando lo necesita.
- Inversión de roles: Es el niño quien manda en casa.

Análisis funcional (Propuesta):

- El niño consigue reforzadores, tanto positivos como negativos, a través de su comportamiento déspota en casa. No recibe castigo alguno.
- En el colegio consigue destacar socialmente entre sus compañeros, sin recibir un castigo real por ello, ya que los suspensos los interpreta (al igual que su madre) como que los profesores son los que van contra él.

Objetivos (Propuesta):

- Frenar comportamiento violento en casa.
- Aumentar la disciplina del niño.
- Desarrollo de un mayor interés por sus estudios.

Técnicas de intervención (Propuesta):

- Eliminar reforzadores para los que no haya hecho méritos.
- Castigar conductas agresivas, sobre todo con pérdida de privilegios.
- Extinción ante las acusaciones de mala madre.

➤ **Caso nº 6:**

- **Fecha de sesiones:** 9 y 16 de febrero de 2011.
- **Motivo de consulta:** Problemas académicos adolescente.
- **Acciones realizadas:**
 - Exposición del caso detallada por parte de la tutora y descripción de las técnicas utilizadas para evaluar e intervenir durante la terapia.

➤ **Caso nº 7:**

- **Fecha de sesiones:** 9 y 16 de marzo de 2011.
- **Motivo de consulta:** Dificultades en la convivencia familiar.
- **Acciones realizadas:**
 - Exposición del caso detallada por parte de la tutora y descripción de las técnicas utilizadas para evaluar e intervenir durante la terapia.

➤ **Caso nº 8:**

- **Fecha de sesiones:** 6 y 13 de abril de 2011.
- **Motivo de consulta:** Acoso escolar en educación primaria.
- **Acciones realizadas:**
 - Exposición del caso detallada por parte de la tutora y descripción de las técnicas utilizadas para evaluar e intervenir durante la terapia.

➤ **Caso nº 9:**

- **Fecha de sesiones:** 27 de abril de 2011.
- **Motivo de consulta:** Adicción a la cocaína y al juego.
- **Acciones realizadas:**
 - Exposición del caso detallada por parte de la tutora y descripción de las técnicas utilizadas para evaluar e intervenir durante la terapia.

➤ **Caso nº 10:**

- **Fecha de sesiones:** 27 de abril, 4 y 18 de mayo de 2011.
- **Motivo de consulta:** Trastorno bipolar.
- **Acciones realizadas:** Estudio de caso en profundidad (A continuación).

4. Estudio de caso: Julia V.

“Las vidas de Julia”

4.1 Introducción:

El caso que ahora nos ocupa ha sido considerado como el más relevante en todo el proceso de prácticas profesionales. Por sus características como trastorno y como proceso evidente de mejora en el paciente producto de la colaboración entre paciente y terapeuta.

El trastorno que se contempla fruto de la evaluación realizada es un Trastorno Bipolar tipo II, cuyas características suponen el pretexto para el subtítulo del encabezamiento “Las vidas de Julia”. Esta expresión es la metáfora de una situación llena de contrastes y sufrimiento para nuestra protagonista, que gracias a un proceso terapéutico de exhaustivo planteamiento está viendo mejorado su estado psicológico y su experiencia vital en todos los aspectos.

Este trabajo, producto de ocho sesiones de trabajo en consulta se expone en distintos apartados, incluyendo tras el mismo una breve contextualización del trastorno tratado para una comprensión mayor de todo el proceso que se ha desarrollado.

4.2 Descripción del caso:

4.2.1 Datos personales:

- Nombre: Julia.
- Mujer de 48 años.
- Casada.
- Madre de dos hijos. Una niña de 15 años y un niño de 14 años.
- Profesión: Maestra de Educación Infantil. Actualmente desarrollando labor de maestra de apoyo, por tratarse de una actividad más flexible.
- Tratamiento con fármacos (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y relajantes musculares) desde los 21 años.
- Diagnosticada con cuadro de Fibromialgia desde hace 5 años.

4.2.2 Motivo de consulta:

- Incapacidad para levantarse de la cama y dedicarse a sus tareas profesionales y a su familia.
- Necesidad de desarrollar su estabilidad emocional y su capacidad para tomar decisiones.
- Deseo de disminuir pensamientos negativos y conductas de riesgo (suicidios).
- Aprender a organizar sus horarios y actividades.

4.2.3 Historia de la paciente:

- Familia residente en pueblo de Almería. Perteneciente a clase media socioeconómica.
- Mayor de tres hermanos, seguida de una hermana dos años menor y un hermano ocho años menor.
- Relación valorada como positiva con su padre, al que define como una persona alegre. En contraste con esto, define la relación con su madre como negativa, siendo esta una persona desagradable, que siempre estaba enferma, la insultaba (llamándola vaga, gandula y sinvergüenza) y la hacía responsable de sus dos hermanos menores y las labores propias del hogar. Recuerda que su madre tenía problemas con el alcohol, lo que le hacía más agresiva, siendo esta una situación que debía ocultar a su padre.
- Académicamente buena durante toda su etapa como estudiante. Confiesa leer y escribir muy a menudo, pues era esta su mayor vía de desahogo emocional. Termina sus estudios de Magisterio de Educación Infantil y a continuación realiza las oposiciones, tras las que comienza pronto a trabajar.
- A la edad de 20 años fallece su padre, al que consideraba su único apoyo familiar. Tras esto el médico le receta antidepresivos.
- Mantiene relación de pareja desde su juventud con el que ahora es su marido, residente en el mismo pueblo y aceptado siempre por su familia. Contraen matrimonio después de que ella apruebe las oposiciones.
- Valora la primera etapa de su matrimonio como muy positiva, lo que le llevó incluso a dejar de medicarse durante un par de años.
- Tiene cuatro embarazos, dos con abortos naturales. Recuerda con estima los primeros años con sus dos hijos. Se describe entonces como una mujer activa, pendiente de la familia y el matrimonio, y con fuerza para llevar todo adelante.
- Empieza tener mayores problemas cuando sus hijos llegan a la adolescencia.
- Deja de sentirse capacitada para conducir su coche (hace diez años que no lo hace).

- No bebe alcohol durante estos años pero ocasionalmente lo utiliza para evadirse.
- Hace cinco años vive momentos en los cuales tenía serios problemas en su matrimonio, sugiriendo incluso el marido la posibilidad de divorciarse. Por todo esto en una ocasión decide ir a un bar cerca de casa para beber. Por ser una persona poco acostumbrada al consumo de alcohol, tras beber tres cervezas se siente indispuesta, lo que aprovechan dos hombres para llevársela en su coche y violarla en un lugar apartado. Después la dejan marchar. Describe que tras este episodio sólo sentía ganas de morir pero siente la necesidad de despedirse de sus hijos.
- Decide finalmente alejarse de toda la situación vivida marchándose a vivir a una casa en el campo de una amiga. Allí su marido la visita, cada vez con mayor asiduidad y termina reconciliándose con él. No es hasta entonces cuando le confiesa a su marido el episodio sufrido, que le corresponde comprensivamente y le ayuda pacientemente a superarlo.

4.2.4 Situación actual:

- La relación matrimonial está deteriorada por la situación personal que atraviesa. Asimismo describe como escasa la relación con sus hijos, sobre todo con su hija, que parece echarle en cara su actitud ante los problemas.
- Mantiene una relación distante con su madre y mala con su hermana, pues siempre que puede intenta aprovecharse de ella en distintos ámbitos.

4.2.5 Evaluación:

- En reconocimiento y evaluación se observan episodios de hipomanía. Se evalúa para especificar un diagnóstico utilizando criterios DSM-IV TR así como distintas pruebas psicológicas (Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, Test de Personalidad 16 PF y Cuestionario Ansiedad Estado Rasgo).
- Posible trastorno bipolar tipo II.
- Sintomatología:
 - Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y mayoría de los días. Duración mayor a dos años.

- Cuadro depresivo: pérdida de apetito, hipersomnias, fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.
 - Intentos de suicidio (tres) ingiriendo cantidades elevadas de fármacos.
 - Esporádicamente ha tenido periodos donde su estado de ánimo es elevado y expansivo, claramente diferente al estado de ánimo habitual (disminución de la necesidad de dormir, más locuaz de lo acostumbrado, distraibilidad, aumento de la actividad intencionada (por ejemplo, salidas con compañeros de trabajo o estudios).
 - En la actualidad sufre recaídas periódicas, durante las que se mete en la cama, abandonando con ello sus responsabilidades como madre, domésticas, maritales o profesionales, para esto último dándose de baja en su puesto de maestra durante el tiempo que sea necesario. Durante estos periodos todas las responsabilidades pasan a la figura de su marido.
 - Estos episodios tenían inicialmente una duración de 4 o 5 días, aumentando progresivamente su frecuencia, duración e intensidad. En el momento de acudir a consulta llevaba en cama casi dos meses, desatendiendo las tareas anteriormente descritas y sin prestar atención a su aseo personal y aspecto físico, pese a ser una persona con buen aspecto en su estado normal.
- Otros datos de interés:
- Acude por primera vez en busca de ayuda psicológica.
 - El tratamiento farmacológico actual consiste en:
 - Daprox (6 gotas). Indicaciones: Ansiedad generalizada. Ansiedad social. Depresión mayor. Fobia social. Trastorno de angustia con agorafobia. Trastorno de angustia sin agorafobia. Trastornos obsesivo-compulsivos.
 - Idalpren (5 mg.). Indicaciones: Tratamiento a corto plazo de todos los estados de ansiedad y tensión, asociados o no a trastornos funcionales u orgánicos. Alteraciones del comportamiento psíquico. Enf. psicósomáticas. Enf. orgánicas. Trastornos del sueño. Insomnio. Hiperemotividad. Neurosis.
 - Deprax (500 mg.). Indicaciones: depresiones orgánicas, endógenas, psicógenas, sintomáticas e involutivas, estados mixtos de depresión con ansiedad, depresiones atípicas o enmascaradas (trastornos psicósomáticos).
 - Sumial (40 mg. cuando sufre temblores). Indicaciones: Tratamiento del temblor esencial.

- Mirapexin (0,18 mg.). Indicaciones: Tratamiento de los signos y síntomas de la enfermedad de Parkinson idiopática y del Síndrome de Piernas Inquietas idiopático de moderado a grave.

4.2.6 Objetivos:

- Se ha establecido un objetivo general que consiste en desarrollar la capacidad de la paciente para diferenciar si se encuentra en periodo maniaco o depresivo. Para ello se pretende establecer con porcentajes, en un continuo de 0 a 100, en qué estado se encuentra en cada momento (por ejemplo, un 30% maniaco – 70% depresivo), para que a través de eso sepa distinguir que medidas debe tomar para controlar su comportamiento.
- Se han establecido en relación con lo anterior distintos objetivos específicos en función del periodo en el que se encuentre la paciente:
 - Periodo depresivo:
 - Dejar de evitar sus obligaciones acostándose.
 - Consolidar distintas vías de escape o desahogo distintas de ir a la cama.
 - Actuar pese a la presencia de pensamientos negativos.
 - Comunicarse adecuadamente para resolver sus problemas.
 - Alejarse del abuso de alcohol o sustancias.
 - Disminuir el consumo de fármacos.
 - Periodo maniaco:
 - Reparto racional de actividades cotidianas con una organización realista.
 - Desarrollar capacidad de diferenciar entre actividades necesarias y actividades fruto de la hipomanía.

4.2.7 Técnicas de intervención:

- **Registro de pensamiento-actuación:** Consiste en un registro con el que la paciente identifica y describe su comportamiento y emociones en el antes, durante y después de sentirse mal. Con esto se consigue que ella misma clarifique todo aquello que precede a las situaciones que pretende evitar para poder identificar así un medio de actuación, con ayuda posterior del terapeuta, para frenar los pensamientos y comportamientos no deseados. El éxito de esta técnica, al menos en el periodo inicial, ha sido muy alto ya que la paciente ha

comprendido las claves propuestas por la terapeuta y ella misma ha podido aportar soluciones efectivas para concluir con éxito.

- **Compromiso formal para querer mejorar y llevar a cabo el tratamiento:** Como herramienta para afianzar la voluntad del paciente y el compromiso con el proceso terapéutico. En este caso, por la personalidad de Julia, se han obtenido buenos resultados. Algo que se desprende de las manifestaciones realizadas por ella misma durante la terapia.
- **Incorporación a su trabajo y actividades:** Estas actividades refuerzan la conducta apropiada en cada caso y sirven para que la paciente recupere los reforzadores que le proporcionaban y que mejore su autoestima, ya que en la actualidad había abandonado conductas que resultaban positivas, como son acudir a desempeñar su actividad profesional o realizar distintas actividades con su marido, hijos, amigos o su madre, o bien otras actividades individuales como conducir.
- **Aportación de metáforas:** Se ha conseguido con esto aumentar en Julia la comprensión y aceptación de su estado vital en la actualidad.
- **Clarificar valores y jerarquizarlos:** Es este un paso previo para posteriormente trabajar sobre ellos con el propósito mejorar en sus objetivos. Para la paciente ha servido de guía interna en el proceso de mejora y sacrificio personal.
- **Establecer reforzadores:** Esta técnica incorpora el contexto familiar para reforzar las conductas deseadas. También se ha establecido con Julia un modelo de autoreforzo que ella misma gestione cuando desarrolle un comportamiento adecuado.
- **Otras claves aportadas:** Sobre todo han consistido en asesorar a la paciente sobre cuál es la menor forma de realizar el acercamiento a madre (actualmente enferma de cáncer), con aceptación de lo pasado y propósito de mejorar la relación, a enseñar las claves para que se comporte asertivamente con su hermana y a orientarla para que recupere la relación con sus hijos y su marido, atendiendo sus necesidades.

4.2.8 Resultados y conclusiones.

Julia se ha comprometido y mostrado su aceptación a las condiciones y objetivos y a acudir al tratamiento. Pese a que con anterioridad su adherencia a otros tratamientos médicos había sido escasa en esta ocasión, posiblemente fruto de los resultados obtenidos, ha mostrado una actitud de colaboración y compromiso con el proceso.

La paciente ha logrado diferenciar su maníaco del depresivo para poder así reconocer las claves de comportamiento adecuado para cada caso, mejorando su situación y evitando en la medida de lo posible los efectos más perjudiciales de su trastorno. Se ha logrado de la misma forma que Julia no se deje llevar, como era costumbre, por los pensamientos negativos ante cualquier situación incómoda para ella. Esto ha desembocado en una progresiva incorporación a su contexto laboral y en una mejora de sus relaciones personales tanto con su familia directa, marido e hijos, como con su madre.

Otros objetivos que se han cumplido son los referentes al cuidado físico personal y a la organización racional del tiempo destinado para el sueño y para cada actividad diaria.

En el momento de finalizar este trabajo Julia se halla en su primer periodo de recaída, que por estar considerada como parte del proceso terapéutico, servirá más que como un freno o retraso para el proceso de mejora como una posibilidad de superación de los obstáculos que de forma natural Julia tendrá que afrontar durante el resto de su vida.

5. Contextualización del problema

5.1 Definición del problema

El Trastorno Bipolar (TB) es una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, de manía y mixtos.

5.2 Características

El trastorno Bipolar ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos según los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades. Es una entidad que, a pesar de poseer características clínicas y evolutivas propias, es de difícil diagnóstico (Lemos, 2008). Dentro del DSM-IV se distinguen distintos tipos de trastornos bipolares: trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II (el que corresponde al caso), trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado.

El trastorno bipolar II (Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F., 2004) se caracteriza básicamente por la existencia de episodios depresivos mayores a lo largo del tiempo junto a episodios hipomaníacos. De ahí que para su diagnóstico tiene que haber la presencia, o historia, de uno o más episodios de depresión mayor; por la presencia, o historia, de al menos un episodio hipomaníaco; no ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio mixto; los síntomas afectivos de los primeros criterios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado; y, los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo y deterioro a nivel laboral, social o en otras áreas importantes de la vida del individuo.

A continuación se muestra la tabla con las características clínicas del trastorno bipolar propuesta por Tellez-Vargas, 2004:

TABLA 1: Características clínicas del trastorno bipolar (Tellez-Vargas, 2004)

Antecedentes:

- Historia de abuso sexual
- Explosividad e irritabilidad en la infancia
- Antecedente de trastorno de déficit de atención
- Interrupción de la vida académica
- Historia familiar de bipolaridad

Cuadro clínico:

- Inicio precoz y súbito
- Crisis depresiva separada de la experiencia existencial
- Hipersomnia, hiperfagia y aumento de peso
- Delirio no congruente con el estado afectivo
- Confusión mental
- Inhibición psicomotriz
- Agitación y ansiedad
- Síntomas más intensos en la mañana
- Síntomas prodrómicos consistentes en cada paciente
- Cambios en la polisomnografía

Comorbilidad:

- Temperamento ciclotímico
- Abuso de sustancias psicoactivas o alcohol
- Rasgos de personalidad límite

Factores evolutivos:

- Antecedente de respuestas "rápidas" a los antidepresivos
- Antecedente de depresión posparto
- Labilidad emocional en los períodos intercríticos

Factores terapéuticos:

- Buena respuesta con los estabilizadores de ánimo
- Buena respuesta con los antipsicóticos

Según el DSM-IV-TR los criterios para el diagnóstico del trastorno bipolar II son los siguientes:

TABLA 2: DSM-IV. TRASTORNOS BIPOLARES.

Criterios para el diagnóstico de F31.8 Trastorno bipolar II (296.89)

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

Especificar el episodio actual o más reciente:

Hipomaníaco: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaníaco
Depresivo: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor

Especificar (para el episodio depresivo mayor actual o el más reciente sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

Crónico
Con síntomas catatónicos
Con síntomas melancólicos
Con síntomas atípicos
De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)
Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)
Con ciclos rápidos

5.3 Epidemiología

Existe una prevalencia a lo largo de la vida de: 1,6% para TB tipo I, y 0,5% para TB tipo II. La prevalencia de TB en personas mayores de 65 años que se encuentran en la comunidad se estima en el 0,1% y el 1%. Cuando se trata de adultos mayores residentes en asilos se eleva casi al 10% y constituye del 5% al 15% de las internaciones psiquiátricas.

(Goodwin, 1990) concentra datos de diez estudios realizados a 1.304 pacientes y encuentran la mayor frecuencia de presentación entre los 20 y 30 años de vida, con un pico menor en la adolescencia. La mayor frecuencia de brotes ocurre en los cambios estacionales, principalmente verano. En las mujeres es más frecuente la ciclación rápida y las hospitalizaciones psiquiátricas. Existe prevalencia similar en todos los grupos étnicos, pero se sobrediagnostica de Esquizofrenia en jóvenes hispanos y negros. Con respecto a los antecedentes familiares, niños cuyos padres son portadores de TB tienen una probabilidad mayor de desarrollar trastornos psiquiátricos.

6. Referencias bibliográficas:

- Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (2004). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Tellez – Vargas, J. (2004). Criterios para el diagnóstico precoz de la depresión bipolar. *Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica*. [en línea] Vol. 11, Nº3.
- Lemos, K.E.; Jara, M.L.; Lana, K.L. y Schneider, L.S. (2008). Trastornos bipolares. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. Nº 177 (Págs. 22 a 24).
- Regier D.,Farmer M.,Rae D.,Locke B.,Keith S.,Judd L. y Goodwin, F. (1990). *Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and other Drug Abuse: results from the ECA Study*. JAMA.204: 2511-2518.
- First, M.B. (2009). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.