

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
Facultad de Humanidades  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Estudio de caso: Deterioro psicosocial en una paciente de 43 años  
diagnosticada con trastorno bipolar I, atendida en la  
Asociación Buckner, municipio de Jocotenango**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Karen Jackeline Maldonado Hernández

Guatemala, julio 2017

**Estudio de caso: Deterioro psicosocial en una paciente de 43 años  
diagnosticada con trastorno bipolar I, atendida en la  
Asociación Buckner, municipio de Jocotenango**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Karen Jackeline Maldonado Hernández

Licda. Mirna Paola Gaitán Laínez (**Asesora**)

M.A. Eymi Castro de Marroquín (**Revisora**)

Guatemala, julio 2017

## **Autoridades Universidad Panamericana**

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cóbar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera

## **Autoridades Facultad de Humanidades**

Decana	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Coordinadora de Licenciatura	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría*

**PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

**FACULTAD DE HUMANIDADES,  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

ASUNTO: *Karen Jackeline Maldonado Hernández*  
Estudiante de la *Licenciatura en  
Psicología Clínica y Consejería Social* de  
esta Facultad solicita autorización para  
realizar su *Práctica Profesional Dirigida*  
para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: septiembre 2016

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de *Licenciatura en Psicología y Consejería Social* se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar *Práctica Profesional Dirigida* está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i)
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: *Karen Jackeline Maldonado Hernández* recibe la aprobación para realizar su *Práctica Profesional Dirigida*.

  
M.A. Elizabeth Herrera de F...  
Decano  
Facultad de Humanidades



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, julio dos mil diecisiete.**

*En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Estudio de caso: Deterioro psicosocial en una paciente de 43 años diagnosticada con trastorno bipolar I, atendida en la Asociación Buckner, municipio de Jocotenango, Presentada por el (la) estudiante: Karen Jackeline Maldonado Hernández, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



**Licda. Mirna Paola Gaitán Laínez**  
**Asesora**

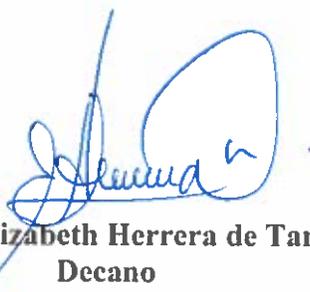
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala julio 2017.

*En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Estudio de caso: Deterioro psicosocial en una paciente de 43 años diagnosticada con trastorno bipolar I, atendida en la Asociación Buckner, municipio de Jocoténango. Presentada por la estudiante. Karen Jackeline Maldonado Hernández, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

  
*M.A. Eymi-Castyo de Marroquín*  
*Revisora*

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala julio del dos mil diecisiete.-----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema “Estudio de caso: Deterioro psicosocial en una paciente de 43 años diagnosticada con trastorno bipolar I, atendida en la Asociación Buckner, municipio de Jocotenango”, presentado por Karen Jackeline Maldonado Hernández, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social , reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida .*



M.A. Elizabeth Herrera de Tan  
Decano  
Facultad de Humanidades

**Nota:** Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

# Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	ii
<b>Capítulo 1</b>	1
<b>Marco de Referencia</b>	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	3
1.5 Programas establecidos	4
1.6 Visión	5
1.7 Misión	6
1.8 Justificación de la Investigación	6
<b>Capítulo 2</b>	7
<b>Marco Teórico</b>	7
2.1 Trastorno bipolar I	7
2.2 Repercusiones del deterioro cognitivo en el trastorno bipolar I	10
2.3 Alcoholismo y trastorno bipolar I	14
2.4 Deterioro en las relaciones interpersonales en el trastorno bipolar I	16
2.5 Dependencia económica derivada del trastorno bipolar I	19
<b>Capítulo 3</b>	22
<b>Marco Metodológico</b>	22
3.1 Planteamiento del problema	22
3.1.1 Problemática del caso de estudio	22
3.2 Pregunta de investigación	23
3.3 Objetivos	24
3.3.1 Objetivos General	24
3.3.2 Objetivos Específicos	24

3.4	Alcances y límites	24
3.4.1	Alcances	24
3.4.2	Limites	25
3.4.3	Temporalidad	26
3.5	Método	26
	<b>Capítulo 4</b>	29
	<b>Presentación de Resultados</b>	29
4.1	Sistematización de Estudios de Caso	29
4.2	Análisis de Resultados	45
	Conclusiones	49
	Recomendaciones	50
	Referencias	51
	Anexos	55

## **Lista de Imágenes**

Imagen 1	Ubicación Buckner Jocotenango	2
Imagen 2	Organigrama Buckner	3
Imagen 3	Genograma	34

## **Lista de cuadros**

Cuadro 1	Pruebas e instrumentos aplicados	38
----------	----------------------------------	----

## Resumen

El presente trabajo de investigación presenta el estudio de caso que se realizó como parte de la práctica profesional dirigida previo a obtener el título de la Licenciatura en Psicología clínica y consejería Social, de la Universidad Panamericana, sede El Naranjo, la cual se llevó a cabo durante los meses de febrero a noviembre del presente año, gracias al apoyo de la Asociación Buckner , ubicada en el municipio de Jocotenango, departamento de Sacatepéquez, quienes brindaron la oportunidad de realizar la misma.

Dicha asociación brinda ayuda humanitaria para niños, adolescentes y adultos en condiciones de vulnerabilidad social con el objetivo de alcanzar una reinserción funcional y producto a la sociedad a través de hogares de protección y programas comunitarios de desarrollo.

En el Capítulo 1 Marco de Referencia se elaboró una descripción detallada de los antecedentes de la asociación, incluyendo la ubicación, organización y programas establecidos, así como la justificación de la investigación. A continuación en el Capítulo 2 se realizó el Marco Teórico con la investigación teórica y científica relacionada al trastorno bipolar y el deterioro psicosocial asociado a este, según diferentes autores.

En el Capítulo 3 se realizó el Marco Metodológico, donde se plantean los objetivos, problemática, pregunta de investigación y los alcances así como las limitaciones del caso de estudio. El método utilizado fue la investigación cualitativa de tipo descriptivo que se basó en el estudio de caso de una paciente que solicitó asistencia psicológica en la asociación.

Asimismo en el Capítulo 4 se construyó una narración histórica del caso y se incluyó el modelo psicoterapéutico que respalda la problemática, la evaluación por medio de pruebas, la hipótesis e impresión diagnóstica, el plan de tratamiento utilizado con la paciente del caso de estudio así como conclusiones y recomendaciones relacionadas a la investigación.

## **Introducción**

En la actualidad diversos estudios llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que la mayor causa de mortalidad precoz y capacidad funcional de un individuo está representada por las enfermedades cardíacas en primer lugar, a las que les siguen en orden de importancia los trastornos afectivos.

Dentro de los trastornos afectivos se diferencian los unipolares y los bipolares, siendo la enfermedad bipolar uno de los tópicos que suscitan mayor interés, tanto en el ámbito clínico como en la investigación.

El trastorno bipolar es una enfermedad mental altamente prevalente y crónica que afecta los mecanismos cerebrales que regulan el estado de ánimo, ocasionando un incremento o un descenso excesivo del mismo. Quienes lo padecen presentan variaciones no solo en el estado de ánimo, sino también en el funcionamiento cognitivo y en el comportamiento social.

Un alto porcentaje de pacientes diagnosticados con trastorno bipolar I presentan alteraciones significativas en la dimensión familiar, social y laboral, siendo afectado esto último principalmente por el déficit cognitivo que persiste aún en los períodos de eutimia (estado de ánimo normal). Lo anterior se ha visto agravado en pacientes con episodios de psicosis.

Por lo que se consideró importante la realización de un estudio cualitativo específico para abordar el deterioro psicosocial de una paciente de 42 años diagnosticada con trastorno bipolar I, describiendo las áreas cognitivas comprometidas como consecuencia de la enfermedad, la implicación que el consumo de alcohol tiene para la evolución del trastorno, el grado de dificultad encontrado a nivel interpersonal y las repercusiones económicas que afectan la autonomía personal y la calidad de vida en general.

# Capítulo 1

## Marco de Referencia

### 1.1 Antecedentes

El Dr. Robert C. Buckner fundó en el año 1879 Buckner Internacional en los Estados Unidos de América basado en el mandato de Jesús y con el propósito de cuidar a viudas y a huérfanos. Por más de 131 años Buckner se ha encargado de cubrir las necesidades de los desafortunados. El Dr. Robert C. Buckner fundó un Orfanato en Dallas después de ver las necesidades de los niños huérfanos y heridos en la post- guerra civil de Texas. En los primeros años el orfanato estaba lleno de niños sin padres debido a los problemas de salud y dificultades que dejó la guerra.

Buckner inicio su primera recaudación de dinero durante una convención en Dallas Texas, utilizando su dominio de palabras para congregar más gente y fundar otros orfanatos, hospitales, escuelas, y gestionar apoyo para los ancianos. Las casas estaban paralelas al orfanato, para que los misioneros y pastores jubilados fungieran como abuelos para los niños.

Buckner unió personas bautistas de diferentes afiliaciones en nombre de la caridad; también recibió apoyo de los metodistas, judíos, presbiterianos, luteranos y católicos que compartían el deseo de apoyar a los necesitados. Buckner también trabajó para lograr saneamiento entre las razas, fundando la primera preparatoria para personas de color en el norte de Texas y ayudó a las mujeres que, entonces, no tenían la oportunidad de estudiar teología. Cuando Buckner falleció en 1919 sus hijos, Joe y Hal, y su nieto Robert Cooke, se encargaron de su ministerio. Ellos fueron testigos del continuo crecimiento de la organización y la expansión a otras partes de Estado de Dallas, Texas.

## 1.2 Descripción

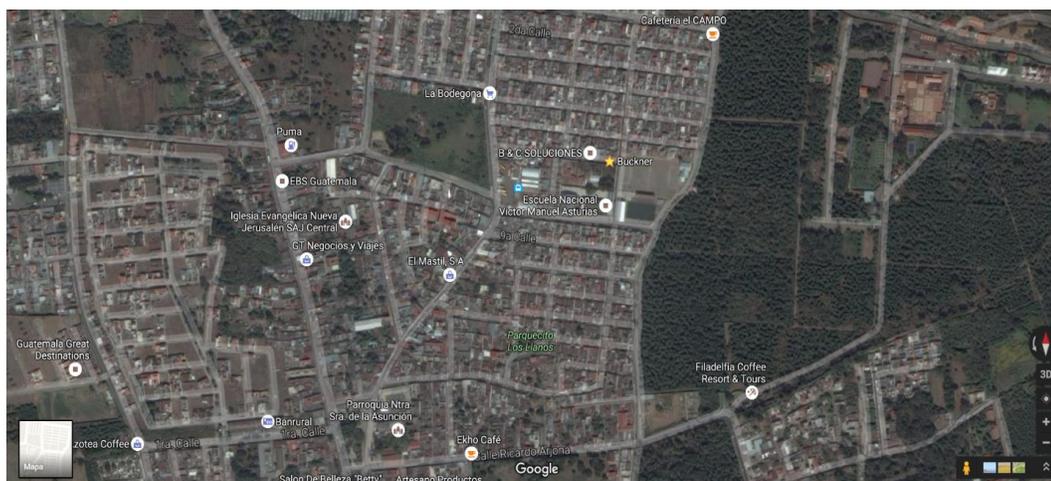
Buckner inicia su labor en Guatemala, a finales del año 2002 con grupos de voluntarios norteamericanos que visitaron algunos hogares tanto estatales como privados brindando ayuda humanitaria en construcción y recreación. En el 2006 se iniciaron los programas de transición los cuales brindan educación, vivienda y alimentación a jóvenes en riesgo.

El municipio de Jocotenango, en el departamento de Sacatepéquez, Guatemala, cuenta con varias organizaciones que trabajan en beneficio de la comunidad. La Asociación Buckner Jocotenango, es el primer Centro en Jocotenango que contribuye al desarrollo de la comunidad, a través de múltiples programas.

## 1.3 Ubicación

El centro de Esperanza Familiar Buckner Jocotenango se encuentra ubicado en 8 calle 2-00 Colonia los Llanos Jocotenango, Antigua Guatemala.

**Imagen 1**  
**Ubicación Buckner Jocotenango**



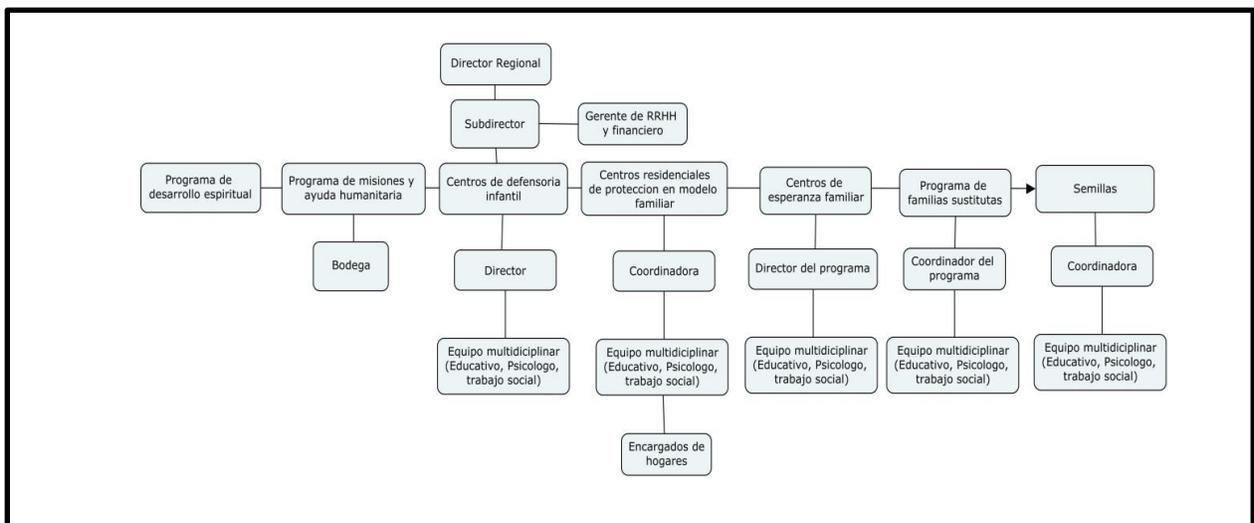
Fuente: Google Earth octubre 2016

## 1.4 Organización

Es una organización no gubernamental apoyada por donaciones de organizaciones empresariales, individuales, iglesias bautistas y universidades norteamericanas. Buckner Internacional es un ministerio global dedicado a la transformación y la restauración de la vida de las personas a las que sirve.

Esta liderada por la figura de un director asistido por un sub-director acompañado de un gerente de recursos humanos y financiero. Debajo de la posición del sub-director se encuentran las jefaturas de los distintos programas que implementa Buckner, específicamente en el programa de misiones y ayuda humanitaria que almacena y distribuye ayuda a los beneficiarios se encuentra un encargado de bodega. Jerárquicamente bajo cada programa existe una posición de director o coordinador, asistidos por equipos multidisciplinares de profesionales del área educativa, psicólogos y abogados. El organigrama incluye al final a los encargados de los hogares del programa de residencias de protección en modelo familiar.

**Imagen 2**  
**Organigrama Buckner**



Fuente: Buckner Guatemala octubre 2016

## 1.5 Programas establecidos

Los centros de esperanza familiar se enfocan en mejorar la vida de las familias vulnerables, por medio de los programas para la educación familiar, orientados a la inserción de la familia en la sociedad con el fin de lograr que los integrantes sean funcionales y productivos dentro de la misma. A continuación los programas que favorecen a la comunidad de Jocotenango a través del CEF:

Programa de intervención familiar:

- Manejo de casos con evaluación de familias necesitadas a través de un estudio socioeconómico, el cual permite conocer las carencias tanto materiales como espirituales y de esta manera elaborar un plan de tratamiento con la finalidad de alcanzar cambios positivos.
- Atención psicológica; cada año el Centro de Esperanza Familiar Buckner cuenta con el apoyo de la Universidad Panamericana para atender este programa a través de tratamiento psicoterapéuticos proporcionando salud mental y mejorando la calidad de vida de las personas.

Programas comunitarios:

- CONALFA; en el municipio de Jocotenango se trabaja con escuela para padres y programa de alfabetización.
- Inglés certificado como 2<sup>a</sup>. Lengua, para personas mayores de 18 años con el fin de integrarse y expandir el turismo en Guatemala.
- Habilidades laborales certificadas (Cocina, repostería etc.) dirigida a mujeres para que logren independizarse y comenzar su propia empresa.
- Capacitación tecnológica en computación.
- Capacitación comunitaria y para la vida. (Cocina, repostería, bordados)

## Programas de salud:

- Jornadas varias; el centro de esperanza familiar ofrece a la comunidad constantes jornadas médicas durante el año, patrocinadas en algunas ocasiones por ayuda extranjera y local, entre las cuales se pueden mencionar; jornadas dentales, oftalmológicas, desparasitación y papanicolau.
- Servicios médicos; cuentan con un médico que brinda atención médica general.
- Educación en salud preventiva; dentro del centro se imparten charlas dirigidas a adolescentes de distintos centros educativos, fortaleciendo a las familias de la comunidad.
- Programa de ayuda humanitaria/ apoyo y asistencia familiar; el centro proporciona a las familias, arroz, zapatos, útiles escolares, etc. Esta ayuda es suministrada por donaciones extranjeras y locales.
- Asistencia comunitaria; Buckner cuenta con una escuela bíblica infantil en la que se ofrece a los niños crecimiento espiritual y devocionales para adolescentes.
- Programa de enriquecimiento, este programa se orienta a realizar talleres y grupos de misiones que visitan las diferentes sucursales de Buckner impartiendo Tai Chi, gimnasia, guitarra, manualidades para niños, coros musicales.
- Actividades recreativas para la familia. Dentro del centro de esperanza familiar Buckner se realizan varias celebraciones como lo son día del cariño, día de la madre, día del padre, día del niño, convivio navideño, día deportivo; con el objetivo de integrar a la familia y a la comunidad.

## 1.6 Visión

Para Buckner la visión es: “Ser una institución pionera en protección, prevención, fortalecimiento familiar y desarrollo integral, que promueva los derechos de niñas, niños, adolescentes y familias en Guatemala en estado de vulnerabilidad.”

## 1.7 Misión

La misión para Buckner es: “A través de programas de protección, prevención y desarrollo integral, que se basan en la solidaridad y liderazgo positivo; Buckner Guatemala facilita las herramientas a niñas, niños, adolescentes y familias con el fin de restituir y promover sus derechos y mejorar su calidad de vida.”

## 1.8 Justificación de la Investigación

El presente estudio de caso fue elaborado para optar al título de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana. Para este estudio fue necesario efectuar una práctica profesional dirigida en el 5to año de la carrera, dicha práctica fue realizada en la Asociación Buckner del municipio de Jocotenango, durante los meses de febrero a noviembre sumando así 400 horas en total.

El estudio del trastorno bipolar tiene una importante relevancia dentro de las disciplinas de la salud mental ya que es uno de los trastornos que se relacionan con mayor incapacidad. Los episodios tanto de manía como de depresión suelen cursar con significativas alteraciones en el funcionamiento social. El presente trabajo trata de abordar no solo las expresiones más evidentes del trastorno, sino el déficit psicosocial que afecta a la paciente de estudio mermando funciones ejecutivas tales como atención y memoria, resolución de problemas y toma de decisiones, estos déficit a la vez inciden negativamente en las relaciones interpersonales y en la capacidad de asumir la independencia económica con normalidad.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

#### **2.1 Trastorno Bipolar I**

El trastorno bipolar es una enfermedad mental altamente prevalente y crónica que afecta los mecanismos cerebrales que regulan el estado de ánimo, ocasionando un incremento o un descenso excesivo del mismo. En una idea de Murphy y Sahakian (2001), expuesta por Pousada (2009), estos pacientes presentan variaciones no solo en el estado de ánimo, sino también en el funcionamiento cognitivo y en el comportamiento social.

Vieta, Colom y Martínez (2004) exponen que en psiquiatría se clasifican las enfermedades del estado de ánimo en unipolares cuando manifiestan depresión y bipolares cuando implica períodos de euforia llamadas fases maníacas. En estas últimas las personas experimentan irritabilidad, hiperactividad, locuacidad y en algunos casos, ideas delirantes; en las fases depresivas en cambio se manifiesta falta de energía, enlentecimiento y una constante pérdida de interés por varios aspectos que no dependen de la fuerza de voluntad.

La enfermedad unipolar consiste exclusivamente en uno o varios episodios de depresión, mientras que para el diagnóstico de bipolar por lo menos debe presentarse un episodio de manía, hipomanía o mixto, entendiendo los dos últimos, como cuadros clínicos con sintomatología más leve que la manía.

Anteriormente al trastorno bipolar se le conocía como psicosis maniaco-depresiva, nombre impuesto por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, a quien se le reconoce el haberlo diferenciado de la esquizofrenia. Según Vieta et al. (2004), muy pronto quedó claro que no todos los pacientes manifestaban síntomas de psicosis, por lo que el cambio de nombre al de trastorno bipolar introducido por Karl Leonhard se considera más acertado.

Según Emilien (2007) y Nery (2009) citados en Pousada (2010), el trastorno bipolar presenta altas tasas de comorbilidad principalmente con el abuso de sustancias, cuando este se asocia con la dependencia al alcohol los déficit cognitivos manifiestan una mayor severidad.

En la actual edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), el trastorno bipolar se clasifica en trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno Ciclotímico, así como el trastorno bipolar relacionado a otra afección médica y el no especificado. Con respecto al diagnóstico inicial se considera que de un 100% de casos solo el 24.6% son diagnosticados como bipolares, al resto se le atribuyen falsos positivos de depresión o esquizofrenia (Sierra, Belenchon, Benavent, Yañez, Pino y Liviano, 2007).

El sub tipo I se caracteriza por manía y depresión o bien solo por síntomas de manía. “Es importante mencionar que la manía muchas veces es un sinónimo de euforia, pero no siempre se acompaña de ella. A menudo el síntoma más evidente es la irritabilidad o la contrariedad ante pequeñas frustraciones” (Vieta et al., 2004, p. 7). No podemos hablar de trastorno bipolar I hasta haber confirmado que la persona ha experimentado por lo menos una fase maníaca.

Vieta et al. (2004) indican también que los síntomas psicóticos aparecen en aproximadamente el 70% de los pacientes bipolares de tipo I.

Para García, Sierra y Livianos (2014), la manía es mucho menos común que la depresión, en una relación 10-40 %, sin embargo el resultado de atravesar una fase maníaca conlleva un alto costo que repercute en diferentes esferas de la vida diaria. No obstante las fases depresivas parecen ser el principal contribuyente a la discapacidad asociada a la enfermedad.

Es en la fase depresiva donde se manifiesta una gran pérdida de la voluntad y apatía, predominando sentimientos de tristeza y pensamientos negativos, lo que genera en los familiares sensación de molestia y frustración. Sin embargo estos son afrontados de una mejor manera que en las fases de manía, cuando las alteraciones de quienes padecen la enfermedad conllevan un mayor riesgo conductual.

La prevalencia de este trastorno en la población general alcanza el 4.4% si se incluyen las formas más leves y puede llegar hasta el 6.5% si se incluyen las formas atípicas, aproximadamente el 15-30% de los pacientes diagnosticados con bipolaridad mueren por suicidio especialmente durante los episodios depresivos, (simón, 2007 citado en Pousada, 2010).

Vieta et al. (2004) indican que “Desde el punto de vista científico, actualmente no hay ninguna duda de que la causa primaria del trastorno bipolar es de tipo genético. Sin embargo, las causas genéticas no lo explican todo” (p.24).

En 2011, Ruiloba expone que una considerable evidencia indica que algunas anomalías en estructuras corticales están relacionadas con lo que el mismo llama “cerebro suicida”, reflejado en una vulnerabilidad y dificultad en la toma de decisiones, lo que empeora el pronóstico si se le agregan contextos emocionales negativos.

De acuerdo a varios estudios se ha demostrado que aproximadamente el 90% de las personas que cometieron suicidio tenían un trastorno psiquiátrico. Lo que en el caso de los trastornos bipolares supone un mayor riesgo por la evolución crónica, recurrente y discapacitante del mismo (García et al., 2014).

Cabe resaltar que actualmente se dispone de una gran cantidad de medicamentos para tratar la enfermedad, tanto para equilibrar la conducta y la sobre activación en las fases de manía, como para ayudar a aliviar la depresión.

Para Vieta et al. (2004) estos medicamentos se basan en cuatro tipos que son: los eutimizantes, también denominados reguladores del humor; los antipsicóticos; los antidepresivos y los ansiolíticos/hipnóticos, los que en su mayoría han sido ampliamente estudiados para actuar positivamente sobre los mecanismos bioquímicos alterados, pese a ciertas molestias físicas transitorias.

Para el DSM-V algunos pacientes diagnosticados con trastorno bipolar I recuperan un buen nivel de funcionalidad, sin embargo aproximadamente un 30% presenta alteraciones significativas especialmente en la dimensión ocupacional, así como déficit cognitivos que persisten aun en los periodos de eutimia (estado de ánimo normal).

## 2.2 Repercusiones del deterioro cognitivo en el trastorno bipolar I

Para Robinson (2006) citado en Pousada (2010) “los déficit neuropsicológicos actualmente son considerados como un rasgo primario del trastorno bipolar, debido a la alta prevalencia y persistencia de los mismos, incluso en ausencia de sintomatología” (p.65).

Martínez (2012) afirma

La mayoría de los estudios sobre disfunción cognitiva en el TB señalan la presencia de déficit durante las fases agudas de la enfermedad. Sin embargo, aunque la mayor parte de estos déficit parecen remitir durante los periodos de eutimia, algunos de ellos pueden persistir durante esta fase en aproximadamente un tercio de los pacientes bipolares (p.82).

En investigaciones realizadas por Jiménez, Fernández, Robles, Moreno, López, García, Palacios y Ospina (2003), observaron que los déficit visoespaciales en el trastorno bipolar no surgían en tareas simples sino en tareas complejas de memoria, uso de conceptos, razonamiento verbal y abstracto, procesamiento serial y fluidez del pensamiento, lo que puede tener gran relevancia para investigaciones futuras en relación al pronóstico funcional y calidad de vida de los pacientes.

En una investigación (Schneider, 2008 citado en Pousada, 2010), concluye que se han encontrado déficit cognitivos en estos pacientes en fases de remisión comparados con otros grupos control, tanto en pruebas de aprendizaje verbal y memoria, como en funciones ejecutivas.

Según Papazian (2006) citado en Pousada (2010), las funciones ejecutivas se refieren a procesos internos dedicados a solucionar problemas de tipo complejo, tanto a nivel personal como social. Están ubicadas en el área prefrontal del cerebro humano e implican además la inhibición del comportamiento, la memoria, la motivación, la planificación, la toma de decisiones y el manteniendo a nivel cognitivo y comportamental de esas decisiones.

En un estudio realizado por Ashton y Moore (2001) expuesto en Lolich, Holtzman, Rago, Vásquez. (2015), con 29 personas con trastorno bipolar menores de 40 años y 26 controles sanos, evaluaron el funcionamiento cerebral de individuos adultos jóvenes con trastorno bipolar en respuesta al tratamiento, dando como resultado que los pacientes con trastorno bipolar en eutimia mostraron alteraciones en actividad de EEG y déficit viso – espaciales significativos, no relacionados con la edad de inicio ni con la duración de la enfermedad, pero si con la cantidad de episodios previos.

De acuerdo con Mur (2005), citado en Pousada (2010), la disfunción ejecutiva es el principal déficit neuropsicológico a largo plazo en el trastorno bipolar, lo que se relaciona con lo expuesto por Cabezuelo, Martinez y Vieta, (2012) al referirse a un efecto neurotóxico asociado a los déficit cognitivos en los pacientes con trastorno Bipolar I, principalmente manifestado por un bajo rendimiento en la memoria verbal, funciones ejecutivas y atención.

A su vez Gildengers (2007) citado en Lolich et al. (2015) evaluó la relación entre el funcionamiento cognitivo y las tareas instrumentales de la vida diaria en pacientes bipolares mayores, la muestra fue de 20 pacientes mayores con trastorno bipolar y 20 controles sanos emparejados por edad, los resultados fueron que los pacientes mayores con trastorno bipolar en eutimia presentaron un mayor deterioro en la velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas, lo cual se encontró relacionado además con un déficit en el rendimiento de tareas de la vida diaria.

En las investigaciones de Torrent (2006) y Zubieta (2001), expuestas en Pousada (2010) los resultados indican que la magnitud del déficit cognitivo, aunque se manifiesta en el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II, se presenta en mayor proporción en el primero.

López (2010) citado en Lolich et al. (2015), evaluó el impacto de episodios maníacos recurrentes en el desempeño cognitivo de personas con trastorno bipolar I, los resultados indican que la cantidad de episodios maníacos previos predijo un bajo rendimiento cognitivo, sugiriendo que la recurrencia de manía puede tener un efecto neuropsicológico duradero.

Los síntomas psicóticos en pacientes bipolares inciden en la cronicidad y el deterioro cognitivo, tales episodios sugieren que la recuperación en el trastorno bipolar no es completa (Jiménez y Benítez et al., 2003).

Adicionalmente Martínez (2007), expuesto en Pousada (2010), consideran que los síntomas psicóticos podrían explicar en parte los déficit cognitivos en la memoria auditiva y funciones ejecutivas observados en pacientes eutímicos.

Por otra parte Romero (2012) expone que “una extensa revisión del tema de neuropsicología del trastorno bipolar realizado en el Reino Unido por Quraishi y Frangou (2002), señala que existe una asociación significativa entre el trastorno bipolar y deterioro cognitivo en áreas concretas” (p.155).

En aportaciones realizadas por Martínez (2007) citado en Lolich et al. (2015) respecto a los factores neuropsicológicos y farmacológicos, asociados con la funcionabilidad en 77 pacientes con trastorno bipolar en periodo de eutimia, divididos en dos grupos de alta y baja funcionabilidad y 35 controles sanos, concluyen que los pacientes con baja funcionalidad mostraron déficit en el rendimiento cognitivo, incluyendo la función ejecutiva y la memoria verbal, en comparación a los pacientes con un mayor nivel de funcionabilidad.

Algunos pacientes que se encuentran en tratamiento farmacológico, aún en períodos de eutimia, pueden asociar los déficit cognitivos al consumo de la medicación, no obstante, según las investigaciones tanto los estabilizadores del ánimo, los antipsicóticos o ansiolíticos, concurren con síntomas secundarios transitorios, especialmente cuando se combinan en dosis adecuadas y no parecen tener toda la responsabilidad en el deterioro cognitivo (Romero, 2012).

En otra revisión realizada por Bonnin, Martínez, Sánchez, Torrent, Franco, Pacchiarotti y Vieta (2010) exponen que la memoria verbal y las funciones ejecutivas son las áreas más afectadas, a su vez el consumo comórbido de sustancias adictivas no solo empeora el pronóstico de la enfermedad, sino que acelera el deterioro cognitivo.

Otra investigación realizada por Torres (2014) expuesto por Lolich et.al (2015) evaluó cambios cognitivos en una muestra de 42 pacientes con trastorno bipolar, luego del año posterior al episodio maníaco inicial, obteniendo como principal resultado que los pacientes mostraron una mejora en el rendimiento cognitivo, lo cual también se asoció con la abstinencia de abuso de sustancias y con la discontinuación del tratamiento con antipsicóticos.

De momento los numerosos estudios relacionados al deterioro cognitivo en el trastorno bipolar no despejan la duda si el declinar cognitivo se encuentra presente antes de la manifestación de la enfermedad, como una alteración del neurodesarrollo, lo cual indicaría la existencia de un marcador de rasgo ((Jiménez et al., 2003), contrario a la hipótesis neurodegenerativa o el concepto de neuroprogresión propuesto por (Martínez et al, 2012).

De acuerdo a Colom y Panicali (2006), es importante realizar más estudios neuropsicológicos en el trastorno bipolar. Así como incluir dentro de los procesos farmacológicos y psicoterapéuticos, rehabilitación neuropsicológica al mismo tiempo que evaluaciones continuas sobre el déficit cognitivo, para reducir el grado de afectación en el funcionamiento general.

“De esta forma, considerando las características clínicas de los TBS, las dificultades usualmente implicadas en un diagnóstico temprano, y las complicaciones asociadas a las recaídas afectivas, al contar con un modelo neuroprogresivo, podría ser de gran utilidad” (Lolich et al., 2015, p.266).

### 2.3 Alcoholismo y trastorno bipolar I

El consumo de alcohol se asocia a grandes déficit físicos y cognitivos, en el corto plazo esta sustancia ejerce acción sobre el sistema nervioso central actuando como un “bloqueador” de mensajes que inhibe la actividad de los lóbulos frontales del cerebro donde se regulan las conductas inhibitorias, el razonamiento y la memoria (Sarason y Sarason, 2006).

Para Casas y Guardia (2002) la mayoría de pacientes alcohólicos presentan síndromes psiquiátricos asociados, que con frecuencia son agravados por el mismo consumo, dichas manifestaciones psiquiátricas desaparecen después de que el paciente realiza un tratamiento de desintoxicación y el consumo se detiene. Sin embargo a veces se trata de trastornos psiquiátricos independientes. En un estudio realizado por (Strakowski, 2000 citado en Casas y Guardia, 2002) se concluye que el trastorno por consumo de alcohol puede afectar la edad de inicio del trastorno bipolar.

Lo que se relaciona con la propuesta de que el consumo de alcohol puede desencadenar el inicio de la enfermedad, pero en ningún caso ser la causa de esta (Vieta et al., 2004). A esta combinación de problemas que requieren atención clínica se le denomina patología dual, los pacientes que la presentan tienen un mayor riesgo de presentar dificultades psicosociales, de recaída e incluso de suicidio (Casas y Guardia, 2002).

“Más de la mitad de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tienen un trastorno por consumo de alcohol y los que presentan ambos trastornos tienen un mayor riesgo de intentos de suicidio” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5, pág.132, 2013).

Una investigación a 122 pacientes con trastorno bipolar realizada por (Sierra et al., 2007) describe que la prevalencia del abuso o dependencia al alcohol es mayor en estos pacientes que en otros trastornos psiquiátricos del eje I. en cuanto a género la tendencia es que más hombres (49%) que mujeres (29%) cumplen criterios de patología dual, sin embargo el riesgo de alcoholismo es mayor en mujeres que en hombres, en comparación con la población general.

Las causas de esta comorbilidad tienen varias hipótesis, entre las más sobresalientes es la impulsividad que subyace en la sintomatología clínica de la enfermedad bipolar, así como la teoría de diátesis genética, por otro lado el riesgo de suicidio esta incrementado en estos pacientes a diferencia de aquellos que presentan la enfermedad sin abuso de sustancias (Casas, Franco, Goikolea, Jiménez, Martínez, Roncero y Szerman, 2008).

Meyer (1986) y Lorenzo (1994) citados por Mangas (2003), refieren que la comorbilidad entre el trastorno bipolar y el consumo de alcohol se puede entender desde tres dimensiones: El trastorno bipolar como factor de riesgo para el alcoholismo, el alcoholismo como factor de riesgo para el trastorno bipolar y ambos trastornos como diferente expresión de un mismo desorden hereditario con base etiológica compartida.

“Cuando el paciente no sigue correctamente el tratamiento, consume drogas o rechaza la existencia del trastorno, el pronóstico es mucho peor” (Vieta et al, 2004, p. 55).

En la práctica psiquiátrica es habitual encontrar esta patología dual que se caracteriza por frecuentes recaídas, intentos de suicidio, mala adherencia y poca respuesta al tratamiento (Casas y Guardia, 2002).

La investigación de (Casas y Guardia, 2002) indica una asociación entre el consumo de alcohol y los déficit cognitivos tales como alteraciones viso-perceptivas, pérdida de la capacidad de razonamiento y resolución de problemas, así como la disminución de la capacidad de aprendizaje y memoria. También sugiere que el este tipo de pacientes existen altas probabilidades de un

traumatismo craneo-encefálico, lo que podría ocasionar déficit cognitivo, para lo que será necesario una exploración electroencefalográfica.

En la actualidad existen muchos estudios sobre el alcoholismo y el trastorno bipolar, sin embargo con resultados divergentes, por lo que son varios los estudios que sugieren investigaciones con muestras más grandes y longitudinales de pacientes con esta condición.

## 2.4 Deterioro en las relaciones interpersonales en el trastorno bipolar I

En 2010 Navarro y Carrasco sostienen

La atención a personas con trastornos mentales graves (TMG) y duraderos se ha configurado como uno de los problemas más importantes con los que se enfrentan los sistemas públicos y de atención en nuestros días, tanto por la magnitud del fenómeno como por la gravedad de las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo (p.11).

Para (Vieta et al., 2004) la aparición del trastorno bipolar fracciona el curso normal de la vida diaria, ocasionando importantes tensiones como distanciamiento y rupturas familiares, debido al tiempo que lleva comprender las características de la bipolaridad como enfermedad mental.

El trastorno bipolar es una enfermedad individual pero que la padece toda la familia y un factor que se relaciona con el deterioro de las relaciones interpersonales, son precisamente los episodios de manía, debido en gran parte a que en estas circunstancias la sobrevaloración de las propias capacidades, las decisiones excesivamente arriesgadas o los gastos indebidos, hacen que los conocidos, amigos y familiares perciban a quienes están en esta fase maniaca como irrespetuosas y desconsideradas, llegando a negar la existencia de enfermedad y asumiendo que dichas actitudes son completamente voluntarias (Vieta et al., 2004).

En un estudio realizado por Michalak, 2006 citado en Pousada (2010) se concluyó que la mayor parte de los participantes con trastorno bipolar experimentaban un efecto negativo y profundo sobre la calidad de vida, incluso en las fases estables del trastorno, especialmente en áreas como economía y relaciones sociales.

El nivel de deterioro psicosocial de los pacientes con trastornos mentales graves se relaciona con habilidades y destrezas sociales, específicamente en el desempeño de roles tales como trabajo, manejo del hogar y estudios (Navarro y Carrasco, 2010).

En 2011 Ruiz, García y Lahera refieren

Cada vez más estudios orientan al hecho de que una parte de ese déficit correspondería a una menor capacidad para entender los pensamientos y sentimientos de otros, y responder ante ellos de una manera adaptativa; es decir, a los procesos que engloba la cognición social (p.100).

La cognición social se refiere a la capacidad de inferir estados mentales en los demás, uno de los aspectos más analizados en este sentido es sobre la habilidad para comprender y predecir la conducta de los demás incluyendo el propio estado emocional.

En el trastorno bipolar la fragilidad emocional de los pacientes debido a las crisis, provoca muchas veces dificultades afectivas, en cuanto a la relación de pareja muchos se quejan también de los efectos adversos de los medicamentos sobre la libido, además de la influencia familiar para terminar la relación de pareja, al considerar a quien padece de bipolaridad como una persona no apta para cuidar una familia (Miasso, Cassiani y Pedrao, 2008).

“Los pacientes con TB presentan un comportamiento inhibido y sobrealerta en relación con los demás y su ambiente, lo cual podría tener un impacto negativo sobre su nivel de funcionamiento social y su calidad de vida” (de Almeida, 2008, expuesto en Pousada, 2010, p.232)

Para Navarro, García, Carrasco y Casas (2008) los trastornos mentales graves más allá de los criterios clínicos tradicionales, presentan limitaciones en el funcionamiento y el deterioro de las habilidades de relación e integración social. Es entonces importante considerar el deterioro psicosocial como una dimensión ubicada en el mismo nivel categórico de los síntomas clínicos principales, ya que estos por si solos no obtienen la perspectiva global del cuadro.

Por otra parte Liberman y Kopelwiz (2004), citado en Navarro (2008) proponen que los programas de recuperación operativa para pacientes afectados con esquizofrenia, tales como remisión de síntomas, funcionamiento ocupacional, autonomía en varias áreas del desempeño y relaciones interpersonales, debieran aplicarse también para la recuperación de pacientes con trastorno bipolar.

“Los pacientes bipolares muestran desventajas serias en parámetros sociales. Los pacientes bipolares reportan dificultades en el ajuste social principalmente en áreas de trabajo y descanso y sentimientos de baja autoestima aun después de la remisión de fases” (Holmgren, Lermenda, Cortes, Cárdenas, Aguirre y Valenzuela, 2005 p.275).

Conforme a Holmgren et al. (2005) los periodos de descompensación en pacientes bipolares se relacionan con acentuados conflictos familiares, problemas financieros y pérdida de esperanza. Los roles parentales son pobres y hay una mayor tendencia a separaciones conyugales. Para Míasso et al. (2008) las tasas de divorcio en estos pacientes es de dos a tres veces mayor que en la población general.

En 2007, Sierra et al. Sostienen

Solo una minoría de los pacientes con trastorno bipolar retornara a niveles óptimos de funcionamiento social y ocupacional en los periodos interfásicos, mientras que la mayoría de los pacientes sufrirán un funcionamiento laboral, social y familiar empobrecido a pesar de los regímenes farmacológicos de mantenimiento (p.60).

De acuerdo con Navarro et al. (2008) la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental grave se debe evaluar tanto de forma objetiva como subjetiva, entendiendo esto como la capacidad de funcionar de forma laboral y social, de generar ingresos y de tomar decisiones en relación a la propia autonomía, y además, los sentimientos de satisfacción del propio individuo.

## 2.5 Dependencia económica derivada del trastorno bipolar I

“Los trastornos bipolares (TBs) constituyen un conjunto severo de desórdenes afectivos. Se caracteriza por presentar serias dificultades en la regulación de los estados de ánimo y en la recuperación de la funcionabilidad” (Lolich et al., 2015, p.266).

Un aspecto poco estudiado es el impacto que generan las crisis interepisódicas en los pacientes con trastorno bipolar, sobre todo cuando lleva bastante tiempo lograr la compensación anímica y se ha interrumpido el proceso regular de estudio o trabajo (Vieta et al., 2004).

Para (Bellido y Sanz, 2013) la gravedad de las fases de manía y depresión impactan en la capacidad funcional de la persona afectando el desempeño diario, la relación con los demás y consigo mismo. Si la enfermedad no se trata a tiempo conlleva un riesgo muy grande de problemas laborales, en la fase de manía por ejemplo se pueden tomar decisiones erradas producto de la impulsividad y sobrevaloración de las cosas, la depresión, por otro lado, conlleva bajas laborales debido a una clara pérdida de productividad (Vieta et al., 2004).

Pousada (2010) expone que en cuanto al ámbito laboral, existen estudios que encontraron que en el trastorno bipolar la población económicamente activa por dependencia laboral puede llegar a tener consecuencias negativas en relación a la pérdida de autonomía económica debido al absentismo y al grado de afectación en el funcionamiento en general.

En una investigación de Van der Gucht et al. (2009) expuesta en Pousada (2010), indican que existe una vulnerabilidad cognitiva para la depresión en pacientes con trastorno bipolar que se manifiesta aun en los periodos de eutimia. La falta de energía y motivación incide en la dificultad ya sea para ingresar o mantenerse activamente en el ámbito laboral.

Debido a las crisis por el trastorno muchos de estos pacientes solicitan una licencia laboral, al reintegrarse a las funciones los efectos adversos de los medicamento tales como temblores, somnolencia o diarrea afectan el desempeño, por lo que los empleadores terminan despidiéndoles, repercutiendo en la pérdida de autonomía económica para ellos (Miasso et al., 2008).

En la tesis doctoral Pousada (2010) concluye que si los pacientes se encuentran activos laboralmente obtienen mejores resultados durante la ejecución de pruebas tales como la Torre de Hanoi y la Prueba de Dígitos de WAIS, especialmente en cuanto a planificación y resolución de problemas, que los pacientes inactivos a nivel laboral.

En un estudio realizado por Sierra et al.(2007), en 122 pacientes con trastorno bipolar con una edad media de entre 16 - 40 años, dio como resultado que el 40% aún vivía con su familia de origen, reflejando así las dificultades para independizarse. Así mismo a pesar de que casi el 30% de la muestra tenían estudios universitarios solo el 22.1% se encontraban activos laboralmente.

Conde (2014) afirma

Las personas con enfermedad mental presentan dificultades y déficit en lo referente a la autonomía psicosocial, por lo que podemos afirmar que, a nivel social, están en desventaja. Problemáticas como el desempleo, la pobreza, la vivienda, la discriminación y el estigma hacia las personas con enfermedad mental hacen que esta población sufra mayor riesgo de exclusión social (p.13).

De acuerdo a Miassu et al. (2008) la limitación financiera se relaciona con la sintomatología del trastorno bipolar, tanto en la fase de manía donde la grandilocuencia, el optimismo injustificado y el poco juicio llevan con frecuencia a conductas que pueden destruir a la persona económicamente, y en la fase depresiva la impotencia y la desatención de compromisos económicos también puede traer consecuencias perjudiciales para la economía.

Uno de los factores que el estudio de Sierra et al. (2007) reflejó, fue que la afectación económica y social de la depresión unipolar se ha estudiado más que en pacientes con bipolaridad, esto se relaciona con la existencia de una mayor conciencia social en relación a la depresión en comparación de la manía, lo que genera una pérdida de oportunidades tanto a nivel relacional como económico.

Conde (2014) propone que es fundamental para la recuperación en la dimensión laboral que este espacio sea un elemento normalizador, siendo para ello fundamental que en la sociedad sean desestigmatizadas las enfermedades mentales.

La persona con trastorno bipolar vive las crisis de forma gradual, acompañada de pérdidas y limitaciones dentro de varias esferas de su vida (Miassu et al., 2008). Es necesario tener en cuenta que el proceso de recuperación en estos pacientes no es lineal, sino que evoluciona en un continuum de avances y retrocesos.

Falta mucho por hacer aun para la protección de derechos, eliminación de manifestaciones discriminatorias y para que la sociedad pueda comprender las repercusiones objetivas y subjetivas de las enfermedades psiquiátricas, aceptando los periodos de síntomas y de recuperación de la misma manera que se acepta en otras enfermedades.

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad crónica que se asocia con el deterioro importante de la funcionabilidad psicosocial y del bienestar general. Diversos estudios realizados por Cabezuelo, Martínez y Vieta (2002), indican que gran parte de estos pacientes padecen alteraciones persistentes durante más de la mitad de su vida, incluso los que consiguen una remisión clínica, no logran recuperar el nivel de funcionamiento anterior a la enfermedad.

Según Colom y Panicali (2006) el deterioro psicosocial grave está relacionado a las disfunciones cognitivas, en especial la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, que a los síntomas afectivos. Por otro lado, existe una estrecha relación entre el trastorno bipolar y el abuso de sustancias, empeorando el curso de la enfermedad y dificultando las relaciones interpersonales en la dimensión familiar, social y laboral, incidiendo a la vez en la capacidad de vivir de forma independiente y con autonomía económica.

##### **3.1.1 Problemática del caso de estudio**

Dentro del grupo de pacientes atendidos a los que se les brindó apoyo psicológico, en la Asociación Buckner del municipio de Jocotenango, se seleccionó a la paciente de estudio, quien es una mujer de 43 años quien se identifica con las siglas P.K., se presentó durante las primeras sesiones con signos y síntomas de depresión, ansiedad, desesperanza, dificultad de concentración, ideación suicida, alucinaciones y reacciones características de la abstinencia alcohólica.

A nivel cognitivo, mostró dificultad para mantener la concentración así como inquietud relacionada al estado de ánimo y las relaciones interpersonales, también manifestó ideas paranoicas, alucinaciones e ideación suicida. P.K. describió algunos eventos de gran carga

emocional, sin embargo, se encontraron fallas en la recuperación de la memoria en donde no logró relacionar etapas de la infancia y adolescencia.

Después de varias sesiones donde se realizaron las evaluaciones pertinentes, se determinó que los factores que causaban gran malestar y afectaban el funcionamiento diario estaban relacionados con alteraciones de la memoria, concentración y funciones ejecutivas, principalmente la memoria, percepción, toma de decisiones y resolución de problemas.

Otro factor incidente está asociado a conductas impulsivas de abuso de alcohol, el cual se cree que causó descompensación en la paciente e interfirió en el sueño y en la aparición de síntomas psicóticos, empeorando el funcionamiento cognitivo, generando deterioro en las relaciones interpersonales, especialmente en la dimensión laboral dando como consecuencia dependencia económica.

Por lo anterior se consideró relevante hacer una investigación sobre cómo ha sido el deterioro psicosocial de una paciente de 43 años diagnosticada con trastorno bipolar I. Describiendo el impacto del problema a efecto de que el presente estudio de caso contribuya con los profesionales de la salud y la comunidad científica en general, abriendo más vías de investigación hacia el trastorno bipolar y el grado de afectación que dichos pacientes experimentan.

### 3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo ha sido el deterioro psicosocial de una paciente de 43 años diagnosticada con trastorno bipolar I, atendida en la asociación Buckner municipio de Jocotenango?

### 3.3 Objetivos

#### 3.3.1 Objetivo General

Describir el deterioro psicosocial de una paciente de 43 años diagnosticada con trastorno bipolar I, atendida en la asociación Buckner, municipio de Jocotenango.

#### 3.3.2 Objetivos Específicos

- Evaluar cómo el deterioro cognitivo afectó el nivel de funcionamiento de la paciente del caso de estudio.
- Describir la asociación entre el trastorno bipolar y las conductas adictivas del caso de estudio.
- Analizar cómo el trastorno bipolar influyó en el deterioro de las relaciones interpersonales en la paciente de estudio.
- Determinar cómo el trastorno bipolar ha contribuyó a la dependencia económica de la paciente de estudio.

### 3.4 Alcances y límites

#### 3.4.1 Alcances

Entre los alcances obtenidos en el estudio de caso de la práctica Profesional Dirigida, se encontraron un mayor conocimiento y adherencia al tratamiento, períodos cada vez más largos de abstinencia al alcohol, disminución de la ideación suicida, la paciente logró integrar y resolver situaciones traumáticas experimentadas en la infancia.

Lo anterior se alcanzó después de completar el proceso terapéutico con más de cuarenta y dos sesiones de psicoterapia, utilizando técnicas pertenecientes al Modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente, así como técnicas Cognitivo Conductuales y de Psicoterapia Gestalt, que conllevaron a un incremento de la conciencia de la enfermedad y de cuidado personal.

Asimismo se tuvo la oportunidad de aplicar métodos y técnicas a problemas específicos de salud mental y comprobar la eficacia de los modelos terapéuticos que cuentan con respaldo empírico y científico para el abordaje de los obstáculos que experimentan las personas en las diferentes dimensiones en que interactúan. Así como la oportunidad de ser parte de un equipo multidisciplinar de profesionales que incluyó Psiquiatras y expertos en terapia de grupo para pacientes con adicciones.

### 3.4.2 Límites

Entre los límites que se encontraron vale la pena mencionar la dificultad que conlleva el tratar con pacientes en fases de manía, lo cual era percibido como pobre efectividad del proceso farmacológico y terapéutico tanto por la paciente como por los familiares.

Por otro lado la falta de conocimiento de la enfermedad y la escasa participación de los familiares, incidió en una grave recaída durante dos semanas con episodios de manía y síntomas psicóticos, la paciente tuvo un intento de suicidio al consumir en una sola dosis el tratamiento de Quietapina indicado para un mes, se le mantuvo en su residencia con suero intravenoso durante dos días, los síntomas psicóticos remitieron después de una semana.

Lo anterior fue controlado por el psiquiatra aumentando la dosis de 100 mg a 300 mg de Quietapina. A nivel psicológico se le brindó acompañamiento a la paciente para identificar las causas posibles de la crisis, llegando a concluir que algunos factores estresantes a nivel familiar así como la interrupción durante dos semanas del medicamento pudieron exacerbar la crisis maníaca, asimismo se solicitó el apoyo de un familiar responsable del resguardo y administración del medicamento y también se acompañó a la paciente a un hospital psiquiátrico privado ya que

por voluntad propia deseaba internarse, sin embargo esto no fue posible debido a la falta de recursos económicos.

### 3.4.3 Temporalidad

La investigación se llevó a cabo durante 42 sesiones de 50 minutos, planificadas en ocho meses continuos de tratamiento, más tres sesiones de seguimiento.

## 3.5 Método

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo y se realizó como parte de la asignatura de Metodología de la investigación, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

La investigación cualitativa se basó en el estudio de caso, en el cual la paciente solicitó asistencia psicológica de forma voluntaria debido a la percepción de pérdida de control tanto en la interacción con otros como en conductas de autoagresión, presentando signos y síntomas psicóticos, labilidad afectiva y ansiedad, que le producían deterioro significativo en las diferentes áreas del desempeño diario.

Procedimiento: La investigación se basó en el estudio de caso de una mujer de 43 años, cuyo nombre se identifica con las mayúsculas P. K. quien fue atendida en la Asociación Buckner del municipio de Jocotenango, lugar donde se llevó a cabo el proceso terapéutico, debido al deterioro psicosocial experimentado en los últimos seis años y que motivo a la paciente a buscar asistencia psicológica de forma voluntaria.

Mediante la observación, entrevistas, historia clínica y batería de pruebas psicológicas aplicadas, se realizó el psicodiagnóstico del caso de estudio, en el cual se consideró que las manifestaciones sindrómicas que P.K. había experimentado corresponden a ciclados en el estado de ánimo relacionados con episodios maníacos, hipomaníacos y de depresión mayor. Lo anterior

ocasionaba cambios bruscos en el temperamento, deterioro cognitivo, pérdida de energía, nula actividad laboral y dificultad en las interacciones sociales y familiares.

En el caso de la paciente de estudio se registró el abuso y dependencia de alcohol con una incidencia de cuatro de cada siete días de la semana, así como haber experimentado ataques de ansiedad y pánico de forma recurrente, incluyendo ideación y comportamientos suicidas, debido en parte al deterioro personal relacionado con la patología bipolar y a la dificultad de interacción positiva con los miembros de la familia nuclear de la cual percibe rechazo y falta de apego principalmente de la madre.

Otro problema que es relevante abordar es el distanciamiento físico y emocional de la relación conyugal y los hijos de P.K. con los que escasamente pudo interactuar desde hace seis años.

En el aspecto psicosexual la paciente del caso de estudio manifestó conductas promiscuas que ponían en riesgo la seguridad personal, lo anterior se vio afectado también por la pérdida de varios trabajos y negocios, donde también estuvieron implícitas conductas riesgosas que ocasionaron la pérdida de autonomía económica.

Se aplicó las siguientes pruebas proyectivas: test del árbol y dibujo de persona bajo la lluvia, donde se pudo inferir dificultades en las relaciones afectivas, exceso de fantasía y actitud maníaca relacionada con el minucioso uso de detalles en el dibujo, depresión y percepción de vacío al no experimentar un adecuado control personal e interaccional.

Tomando en cuenta los resultados anteriores se decidió aplicar a la paciente otros test como el inventario de depresión de Beck, el cuestionario de pánico y agorafobia y el Inventario Multifacético de la personalidad (MMPI).

Se llevó a cabo el proceso terapéutico con P.K. mediante el modelo integrativo, iniciando con una valoración de los factores de riesgo ante la presencia de ideación suicida, en esta etapa se implicó a la familia como principal sistema de apoyo. Un recurso que se utilizó durante todo el proceso

fue la psicoeducación tanto en la paciente de estudio como con los familiares, lo anterior facilitó la adherencia al tratamiento de P.K.

También se utilizó el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente, el cual es un método directivo pero centrado en el paciente, orientado a incrementar la motivación interna para lograr un cambio, a través de la exploración y resolución de la ambivalencia de consumo y no consumo en pacientes con abuso de sustancias, este enfoque busca incrementar la conciencia del problema y fomentar la percepción de autoeficacia personal.

En este sentido también se preparó a la paciente para manejar el craving como consecuencia de la interrupción del alcohol, se sugirió alejarse física y psicológicamente de la situación pidiendo apoyo a personas cercanas, asimismo se utilizaron técnicas como distracción y detención del pensamiento, también se motivó a integrarse en un grupo de apoyo para mujeres con historia de abuso de alcohol.

Se abordó el malestar relacionado a los ataques de pánico y síntomas de ansiedad generalizada con entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, con la intención de reducir el arousal psicológico.

Entre las técnicas cognitivas y conductuales específicas para el abordaje de pensamientos distorsionados y diálogos internos se utilizaron autorregistros, reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado y reasignación de significados.

Para integrar y resolver experiencias traumáticas del pasado en el aquí y ahora se utilizaron técnicas de visualización guiada, role playing para abordar diálogos pendientes y el método del Dr. Héctor Salama Penhos orientados a la resolución del perdón. Se efectuaron las recomendaciones correspondientes respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico y se le proporcionó una guía – manual para poder identificar en forma precoz los síntomas que sugieren la aparición de un nuevo episodio de manía o depresión. Si bien la familia asistió en dos ocasiones a las sesiones, el grado de implicación fue escaso.

## **Capítulo 4**

### **Presentación de Resultados**

#### 4. 1 Sistematización del Estudio de Caso

##### I. Datos Generales

Nombre:	P.K.
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	18 de octubre de 1973
Edad:	42 años
Estado civil:	Separada
Escolaridad:	Educación secundaria
Profesión:	Maestra de Párvulos
Religión:	Evangélica
Dirección:	Sacatepéquez, Guatemala
Teléfono:	-----
Inicio del proceso:	02 de marzo del 2016

##### II. Motivo de consulta

La paciente solicitó atención psicológica refiriendo como motivo de consulta “sentimientos de angustia, intentos de suicidio y alteraciones significativas del estado de ánimo y el comportamiento”.

##### III. Historia del problema actual

La paciente manifestó que había experimentado alteraciones en el afecto y estado de ánimo, con miedo a volverse loca debido a que padecía ocasionalmente de alucinaciones con un perro negro y con ratas cayendo sobre su cabeza, también le causaba malestar pensamientos frecuentes en su

cabeza como voces, que le decían que no servía para nada y que nadie la quería. La paciente expresó dificultades para desenvolverse socialmente debido a que manifestaba constantes cambios de ánimo, así como quejas somáticas (dolores en cabeza, el rostro, cuello, espalda, brazos y piernas) y síntomas de ataques de pánico como sudoración, temblor en el cuerpo, manos frías, voz temblorosa y dificultad para respirar. Durante los últimos seis años la paciente mencionó haber tenido tres intentos de suicidio.

Según refirió P.K. había algunos días en los que se encontraba feliz, con energía, con muchas ideas y ganas de hacer diversas cosas a la vez, y otros días donde experimentaba miedo, tristeza enojo y unas intensas ganas de llorar. Refirió que esto había sido así desde que era niña. Otro de los problemas mencionados por P.K. fue el consumo de alcohol, lo que la había llevado en varias ocasiones, según indicó, a perder el control y quedarse sentada en una banqueta inconsciente.

La paciente mencionó que consumía bebidas alcohólicas (cerveza) desde hace seis años, indicó que desde la primera vez que se intoxicó ya no lograba detenerlo y el consumo se había ido incrementando cada vez más. La paciente y su familia mencionaron que ella había llegado al punto de perder la conciencia y descuidar hasta su higiene personal cuando se encontraba intoxicada, fue a partir de esta situación que la paciente trataba de preservar la apariencia y el cuidado personal con pulcritud.

#### IV. Historia Clínica

La paciente refirió tener poca información en este sentido, la madre no tenía recuerdos de esta etapa de la vida de la paciente ya que fue su abuela quien la crió y ella ya falleció. Sin embargo mencionó que sus padres se sintieron desilusionados cuando ella nació ya que esperaban tener un hijo varón.

En cuanto a la evolución neuropsíquica relacionada con la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres, indicó que nunca le pregunto a su abuela sobre esto, ya que según la paciente nunca antes se lo había preguntado ella misma y le pareció curioso no tener ninguna información al respecto y que le hubiera gustado saberlo antes que su abuela (con quien creció) falleciera.

La paciente refirió recordar que era una niña muy tímida y verbalmente se expresaba muy poco, el único dato de su infancia es que su abuela le decía que se le dificultaba hablar. Solo tuvo una amiga en la escuela y si esta amiga se enojaba con ella le afectaba mucho, no comía, lloraba y le costaba dormir. Al abordar este tema la paciente tuvo un insight de que siempre había sido dependiente emocionalmente de las personas y que cuando la decepcionaban se sentía lastimada.

P.K. refirió que desde la infancia y hasta la adolescencia tuvo algunos síntomas depresivos, manifestó recordar comportamientos extraños como esconderse en el taller de la casa de su abuelo para oler pegamento ya que le gustaba esa sensación porque, según ella, la adormecía. Indicó que durante la infancia fue una niña muy solitaria y que buscaba cariño en otras personas, sin embargo al mismo tiempo rechazaba manifestaciones de afecto y que la tocaran.

Indicó haber crecido con poca seguridad ya que según menciona ella, sus abuelos maternos la sobreprotegían mucho y no la dejaban relacionarse con los demás y por otro lado en su familia paterna eran indiferentes, sus tíos la tocaban y uno de ellos la abuso sexualmente.

P.K. mencionó que durante la adolescencia fue muy rebelde, ya que venía de vivir con la abuela que no la dejaba hacer nada y la madre quería que fuera como una empleada doméstica. La paciente comentó que esa etapa estuvo llena de conflictos especialmente con la madre y que eso la motivó a casarse a los 18 años, según indicó, para salir de su casa.

La paciente indicó que la relación con la madre era distante, ya que cuando era niña sus padres la dejaron al cuidado de su abuela materna y fue hasta que cumplió 16 años que se fue a vivir a la casa de sus padres. La paciente dijo que percibía que la madre no la quería como a sus otros hermanos y que siempre había estado en su contra”.

En cuanto al área laboral y económica refirió haber tenido varios trabajos y negocios, pero que se le dificultaba ser constante debido a los cambios de ánimo y estados depresivos.

En el aspecto sexual P.K. manifestó que muchas veces le causaba desagrado, mencionó que desde niña buscaba cariño pero no le agradaba que la tocaran o que las personas fueran muy cariñosas, ella consideraba que los hombres se aprovechaban de la necesidad de cariño de ella, de la soledad y de la adicción al alcohol que mantenía en ese tiempo.

La paciente también refirió que en el matrimonio hubo abusos y violencia de parte de su esposo, infidelidades, maltrato físico, psicológico y violencia sexual. Indicó que desde hace seis años están separados debido en parte a los maltratos que recibía de su esposo y al inicio de abuso de alcohol de la paciente.

P.K. mencionó que en esa etapa quiso vengarse de su esposo haciendo lo mismo que le hacía a ella, por lo que fue una etapa de promiscuidad sexual para ella. Desde la separación el esposo tiene la custodia de los tres hijos producto de la relación.

En cuanto a la historia médica la paciente indicó un historial de afecciones físicas (gastritis, cefaleas constantes, adormecimiento de una parte del rostro, las manos y piernas). Mencionó que en una campaña de salud fue atendida por un Neurólogo que le recetó el medicamento Effexor de 500 mg., mismo que le fue proporcionado en Buckner durante seis meses consecutivos (junio a diciembre 2015).

Durante ese tiempo la paciente y su familia relataron que no estuvo ingiriendo bebidas alcohólicas, la paciente consideró que ese medicamento la mantenía estable, sin embargo cuando se le terminó y ya no se lo proporcionaron en el centro, comenzó a sentirse muy mal, ansiosa y con deseos intensos de consumir alcohol, por lo que de enero a marzo del presente año tuvo crisis muy fuertes de alcoholismo y alteraciones del estado de ánimo.

Cabe mencionar que Effexor es un antidepresivo de la clase inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Se utiliza para el tratamiento del trastorno depresivo mayor (MDD), como tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada, y las indicaciones de comorbilidad en ciertos trastornos de ansiedad con depresión. A dosis bajas (<150 mg / día), tiene efecto sólo en la transmisión serotoninérgica. En dosis moderadas (> 150 mg / día), actúa sobre los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, mientras que a dosis altas (> 300 mg / día), también afecta la neurotransmisión dopaminérgica.

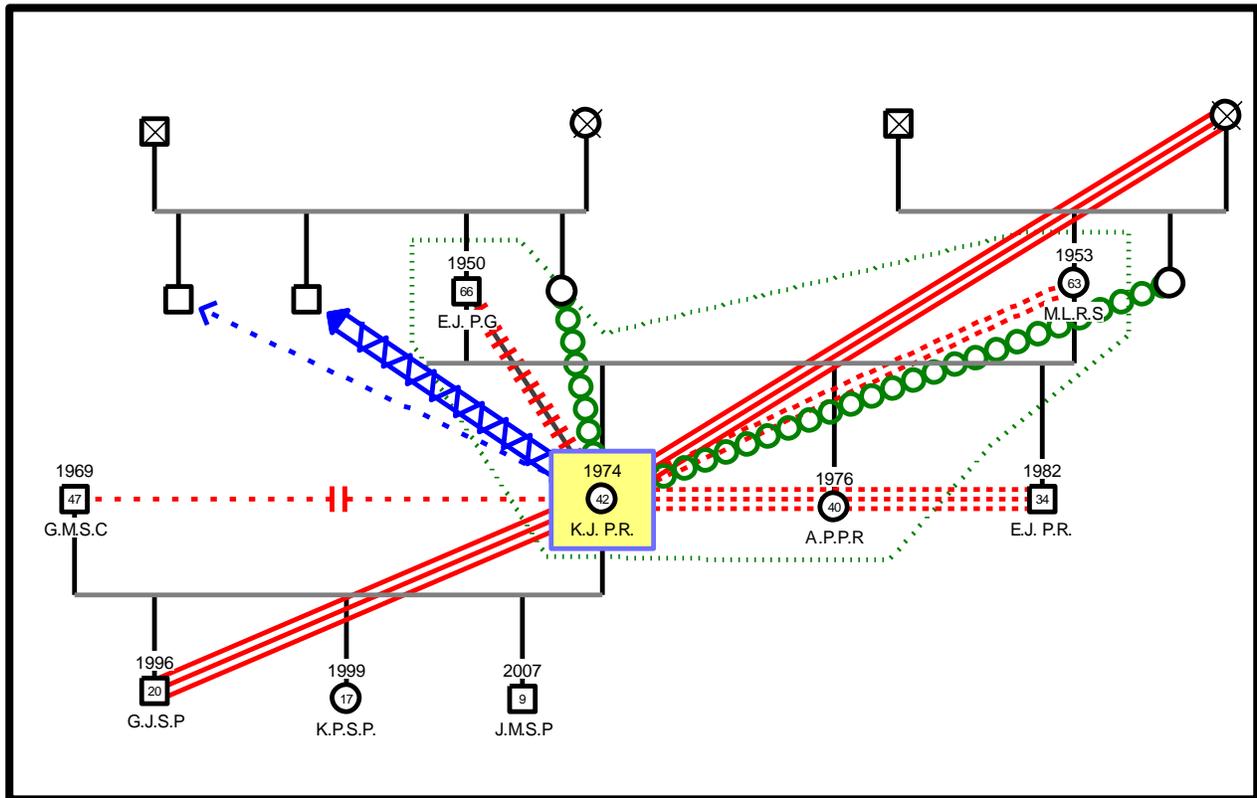
Los pacientes que detienen el tratamiento suelen experimentar el síndrome de discontinuación de ISRS, es decir, síntomas de abstinencia. Estos síntomas pueden ocurrir al cesar bruscamente la medicación, al disminuir la dosis demasiado rápido, o incluso después de omitir una dosis regular.

Los síntomas de abstinencia pueden incluir agitación, anorexia, ansiedad, confusión, pérdida de la coordinación, diarrea, mareos, sequedad bucal, estado de ánimo disfórico, fasciculaciones, fatiga, dolores de cabeza, hipomanía, insomnio, náuseas, nerviosismo, pesadillas, alteraciones sensoriales descritas como "zapping cerebrales" (sensaciones eléctricas), somnolencia, sudoración, temblores, vértigo y vómitos.

Lo anterior se consideró relevante ya que al momento de presentarse a Bucken P.K. mencionó haber experimentado la mayoría de los síntomas físicos que se mencionaron en la discontinuación del medicamento, por lo que se infirió que la paciente presentaba síntomas de abstinencia no solo por el abuso de alcohol sino también como consecuencia de la interrupción brusca del Effexor.

V. Historia familiar

Imagen 3  
Genograma



Fuente: elaboración propia, octubre 2016.

En la estructura familiar P.K indicó que vivía en la casa de sus padres, con una hermana y un primo paterno, la paciente es la hija mayor y tiene además de una hermana de cuarenta años, un hermano de treinta y cuatro años.

La paciente permaneció en la relación conyugal durante dieciocho años y desde hace seis años el esposo le pidió que se fuera de la casa quedándose el a cargo de la custodia y patria potestad de los tres hijos de ambos.

### Antecedentes familiares

P.K. mencionó que con ambos hermanos había mantenido una relación distante ya que percibía que la veían con indiferencia porque no creció con ellos y que además, no les había perdonado que por su culpa fue internada en un lugar de adictos donde experimentó situaciones muy tristes.

La relación con su primo, según mencionó la paciente ha sido de ayuda y cooperación, durante muchas de las crisis experimentadas recibió de su parte apoyo y comprensión. En cuanto a la relación con el ex esposo, ella mencionó que hablaba solo lo necesario con él, ya que cada vez que lo veía venían a su memoria los recuerdos de maltrato y abuso que sufrió en la relación matrimonial.

La paciente procreo tres hijos. Un varón que cumplió veinte años, una mujer que cumplió diecisiete años y el último hijo varón de nueve años. Indicó que la relación con sus hijos había sido cordial en ese último tiempo en que se le había permitido acercarse a ellos, especialmente con el hijo mayor.

En cuanto a lo relacionado con antecedentes familiares relacionados con problemas mentales, se consideró relevante mencionar en el apartado, que la paciente refirió un historial de adicciones al alcohol y drogas en su familia, tanto paterna como materna. Mencionó que una de sus tías ha experimentado similares alteraciones que ella a lo largo de su vida, sin embargo no hubo referencias de tratamientos psicológicos previos.

### VI. Examen del estado mental

Paciente de complexión física ectomórfica, estatura aproximada 1.53 cm. Tez morena, cabello lacio de color castaño oscuro. Vestimenta informal con ausencia de accesorios y en algunos casos muy discretos.

P.K. mostró una actitud colaborativa al inicio de cada sesión, con la tendencia de mirar hacia abajo y a la izquierda, relacionada al pasado por lo que se infiere que la paciente estaba pensando en algo que movilizaba sus sentimientos.

La paciente manifestó un estado de alerta y lucidez respecto a sí misma y a su entorno, en el aspecto general, P.K. aparentaba más edad de la que refirió, la vestimenta y el arreglo personal estaban cuidados, expresión facial tensa y en las primeras sesiones se percibió aliento a alcohol cuando hablaba, voz temblorosa y postura encorvada, sin embargo esto no impidió que mantuviera contacto visual. La paciente fue amable y colaboradora, se mostraba inquieta y preocupada y al mismo tiempo atenta.

P.K. manifestó mucha agitación (especialmente en las primeras sesiones, antes de la administración de medicamentos). La paciente manifestó labilidad afectiva, realizando cambios bruscos y repentinos del afecto y expresiones emocionales intensas de corta duración. Los cambios anteriores fueron congruentes con lo que la paciente narraba, sin embargo fue relevante clínicamente el hecho que la paciente podía reponerse rápidamente así como volver a caer en llanto intenso en un breve período de tiempo.

En cuanto a la atención respondía circunstancialmente hacia algunas preguntas, dando excesivos detalles en sus respuestas, manifestando una atención tenaz y preocupada en relación a ciertos eventos y estímulos internos, por los que frecuentemente volvía a ellos desde diferentes perspectivas. Se observó capacidad disminuida de concentración, sin embargo no presentó alteración en la comprensión del lenguaje hablado y escrito

La paciente se encontraba ubicada en espacio, tiempo y persona, en cuanto a la fluidez del lenguaje manifestó velocidad rápida del habla, respondiendo de forma espontánea, con un volumen de voz generalmente bajo, que en ocasiones se alteraba de forma congruente con la narración de eventos de gran carga afectiva.

En cuanto a la memoria remota la paciente manifestó hipermnnesia, ya que describía con muchos detalles tales episodios, sin embargo hubo lapsus en su memoria donde decía no recordar algunos años completos. Es relevante en este punto mencionar que la paciente relató episodios de despersonalización y desrealización que le habían sucedido a lo largo de su vida, especialmente en la última década, tales como experiencias de no verse en el espejo, o verse sin manos, o sentir que no está en un lugar a pesar de que al mismo tiempo sabía que está allí.

En cuanto a la memoria reciente P. K. narró de forma congruente eventos de su vida, manifestando una tendencia a volver una y otra vez a eventos del pasado, dando respuestas circunstanciales en relación al mismo. En algunas sesiones posteriores se evaluó la capacidad de la paciente de recordar información nueva, y no manifestó ninguna alteración en este sentido.

Referente al pensamiento P. K. manifestó un tipo de pensamiento lógico, circunstancial, coherente. Como contenido principal preocupaciones por la dificultad para mantener su estado de ánimo y las relaciones de forma equilibrada, se observó ideas paranoides del tipo “todos están en mi contra”. Se concluyó que P.K. sufría también de alteraciones del apetito y el sueño.

El grado de introspección era alto, lo cual contribuyó significativamente en la adherencia al tratamiento, se le confrontó respecto a si en ese momento tenía ideas o planes concretos de suicidio, sin embargo P.K dijo que no y mencionó que quería sanar su corazón y estar bien psicológicamente para iniciar una nueva etapa, además mencionó que siempre había sabido que algo en ella no estaba bien, pero que siempre había luchado contra varias adversidades y que en esa ocasión estaba convencida de vencer cualquier enfermedad.

Referente al estado de ánimo la paciente expresó de forma verbal y no verbal tristeza, desesperanza, ansiedad y miedo.

## VII. Resultados de las pruebas

**Cuadro 1**  
**Pruebas e instrumentos aplicados**

<b>Pruebas e instrumentos aplicados</b>	<b>Fecha de aplicación</b>
Test proyectivo del árbol (Karl Koch)	16.03.2016
Test proyectivo de la persona bajo la lluvia (Arnolds Abrams)	16.03.2016
Inventario de depresión de Beck (Aarón T. Beck)	16.03.2016
Cuestionario de pánico y agorafobia (B. Sandín y P. Chorot )	24.05.2016
Inventario multifacético de la personalidad MMPI , (Starke R. Hathaway y J. C. McKinley)	11.07.2016

Fuente: elaboración propia, octubre 2016.

### Resultados de las pruebas proyectivas (Test del árbol, test de la persona bajo la lluvia)

La paciente proyectó problemas de abuso relacionados a la infancia, sentimiento de indefensión, pobre imagen de sí misma, núcleo familiar con carencias afectivas, problemas en la relación de apego con la madre. También reflejó ansiedad, inseguridad, percepción de carencias afectivas e interpretación del medio como hostil.

El Test del árbol dio como resultados infantilidad, inmadurez, obstinación infantil, obsesión neurótica y fue relevante para la interpretación el exceso de accesorios que se relacionan con un yo infantil expuesto en un exceso de fantasía en las pruebas proyectivas. Probable actitud maniaca, inmadurez, dependencia, carácter obsesivo, rasgos paranoides y depresión.

Al analizar los eventos traumáticos a través del índice de Wittgenstein aparecieron 3 edades de conflicto reflejadas en el dibujo del árbol, estas fueron entre los 6 y 7 años, lo que según la paciente coincidió con la separación conyugal de los abuelos y el hecho de ser ella testigo del deterioro de su abuelita (relacionado al consumo de alcohol).

Otra edad de conflicto que surgió fue a los 10 años, lo cual según la paciente coincide con el abuso sexual perpetuado por el tío paterno. La siguiente edad de conflicto manifestada fue a los dieciocho años cuando el padre de P.K. perdió un brazo en un accidente y por esa situación ella ya no pudo seguir estudiando durante varios años.

#### Resultado de las pruebas psicométricas

En el Inventario de depresión de Beck, obtuvo un resultado de 52 puntos, lo que según la escala (+40 puntos) significa depresión extrema. P. K manifestó síndromes depresivos, tanto en la afectividad observable en clínica, como en el estado de ánimo descrito por ella en cuanto a desesperanza, irritabilidad, etc. Adicionalmente en el contenido del pensamiento se evidenciaron frases con contenido suicida como: “quiero dormir para siempre”, acompañado de síntomas físicos como fatiga, insomnio, pérdida de apetito.

Dado que el riesgo de suicidio es alto en este tipo de pacientes, se consideró oportuno en ese momento referirla a tratamiento psiquiátrico.

En el cuestionario de pánico y agorafobia P.K. cumplió con los criterios para síntomas de ataques de pánico con frecuencia, especialmente taquicardia o palpitaciones, sudoración, disnea, escalofríos, sofocación, vértigos o mareos y náuseas. El análisis factorial de los síntomas de pánico reveló dos factores significativos: síntomas respiratorios y cognitivos.

Se infirió, dada la intensidad, frecuencia y manifestaciones en el pasado de estos síntomas, que existió una estrecha relación de ansiedad por separación en la infancia y características observadas de neuroticismo alto en P.K.

También se consideró oportuno en ese momento una orden de examen tiroideo solicitada por el Psiquiatra, dando resultados negativos en cuanto a alteración.

Los resultados de la aplicación del inventario multifacético de la personalidad MMPI, invalidaron la prueba, aunque estos resultados proporcionaron información relevante de P.K. Primero se observó el tiempo que se tardó en responder la prueba, el cual fue de dos horas con treinta y cuatro minutos (2:34). El tiempo promedio es de dos horas, si la persona resuelve la prueba en más de dos horas se puede sospechar de problemas de naturaleza psicológica, tales como: indecisión obsesiva, depresión severa, precaución excesiva o pensamientos intrusivos que interfieren con la concentración.

En cuanto a las escalas de validez (L,F,K), cuando se obtiene una puntuación promedio arriba de 70, es indicativo de que la prueba es inválida. La puntuación T obtenida por P.K. fue 89. La cantidad de respuestas omitidas fueron seis, por lo que se toma como aceptable cuando no excede de 30. La puntuación en L fue de 9 y se toma como significativo arriba de 6. Sin embargo La escala F tiene como límite una puntuación de 16 o bien que T no sea mayor que 80 y es aquí donde la prueba se invalidó.

Sin embargo hay diferentes posturas que indican que la Escala K (corrección) no estaba incluida en las primeras versiones del MMPI, sin embargo tuvo que agregarse para resolver dificultades en el diagnóstico de pacientes. En algunos casos es conveniente hacer los trazos del perfil uno con la corrección de la fracción K y otro sin la corrección y observar la diferencia, especialmente en pacientes que buscan ayuda voluntariamente, que asumen costos y que no son pacientes a los que les puede beneficiar este resultado, como para pagar una deuda o purgar una condena.

Por lo anterior se calificó la prueba sin la fracción K obteniendo puntuación más altas en la escala 8 relacionando las respuestas con las manifestaciones psicóticas expresadas por P.K, el segundo resultado obtenido fue de 7, lo que se relacionaba con algunas ideas obsesivo compulsivas y síntomas de ansiedad en la paciente, por último se puntuó alto en la escala 1 asociando los criterios a lo expresado por la paciente en cuanto a preocupaciones corporales excesivas y diversidad de síntomas somáticos.

Como conclusión global de la aplicación de esta prueba se infirió neuroticismo o inestabilidad emocional como un rasgo que caracteriza la personalidad de la paciente, el cual conlleva, además tasas elevadas de ansiedad, constante preocupación y tensión y tendencia a la culpabilidad, lo anterior unido a síntomas de tipo psicósomáticos.

Con la intención de conocer más sobre las ideas autolimitadoras a nivel cognitivo bajo las que interactuaba P.K. se aplicó el test de creencias irracionales obteniendo altas puntuaciones en necesidad de aceptación, culpabilización, intolerancia a la frustración, irresponsabilidad emocional, dependencia, indefensión y perfeccionismo.

#### VIII. Impresión diagnóstica

De acuerdo al relato de la paciente durante la entrevista clínica y en sesiones posteriores que se realizaron, considerando además el relato de la familia, se infirió que la paciente había experimentado episodios de manía, hipomanía y de depresión mayor. En relación a lo anterior, la paciente manifestaba alteraciones clínicamente significativas en varias áreas de desempeño, por lo que la impresión diagnóstica fue trastorno bipolar I con rasgos psicóticos y ansiedad de moderada a grave, adicionalmente manifestaba una patología de consumo de alcohol y rasgos de trastorno límite de la personalidad.

El trastorno bipolar, ocasiona inusuales cambios en el temperamento, energía y habilidad de una persona. Puede repercutir en las relaciones personales, en una baja productividad laboral o en el rendimiento escolar e, incluso, inducir al suicidio. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios

cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser drásticos y rápidos, pero más a menudo son graduales.

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer uno, varios o todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía.

En ocasiones, los episodios graves de manía o depresión incluyen síntomas de psicosis (o síntomas psicóticos) Los síntomas más comunes son alucinaciones (oír, ver o sentir presencias que no están en la realidad), ilusiones (percepciones falsas o distorsionadas que están en la realidad).

P.K consumía alcohol cuatro de siete días de la semana, diferentes estudios realizados obtienen como resultado que más de la mitad de los pacientes psiquiátricos presentan un abuso de alcohol y otras drogas. El trastorno bipolar es la patología psiquiátrica que con mayor frecuencia se asocia a las drogodependencias. El riesgo de que un individuo con un trastorno bipolar tenga a su vez una drogodependencia es más de 6 veces mayor que el de la población general

La anterior impresión diagnóstica coincidió con la del hospital de Salud mental, ya que como consecuencia de ello la paciente fue referida de la clínica # 16 (atención Psiquiátrica general) a la clínica # 18 de atención a pacientes con diagnóstico de bipolaridad. Asimismo fue medicada con:

- Fluoxetina: o (Prozac) se usa para tratar la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, algunos trastornos de la alimentación y ataques de pánico. La fluoxetina pertenece a una clase de medicamentos llamados inhibidores selectivos de la reabsorción de la serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés). Actúa aumentando las concentraciones de serotonina, una sustancia natural del cerebro que ayuda a mantener el equilibrio mental.

- Alprazolam (sublimex): Se usa para tratar los trastornos de ansiedad y el trastorno de pánico (ataques súbitos e inesperados de miedo intenso y la preocupación que dichos ataques generan). El alprazolam pertenece a una clase de medicamentos llamados benzodiazepinas. Actúa disminuyendo la excitación anormal del cerebro.

- Carbonato de Litio (Sedaplus): Es un fármaco imprescindible como antimaníaco, reforzador de los efectos antidepresivos de algunos medicamentos y sobre todo la eficacia demostrada en la prevención de nuevas crisis en el trastorno bipolar.

En cuanto a los rasgos del trastorno límite de la personalidad, prevalecían características en la paciente como: necesidad intensa de relaciones interpersonales, temor a ser abandonada por personas que ella consideraba imprescindibles en su vida (hijos, padres, un primo, médicos), cambios de opinión constantes de los conceptos que tenía de los demás, así como percepción de poca valía de sí misma.

#### IX. Diagnóstico según el DSM-V

Trastorno Bipolar I con características psicóticas y ansiedad de moderada a grave 296.44 (F31.2)

Rasgos de trastorno límite de la personalidad 301.83 (F60.3)

Trastorno por consumo de alcohol moderado 303.90 (F10.20)

#### X. Recomendaciones

Se recomienda continuar con el tratamiento psiquiátrico (medicación) y el proceso psicoterapéutico, el cual debe estar enfocado en restaurar y cerrar las experiencias confusas del pasado, así como una intervención psicoeducativa para incrementar el campo de conciencia y lograr entender, integrar y resolver las experiencias de su vida que le causan malestar, propiciar la regulación afectiva y funcionamiento interpersonal, trabajar a nivel cognitivo conductual los pensamientos repetitivos e irracionales, la dificultad emocional y los deseos de consumir alcohol.

También dentro del abordaje se considera importante que la paciente pueda identificar emociones y conductas problemáticas que están enlazadas con creencias irracionales que las sustentan. Propiciar Insight (darse cuenta) y crear nuevas formas de pensamiento y conducta más adaptativas.

Basados en la impresión diagnóstica actual se considera trascendental el control Psiquiátrico (uso de medicamentos) paralelo al proceso de psicoterapia. Es importante que la paciente continúe asistiendo a terapia de grupo (Grupo para mujeres con adicción) con el objetivo de lograr un mejor manejo del Craving (deseo o necesidad psicológica de consumir alcohol), así como propiciar actividades positivas y de recreación.

#### Plan terapéutico

El plan terapéutico que se utilizó es el integrativo, que se caracteriza por la flexibilidad para integrar diferentes modelos psicológicos y también para realizar distintos tipos de terapia en cada paciente, en distintas fases de su vida y ante diferentes problemas.

La ventaja de utilizar un modelo integrativo es la flexibilidad para utilizar diferentes técnicas con el fin de amoldarse al binomio paciente-problema y obtener así los mejores resultados en cada caso particular, abordando las experiencias con síntomas de ansiedad en P.K. y demás alteraciones como problemas del sueño, consumo de alcohol, dificultad en las relaciones interpersonales, irritabilidad y comportamientos impulsivos, temor al rechazo o al abandono, resolución de problemas y delirios de referencia.

Para lo anterior se utilizó el Modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente, donde se explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco variables o constructos teóricos intervinientes: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y autoeficacia.

Se incluyó un programa continuo de psicoeducación con el fin de incrementar la conciencia y el conocimiento de los factores relacionados al diagnóstico, en este sentido se busca que la paciente al utilizar el manual práctico del TB el paciente aprenderá a tomar control de la enfermedad al identificar los síntomas previos, las conductas de riesgo, así como aplicar rutinas saludables que contribuyan a minimizar los síntomas y en general a lograr mayor estabilidad.

El plan de tratamiento incluyó además el uso de técnicas cognitivo conductuales con el objetivo de identificar esquemas de pensamiento irracionales y modificarlos por otros más adaptativos, así como técnicas de terapia Gestalt para resolver en el aquí y ahora conflictos del pasado. Además entrenamiento en asertividad y solución de problemas que le permitan incrementar la autonomía personal.

## 4.2 Análisis de los resultados

### Deterioro psicosocial a consecuencia del trastorno bipolar I

El trastorno bipolar es una enfermedad mental altamente prevalente y crónica que afecta los mecanismos cerebrales que regulan el estado de ánimo, ocasionando un incremento o un descenso excesivo del mismo. En una idea de Murphy y Sahakian (2001), expuesta por Pousada (2009), estos pacientes presentan variaciones no solo en el estado de ánimo, sino también en el funcionamiento cognitivo y en el comportamiento social.

En los hallazgos de investigación en el caso de estudio en relación al deterioro psicosocial en el trastorno bipolar I, se comprobó que existe un deterioro integral más allá de lo que se espera como consecuencia de atravesar los episodios de manía o depresión y se incrementa en los períodos de manifestación de pródromos, sin embargo es relevante para el objetivo de esta investigación expresar que dichos déficit son evidentes aun en las fases de remisión de síntomas.

Este deterioro integral se pudo evidenciar a nivel cognitivo con dificultades en la fluidez del pensamiento y habla, la disminución de la atención y la capacidad de memoria y aprendizaje, lo que había llevado a la paciente del caso de estudio a sentir que no podía asumir la responsabilidad de un trabajo.

## Deterioro cognitivo en el trastorno bipolar I

De acuerdo con Mur (2005), citado en Pousada (2010), la disfunción ejecutiva es el principal déficit neuropsicológico a largo plazo en el trastorno bipolar, lo que se relaciona con lo expuesto por Cabezuelo, Martínez y Vieta, (2012) al referirse a un efecto neurotóxico asociado a los déficits cognitivos en los pacientes con trastorno Bipolar I, principalmente manifestado por un bajo rendimiento en la memoria verbal, funciones ejecutivas y atención.

La paciente del caso de estudio se vio afectada por diversos factores que afectan el funcionamiento diario, entre los que cabe mencionar alteraciones de la memoria, concentración y funciones ejecutivas, principalmente percepción, toma de decisiones y resolución de problemas, incidiendo de forma negativa en la interacción familiar, social y laboral.

En el contexto familiar le afectaba asumir responsabilidades en cuanto a la función del rol materno e interactuar positivamente con los demás miembros de la familia de quienes percibía rechazo, en el área interpersonal la paciente de estudio perdió la motivación para sostener vínculos con amistades llegando a experimentar exclusión social. En el área laboral las dificultades habían impedido que la paciente asumiera el compromiso sostenido de un empleo.

## Aasociación entre el trastorno bipolar y las conductas adictivas

Para Casas y Guardia (2002) la mayoría de pacientes alcohólicos presentan síndromes psiquiátricos asociados, que con frecuencia son agravados por el mismo consumo, dichas manifestaciones psiquiátricas desaparecen después de que el paciente realiza un tratamiento de desintoxicación y el consumo se detiene. Sin embargo a veces se trata de trastornos psiquiátricos independientes. En un estudio realizado por (Strakowski, 2000 citado en Casas y Guardia, 2002) se concluye que el trastorno por consumo de alcohol puede afectar la edad de inicio del trastorno bipolar.

En el caso de P.K. y de forma similar con otras investigaciones no es posible determinar con certeza si el trastorno bipolar I influyó en el consumo de alcohol o viceversa, lo que sí cabe destacar en esta investigación es que el deseo por consumir alcohol se reducía de forma significativa cuando la paciente lograba períodos de eutimia, y se manifestaba principalmente al inicio de los síntomas de los episodios bipolares. Por lo que se considera que dichos trastornos psiquiátricos han afectado de forma bidireccional a la paciente del caso de estudio.

### Influencia del trastorno bipolar en el deterioro de las relaciones interpersonales

En 2007, Sierra et al. Sostienen

Solo una minoría de los pacientes con trastorno bipolar retornara a niveles óptimos de funcionamiento social y ocupacional en los periodos interfásicos, mientras que la mayoría de los pacientes sufrirán un funcionamiento laboral, social y familiar empobrecido a pesar de los regímenes farmacológicos de mantenimiento (p.60).

Uno de los factores que afectó la estabilidad de la paciente de estudio, fue el hecho de un limitado apoyo familiar y social, el nulo conocimiento en relación al trastorno bipolar como enfermedad propició no solo la ruptura conyugal y el distanciamiento de los hijos de P.K., sino también un mayor deterioro con la familia nuclear de la paciente, las constantes críticas y rechazo percibido de parte de familiares y conocidos que interpretaban las crisis como escasa fuerza de voluntad, incidieron negativamente en las recaídas, tanto del trastorno bipolar como del consumo de alcohol asociado.

## Dependencia económica derivada del trastorno bipolar I

Pousada (2010) expone que en cuanto al ámbito laboral, existen estudios que encontraron que en el trastorno bipolar la población económicamente activa por dependencia laboral puede llegar a tener consecuencias negativas en relación a la pérdida de autonomía económica debido al absentismo y al grado de afectación en el funcionamiento en general.

La pérdida de autonomía económica fue una constante en la paciente de estudio, por un lado las decisiones impulsivas en cuanto a algunos negocios en las fases maníacas causaron pérdidas económicas y deudas que estaban pendientes de saldar, además las limitaciones funcionales en cuanto a toma de decisiones y ausencia de conductas responsables conllevaron la pérdida de varios empleos, por lo que la paciente de estudio dependía absolutamente de sus padres para el sostenimiento económico.

## Conclusiones

La paciente de estudio no había podido lograr un nivel adecuado de funcionamiento entre los ciclos de manifestación de la enfermedad, ya que dichas alteraciones estaban presentes de forma residual incluso en los períodos de remisión de síntomas, llevándola a un deterioro en las relaciones interpersonales y a una pérdida de la autonomía económica, causado en gran parte al consumo de alcohol como patología dual y a las dificultades en las funciones ejecutivas asociadas al trastorno bipolar I.

Se determinó que las alteraciones cognitivas que más afectaban el desempeño diario eran las dificultades en la fluidez del pensamiento y habla, la disminución de la atención y la capacidad de memoria y aprendizaje, lo que había llevado a la paciente del caso de estudio a sentir que no podía asumir la responsabilidad de un trabajo.

Se concluye que aunque no es posible determinar si el trastorno psiquiátrico precedió al alcoholismo o viceversa, si fue notable que este último remitió a las pocas semanas de haber abandonado el consumo e iniciar el tratamiento farmacológico y se observó que en el caso de la paciente de estudio se manifestaba como uno de los síntomas de alarma de las fases de manía.

El impacto del trastorno había producido una alteración significativa en las relaciones interpersonales de la paciente de estudio, las conductas destructivas en los períodos de descompensación principalmente la pérdida del rol materno, había ocasionado un deterioro en la comunicación y distanciamiento de la interacción familiar, además de actitudes de exclusión social en el entorno inmediato.

Se concluye que la dificultad para encontrar y mantener un empleo se debía a la dificultad de organizar y planificar a nivel cognitivo y a las consecuencias del pasado como gastos excesivos, endeudamientos y negocios realizados precipitadamente durante las fases de manía lo que había limitado la autonomía económica de la paciente de estudio.

## **Recomendaciones**

Se recomienda a los profesionales de la Psicología que el diagnóstico del trastorno bipolar I se evalúe no solo desde las medidas diagnósticas tradicionales sino también desde el nivel de funcionamiento en la dimensión psicosocial, lo cual contribuirá a tener una visión más amplia de la evolución del trastorno.

Es necesario que los profesionales de la Psicología orienten los objetivos terapéuticos no solo a los aspectos clínicos de la enfermedad, sino también a implementar estrategias que busquen la rehabilitación en el nivel de competencia y funcionabilidad a nivel cognitivo, interpersonal y laboral.

Se recomienda a los familiares de personas diagnosticadas con trastorno bipolar I recibir psicoeducación relacionada al trastorno e implementar estilos de convivencia favorables, ya que en la evolución tiene una gran implicación el grado de apoyo que se reciba del entorno.

Para alcanzar mejores resultados en la recuperación de pacientes con trastorno bipolar I se recomienda además del tratamiento farmacológico, terapia individual y terapia grupal, especialmente en los casos de pacientes con una comorbilidad de consumo de alcohol, es factible la terapia grupal orientada a la recuperación en drogodependencia.

Se alienta a las personas, empresas u organizaciones en general a que reduzcan el punto de vista estigmatizante en los trastornos psiquiátricos, reconociendo que en el caso del trastorno bipolar la recuperación no es lineal, quienes lo padecen experimentan un continuum de avances y retrocesos, sin embargo la aceptación y un ambiente lo más normalizador posible repercute en grandes beneficios para lograr la remisión del trastorno.

## Referencias

### Bibliográficas

Sarason I., Sarason B. (2006). *Psicopatología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. (Ed. Undécima.). México: Editorial Pearson.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2012). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª ed.). Washington, DC: Autor.

Colom F., Martínez A., Vieta E. (2004). *El trastorno bipolar depresión y manía, la enfermedad de las emociones*. [Versión digital PDF]. (Ed. 1era.). España: ARS Médica, Psiquiatría editores S.L.

### Internet

Bellido J., Sanz P. (2013). El cuidado y la promoción de la autonomía personal en el trastorno bipolar. Gobierno de Aragón, Departamento de Servicios Sociales y Familia. Recuperado 04.10.16 de [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/BienestarSocialFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/005.GUIA\\_BIPOLAR\\_.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/BienestarSocialFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/005.GUIA_BIPOLAR_.pdf)

Bonnin C., Martínez A., Sánchez J., Moreno C., Torrent C., Franco I., Pachiarotti E., Vieta E. (2010). Trastorno bipolar, funciones cognitivas y eje hipotalámico-pituitario-tiroideo. Actas de psiquiatría. Recuperado 08.10.16 de <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/11/64/ESP/11-64-ESP-223-228-581690.pdf>

- Casas M., Franco M. Goikolea J. Jiménez M. Martínez J. Roncero C. Szerman N. (2008). Trastorno bipolar asociado al uso de sustancias adictivas (patología dual). *Researchgate*. Recuperado 08.10.2016 de [https://www.researchgate.net/publication/235968144\\_Rev024\\_Casas\\_et\\_al\\_-\\_TB\\_y\\_Pat\\_dual\\_-\\_Rev\\_sistematica\\_y\\_consenso/AC\\_EPSI\\_'08](https://www.researchgate.net/publication/235968144_Rev024_Casas_et_al_-_TB_y_Pat_dual_-_Rev_sistematica_y_consenso/AC_EPSI_'08)
- Casas M., Guardia J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Revista adicciones*, vol. 14, 195-219. Recuperado 10.10.2016 de <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/524/519>
- Colom F., Panicali F. (2006). Deterioro cognoscitivo en los trastornos bipolares. *Avances en psiquiatría biológica, Bipolars.org*, vol. 7, 124-134. Recuperado 10.10.2016 de <http://www.bipolars.org/wp-content/uploads/2011/11/Deterioro-cognitivo-en-tb.pdf>
- Conde F. (2014). *Enfermedad mental y rehabilitación psicosocial*. (Trabajo de fin de grado en educación social). Recuperado 14.10.2016 de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/6767/1/TFG-L644.pdf>
- García A., Sierra P., Livianos L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: ultimas aproximaciones. *Revista Elsevier, psiquiatría biológica*, vol. 21, núm. 3, 89-94. Recuperado 14.10.2016 de <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-nosologia-epidemiologia-etiotpatogenia-del-trastorno-S1134593414000670>
- Holmgren D., Lermenda V., Cortez C., Cárdenas I., Aguirre K., Valenzuela K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, Vol. 43, núm. 4, 275-286. Recuperado 22.10.2016 <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v43n4/art02.pdf>

- Jiménez M., Fernández S., Robles I., Moreno S., López C., García J., Palacios C., Ospina J. (2003). Características neuropsicológicas del trastorno bipolar I. *Revista Colombiana de Psiquiatría* Vol. XXXII, 357-372. Recuperado 22.10.2016 de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v32n4/v32n4a04.pdf>
- Lolich M., Holtzman J., Rago C., Vásquez G. (2015). Neuroprogresión y cognición en los trastornos bipolares: Una revisión sistemática del rendimiento cognitivo en pacientes eutímicos. *Revista Argentina Vertex*, Vol. XXVI, 265-275. Recuperado 22.10.2016 de [https://www.researchgate.net/publication/282673361\\_Neuroprogresion\\_and\\_cognition\\_in\\_Bipolar\\_Disorders\\_A\\_systematic\\_review\\_of\\_cognitive\\_performance\\_in\\_euthymic\\_patients](https://www.researchgate.net/publication/282673361_Neuroprogresion_and_cognition_in_Bipolar_Disorders_A_systematic_review_of_cognitive_performance_in_euthymic_patients)
- Miasso A., De Bortoli S., Pedrao L. (2008). Trastorno afectivo bipolar y por terapia medicamentosa: identificación de barreras. *Rev Latino-am Enfermagem*. Recuperado 22.10.2016 de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_14.pdf)
- Navarro D., Carrasco O. (2010). Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con trastorno mental grave: un estudio descriptivo. *Rehabilitación psicosocial*, vol. 7, 11-25. Recuperado 22.10.2016 de [http://fscim.com/web/images/documentos/publicaciones\\_propias/2010Caracteristicaspsicopatologicasydefuncionamientosocialenpersonasc ontrastornomentalgrave.pdf](http://fscim.com/web/images/documentos/publicaciones_propias/2010Caracteristicaspsicopatologicasydefuncionamientosocialenpersonasc ontrastornomentalgrave.pdf)
- Navarro D., García S., Carrasco O., Casas A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Revista intervención psicosocial, investigaciones aplicadas* vol. 17, núm. 3 321.336. Recuperado 23.10.2016 de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2008v17n3a8.pdf>
- Pousada A. (2010). *Estudio sobre la planificación y resolución de problemas y memoria de trabajo en pacientes con trastorno bipolar*. (Tesis doctoral). Recuperado 24.10.2016 de <http://eprints.ucm.es/10538/1/T31512.pdf>

Romero E. (2012). Revisión de aspectos neurocognitivos del trastorno bipolar. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 16, 146-164. Recuperado 12.10.2016 de <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v16n2/v16n2a07.pdf>

Ruiz S., García P. Lahera G. (2011). Déficit de cognición social en el trastorno bipolar: relevancia y estrategias de rehabilitación. *Revista colombiana de psiquiatría*, vol. 40, núm. 1, 99-114. Recuperado 10.10.2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619286009>

Sierra P., Belenchón M., Benavent N., Yáñez N., Pino A., Livianos L. (2007). Vivir con un trastorno bipolar. ¿Qué opinan los pacientes?. *Dialnet.com, archivos de psiquiatría*, vol. 70, núm. 1, 43-64. Recuperado 10.10.2016 de <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/2333180.pdf>

Solé B., Martínez A., Vieta E. (2012). Trastorno bipolar y alteraciones cognitivas. *Mente y cerebro*, num.56, 34-40. Recuperado 10.10.2016 de <http://www.investigacionyciencia.es/files/7419.pdf>

## **Anexos**

## Anexo 1

### Tabla de Variables

Nombre completo: **Karen Jackeline Maldonado Hernández**

Estudio de caso: **Estudio de caso sobre el deterioro psicosocial en una paciente de 43 años diagnosticada con Trastorno Bipolar I, atendida en la asociación Buckner, municipio de Jocotenango.**

Carrera: **Licenciatura en Psicología clínica y Consejería social**

<b>Problemática 1</b>	<b>Variable de Estudio (Tema a investigar) 2</b>	<b>Sub temas de la variable de estudio 3</b>	<b>Pregunta de investigación 4</b>	<b>Objetivo General 5</b>	<b>Objetivos específicos 6</b>
Alteraciones persistentes en las funciones ejecutivas y el estado cognitivo general.	Trastorno Bipolar I	Repercusiones del deterioro cognitivo en el trastorno bipolar I.	¿Cómo ha sido el deterioro psicosocial de una paciente de 43 años diagnosticada con trastorno bipolar I, atendida en la asociación Buckner municipio de Jocotenango?	Describir el deterioro psicosocial de una paciente de 43 años diagnosticada con trastorno bipolar I, atendida en la asociación Buckner, municipio de Jocotenango.	Evaluar como el deterioro cognitivo afecta el nivel de funcionamiento de la paciente del caso de estudio.
Consumo de alcohol		Alcoholismo y Trastorno bipolar I			Describir la asociación entre el trastorno bipolar y las conductas adictivas.
Dificultad en las relaciones sociales y familiares		Deterioro en las relaciones interpersonales en el trastorno bipolar I			Analizar como el trastorno bipolar ha influido en el deterioro de las relaciones

					interpersonales en la paciente de estudio.
Pérdida de autonomía económica		Dependencia económica derivada del trastorno bipolar I			Determinar cómo el trastorno bipolar ha contribuido a la dependencia económica de la paciente de estudio.