

## ***Experiencias con un grupo de apoyo para depresión y trastorno bipolar***

## ***Experiences with a Bipolar disorder and depression support group***

***Rodolfo López Hartmann<sup>1</sup>***

### **RESUMEN**

Luego de seis años de experiencia en la organización, conformación y coordinación de un grupo de apoyo para pacientes y familiares con trastorno bipolar, se presenta un análisis y revisión de la metodología que fue aplicada, así como algunas lecciones aprendidas de la experiencia de trabajo directo con un apreciable número de pacientes con trastornos afectivos. Se concluye que mediante solamente observación y seguimiento personalizado de los casos, la participación de los pacientes y familiares en el grupo de apoyo ayudó a reducir las recaídas, favorecer el cumplimiento de la medicación y mejorar su calidad de vida.

### **PALABRAS CLAVE**

Adherencia al tratamiento, Grupos de apoyo, Psicoeducación, Psicoterapia, Trastorno bipolar

### **ABSTRACT**

After six years of experience in the organization, formation and coordination of a support group for patients and families with bipolar disorder, we present an analysis and review of the methodology applied, together with lessons learned from the experience of working directly with an appreciable number of patients with affective disorders. We conclude that even with only a personalized observation and follow up of the cases, there is a beneficial effect for patients and families, reducing relapses, enhancing compliance with treatment and an overall improvement of their quality of life.

### **KEYWORDS**

Adherence to treatment, Bipolar disorder, Psychoeducation, Psychotherapy, Support groups

---

1 Médico Psiquiatra (Universidad Peruana Cayetano Heredia). Post doctorado en Salud Mental (Johns Hopkins USA). Jefe de Consulta Externa Central de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios. La Paz Docente emérito, Universidad Mayor de San Andrés, Carrera de Psicología. La Paz, Bolivia. *Correo electrónico.:* [dr.rodolfolopez@gmail.com](mailto:dr.rodolfolopez@gmail.com)

## RESUMO

Depois de seis anos de experiência na organização, formação e na coordenação de um grupo de apoio para pacientes e familiares com transtorno bipolar, uma breve análise e revisão da metodologia foi aplicada, e apresenta as lições aprendidas com a experiência de trabalho direto com apreciável número de pacientes com transtornos afetivos. Conclui-se que apenas por observación e acompanhamento personalizado de casos envolvendo pacientes e familiares no grupo de apoio ajuda a reduzir recaídas, incentivar a adesão à medicação e melhorar a sua qualidade de vida.

## PALAVRAS CHAVE

A adesão ao tratamento, A psicoeducação, Grupos de apoio, Psicoterapia, Transtorno bipolar

---

Que es la enfermedad bipolar? Cuáles son sus factores causales y los factores desencadenantes de las crisis? La respuesta a estas interrogantes aparecen con regularidad en las reuniones que venimos realizando como **Grupo de Apoyo para Depresión y Trastorno Bipolar**. El grupo inició actividades en junio del año 2007, gracias a la sugerencia de familiares de un paciente bipolar, quienes comentaron que fue tratado en Chile, donde fue hospitalizado. La madre comentó que semanalmente los pacientes asistían a sesiones de psicoeducación, familiares incluidos.

Cada reunión se abre explicando los objetivos de la sesión, los parámetros de confidencialidad y de respeto por el uso de la palabra y generalmente, un miembro antiguo da una bienvenida a las personas nuevas. El rol del profesional facilitador es de explicar y comentar los síntomas afectivos según el caso. Lo más común es hablar de la depresión y sus diversas formas. Cuando hablamos de la manía, es preciso aclarar la diferencia con la hipomanía y su relación con los cambios neuroquímicos donde la función de la Dopamina está aumentada en la manía, y en la misma persona, la Dopamina cae a niveles muy bajos al estar deprimida. La hipomanía es una forma leve de manía, y es difícil de

diagnosticar porque podría parecer una expresión de la personalidad, y se caracteriza por afecto alegre, jovial, tendencia a dominar la conversación, mucha energía y poco sueño, a veces actividad excesiva, o a veces irritabilidad y enojo fácil. Al estar así son personas propensas a excesos de los que se arrepienten después, como gastos, consumo de sustancias, o actividad sexual desinhibida. Es un cuadro que representa todo lo opuesto a la depresión.

En el grupo se comentan los síntomas atípicos de la Depresión y los episodios mixtos, en los cuales coexisten síntomas depresivos y maníacos, como dolores sin causa física, fatiga o astenia, y problemas de memoria. Otro contenido fundamental de las sesiones psicoeducativas es hablar del curso de la enfermedad afectiva; es decir, cómo se inicia, cuáles pueden ser los primeros síntomas y cómo detectarlos a tiempo, enfatizando la importancia de reconocerlos y actuar antes de que la crisis empeore. El curso de la enfermedad es un concepto importante observado por Hipócrates.

Hemos visto casos de primeros episodios afectivos en la adolescencia. Algunos que presentan una brusca aparición de síntomas obsesivos compulsivos, en los que la

persona se dedica exageradamente a detalles nimios como la limpieza, el orden o la vestimenta. En algunos casos, el inicio ocurre junto a un cuadro depresivo. Estos deben ser diferenciados de episodios aislados de depresión, y en la práctica es muy difícil, porque como señaló el psiquiatra alemán Emil Kraepelin a principios del siglo XIX, son de gran importancia la observación del curso longitudinal de la enfermedad y el seguimiento, veces con muchos años de separación. Un ejemplo es el un caso de un hombre de 44 años que había tenido una exitosa carrera profesional en una fábrica de alimentos, que se convirtió de pronto en un trabajólico que llegaba a las 7 a.m. y se quedaba organizando, escribiendo y revisando cuentas hasta irse el último a las 9 de la noche. Dormía poco, y hablaba mucho. En la casa se dedicaba a „dejarla brillando”, fastidiando cada vez más a su esposa e hija con los detalles del orden y la limpieza. Su familia decidió irse de viaje de vacaciones por un mes, cuando hubo receso escolar y al volver lo encontraron desaliñado, muy irritable, había comprado y vendido cosas de la casa, se había peleado con compañeros de trabajo y hablaba incesantemente de sus grandes planes que ya sonaban francamente ilógicos. Fue visto por psiquiatras en su seguro, medicado con litio y anti psicóticos, llegando a recuperarse al cabo de un mes. Cuando vino al grupo, recién pudo entender lo que le había pasado y que habían muchos otros bipolares como él, incluso personajes históricos como Churchill, Bolívar o Hemingway.

En otros casos, el trastorno bipolar se asocia a abuso de sustancias o de alcohol durante los episodios de depresión o también de alcohol junto a drogas durante episodios de euforia o hipomanía. Además decir que la combinación de alteraciones genéticas en la bioquímica del cerebro asociadas al consumo de cocaína, que produce un rápido pero transitorio incremento de la liberación de dopamina, empeoran el

cuadro maniaco, y pueden rápidamente desencadenar un trastorno francamente psicótico con delirios y alucinaciones. En el grupo de apoyo y psicoeducación, también se habla del pronóstico de la enfermedad, con franqueza y realismo. El trastorno puede tener un buen pronóstico y una recuperación casi a la normalidad, cuando hay buena respuesta y lo que es más importante, una buena adherencia al tratamiento. Este es un principio rector del grupo, de fomentar la responsabilidad personal de aceptar el diagnóstico junto con su tratamiento por tiempo largo o indefinido. Algunos pacientes dicen en broma, que “no es de por vida, pero mejor hasta los ochenta!”

En el grupo hemos escuchado a pacientes comentar que los pacientes bipolares „son tres pacientes en uno!... uno es el deprimido, otro el maniaco y otro es el estable”. La meta es mantenerse lo más normal posible, a base de estabilizadores del humor. Frecuentemente hay necesidad de comentar qué es el litio, y favorecemos la explicación que „engorda y fortalece al cerebro”, asimismo, el uso de anticonvulsivantes que incrementan la actividad de químicos inhibidores del cerebro, y por lo tanto frenan la excesiva actividad de la dopamina, aclarando de paso que sabemos que además son anti-epilépticos. De hecho, no tener epilepsia no quiere decir que no necesiten de estos medicamentos, sino que los anticonvulsivantes se pueden utilizar con otra indicación. (Scott J, Pope M. 2002)

Se explica el rol de los nuevos medicamentos en el mercado, como la lamotrigina, que actúa de forma diferente al litio y los anti-epilépticos, frenando al neurotransmisor excitador glutamato que es muy importante en la corteza cerebral. Se llaman medicamentos anti maníacos porque sirven tanto para controlar la fase maniaca, como para mantener la estabilidad en también llamada „eutimia” que significa „ver-

dadero afecto”. El tratamiento con antidepresivos es una ciencia y un arte dado que algunos pacientes pueden desencadenar una fase maniaca debido precisamente al uso de antidepresivos, que aceleran la actividad neuroquímica incrementando la dopamina. Asimismo, habiendo por lo menos una docena de fármacos disponibles, el labor del clínico experimentado es de escoger uno o elegir una combinación de dos o más remedios, buscando una asociación de efectos benéficos, que ayuden al paciente a salir más rápido de la depresión. A veces es necesario cambiar de un tipo a otro hasta dar con el correcto.

También se abordan temas pertinentes especialmente a género femenino. Se sabe que las mujeres son dos veces más propensas a trastornos depresivos que los varones. Hablamos de la influencia de condiciones como embarazo, post parto, menopausia y lactancia en relación con la enfermedad y el tratamiento. En el grupo se procura que cada caso se individualice, y no se dan recomendaciones generales dado que pueden llevar a confusión. Es importante hacer notar a las mujeres que se presentan con depresión en la década de los cincuenta a sesenta, que sus primeros episodios posiblemente ocurrieron después de alguno de sus partos. Una señora, recién se dio cuenta que haba pasado por lo mismo luego de su segundo hijo, y dijo *„Con razón! que después de dar a luz, no me quería levantar de cama durante dos meses!”*

El consejo genético es importante pero se explica en el grupo en forma general, ya que puede llevar a ideas erróneas, por ejemplo pensar que las parejas de bipolares no deben tener hijos, o que infaliblemente habrá descendientes con el trastorno. La evidencia demuestra que si bien influye un factor hereditario, éste no es determinante y cada caso es único, y por eso la medicina es un arte a la vez de una ciencia que busca la verdad.

En el grupo se aceptan las terapias alternativas a la psicofarmacología, por ejemplo, de personas que cuentan que el uso de medicinas tradicionales puede ser de beneficio, usando mates, hierbas y procedimientos naturales como relajación para dormir para reducir el uso de medicamentos hipnóticos. Hemos observado casos de pacientes que traen libros, artículos o folletos al grupo y los leen o comentan para beneficio de los demás, o dan recomendaciones de lecturas. Hemos hallado un manual producido en Barcelona por Vieta y Colom, titulado **“Convivir con el trastorno bipolar”**, que explican en forma sencilla muchos aspectos de la enfermedad y su tratamiento.

El titulo de este libro nos inspiro a difundir la idea central de **educar para “convivir”** con trastornos mentales. Es un concepto relativamente reciente. En España hay manuales para convivir con varios tipos de trastornos mentales. El concepto básico es la *aceptación de la enfermedad*. Aceptar el hecho que ha aparecido un personaje más en la familia con el que hay que compartir sus vidas, por mucho tiempo.

El grupo es abierto y las sesiones del grupo siempre tienen un elemento de novedad. Según el caso que se presente, se abordan temas que surgen. Por ejemplo, los riesgos asociados a la supresión o abstinencia a los fármacos cuando se cortan bruscamente, particularmente de ansiolíticos o antidepresivos. De igual forma se habla de la importancia de no consumir alcohol ni drogas ilícitas, particularmente cocaína ni estimulantes. Un caso ejemplar es el de un paciente bipolar que estando compensado, salió de permiso del hospital y cumplió con la indicación de no beber alcohol cuando fue a una discoteca. Sin embargo se tomó dos Red Bull le vino una brusca recaída con euforia, agresividad, verborrea y no reconocerse enfermo. Nuevamente internado, su recuperación se prolongó un mes más.

En el grupo los más jóvenes aprenden de los más veteranos, sobre como detectar tempranamente el inicio de episodios maníacos o hipomaniacos, en base a los síntomas, y a verse en el espejo de personas como ellos que sin tapujos les dicen „deberías aumentarte el litio”. Así el paciente y sus familiares pueden aprender que hacer cuando se detecta una nueva fase. Coincidimos con Swartz HA and Frank E (2001) en que cada paciente bipolar parece estar en una fase única y propia, y que las generalizaciones deben tomarse con cuidado.

Hemos aprendido que la regularidad y consistencia son importantes. En los primeros cuatro años del grupo, vimos que las reuniones quincenales eran satisfactorias, pero para pacientes hospitalizados, podrían no aprovechar de las reuniones o solamente una en un mes de internación, de modo que desde septiembre 2014, las reuniones son semanales. Hasta fines de ese año, fueron gratuitas, y a veces de asistencia masiva. A partir del 2015, se pasa una alcancía y se les pide que depositen un aporte para el centro. Varios miembros se ofrecen además a traer agua en botellas, gaseosas o bocaditos que compartimos. Hemos celebrado cumpleaños, fines de año con “panetonadas”, acompañado duelos y hemos organizado video debates o alguna conferencia previa a la reunión.

Usualmente se realiza un registro de los pacientes y familiares en un cuaderno

especial. El promedio de asistentes a las reuniones es de 14 personas, contabilizando alrededor de 300 participantes durante el año 2014. Nuestros resultados desde una perspectiva solamente observacional coincide con la literatura especializada (Colom, F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, et al. (2009).

El grupo agradece la colaboración de Laboratorios Chile para la difusión y material de apoyo, durante el primer año, y de Laboratorios Saval, con sus visitas y aportes. Asimismo, agradece a psicólogos voluntarios y estudiantes que han apoyado la realización de las reuniones con desinterés y vocación.

### Referencias Bibliográficas

Barcelona Bipolar Disorders Program: <http://www.bipolarclinic.org>/Swartz HA and Frank E (2001) *Psychotherapy for bipolar depression: A phase-specific treatment strategy? Bipolar Disorders* 3: 11–22.

Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, et al. (2009) *Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomized clinical trial. Br J Psychiatry* 194: 260–265.

Scott J and Pope M (2002). *Non adherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. J Clin Psychiatry* 63: 384–390.