

VAIVÉN

Revista de la Asociación Bipolar de Madrid, Octubre 2020 - N° 19



Edición especial 25 aniversario ABM



Junta Directiva ABM

Isabel Mesa, Presidenta
Luz Díez, Secretaria
Vacante, Tesorero
Juan José San Gil, Vocal
Ramón Gimeno, Vocal
Llanos Beneyto, Vocal

Consejo de Redacción "VAIVÉN"

Esther Álvarez
Isabel Mesa
Juan José San Gil
Alberto Vicente

NOTA EDITORIAL:

Los responsables de esta edición de Vaivén se reservan el derecho de publicar o rechazar las colaboraciones que se reciben. Se ruega a los autores revisen sus textos. En todo caso la Asociación Bipolar de Madrid no se hace responsable de los contenidos de los artículos que se publican en la revista.

- 4 Editorial
- 5 Historia ABM
- 6 Una reina con la corona abollada
- 8 Vivencias de un diagnóstico
- 9 Cosplay: Jugando a ser quien quieras
- 11 Mareas bipolares
- 13 Celestial don o castigo infernal
- 14 Poesías
- 16 Dibujos de nuestros usuarios

Sobre el trastorno bipolar

- 18 Mindfulness y sus beneficios:
Una nueva mirada para el trastorno bipolar
- 20 Estrés y salud en trastorno bipolar
- 22 Distrés en el trastorno bipolar
- 23 La figura del trabajador social en el trastorno bipolar
- 24 Trabajamos a favor de la vida

Investigación en trastorno bipolar

- 25 Victimización y trastorno mental.
Estudio comparativo victimológico
- 27 Cognición social en el trastorno bipolar:
Reconocimiento de señales no verbales
- 28 Programa de psicoeducación en familiares afectados
por el trastorno bipolar: El rol del cuidador.

Queridos amigos

Retomamos nuestra Revista Vaivén con mucha ilusión. En 2019 nuestros recursos humanos eran escasos y no fue posible su publicación.

Comenzamos el 2020 con la esperanza de mejorar la atención a nuestros socios y a todas las personas que acuden a nosotros diariamente; todos ellos con la misma preocupación e incertidumbre: ¿qué va a ser de nosotros? ¿quién nos puede ayudar?.

No tenemos la varita mágica ni recursos para hacer realidad las ilusiones que ponen en ABM, pero sí nos volcamos en sus problemas para minimizarlos y que se sientan apoyados. Todo ello gracias, a nuestros profesionales voluntarios que hacen día a día que se cumplan esos deseos, con las actividades que se llevan a cabo en mejora de una calidad de vida para todos los afectados y sus familiares.

En 2020 ABM está de cumpleaños. Cumple su 25 Aniversario y nos volcamos para realizar un acto al nivel que la Asociación se merecía. Todo estaba preparado; celebrábamos a la vez el Día Mundial del Trastorno Bipolar y una pandemia nos dejó paralizados. Un virus letal llamado COVID-19 irrumpió en nuestras vidas como un mal sueño, apoderándose del mundo entero y de todas las ilusiones.

Nunca hubiéramos pensado lo que nos está tocando vivir y la cantidad de personas que este virus nos ha arrebatado. Hospitales saturados, personal sanitario extenuado jugándose la vida por todos. Familias destrozadas dejando a sus seres queridos aislados sin poder darles un último consuelo. Fuerzas del orden, Limpiadores, Cocineros, Bomberos, Voluntarios, Ejército y otros muchos dedicados a ayudar a los ciudadanos dejándose la piel con el miedo a contagiarse y contagiar a sus familiares, pero sin bajar la guardia.

Todos nos hemos encerrado en nuestras casas, las ciudades se han paralizado, miles de personas se han quedado sin trabajo y muchos están pasando hambre. Una pesadilla que está siendo realidad.

La solidaridad de las personas ha aflorado, los animales han vuelto a la ciudad, las flores han respirado y muchos nos han abandonado.

Nunca hubiéramos podido imaginar lo que estamos vivido, una pandemia que quedará grabada para siempre en nuestra memoria.

Ahora tenemos que seguir adelante y ayudarnos los unos a los otros en todo lo que esté en nuestras manos, no olvidando nunca que muchos están peor que nosotros.

Este virus nos va a acompañar durante mucho tiempo y vamos a tener que aprender a vivir con él, tomando todas las precauciones posibles y reinventarnos gracias

a las nuevas tecnologías. Lo conseguiremos porque todos estamos capacitados para ello, hasta que llegue el momento de retomar el contacto físico.

Queremos agradecer a todos los profesionales sanitarios; médicos, enfermeras, celadores, personal de ambulancia, Samur, psicólogos, trabajadores sociales y a todos los que se han dedicado a salvar vidas, prácticamente sin medios, ante una situación desbordada pero sin desfallecer.

No deberíamos olvidar nunca que ellos han sido y son NUESTROS HÉROES y se merecen ser más valorados, en todos los aspectos, por los puestos de responsabilidad que ocupan.

Aplaudimos a todos los profesionales sanitarios que han sido galardonados con el premio Princesa de Asturias de la Concordia 2020.

¡¡Muchas, muchísimas gracias a todos!!

Isabel Mesa



La Asociación Bipolar de Madrid, nació al inicio del año 1995, del encuentro de dos mujeres, Luisa Garcimartín Molina e Inmaculada García Prat, que supieron ver la necesidad de que el colectivo de afectados por el trastorno bipolar tuviera representación para hacer valer sus derechos y un espacio para mejorar su calidad de vida. Para ello, contaron con el apoyo y asesoramiento de la Asociación Bipolar de Cataluña (ABC), convirtiéndose ABM en la primera asociación para el trastorno bipolar en Madrid y la segunda en España.

D^a Inmaculada García Prat, primera Presidenta (a la que sucedieron en el cargo, D^a Pilar García, D. Andrés Torras y D. Diego Oliver), junto con D. Antonio Gálvez, Tesorero y D^a Esther Álvarez, Secretaria formaron parte de la primera Junta Directiva a los que se fueron uniendo otros muchos colaboradores que a través de los años han contribuido desinteresadamente con su esfuerzo, a continuar con el proyecto.

Es de destacar la ayuda recibida del Hospital San Miguel de Madrid y especialmente la de su trabajadora social, que se brindaron en esos primeros momentos a prestar su colaboración para informar de la existencia de la asociación a todos los ciudadanos.

En un principio, las reuniones se celebraban los lunes en una cafetería de Madrid, a la que fueron llegando poco a poco personas interesadas en nuestro proyecto, que se convirtieron en los primeros socios. El espíritu que reinaba en aquellas reuniones era de entusiasmo por haber encontrado la forma de hablar libremente y entender la problemática.

En noviembre de 1997, se gestionó y consiguió, que la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Asuntos Sociales, cediera el uso de un local del Centro de Rehabilitación Psicosocial de la calle Martínez Campos, 36, durante unas horas, dos días a la semana.

Gracias a ello, ABM pudo contar con un espacio adecuado para realizar una de sus prioridades: facilitar información y orientación a las personas afectadas y a sus familiares, que se acercaban a la Asociación con total desconocimiento sobre el trastorno bipolar, en la mayoría de los casos.

Se iniciaron actividades y los primeros grupos de autoayuda coordinados por profesionales que, de manera voluntaria, apoyaron el proyecto, colaborando generosamente para llevarlo a la práctica. Algunos de ellos D^a Usue Espinós y D. Antonio Gil, psicólogos y los psiquiatras D. Jesús Valle y D. José Manuel Montes, continúan aún su labor en la Asociación, constituyendo uno de los pilares de ABM, con otros profesionales que, con la misma dedicación, se han ido incorporando posteriormente.

En el año 2003, se produjo un punto de inflexión en el desarrollo de ABM. El periódico El País publicó una extensa entrevista realizada por D. Juan José Millás a la entonces presidenta D^a Pilar García García, sobre el trastorno bipolar y la incidencia que había tenido en su vida. En él se facilitaba la dirección y teléfono de ABM y fue tal su repercusión, que llegamos a sentirnos desbordados. La Dirección General de Asuntos Sociales y el CRPS concedieron poder utilizar el local un día más y en ese año, se incrementó en cien el número de socios, lo que demostró la importancia de enfrentarse al estigma y dar a conocer públicamente la bipolaridad en primera persona para normalizarla; la necesidad de información y la capacidad de divulgación de la prensa.

Con el traslado al local de General Zabala, 14 en mayo del 2007, se consiguió una de las metas de ABM, disponer de un espacio propio para dar a conocer la Asociación e informar y brindar la experiencia acumulada, para ayudar a lograr sus objetivos.

A partir de esa fecha el número de socios fue en aumento y cada vez se implantaban más actividades en beneficio de todos los afectados y sus familias.

En 2016 la Junta Directiva decidió pasar el mando a otras personas interesadas en continuar con el proyecto, convocándose una Asamblea de la que salió elegida D^a Isabel Mesa, como presidenta de la nueva Junta Directiva, compuesta por D^a Luz Díez, Secretaria, Fernando Felipe, Tesorero y D. Juan José San Gil, vocal, continuando en la actualidad a excepción del Tesorero. Desde esa fecha se han producido muchos cambios en la gestión de la Asociación, principalmente a nivel administrativo, nuevas actividades y la incorporación de nuevos profesionales dedicados a la mejora de nuestros socios.

En 2017 se consideró la necesidad de dar a conocer la Asociación más a fondo y para ello se realizaron las siguientes gestiones:

- Inscripción en la Junta Municipal de Chamartín como Asociación, lo que permite participar en la Mesa de la Discapacidad, formando parte de las Jornadas que se celebran anualmente.
- Solicitud al Ayuntamiento para declarar a ABM como Asociación de Interés Público del Ayuntamiento, siendo concedido.
- La Junta Municipal de Chamartín permitió la utilización del Centro Socio Comunitario "Colonias Históricas", donde expertos profesionales psiquiatras y psicólogos imparten conferencias para dar a conocer a fondo el Trastorno Bipolar.
- La Asociación se adaptó a las nuevas tecnologías, actualizó la página web, reanudó la edición de la Revista Vaivén, mantiene la celebración anual del Día Mundial del Trastorno Bipolar, organiza Jornadas de interés, talleres y colabora con otras Entidades.
- Se editaron nuevos folletos que se distribuyen en los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y Hospitales Públicos y Privados.
- Traslado de local para disponer de mayor espacio y un lugar acogedor para recibir a todos los que acuden a ABM y poder ofrecerles más actividades. En la actualidad la Asociación está ubicada en la Calle Santa María de la Alameda, 11, dentro del mismo distrito de Chamartín.
- Se diseñó un nuevo logo más actual y menos estigmatizante.
- Aplicamos las Leyes de Protección de Datos y de Prevención de Riesgos Laborales.
- Se retomó la afiliación a la Federación Salud Mental Madrid, para así volver a formar parte del movimiento asociativo de la Confederación Salud Mental España.
- Participación con otras Asociaciones para temas de Suicidio, Grupos de Ayuda Mutua, Ocio y tiempo libre, etc.
- Se retomó asimismo la colaboración con Universidades al objeto de que los alumnos de Master realicen prácticas en ABM y conozcan de primera mano el trastorno, para su mejor formación cuando se incorporen a su vida profesional
- En 2019 ABM ha sido declarada de Utilidad Pública de la Comunidad de Madrid, lo que supone mayor prestigio y una gran responsabilidad.

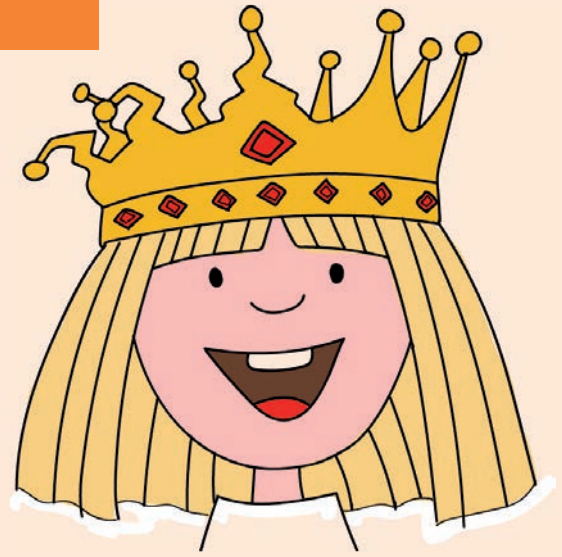
Actualmente la Asociación Bipolar de Madrid, continúa trabajando con el fin de conseguir el objetivo para el que se fundó hace 25 años: facilitar información, orientación y apoyo a todas las personas relacionadas con el trastorno bipolar, afectados, familiares, simpatizantes y reivindicar sus derechos que deben ser los mismos que para el resto de la población.

La ilusión de todos los que componen ABM está puesta en concienciar a la Administración de la necesidad de crear una Consejería dedicada única y exclusivamente a la Salud Mental en todos sus ámbitos; Biológicos y Sociales. Sin olvidar la implantación de un teléfono contra el suicidio para evitar tantas muertes.

Conseguir todos estos objetivos y resolver las dificultades que se vayan planteando tiene un único fin: **mejorar la salud mental. Un mal que cada día va en aumento.**



Autor: Carlos Mañas Gómez



Hoy por la mañana me telefoneó Leandro, un compañero de pupitre de la ya extinguida EGB. Reconocí de inmediato su voz, por lo que no dudé en saludarle con jolgorio utilizando el mote que le pusimos cuando éramos unos críos.

Al no ser correspondido mi entusiasmo, noté que pasaba algo raro. Leandro me comunicó con voz arenosa que Petra, su mujer, se había suicidado la pasada tarde. Me trasladó su pesar a través del hilo telefónico con tal vehemencia que se me resbaló el auricular de las manos.

Un “lo siento” casi inaudible cortó de forma súbita el silencio entre un emisor y un receptor que nunca hubieran deseado coincidir para emitir y recibir semejante mensaje.

Aunque pasaron más de 40 años desde que nos despedimos de la enseñanza general básica, Leandro y yo nos veíamos con frecuencia.

Conocía mi estrecha vinculación con la salud mental. Siempre me mandaba un WhatsApp con emoticonos cuando sabía de mi por los medios de comunicación. Trabaja en una sucursal bancaria cerca de mi casa, por lo que nos cruzamos a menudo por la calle y aprovechamos para tomar algo. Entre consumiciones que pagamos a escote me desvelaba, poco a poco, el sufrimiento emocional de Petra.

Recuerdo que una vez me trasladó su preocupación acerca de las compras compulsivas e inútiles que su esposa llevaba a cabo.

Las pasadas navidades, me relataba, se había presentado en su domicilio un pedido de unos grandes almacenes en cuyo albarán se reflejaba la adquisición de veinte pares de zapatos de charol rojo completamente idénticos. “Menos mal que estaba en casa, anulé la compra de inmediato. ¿Tú qué opinas?” me dijo.

Nunca me gustó dar consejos a nadie y menos los relativos a la conducta. Preferí intentar relajarlo con un chiste: “¿sabes que me hubiera gustado ser médico pero no pude conseguirlo porque tengo buena letra?” No logré que cambiara de tema, pero por lo menos nos echamos unas risas y pedimos otra caña exigiendo que viniera con unos pinchos de tortilla.

Quedamos en volvernos a cruzar en la misma calle y a la misma hora del día siguiente. Pero Leandro no apareció en ningún momento a lo largo de la acera que me había paseado en dos ocasiones a paso lento. Decidí enviarle un WhatsApp para vernos otro día. Me contestó siete horas más tarde.

En su respuesta virtual me comunicó que tuvo que ausentarse con urgencia del banco porque le telefonearon desde un comercio de alto standing, preguntándole de mal humor si estaban hablando con D. Leandro Chaffé, el marido de Dña. Petra Sanz. Contesto que sí, que efectivamente Petra era su pareja. “¡Pues venga inmediatamente!” profirió la dependienta antes de colgar y tras haberle facilitado las señas donde tenía que aparecer con urgencia.

Leandro se personó en la tienda lo más rápido que pudo. Los nervios le hicieron escribir la dirección deprisa por lo que tardó demasiado tiempo en descifrar su propia letra, retrasándose más de la cuenta.

A medida que se aproximaba al lugar de encuentro, pudo reconocer a Petra. El gran escaparate del comercio permitía divisar su lujoso interior sin dificultad. El verla sonriendo calmó su ansiedad. Parecía contenta, no podía tratarse de nada malo. Cavilaba.

Una de las vendedoras notó que Petra recibía con alborozo a Leandro por lo que dedujo con acierto, que era su marido. Desde un mostrador donde se envolvían con esmero artículos pensados solo para unos pocos consumidores, la dependienta hizo un ademán de aviso a la dueña del local.

La propietaria, una vez codificada la señal, se dirigió al lugar donde esperaban Leandro y su mujer, y una vez pegada a los dos, les rogó con una mezcla de amabilidad y prepotencia que la acompañaran a su despacho.

Ya dentro de la oficina, la cortesía se transformó en una exigencia que Leandro ignoraba.

La comerciante le hacía saber a Leandro que Petra, su mujer, había encargado un bolso de producción artesana y limitada que abonó con un talón sin fondos. Petra interrumpió la reprimenda alegando de manera infantil que no lo pagaba porque ya no le gustaba y, en consecuencia, anuló el cheque para evitar su cobro. Que le sobraba el dinero, que quiénes se creían que eran para hablarle de esa manera.

Leandro se disculpó tímidamente asegurando que se haría cargo del coste, además en metálico, sin saber que el total de la compra ascendía a más de diez mil euros.

Se alejaron del comercio con prisa. Había clientes en el local que cuchicheaban de manera descarada.

Una vez en el coche que los llevaría a su residencia, Petra procuraba hablar con Leandro para explicarse, para reconocer su despropósito, para...

Leandro zanjó las excusas voceando lo que siempre le quiso decir: "ya hablaremos en casa, ahora no me fastidies. Estoy hasta los huevos de ti, de tus caprichos, de tu enfermedad... Yo sí que estoy enfermo por culpa tuya ¡malditos cambios de humor! A veces te pasas todo el día durmiendo o llorando en el cuarto de baño y el resto de la semana de compras, o en el bingo. O con tus ridículos antojos, como la genial idea de quererte comprar otro traje de novia. Si es que hasta te lo fuiste a probar a la modista ¡es que es la ostia, la ostia! ¿Y tú estás enferma? Lo que tú tienes es mucha cara y poca vergüenza. Y siempre amenazándome con que te vas a quitar la vida, haciéndonos chantaje emocional a mí y a tus hijos. ¡Maldita la hora!"

Por fin estacionaron. El matrimonio vive en una zona residencial con poco tráfico. Leandro refunfuñaba: "¡encima me he dejado las llaves en el banco!"

Petra abrió la puerta del portal al igual que la de su hogar en la quinta planta. Se colaron en su interior por separado para evitar la posibilidad de que sus cuerpos se rozaran.

Pasado un rato, Petra ya se había puesto el camisón y salió al pasillo. La puerta del salón estaba entreabierta y, asomándose, observó que Leandro descansaba en un sofá. Abrió la puerta, sin apenas hacer ruido y le preguntó si ahora era un buen momento para hablar con él. Leandro le contestó sin palabras, con una carcajada irónica.

Petra se fue a dormir a la habitación de los niños, que por esas fechas se encontraban en un campamento.

No supe nada más de Leandro hasta meses después, aquel día que me llamó para informarme del fatal desenlace, así como del lugar y la hora del sepelio.

Ambos recordamos la fecha vistiendo de luto nuestros recuerdos. A pesar de mi incomodidad por volver a rememorar el día de la muerte de Petra, me deje llevar por el desconsuelo de mi amigo.

Me describía con angustia que su mujer disfrazaba su depresión con intentos autolesivos, se hacía cortes en las piernas, bebía de manera compulsiva cualquier tipo de licor que cayera en sus manos, tomaba sin control antidepresivos..."lo que nunca imaginé, amigo Carlos, es que se tomaría un frasco entero de neurolépticos que acababa de recoger de una farmacia de guardia".

"Pensaba que solo dormía, cuando en realidad le faltaron las ganas para seguir con vida" concluyó.

VIVENCIAS DE UN DIAGNÓSTICO

Creía firmemente que estaba en mis cabales y negaba estar enloquecido, pero eso no impidió que me dejará arrastrar por los consejos de la persona que más quiero, mi madre.

Recorrí un largo camino hasta encontrarme y, aunque no quería escuchar sentía su protección y me dejé llevar. Desperté en una clínica rodeado de personas que, como yo, parecían estar locos.

Iba de un lado a otro hablando con todos y me preguntaba ¿Acaso yo estoy como ellos? ¿no puede ser; pero allí me encontraba y tenía tal desazón que no podía parar ni un momento.

Por mi cabeza pasaban imágenes de mis últimas experiencias. Tantas cosas venían a mi mente que no podía ordenarlas y tampoco conseguía entender por qué a todos les resultaban tan horribles las cosas que contaba; alardeaba de ser un fenómeno, de querer a todo el mundo y ser querido por todos; el "protagonista" ¿ese no era yo;

Tuve mi primera sesión y no se si a consecuencia de la medicación que me fue administrada o porque tenía que confiar en alguien, di todo de mi mostrando mi subconsciente y escuche decir: es un Tesoro, colaborador, simpático, amable..... que a consecuencia de su enfermedad ha actuado de esa forma.

Transcurrido un mes volví al mundo diagnosticado como persona que sufre "Trastorno Bipolar". Fue la herencia que mi abuela me dejó, pero de una cosa estoy seguro, he aprendido tanto de esa experiencia que, ni el más cuerdo me puede dar una lección, además me pregunto quién es capaz de afirmar ¡está loco;

I.M.



Por Gloria Espinoza

¿Alguna vez has escuchado el término Cosplay?

Si te suena de algo, posiblemente pienses en personas vestidas de caricaturas japonesas, el mundo del manga y del anime...pero ya te adelanto que va mucho más allá de eso.

Si, por el contrario, en tu vida has escuchado tal cosa, te voy a explicar lo que es el Cosplay. Es una palabra compuesta de otras dos:

Cos: del inglés **costume** (que significa traje, disfraz, indumentaria)

Play: del inglés **play** (significa actuación, o representación teatral)

Tenemos así, que el cosplay es un arte en el que una persona no solo se "disfraza" de su personaje favorito o al que va a representar. Realmente se trata de meterse en la piel del personaje, de representarlo en la manera más fiel posible, desde atributos físicos, detalles de su vestimenta, características, cabello y personalidad.

Y lo de la cultura japonesa, es sólo una pequeña parte y la que más venden los medios. El cosplay abarca todas las temáticas y "fandoms" desde super héroes, películas, series, libros, cómics, video juegos... las posibilidades son infinitas.

¿Por qué la gente hace cosplay?

Además de ser una afición más, el cosplay tiene un componente psicológico muy poderoso en donde te permite escapar por unos momentos y ser otra persona, ser quien tú quieras yo personalmente, al igual que psicólogos y especialistas, pienso que es además una válvula de escape muy poderosa en donde podemos sublimar nuestras emociones en crear algo.

Especialmente los bipolares, que se dice que somos más creativos, pero yo creo que es porque canalizamos toda la fuerza de nuestras emociones, negativas o positivas en algo. Sin ir más lejos, yo descubrí esta afición hace dos años durante una baja por depresión.

En los dos años que llevo haciendo cosplay, me he dado cuenta de que el interpretar a un personaje que admiramos, tiene la curiosa capacidad de hacer que adquiramos y absorbamos los valores y cualidades positivas del personaje, que a priori, nosotros no tenemos.

Dicen que mientras más cuentas una mentira, terminarás creyéndotela. En este caso no diría mentira. Pero después de tanto interpretar un personaje y jugar a ser él...algo se puede pegar.



Soy mi propia super heroína

Yo pongo mi propio ejemplo con mi personaje favorito: Wonder Woman. Siempre me he identificado con esta super heroína porque me veo representada en su fuerza, independencia y arrojo, pero tiene muchas otras cualidades que yo no tenía y que al final terminé transmitiéndomelas.

La princesa de las amazonas es una mujer que no se rinde nunca, pero, sobre todo, es una super heroína que basa todos sus actos en el amor, la compasión, la bondad y la gentileza.

Después de empezar a hacer cosplay, decidí unirme a dos asociaciones de cosplayers en Madrid en donde nos dedicamos a hacer voluntariado, esto quiere decir que vamos vestidos de personajes a visitar hospitales de niños, eventos benéficos y otras acciones altruistas.

Poco a poco, el empezar a hacer cosas buenas por los demás y ver lo mucho que yo podía aportar simplemente por brindar una alegría a niños con enfermedades terminales, me hizo darme cuenta de que hacer el bien,

ser realmente desinteresado y noble, se siente bien. Y poco a poco ha ido convirtiéndose en mi código de vida: Ayudar a los demás y ser feliz.

Además, el comenzar a tener empatía hacia los demás y compasión, hizo que comenzase a ser compasiva, generosa, amorosa y a perdonar a la persona más importante en mi vida... a mí misma.

Así que ahora el espíritu de Wonder Woman me ayuda a lidiar con la vida que me ha tocado y hace que siempre esté dispuesta a luchar, a no rendirme, aunque las cosas se vean oscuras y esté a punto de tirar la toalla. Y también vivo más feliz, más plena porque he aprendido a aceptarme como soy, a estar cómoda en mi propia piel y pensar que lo que estoy haciendo, es lo mejor que podría hacer y que hago mi mejor esfuerzo. Además, el cosplay me ha dado un propósito y misión: ayudar a otros en la misma situación que yo a no rendirse y a aceptarse y amarse a sí mismos.

Nunca estarás solo

El cosplay me ayudó a abstraerme y usar mi energía y pensamientos en algo positivo, además lo mejor para mí de esta afición, es la gran comunidad que hay detrás. Uno podría pensar que somos cuatro locos trastornados, pero te sorprendería ver la cantidad de eventos, convenciones, concursos, competiciones y la gran comunidad que hay detrás del cosplay.

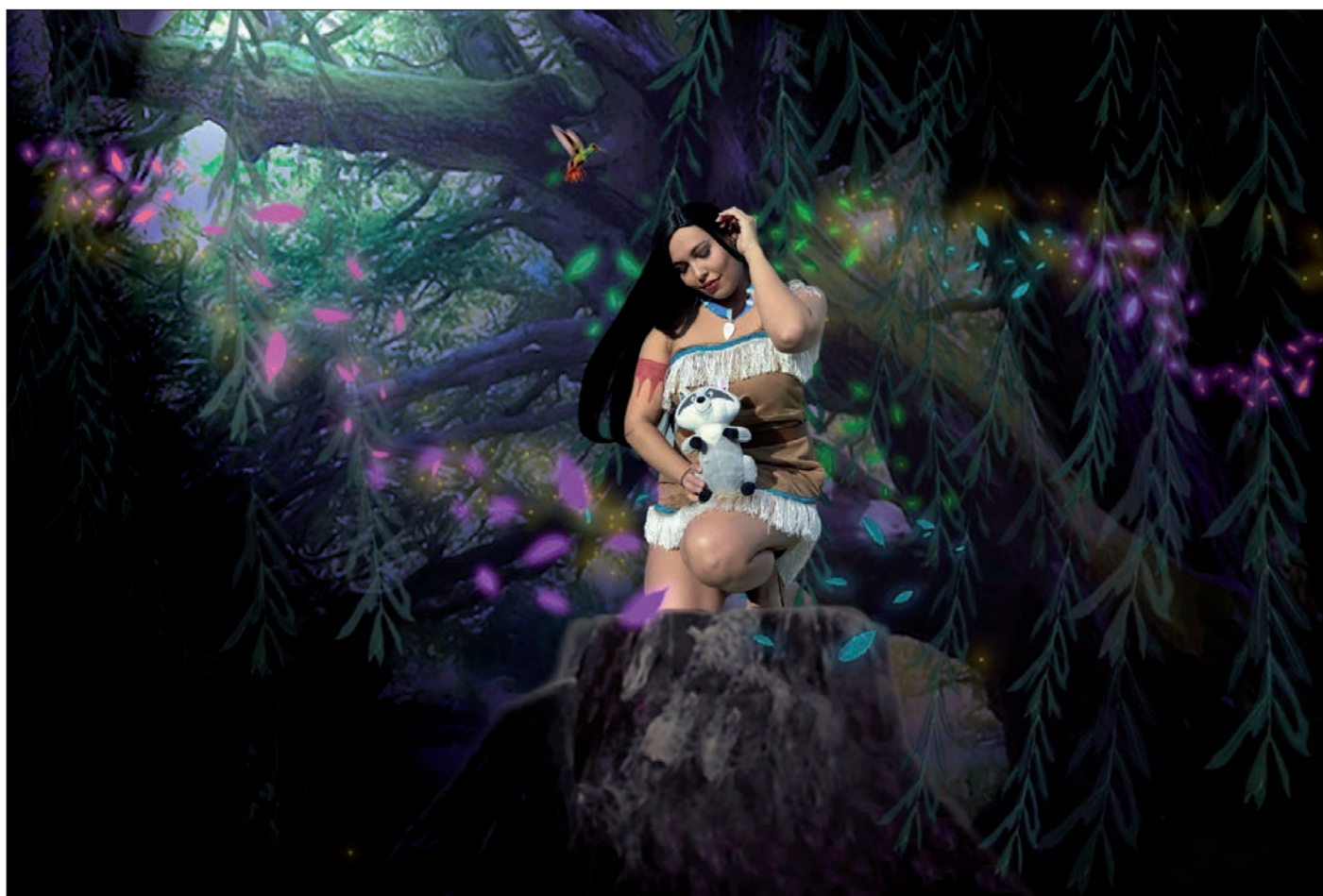
Además, esta comunidad me ha dado muchísimas cosas que atesoro, empezando por una familia, digo familia porque la comunidad cosplay es una de las comunidades más inclusivas que conozco, en donde todos tienen cabida sin importar gustos, identidad sexual, étnica, discapacidades o enfermedades.

Por primera vez en mucho tiempo he logrado formar lazos de amistad reales y puros, en donde mis amigos cosplayers conocen mi enfermedad y me aceptan, me entienden y no me juzgan.

¿Lo mejor? Es curioso, pero en la comunidad cosplayer es sorprendente la cantidad de personas que padecen alguna enfermedad o trastorno mental o algún tipo de discapacidad, entonces la comunidad es un sitio muy seguro, de inclusión y apoyo.

Sin duda el cosplay ha transformado totalmente mi vida para bien, y me ha ayudado a convertir mis "debilidades" en fortalezas. Y tú ¿Te atreverías a hacer cosplay?

Personajes: Wonder Woman y Pocahontas,
trajes hechos por Gloria Espinoza, a.k.a Glory Cosplay.



Tras años de incierta búsqueda, por fin, el diagnóstico:

Trastorno Bipolar tipo II,

así, sin lugar a dudas, y de modo certero y tranquilizador.

El sentimiento entonces es de alivio, mucho alivio, porque así ya sé lo que me ocurre, y porque además, aunque al principio el horizonte no esté muy despejado hasta dar con el tratamiento adecuado, puedo agarrarme a un hilo de esperanza, de poder vivir de otra manera que no sea a nivel de pura supervivencia, de no sufrir tanto, y de poder llegar incluso a estar estable, así, de a pocos.

Un año de estabilidad.

O al menos, la posibilidad.

A otras personas les ocurrió.

¿Por qué a mí no?

Y si vuelvo a recaer, tanto arriba como abajo, al menos sé que hay ayuda posible, y que es preciso no esperar tanto.

Alivio y cierto vislumbre de esperanza, que se intercalan con la rabia y el enfado de tener que convivir con esta enfermedad, y de que, justo por ella, signifique mi vida hasta ahora como un recipiente roto y fallido (lo que no es cierto). Además de que sigo convencida de que no voy a poder salir ya nunca, nunca, esta vez sí que no, de la depresión en la que me hallo (tampoco cierto).

Pedagogía de psiquiatra: si cogemos una cuerda por los extremos y nos ponemos a moverla desde ambos lados, las ondulaciones siempre van a ir a más. Nunca a menos. Siempre a más.

Así, se me ocurre a mí, como "la culebrita loca" a la que me gustaba jugar en el patio del colegio. Daba vértigo cruzarla sin que te picara, porque era impredecible.

La solución está en poder tensar desde ambos lados, para volver a la estabilidad, y así la cuerda pueda seguir moviéndose, sí, pero de un modo mucho más razonable y armónico.

Y es desde esos días de verano que vivo en el mar.

Imágenes de olas, mareas y viento, me acompañan y me ayudan a entender.

Está quien puede ver el trastorno bipolar desde fuera, desde muy lejos, con curiosidad, pasmo o desinterés. Hay quien ha de vivirlo más de cerca, aún sin estar inmerso/a en él. Pero así, más al lado ya puede salpicar, asustar, seducir o generar incompreensión. También admiración. Se puede observar el mar desde la playa o desde un acantilado donde rompen las olas, en hermosos días de luz, o en peligrosos días de tormenta.

Desde fuera.

Y estamos quienes lo hemos de vivir desde dentro.

Desde el mismo mar, y con pocas posibilidades de llegar a la costa, o a buen puerto, si no es con ayuda

Con mucha ayuda.

La propia y la ajena.

Buena parte del tiempo es muy agradable. Disfrutar del mar un día tranquilo y luminoso, dejarse mecer por las olas, cerca de la orilla, es de lo más terapéutico y placentero que pueda existir.

Vaivén, armonía, ritmo razonable.

Placer

Pero, si no se ve venir, si no se es capaz de notar los sutiles cambios que a veces se producen en el ritmo del mar, lo que comienza con un bello y soleado día en el Mar Mediterráneo, se puede convertir en muy poco tiempo en el fuerte oleaje del Océano Pacífico (que de pacífico tiene más bien poco). Incluso si el intentar atravesar o surfear unas olas que cada vez van siendo más imponentes puede al principio parecer divertido, y hace sentir euforia y la maravilla de estar "en la cresta de la ola", la realidad cambiante del océano nos coloca en otro lugar rápidamente. Después de la adrenalina de la cresta y de tanta espuma, viene el vacío, un abismo ante los pies, el vértigo de caer.

De caer y seguir cayendo.
Más y más abajo.

Hasta donde no se creía posible. Entonces, el encontronazo con el suelo, y la rotura de la gran ola en el propio cuerpo. Se traga agua, se traga arena, se tragan piedras. Después, la desesperada y angustiada búsqueda de la orilla, de un lugar seguro para arribar ante tanta desorientación, de un cabo al que asirse

Sí, la orilla está muy cerca, pero la resaca de la ola tiene tanta, y tanta fuerza, que arrastra hacia el interior. La playa que parecía estar a dos pasos, se va alejando. La pleamar pliega sus velas, y hace su trabajo hacia adentro.

Mar adentro.
Muy adentro.

Y a la desesperación de no haber podido arribar, se une el agotamiento de todo el trayecto recorrido.
Y cuesta respirar.

El mar deviene más tranquilo en la superficie. Bajo esa apariencia, se hace notar la presencia de las corrientes submarinas, las mismas que nos han llevado hacia ese lugar. Y existe el desconocimiento de qué terribles monstruos puedan habitar allá abajo.

Y sí. La oscuridad va reinando según se baja. La luz de la superficie queda arriba, lejana. Ya casi imperceptible. Y aparece otro mundo. Un paisaje falsamente silencioso, inquietante, desconocido si no se ha visitado anteriormente. Un escenario pleno de potenciales peligros. Miedos que se disparan al menor movimiento, ahogo de retener ya tan poco oxígeno en los pulmones.

Miedo. Mucho miedo.
Miedo de un ataque. Miedo de morir.
Miedo de vivir.

Ya casi rozando el suelo, un teatro dantesco ante los ojos. Junto a navíos naufragados llenos de antiguos tesoros, miles de desperdicios infames de esta nuestra civilización. Plásticos, basuras, recipientes, y esqueletos atrapados en ellos.

El horror. Lo inesperado.
Ni siquiera poder morir en un bello entorno nos es dado.

Cuando todo parece perdido, colocar en la palma de la mano una moneda encontrada entre los corales. El brillo, reverbera arriba.

Alguien quizás nos pueda ayudar, y el impulso de haber tocado fondo,
nos impulsa hacia arriba.

Se hace largo el trayecto de vuelta a la superficie. Los pulmones agotados se van expandiendo de nuevo, cada vez hay más esperanza, más luz.

Y de pronto, manos amigas.

La presencia cálida y humana muy cerca del final.

Alguien acerca una máscara de oxígeno, se oyen voces como si estuvieran muy lejos, y ya es cuestión de dejarse estar con agradecimiento.

Después viene el cuidado, el ir recuperándose, poder volver a caminar,
el gusto por lo que se hacía antes.
Y queda el aprendizaje.

Transitar el trastorno bipolar implica ir adquiriendo profundos
conocimientos sobre el flujo de las propias
mareas.

Y una nueva ola...

Y otra....

Y otra más....

Suaves y susurrantes.

Ahora disfruto del mar. Con calma.

Con mucha calma.

CELESTIAL DON O CASTIGO INFERNAL

Fascinados por nuestro derroche de energía nos hacían creer, o creíamos nosotros, que estábamos en posesión de un don celestial. Después arrastrados al negro abismo, pensábamos que lo nuestro era un castigo del Señor.

Más tarde, se sucedían altibajos continuos, donde la tristeza y la alegría exageradas nunca daban paso a la añorada normalidad.

¿Cuál de los dos somos? ¿El maníaco o el depresivo? Ninguno de los dos, me atrevería a afirmar. Tenemos 3 personalidades, no 2: la maníaca, la depresiva y la normal.

Hace mucho que no me gusta usar terminología psiquiátrica, perdonadme que a veces no tenga más remedio que hacerlo. El castellano es muy rico y puede expresar simple y llanamente casi todo lo que nos pasa por el magín.

¿Por qué padecemos este mal? No se sabe a ciencia cierta. Pero ya que lo tenemos, consideremos que es un ariete, una palanca, para remover nuestra alma y cincelarla con esfuerzo, para conseguir parecernos a lo que Dios planeó para nosotros cuando nos creó.

Esto vale también para los no creyentes, que pueden trabajar su mente para lograr ser más felices el tiempo que pasen por este planeta.

Este trastorno hace padecer mucho, pero todos los seres vivos sufren, cada uno a su modo. Yo pensaba que tenía "la" enfermedad, insólita, extraordinaria; que era la única persona doliente de verdad en este mundo. Ahora, cuando lo pienso, me río de mi yo pasado.

El mundo ya tiene muchos ombligos para que yo pierda el tiempo mirándome el mío. Es mejor no perder más tiempo y concentrarse en construir. Fuera y dentro de uno. Construir el edificio del espíritu, de las relaciones con los demás.

El tiempo es breve, es mejor no perderlo lastimosamente. Si todavía escuchamos en nuestro interior la voz de la conciencia, sigámosla. Y si hace mucho que la acallamos, afinemos el oído, tal vez todavía podamos oírla.

Nuestra conciencia nos empuja vigorosamente a hacer el bien. Cuando rebotamos energía a lo mejor no es bueno hacer todo lo que se nos ocurre. No pensamos bien, no somos ecuanímenes. Al fallarnos las fuerzas seguro que podemos hacer más de lo que creemos. Ninguno de los dos estados permanece. Y así, dudando de lo que pensamos en cada momento, vamos alcanzando la sabiduría que nos permite avanzar con firmeza por la vida.

Pues sí, el TB no impide al hombre y a la mujer alcanzar las metas nobles que se proponen, y si algo no consiguen, es probable que no fuera conveniente. El TB no es un don celestial, ni un castigo infernal; puede ser una herramienta que, bien utilizada, nos ayude a caminar con dignidad por esta vida.

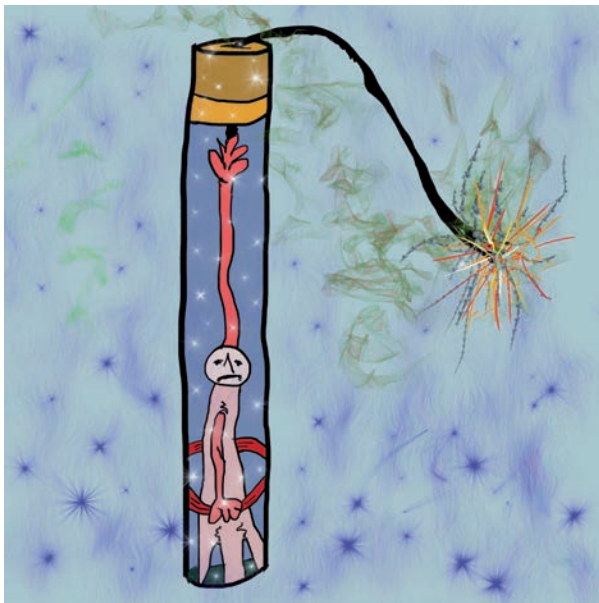
Carpe diem.

9 de febrero de 2020 / Luis Abad

Quien ama...

(Dedicado a todos los socios y socias de ABM y por extensión a todas las personas que luchan cada día con algún tipo de trastorno mental)

Quien ama, o lee, o escribe, o comulga cada día
con la riestra de sus dudas entrelazada en las manos,
quien razona y no se mide, quien agudiza los sentidos
para que la realidad le examine cada día,
quien pasea por el enigma de los bucles de la vida
y en cada recodo encuentra salidas
y posibles medios de ver de nuevo lo existente,
quien sufre porque el dolor le transmite
las preguntas y respuestas necesarias,
quien se eleva desde el borde del precipicio
y salta en otra dirección,
quien ayuda a levantar los sueños de los que no sueñan,
quien cuida su cuerpo para endulzar el momento,
quien teme al miedo y no sucumbe ante él,
quien espera a sabiendas de que la esperanza
es un nuevo engaño,
quien aguanta el peso que la gravedad
impone a las cosas
y utiliza todas las palancas para suavizar su empuje,
quien camina en la búsqueda del bosque primigenio,
quien nada contra la nada y nada le asfixia,
quien es quien a pesar de los que dudan,
quien vive en la frontera entre el infierno y el paraíso,
quien no recuerda para odiar,
ni piensa en un odioso futuro,
quien vive como quiere y quiere como vive,
precisamente,
eres TÚ.



Muchos días (rap)

Hay días que necesito escribir
como agua de mayo,
Otros en los que no sale una,
no lo sé y me rallo
Haciéndolo perfecto,
¿por qué me callo?
No quiero aprender de nada,
no hay opción al fallo
Dicen que es muy fácil,
ponerse en la escena
y tirar *parriba*.
Más fácil es vivir una mentira
Enfrentarse a la verdad
me duele todavía
No compro tu vida
ni te doy la mía
Tampoco la quiero,
estoy pensando que hacer,
movidas
Se me pasan por la cabeza y *na*,
no las pienso,
canalizan.
Toda la rabia,
el odio convertido en ansia,
que no se diga
Para qué luchar,
si en el campo de batalla
te vas a quedar.
Más pacifista por cobarde,
que por no amenazar.
Dices que hacerlo es fácil,
esto es hablar por hablar
Porque con la cabeza vacía
y la libreta llena me puedo relajar
Irme más tranquilo a sobar,
Lo demás me vale, madre
Nada puedo cambiar.

123123,
qué es lo que quieres,
yo no lo sé.
Ya no te juzgo,
por lo que fue
Yo a nadie juzgo,
no soy un juez
Lo único que me ha enseñao el tiempo
Es que, al final,
por la boca muere el pez.

Si el examen lo aprobé,
fue porque a tiempo hice los deberes
Si la vida la gasté,
es porque estuve desmigándome
entre los placeres.
O dándome sobredosis con placebos.
Eso no es lo que quiero,
ya no lo entienden.
Un amor *pal* que lo siente...
Y un abrazo pal que se resiente.
Que yo me resigné también
a no ser el rey,
Hoy en día me conformo
con ser mi propio presidente.
Y acatar mi propia ley
No me cabe *namás* en la mente.
Tengo paranoia transitoria,
trastornos que se alimentan naturalmente,
por mi propia química,
no es que sea deficiente.
Es que soy luchando
por ser autosuficiente
No me llamen loco,
solo soy diferente.
Por sentirme solo
y vivir *rodeao* de la gente.
No hace falta que hagas nada,
solo si lo sientes, asiente.
To la lucha que tienes por dentro
pues habrá que hablarla.
Porque luego se convierte en odio,
y no sabrás cómo sacarla.

Anonimo



BOLÍGRAFO

Ante ti, mi entorno mitiga
me acerco con devoción plena
deseando colmar esa caricia
en la que tomar tu pulso
e igualarlo a los latidos
de este corazón vendido
ante ideas que desnudan,
mis ojos desprenden destellos
recorriendo tus líneas sinuosas
animadas en la descripción
de esas otras vías del recorrido
por el que reconduces cambios
a través de un camino de vida,
transitas despacio, percibiendo,
eres el regalo más grande
que he recibido para sentir.

La facultad de inicio diste
al poder transmitir sin daño,
separando cada enseñanza
para arrojarla como cabo único
que traspase la tempestad
sin arrancar jirones a la vela
que va avisando navegantes
hacia un horizonte incierto
deslumbrándose por el rayo
hasta el alivio de la orilla
que dificulta el logro trazado
sin el círculo de la confianza.

La astucia mostrará seguro
cada mejora comprobada
en la piel del sujeto expuesto
al trajín de la experiencia
de vivir distintas facetas
que adornan el denso sentir
y emplearlas sin descolgarles
el hábito de la ceremonia.

Esta tinta huele tan fuerte,
sus colores como panorama
cuando se derramando audaz
en la sabana yerma, siembra,
confirmando su actualidad.

Rita Gutiérrez Galán

EDUCAR

“Educar es lo mismo
que poner motor a una barca...
hay que medir, pesar, equilibrar...
... y poner todo en marcha.

Pero para eso,
Uno tiene que llevar en el alma
un poco de marino...
un poco de pirata...
un poco de poeta...
y un kilo y medio de paciencia concentrada.

Pero es consolador soñar
mientras uno trabaja,
que ese barco, ese niño
irá muy lejos por el agua.

Soñar que ese navío
Llevará nuestra carga de palabras
Hacia puertos distantes,
Hacia islas lejanas.

Soñar que cuando un día
esté durmiendo nuestra propia barca,
en nuevos barcos seguirá nuestra bandera
enarbolada”.

Gabriel Celaya

PALABRAS INCIERTAS

Fue una noche como está,
una noche de lobas negras,
cuando me pidieron un poema,
que tratara el tema.
Y yo sin saberlo,
me puse a escribir,
sobre mi mismo,
sin saber que estaba en un abismo,
de palabras y de ritmos.

Como en la cama de un cacique,
cuando cantan los cisnes,
como en una canción de Bruce Springsteen,
la camisa se hizo rosa
y la brisa mariposa.

Palabras inciertas,
que hablan de un ego perdido,
entre los lamentos de los ciegos,
allá en lo alto,
donde duermen las ardillas,
las palomas y las lilas.

Madrid, Febrero de 2017

Carlos Rosique

- He imaginado muchas vidas.
- Os he imaginado lejos y felices.
- Solos y mirando un mar eterno.
- Os he soñado cientos de días.
- Buscado en las caras de la gente
- Perdida en la multitud
- Estáis y seguís dentro de mí.
- Cada día unas lágrimas y un corazón palpitante
- Y casi siempre el cielo y un árbol
- Ese cielo al que escapasteis un día
- Para descansar de un mundo tan extraño
- Ojalá no hubieseis muerto
- Y hubieseis vuelto a vivir una y veinte vidas
- Lejos y en la calma,
- Abandonando todo lo conocido
- Para encontrar vuestro lugar en la tierra.

Pilar García

IDENTIDAD

Entre el abismo y la alta cumbre,
entre la sima y la cima,
entre la oscuridad más absoluta
y la estridencia de la mucha luz,
muchas veces no he sabido

quién soy.

Entre el desgarrar y el sinsentido,
la amargura y la soledad,
y el rechinar de una sonrisa sin alegría
atravesada por el dolor,
aún no he acabado de saber

quién soy.

A caballo entre el bache y la subida,
la hondonada y la montaña,
el precipicio y el paraíso,
tantas veces me he caído
y al levantarme ya he olvidado

quién soy.

Entre la miseria y el exceso,
el confinamiento y la multitud,
la austeridad y el despilfarro,
el oscuro y lo brillante,
el vacío y el completo,
no he acabado de saber, la verdad,

quién soy.

Un desgarrar me atraviesa
impidiendo conocerme,
viaje en interminable círculo
que marea, exagera,
enajena y me enmudece.

Entre el pantano y el mercado
el repliegue y el despliegue
la desesperanza y los fuegos de artificio,
la cobardía y la temeridad

entre la muerte y la vida,

a veces, pero sólo a veces,

no he sabido quién soy.

Y es entre la salud y la enfermedad,
entre la aceptación y la penumbra,
cuando empiezo a conocerme.

A mirarme.

A mimarme, y a cuidarme.

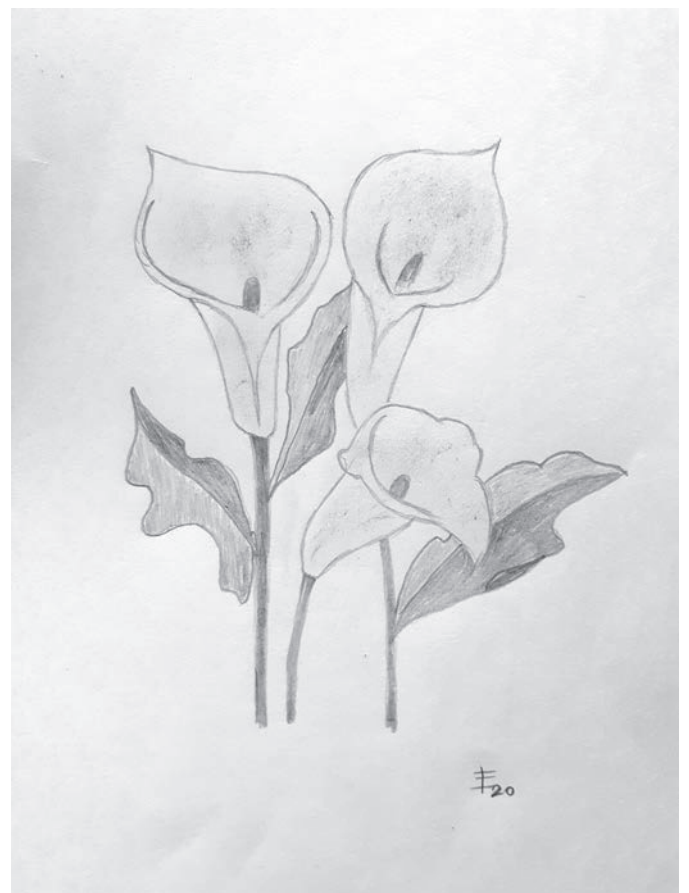
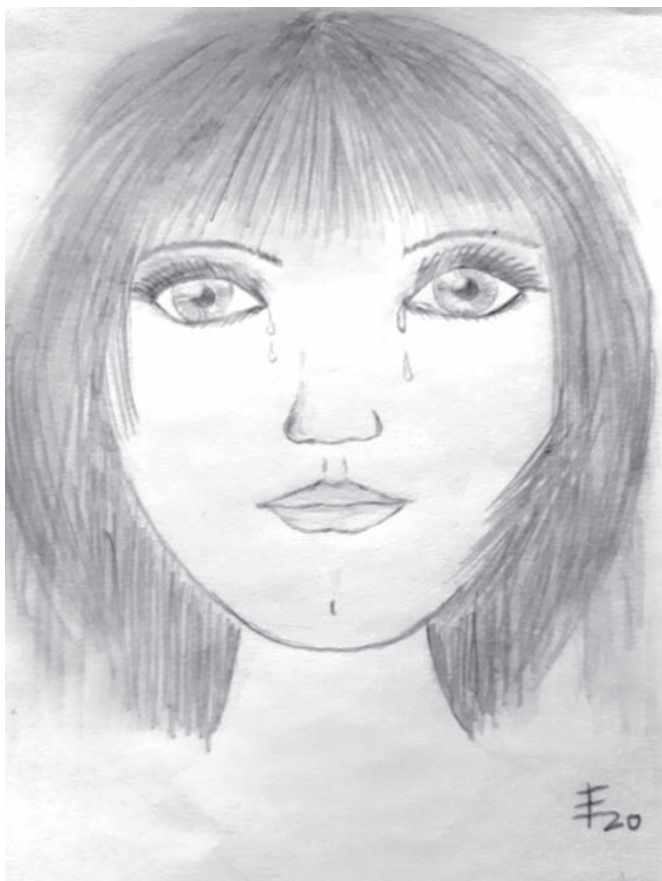
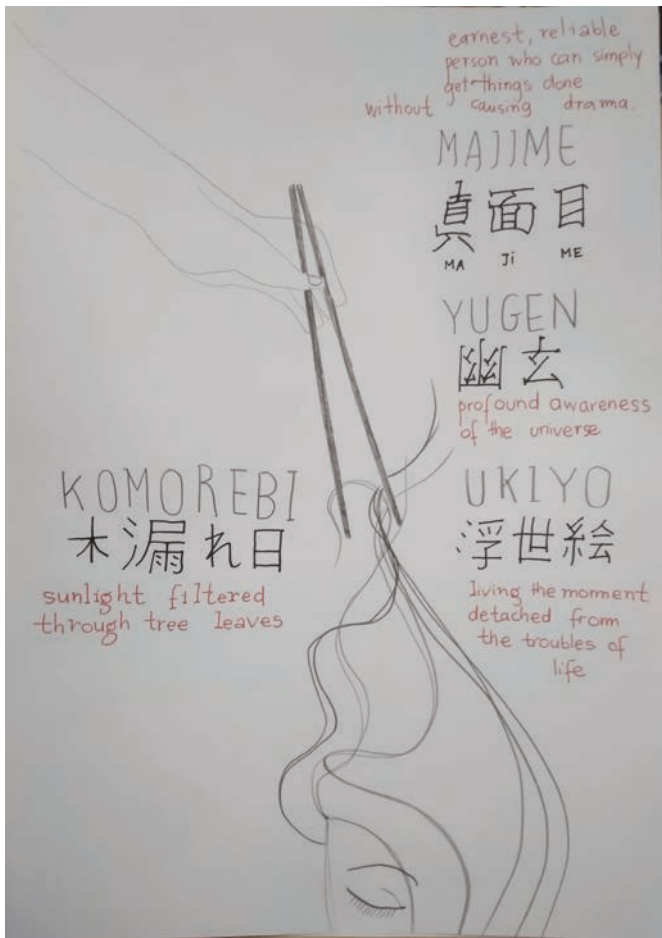
Un diagnóstico:
la pausa que da sentido al eterno movimiento.

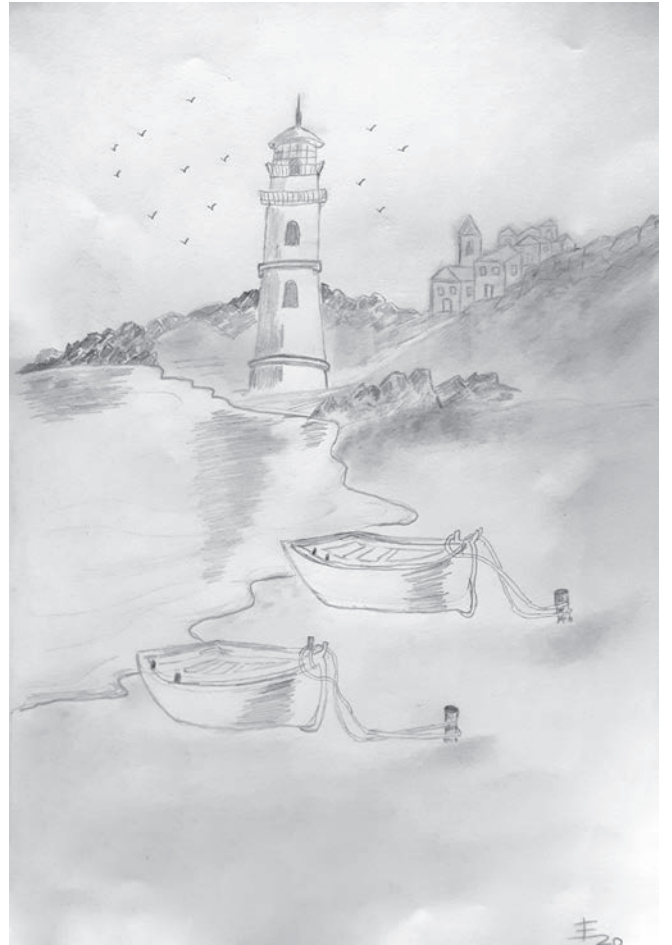
Y así, de a poquitos,
voy aprendiendo a conocerme.
A explorar un territorio y una vida recién estrenada.

Y me gusta.

Y me gusta.

Mónica. Enero 2020





MINDFULNESS Y SUS BENEFICIOS: UNA NUEVA MIRADA PARA EL TRASTORNO BIPOLAR

Natalia Cárdenas Incerti
Asociación Bipolar de Madrid

En el contexto de la medicina y psicología clínica, mindfulness esta siendo cada vez más incorporado en las intervenciones de salud mental, y los conceptos teóricos asociados con ello, han influido en la investigación básica sobre psicopatología. Como consecuencia se han desarrollado diversas aplicaciones eficaces de la meditación mindfulness a dominios específicos que incluyen la depresión, ansiedad, dolor crónico, y abuso de sustancias, así como también esfuerzos emergentes relacionados con los trastornos de atención, estrés post-traumático, trastornos de conducta alimentaria y trastorno mental grave (Wielgosz, et al. 2019).

En este sentido, los programas de intervención basados en mindfulness, han contribuido muy positivamente al nuevo y creciente movimiento dentro de la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología, conocido como "medicina participativa" (Jon Kabat-Zinn, 2016); programas que recogen las pruebas científicas que subrayan la importancia de las intervenciones basadas en mindfulness para la regulación de los síntomas y el equilibrio emocional y sus efectos sobre el cerebro y el sistema inmunitario.

La Asociación Bipolar de Madrid cuenta con un programa de intervención basado en mindfulness que está siendo llevado a cabo desde hace algunos años. Mindfulness se refiere a un estado de conciencia que emerge cuando prestamos atención sin prejuicio a la experiencia. Este proceso comprende dos componentes: el primero, es regular la atención para mantener el enfoque en la experiencia inmediata (pensamientos, sensaciones y emociones). El segundo consiste en abordar esa

experiencia con curiosidad, apertura y aceptación. Mucho del énfasis de los programas psicosociales para el trastorno bipolar, complementarios a la medicación, se dirigen al "hacer". Los pacientes aprenden a controlar sus estados de ánimo, ajustar sus vidas, adquirir habilidades que les ayuden a tomar sus medicamentos, ajustar sus ritmos y aprender a comunicarse de manera mas efectiva. A pesar de ello, muchos pacientes continúan experimentando días con depresión, desregulación del estado de ánimo, ansiedad, irritabilidad, preocupación y rumiación. Mindfulness supone aprender a relacionarse con estas experiencias de una manera diferente. Ser consciente de ello, implica orientarse al modo "ser". La práctica de mindfulness es una vía terapéutica adicional que complementa las opciones que ya están disponibles para los afectados del trastorno bipolar. Por esta razón, el programa incorpora y adopta muchas herramientas que ya se han desarrollado y utilizado con éxito en el tratamiento del trastorno bipolar, y las combina con la práctica de mindfulness. Así mismo, se incluyen elementos de la terapia cognitivo y conductual que complementan el aprendizaje de habilidades de mindfulness, y que generan una mejor gestión de la preocupación y la rumiación, disminución de la reactividad cognitiva y emocional y aumento de la autocompasión. Todos estos factores están relacionados con una mejora de la salud en general y una mejor gestión del malestar psicológico.

Las sesiones tienen una duración de 1.5 horas, una vez por semana. El programa es una combinación de consejería y psicoeducación, e incorpora el entrenamiento y práctica de la meditación mindfulness, movimientos y conciencia corporal, exploración de los patrones de pensamiento, sensaciones, emociones y comportamiento, así como una breve discusión de diversos tópicos que surgen en la sesión, introspección,



comentarios y apoyo individual. En cada sesión se comparte la experiencia de la propia práctica personal de mindfulness.

Algunas de las evidencias que relacionan los beneficios mencionados con la práctica continuada de mindfulness es corroborada con el reporte de los participantes:

- Tomar conciencia de la fluctuación de pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales evocados por la experiencia interna. Ser consciente del funcionamiento de la mente.
- Distinguir la naturaleza de las respuestas físicas, emocionales y cognitivas de los desencadenantes o estímulos; tomar conciencia de ellas y de la influencia que ejercen en los comportamientos.
- Entender el concepto de "piloto automático" que describe el estado mental en que la persona actúa sin intencionalidad consciente, o sin conciencia de las percepciones sensoriales ligadas a la experiencia. En ese estado la mente se deja llevar por viejos hábitos o patrones mentales establecidos y desconecta del presente.
- Aprender la práctica de escáner corporal o la exploración del cuerpo como una manera de desarrollar la conciencia en las sensaciones físicas del momento presente.
- Aprender la práctica formal de meditación mindfulness sentado, prestando atención a la respiración, así como a la diversidad de prácticas informales que integran mindfulness en la vida cotidiana.
- Distinguir los tipos y cualidades de la respuesta a la experiencia:; aferramiento, evitación, resistencia. El ser conscientes plenamente de la experiencia, es una oportunidad para dejar de reaccionar de una manera preestablecida y automática a las situaciones que la vida trae.
- Cultivo de una disposición de aceptación, abierta, bondadosa y compasiva a la experiencia, a los estados del cuerpo y de la mente, aceptación incondicional del ser. Generar una actitud de apertura para conocer, aceptar y responder de modo plenamente atento.
- El desarrollo de la auto-consciencia incrementa la atención compasiva y no juzgadora ante las situaciones individuales de alto riesgo, las sensaciones físicas incómodas, emociones difíciles y pensamientos intrusivos que tienden a surgir en esos momentos. Permite reconocer las señales de advertencia y emprender acciones útiles.
- Introducir y cultivar una relación diferente frente a las experiencias no deseadas, la incomodidad por las sensaciones y emociones que se generan ante un malestar físico o mental.
- Énfasis en la importancia del cultivar un estilo de vida encaminado al autocuidado.

El programa de intervención basado en mindfulness de ABM, sigue las recomendaciones indicadas por las investigaciones y programas testados en el medio terapéutico. Las evidencias sugieren que la terapia cognitivo conductual basada en mindfulness (MBCT) aporta beneficios duraderos en algunas personas que

se adhieren al entrenamiento en mindfulness (Segal, Williams & Teasdale, 2017). Las últimas investigaciones, aún tempranas, indican que este tipo de intervención, son prometedoras en la población de pacientes con trastorno bipolar.

En la actualidad se está estudiando la implementación y desarrollo de un programa estándar de MBCT específicamente para una población con trastorno bipolar (Deckersbach, et al. 2014). Y si bien es cierto que la investigación en intervención basada en mindfulness para trastorno bipolar se encuentra en las primeras etapas, y aunque aún no se pueden extraer conclusiones definitivas sobre la efectividad, la revisión actual de la literatura indica que intervenciones basadas en mindfulness, junto con la farmacoterapia, es un tratamiento prometedor para el trastorno bipolar. El resultado de las investigaciones se asociaron a mejoras en la regulación emocional (Howells et al. 2014), reducción en los síntomas de ansiedad (Ives-Deliperi et al. 2013) y depresión en trastorno bipolar (Kenny & Williams, 2007). Además, la intervención MBCT se asocia con mejoras comparables a las muestras normativas en varios aspectos del funcionamiento cognitivo (Howells et al. 2014; Stange et al. 2011).

Referencias Bibliográficas

Deckersbach, Thilo., Hölzel, B., Eisner, L., Lazar, S., Nierenberg, A., (2014) Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder. New York: The Guilford Press.

Howells, F. M., Rauch, H. G. L., Ives-Deliperi, V. L., Horn, N. R., Stein, D. J. (2014). Mindfulness based cognitive therapy may improve emotional processing in bipolar disorder: A pilot ERP and HRV study. *Metabolic Brain Disease*, 29, 367-375. 10.1007/s11011-013-9462-7 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

Ives-Deliperi, V. L., Howells, F., Stein, D. J., Meintjes, E. M., Horn, N. (2013). The effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar disorder: A controlled functional MRI investigation. *Journal of Affective Disorders*, 150, 1152-1157. 10.1016/j.jad.2013.05.074 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

Kabat-Zinn, Jon. (2016). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Editorial Kairós.

Kenny, M. A., Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625. 10.1016/j.brat.2006.04.008 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2017). *MBCT Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness para la Depresión*. Barcelona: Editorial Kairós.

Stange, J. P., Eisner, L. R., Hölzel, B. K., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Rauch S. L., Deckersbach, T. et al. (N). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: Effects on cognitive functioning. *Journal of Psychiatric Practice*, 17, 410-419. 10.1097/01.pra.0000407964.34604.03 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

Wielgosz, J., Goldberg, S., Kral, T., Dunne, J. & Davidson, R. (2019) Mindfulness meditation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15:2.1-2.32 <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423>.

ESTRÉS Y SALUD EN TRASTORNO BIPOLAR

Usue Espinos
Psicóloga

Existe una conexión entre salud física y psíquica en pacientes bipolares y su relación con el estrés. En las personas que lo padecen, el diagnóstico de enfermedad crónica puede ser un estresor, dado que esta etiqueta llamada "trastorno bipolar" (TB) suele ir asociada a creencias negativas acerca de su ausencia de recursos y de su capacidad para hacer frente a los retos de la vida. Frecuentemente esto va unido a elementos que les hacen más vulnerables, como son los episodios depresivos que cursan con apatía y llevan a estos pacientes a llevar un estilo de vida sedentario y poco saludable en el que la única preocupación es poder evitar recaídas. Dichos factores predisponen a la pérdida de salud física, que a su vez puede convertirse en un estresor importante puesto que los problemas médicos tienen asociadas repercusiones cognitivas y afectivas en las personas que sufren esta patología.

El deterioro cognitivo está presente en un gran número de pacientes, incluso en período de eutimia (Robinson et al., 2006). Estos déficits cognitivos, junto con las fases (hipo)maníacas pueden ser responsables de la falta de adherencia terapéutica, la cual facilita el aumento del número de recaídas, así como de una gravísima consecuencia que es el suicidio. Tienen una alta prevalencia del síndrome metabólico, suelen padecer más enfermedades físicas que la población general y su esperanza de vida está disminuida en relación a esta (Maripuu et al., 2016).

Las tasas de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos son altas (Kapczinski et al., 2008), siendo lo más frecuentes los trastornos por abuso de sustancias y los de ansiedad (que suelen ir unidos en muchas ocasiones), condiciones que pueden ser equivalentes a estrés repetido, lo cual predispone a un mayor número de episodios.

El síndrome metabólico tiene alta prevalencia en TB, y las personas que lo padecen tienen un peor pronóstico. El estilo de vida de los estos pacientes hace que entre ellos exista una comorbilidad médica: riesgo aumentado de padecer hipertensión arterial, colesterol, tabaquismo, enfermedades cardiovasculares/cerebrovasculares, diabetes mellitus tipo II, trastornos neurológicos como migraña o epilepsia, sobrepeso/obesidad (Balanza-Martinez, et al., 2010) e infecciones. Esto se asocia con una peor calidad de vida (McIntyre et al., 2007).

Respecto al tratamiento, además del farmacológico, en los últimos años se está dando cada vez más importancia a las terapias psicológicas para lograr la prevención de recaídas y conseguir unos resultados funcionales más satisfactorios. A los pacientes bipolares se les dota de estrategias para que identifiquen síntomas que predicen



una crisis y para reducir el impacto de situaciones estresantes. Las intervenciones psicosociales han mostrado su capacidad para aumentar la adherencia a la medicación y disminuir recaídas, para mejorar la calidad de vida y dotarles de mecanismos para enfrentarse al estrés (Miklowitz et al. 2007). En pacientes bipolares hay un deterioro funcional y social y la psicoterapia puede ser útil para mejorar estos aspectos y evitar posibles crisis.

Estas intervenciones, junto con las farmacológicas, son cada vez más utilizadas y se han vuelto más específicas para el TB (Miklowitz, 2006). Se han hecho estudios para comprobar la eficacia de la terapia focalizada en la familia, en la que se imparte psicoeducación a pacientes bipolares y a sus familiares, con técnicas de entrenamiento en habilidades de comunicación, en las que se busca reducir las expresiones incontroladas de afecto negativo.

Conclusiones

En el TB tanto los acontecimientos ambientales como las condiciones de mala salud física pueden convertirse en estresores que influyen en el peor curso y evolución de este trastorno. Además de los síntomas psiquiátricos hay datos concluyentes que indican que existen múltiples patologías añadidas al padecimiento de este trastorno, las enfermedades físicas tienen una mayor prevalencia que en la población general y sobre todo un número alto de pacientes sufren síndrome metabólico. Aunque uno de estos estudios relacionó tasas bajas de colesterol y triglicéridos con historia de intentos de suicidio (Vuksan-Cusa, et al., 2009), parece que hay evidencias que indican que las personas que padecen este síndrome tienen una peor evolución en el sentido de una mayor frecuencia de crisis.

Existen, en definitiva, diferentes intervenciones que parecen ser eficaces en la prevención de recaídas -aunque las más efectivas son a largo plazo- y para



cambiar hábitos de vida que tienen una influencia negativa en la salud física. Las intervenciones estén encaminadas a romper las diferencias entre salud psíquica y física para buscar factores de protección y promoción de la salud a través de la modificación de conductas y hábitos insanos. Con ello se pretende que consigan una modificación del estilo de vida, que implica nutrición adecuada, ausencia de tabaquismo y alcohol y ejercicio físico para evitar riesgos para la salud física así como síntomas afectivos (Goodrich y Kilbourne, 2010) y lograr mayor estabilidad en el estado de ánimo.

Referencias

- Balanza-Martinez, V., Selva, G., Martinez-Aran, A., Prickaerts, J., Salazar, J., Gonzalez-Pinto, A., ... Tabares-Seisdedos, R. (2010). Neurocognition in bipolar disorders-A closer look at comorbidities and medications. *European Journal of Pharmacology*, 626(1), 87-96. doi: 10.1016/j.ejphar.2009.10.018.
- Goodrich, D. E. y Kilbourne, A. M. (2010). A long time coming - The creation of an evidence base for physical activity prescription to improve health outcomes in bipolar disorder. *Mental Health and Physical Activity*, 3(1), 1-3. doi: 10.1016/j.mhpa.2010.01.001.
- Kapczinski, F., Vieta, E., Andreazza, A. C., Frey, B. N., Gomes, F. A., Tranontina, J. y Post, R. M. (2008). Allostatic load in bipolar disorder: Implications for pathophysiology and treatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32(4), 675-692. doi: 10.1016/j.neubiorev.2007.10.005.
- Maripuu, M., Wikgren, M., Karling, P., Adolfsson, R., Norrback, K-F. (2016). Relative hypocortisolism is associated with obesity and the metabolic syndrome in recurrent affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 204, 187. doi: 10.1016/j.jad.2016.06.024.
- Miklowitz DJ y Johnson SL. (2006). The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol*, 2, 199-235.
- Miklowitz et al. (2007). Psychosocial Treatments for Bipolar Depression: A 1-Year Randomized Trial From the Systematic Treatment Enhancement ProgramArch Gen Psychiatry.:(64),4, 419-426. doi: 10.1001/archpsyc.64.4.419.
- Robinson, L. J., Thompson, J. M., Gallagher, P., Goswami, U., Young, A. H., Ferrier, I. N., & Moore, P. B. (2006). A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 105-115. doi: 10.1016/j.jad.2006.02.016.
- Vuksan-Cusa, B., Marcinko, D., Nad, S., & Jakovljevic, M. (2009). Differences in cholesterol and metabolic syndrome between bipolar disorder men with and without suicide attempts. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 33(1), 109-112. doi: 10.1016/j.pnpbp.2008.10.017.

DISTRÉS EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Es de sobra conocido que la **evolución individual** en cada paciente con **trastorno bipolar** va a ser **distinta** y va a **depender** de la existencia de una **serie de factores clínicos**. Alcanzar la deseada eutimia y la recuperación de forma más rápida y prolongada va a depender de factores como el número de episodios y hospitalizaciones previas, gravedad de los síntomas, presencia de otros trastornos como abusos de sustancias, respuesta a los tratamientos, etc. También el predominio de una polaridad predominante depresiva o incluso la persistencia de síntomas depresivos subclínicos inciden negativamente en la evolución.

Pero **existen** también otra serie de **factores** no ya tan **dependientes** de lo puramente **clínico** que también van a jugar un papel en la evolución.

Son los relacionados con el **estigma** que provoca la sociedad o el autopercebido, la falta de relaciones interpersonales y del apoyo de estas. En línea con esto, muchos **estudios han encontrado** que la **falta de un soporte social y de relaciones interpersonales sólidas** van a **influir negativamente** en la **evolución del trastorno bipolar**.

Tratando de analizar todos estos aspectos y de ver cómo influyen en la evolución del trastorno bipolar hemos desarrollado recientemente una **escala** que mide lo que hemos denominado **distrés asociado al trastorno bipolar**.

El concepto de **distrés incluye** todas aquellas **consecuencias emocionales negativas asociadas**

con un estresante. En este caso el estresante sería la propia enfermedad independientemente de la existencia o no de síntomas. Es decir, las dificultades para aceptar el diagnóstico o manejar la enfermedad que observamos que tienen muchos pacientes.

Dado que el trastorno bipolar es un trastorno crónico y recurrente los pacientes pueden experimentar un cierto grado de distrés asociado al hecho de tener una enfermedad mental, del manejo de la misma, a las dificultades para poder controlar los episodios, al temor a las consecuencias que puede generar la enfermedad como las alteraciones cognitivas y las dificultades que pueden conllevar en el día a día por el estigma que percibimos en la sociedad.

Todo lo anteriormente referido lo incluimos en el concepto de distrés y hemos observado que este distrés implica una mayor carga en el paciente con trastorno bipolar repercutiendo negativamente al final en la evolución de esta.

Por este motivo, resulta **de gran importancia** poder realizar una **adecuada aceptación y manejo de la enfermedad** desde los primeros episodios y así evitar llevar esta carga. Conocer en profundidad la naturaleza de esta a través de la psicoeducación, tratar de atemperar y manejar adecuadamente todas sus consecuencias y desarrollar habilidades de manejo del estrés resultan fundamentales para reducir el distrés.

En definitiva, lo que tendríamos que lograr es que las personas que padecen trastorno bipolar puedan manejarla adecuadamente sin que tengan mayores repercusiones que las propiamente asociadas con sus síntomas clínicos, eliminando otros factores que incidan negativamente en ella. Para lograrlo, sin duda también **resulta fundamental** que la **sociedad conozca en profundidad y de forma veraz** lo que es **el trastorno bipolar**, ahuyentando prejuicios infundados y así evitando que nuestros pacientes arrastren una carga añadida de forma innecesaria.



Dr. José Manuel Montes

LA FIGURA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Sara

La enfermedad mental sigue siendo un tema tabú en muchas ocasiones y en nuestra sociedad a pesar de los numerosos avances que se han dado. Las personas tendemos a huir y a tener miedo de lo diferente y en este caso de aquellos que lo son. Las enfermedades mentales se encuentran rodeadas de numerosos mitos y prejuicios, que hacen que estas marquen de forma significativa el desarrollo vital de la persona, ya que el conjunto entre las características propias de la enfermedad y el estigma que sufre tanto el afectado como la familia, hacen que no puedan darse unas condiciones de vida normalizadas.

Los trabajadores sociales tienen como ámbito de actuación el área de la salud mental, ya que hay que reconocer el hecho de que los factores sociales pueden intervenir en la aparición y/o evolución de las patologías mentales. La presencia de estos profesionales en este ámbito es muy relevante, puesto que algunas características y consecuencias propias de la enfermedad mental como pueden ser el aislamiento, la pérdida de autoestima y motivación, la dificultad de mantener y establecer relaciones sociales, el desconocimiento de la enfermedad y de recursos disponibles, el estigma y rechazo de la sociedad, etc. Pueden provocar situaciones de aislamiento y llevar a la exclusión social de las personas que conviven con el trastorno bipolar. El trabajo social incide en la normalización de la calidad de vida de la persona afectada, para que ésta, no interfiera de forma desmesurada ni negativa en sus relaciones más próximas.

El trastorno bipolar tiene como característica la aparición de síntomas que dificultan la vida de la persona que lo padece y de las que están a su alrededor. Los síntomas de la enfermedad no tienen por qué ser siempre los únicos causantes de los conflictos de la persona afectada con su entorno social, sino que el no entender la enfermedad, o la falta de información y apoyo puede traducirse en estas rupturas con el entorno más próximo y con las actividades cotidianas. La figura del trabajador social velará porque las personas afectadas y sus familias puedan conocer todas las variables de la enfermedad y la situación que están atravesando. Además, tratará de generar capacidades psicosociales adecuadas en las personas para que puedan desarrollar sus actividades diarias de forma normalizada, aprovechando sus propios recursos y los que les ofrece la sociedad.

El trabajador social actúa como "agente de cambio" por lo que su actuación no puede limitarse a ofrecer palabras de aliento en una primera fase de acogida con la persona afectada y/o su familia y a la derivación a otros recursos, sino que debe participar de forma activa durante todo el proceso de ayuda, realizando una función de apoyo y acompañamiento y siendo un profesional de referencia para la familia donde puedan



acudir en caso de incertidumbres, dudas o necesidad de compartir sus ideas, aportaciones y peticiones.

El profesional del trabajo social se ha convertido en una figura fundamental, ya que integrar las relaciones sociales en la vida diaria y normalizada de las personas afectadas contribuye de una forma muy positiva a la mejoría e integración de la persona. Dentro de estas relaciones, los familiares son de suma importancia para el curso de la enfermedad y el trabajador social es un buen gestor y mediador entre familiares y afectados para conseguir que esta red relacional no se debilite y siga aportando de forma positiva al proceso.

Para la consecución de los objetivos marcados con afectados y familias del trastorno bipolar es necesario desarrollar intervenciones a todos los niveles, tanto individuales, como familiares, grupales y comunitarias. Además, será importante realizar las actividades básicas del profesional del trabajo social como son las entrevistas, actividades de sensibilización y prevención, coordinación con los recursos disponibles, investigación, etc.

El trabajador social en salud mental está integrado dentro de un equipo interdisciplinar, interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales...), los cuales están todos enfocados en el mismo objetivo, pero con diferentes tipos de informaciones y aportaciones al respecto. En especial, el trabajador social interviene en la parte más ambiental, cultural, económica, social y relacional de la persona en cuestión, que se incorpora a las demás aportaciones para establecer un plan de tratamiento y atención.

No podemos olvidar que la esencia del trabajo social es ser muy responsable con el trabajo y el entorno y tener una visión muy amplia y global que sea capaz de captar las necesidades y posibilidades de las personas y sus círculos sociales y por supuesto, ponerle mucha pasión a lo que hacemos. Sin olvidar que la beneficencia puede salir cara a la sociedad y no es una solución efectiva a medio y largo plazo.

TRABAJAMOS A FAVOR DE LA VIDA

José Manuel Dolader

Cuando llevas años trabajando por algo que consideras necesario y justo, a veces te provoca cierta desazón cuando lees y escuchas informaciones erróneas y faltas de rigor. La ventaja de ser mayor, es que estas equivocaciones también las has sufrido y sabes que es simple desinformación. Es falso que hablar correctamente del suicidio aumente las cifras entre la población. ¿Por qué no escuchamos a nadie decir que hablar de violencia de género aumenta las agresiones? Simplemente porque la sociedad está concienciada.

Es necesario dar visibilidad al drama de salud pública que tenemos en España con las altas cifras de suicidios que hacen que cada día 10 personas en España pierdan la vida ante la inoperancia de la clase política.

En 1980 se suicidaron en España 1.652 personas y murieron por accidente de tráfico 3.484.

En el año 2017 se suicidaron en España 3.679 y murieron por accidentes de tráfico 1.830.

Como podemos comprobar se han dado la vuelta estas cifras después de campañas de publicidad sobre la prevención de accidente de tráfico y también se han realizado distintos planes a nivel oficial para rebajar las muertes por accidentes de tráfico.

Desde el 1 de enero del año 2003 que se empezaron a contabilizar las muertes por violencia de género hasta el 31 de diciembre del año 2018 se han contabilizado **976 muertes por violencia de género**.

¿Qué está pasando en España para que todavía no tengamos un Plan Nacional de Prevención del Suicidio cuando en estos mismos años se han contabilizado **55.825 muertes por suicidio**?

La respuesta es sencilla: No hemos conseguido concienciar a la sociedad de que el suicidio es un grave problema de salud pública.

Desde la puesta en funcionamiento el 2 de febrero del año 2018 del **TELÉFONO CONTRA EL SUICIDIO 911 385 385** hemos recibido más de 2300 llamadas de personas y familiares pidiendo ayuda ante las ideas suicidas de personas que están pensando en quitarse la vida para dejar de sufrir. Hemos salvado vidas con nuestras actuaciones llamando al SAMUR, a la Policía o simplemente ayudando a esas personas que llaman a buscar un sentido a la vida y al sufrimiento que padecen. También realizamos ruedas de prensa para que los medios de comunicación sepan hablar de la prevención del suicidio, hemos realizado dos carreras a favor de la prevención y también realizamos galas en favor de este teléfono..

“¿Estamos contentos con nuestro trabajo?”, nos preguntamos muchas veces y la respuesta es que no estamos convencidos de todo lo que hacemos ya que nuestra meta es conseguir que el Estado cree un **Plan Nacional de Prevención del Suicidio**. Por otro lado estamos ilusionados con nuestras campañas de concienciación ya que en el año 2018 (nacimos el 2 de febrero) han bajado los suicidios en España en 140 personas respecto al año 2017.

Y si alguien tiene una duda sobre la necesidad de este Plan de Prevención, sirva de ejemplo que la Comunidad de Baleares crearon su Plan de Prevención y en el año 2018 bajaron las cifras de suicidios en un 31% respecto al año anterior.

Seguiremos trabajando desde la **Asociación la barandilla** para dar visibilidad a todas las personas y entidades que trabajan para ayudar a las personas que más sufren y ven en el suicidio la única salida a su sufrimiento.

Para nosotros ha sido un verdadero placer el ayudar al actor **Javier Martín**, diagnosticado con un Trastorno Bipolar, a contar públicamente sus devaneos con la muerte y con sus distintos brotes psicóticos para demostrar a la sociedad que las personas con problemas de salud mental con los debido apoyos están tan capacitados como cualquier persona para llevar una vida plena y lejos de las etiquetas que tiene este colectivo.



A la derecha a **Junibel Lancho**, psicóloga clínica y coordinadora del Teléfono contra el suicidio, **Ana Lancho**, presidenta de la Asociación la barandilla, **Javier Martín**, actor, **María Luisa Martín**, terapeuta ocupacional y “escucha” del Teléfono Contra el Suicidio y **Ángel Antonio**, locutor y persona diagnosticada con esquizofrenia que ayudó a Javier Martín dar el paso de explicar públicamente sus problemas de salud mental.

VICTIMIZACIÓN Y TRASTORNO MENTAL

Estudio comparativo victimológico

Sara Díaz Gómez

Tradicionalmente, parte de la Psiquiatría y la Criminología han favorecido la estigmatización de las personas con trastornos mentales - sobre todo aquellos considerados más graves- al identificar ciertos trastornos, principalmente los trastornos psicóticos, con las conductas violentas, sustentándose en la creencia de que las personas con este tipo de trastornos son violentas, o al menos presentan riesgo de serlo (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008). Esta posición, junto con la imagen que dan los medios de comunicación favorecen la estigmatización hacia las personas con trastorno mental, tanto en la esfera socio familiar, como educativa, asistencial, sanitaria e institucional.

Sin embargo, los estudios epidemiológicos no apuntan en la misma dirección. Se calcula que solo entre un 5% y 10% de los delitos violentos son cometidos por personas con trastornos mentales (Man, 1995, citado en López, Laviana, López, 2009). Por el contrario, si se habla de victimización, se estima que existen entre dos y cuatro veces más de probabilidades de sufrir un delito que la población general (Teplin, McClelland, Abram, y Weiner, 2005; Maniglio, 2009).

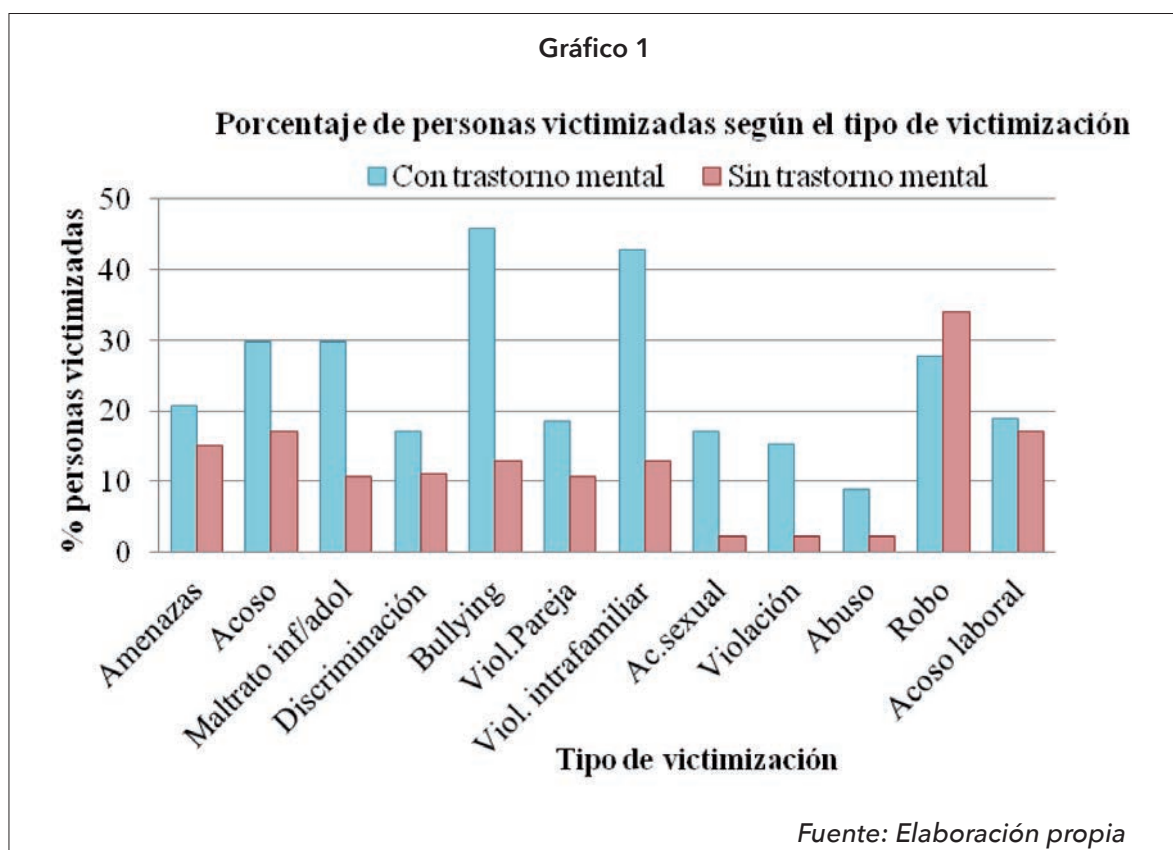
Por este motivo, se realiza un estudio transversal de tipo victimológico comparativo entre población con diagnóstico de trastorno mental (n=49) y población sin diagnóstico (n=47), donde se les pregunta, a través de

un formulario, si han sufrido algún tipo de victimización. El objetivo principal de la investigación es, por un lado, estudiar la posible relación del trastorno mental con la victimización; y por otro lado, analizar el número de sucesos victimizantes o polivictimización tanto en personas con diagnóstico en salud mental como aquellas que no presentan trastorno mental.

Los resultados obtenidos apuntan hacia una mayor victimización de las persona con trastorno mental en tres sentidos:

1. Mayor frecuencia de victimización

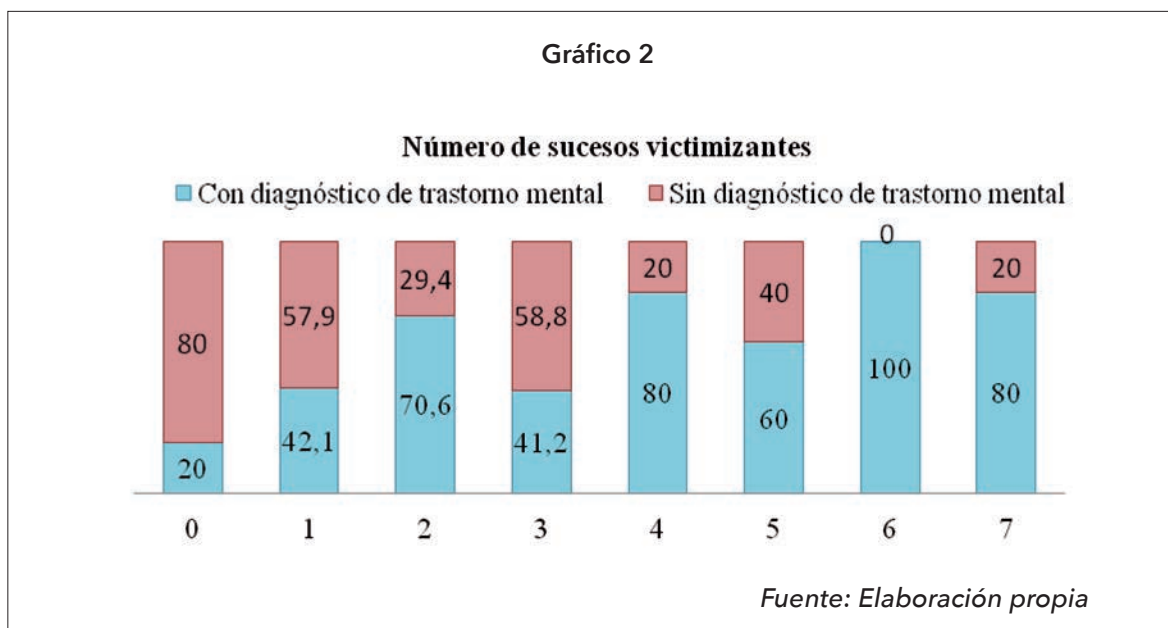
Existiría una mayor frecuencia de victimización reportada por personas con diagnóstico en salud mental frente a aquellas que no presentan trastorno mental. Además, existe una elevada diferencia entre ambos grupos en relación al maltrato en la infancia /adolescencia (30% vs 10,6%), acoso escolar (46% vs 13%), presenciar violencia intrafamiliar (43% vs 13%) y violencia sexual (22,4% vs 4,2%). En el caso de la discriminación, aunque esta investigación no indaga sobre los motivos de la misma, es destacable que el 55% de las personas con esquizofrenia u otro trastorno psicótico se han sentido discriminadas, pudiéndose esto relacionar con el estigma.



2. Polivictimización o múltiples victimizaciones.

En segundo lugar, la mitad de las persona con trastorno mental han sufrido tres o más victimizaciones frente a una victimización del grupo sin trastorno. En el caso de personas que no han sufrido ninguna victimización,

el 8% tenían trastorno mental y el 34% no. Cuando el número de victimizaciones sufridas es entre cuatro y siete, los resultados se invierten, siendo en este caso un 10,6 % en personas sin trastorno mental y un 36,7% en personas con trastorno mental.



Además, en la investigación se analizan aquellos casos de personas que han sufrido victimizaciones traumáticas (dos o más de las siguientes): presencia de violencia intrafamiliar, maltrato en infancia y/o adolescencia, *bullying*, violencia sexual y violencia por parte de la pareja. Los resultados obtenidos indican que el 43% de las personas con trastorno mental habían sufrido este tipo de victimizaciones traumáticas frente a un 10% de personas sin diagnóstico en salud mental.

Es necesario, por tanto, que los profesionales de la salud indaguen sobre la victimización en un rango más amplio de lo que se viene haciendo en la actualidad, teniendo en cuenta nuevas formas de victimización, como por ejemplo el *ciberbullying*, y victimizaciones que tradicionalmente han pasado más desapercibidas, como el acoso laboral. No se deben buscar explicaciones deterministas ni simplificadas sobre el trastorno mental y la victimización, dado que intervienen multitud de factores que están interconectados entre sí. Se requiere, por tanto, investigaciones más exhaustivas donde se conozca en mayor profundidad el suceso victimizante así como los factores que se han asociado a una intensidad en la sintomatología postraumática.

Por otro lado, se debería prestar especial atención a la red de apoyo social y familiar de la persona victimizada. Además, es importante la sensibilización social ya que de ella dependerá cómo reaccione la sociedad ante determinados hechos. Por ejemplo, en la actualidad existe una mayor sensibilización con la violencia de género y con el acoso escolar, pero perdura la tendencia a ocultar o no hablar de la violencia sexual o del maltrato infantil, coincidiendo esto con una menor percepción de apoyo en las víctimas y una elevada cifra negra en relación a las denuncias.

Para finalizar, en el estudio realizado las personas con diagnóstico de trastorno mental reportan "haberse sentido cuestionadas" sobre todo en relación a las amenazas, el maltrato en la infancia y/o adolescencia y el acoso laboral. Esto podría deberse a la estigmatización y a una errónea atribución de que el hecho narrado no es real sino parte de la sintomatología del trastorno que presentan, sobre todo en aquellas personas con esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Ante esto, es importante destacar la formación y sensibilización de los profesionales (principalmente del ámbito de la salud, policial y jurídico) para atender correctamente a la víctima, evitar la victimización secundaria y la impunidad del delito.

ENTIDADES COLABORADORAS



Asociación Bipolar de Madrid



COGNICIÓN SOCIAL EN TRASTORNO BIPOLAR: RECONOCIMIENTO DE SEÑALES NO VERBALES

Usue Espinós

Un aspecto relativamente inexplorado en el trastorno bipolar (TB) es la capacidad de juzgar con precisión el comportamiento no verbal de los demás. Investigar este aspecto de la cognición social en esta población es particularmente significativo, ya que puede influir en su funcionamiento social e interpersonal. Hay autores que han concluido que el rendimiento sociocognitivo en TB se ve afectado en comparación con los controles sanos, no solo en las fases depresivas o maníacas, sino también en eutimia (Samamé et al., 2012). A pesar del tratamiento, muchas personas con TB experimentan problemas de funcionamiento (Gitlin, Miklowitz, 2017). El trastorno bipolar se asocia con altas tasas de discapacidad, con un importante deterioro en el trabajo, la vida familiar y social, más allá de las fases agudas de la enfermedad. Estas deficiencias en TB (I y II) persisten incluso después de que los síntomas significativos del estado de ánimo hayan remitido. Se estima que hasta el 60% de los individuos no se recuperan completamente después de los episodios, y solo el 38% de ellos logran la recuperación funcional después de una fase maníaca (Tohen et al., 2000). Esto significa que la productividad del trabajo y el empleo pueden verse influenciados negativamente (Martínez-Arán et al., 2007). La recuperación incluye no solo niveles sintomáticos sino también funcionales o premórbidos de funcionalidad psicosocial previa y relaciones sociales adaptativas. Dado que se observa deterioro social en muchos pacientes con TB (Depp et al., 2010; Mitchell, Young, 2016), la calidad de las relaciones sociales interpersonales a menudo se menciona como un logro importante a conseguir por estos pacientes.

El estudio de los factores que pueden desempeñar un papel en la recuperación funcional de personas con trastorno bipolar, y la comprensión de los hechos que podrían contribuir a tales incapacidades es de esencial importancia. Es necesario comprender los mecanismos que pueden contribuir al mal resultado en su funcionamiento psicológico. Por lo tanto, explorar la cognición social en esta población es particularmente significativo.

Objetivo del estudio

El objetivo fue investigar la competencia de esta población en tareas de cognición social en relación con los resultados obtenidos por individuos sanos sin antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos. Para estudiar la cognición social, se realizó un estudio en el que se compararon los rendimientos de personas con diagnóstico clínico de TB, en estado de eutimia, con los resultados obtenidos por un grupo control (sin trastorno psiquiátrico). Los participantes de este estudio fueron 119 personas con diagnóstico de TB (en remisión), y se les comparó con un grupo de 119 sujetos control sanos. Se les evaluó con dos test; uno

de ellos consistía en fotos estáticas que mostraban emociones complejas y otro, una prueba dinámica consistente en unos videoclips, que es una medida de sensibilidad no verbal. Se midieron diferencias individuales en la capacidad de reconocer emociones, actitudes e intenciones interpersonales, expresadas a través de diferentes canales o modalidades no verbales como cara, cuerpo y voz. Los estímulos dinámicos se aproximan a situaciones de la vida real, ya que la interpretación de señales no verbales es un aspecto importante de la precisión interpersonal.

Resultados

Los resultados indicaron que el grupo control sano obtuvo puntuaciones más altas en el número de respuestas correctas y un mejor rendimiento en ambas tareas. Mostraron que, cuando los bipolares (I y II) tenían que evaluar diferentes tipos de señales no verbales, sus juicios se veían afectados, ya que no reconocían bien la comprensión implícita de la comunicación de los demás. Además, en el test de reconocimiento de señales faciales, y en cuanto al análisis de las opciones de respuesta y el grupo, los resultados de esta investigación muestran que las personas, tanto con diagnóstico de TB I como de II, no reconocen adecuadamente los estados emocionales de los demás. Ambos tienen una tendencia a colocar palabras más positivas al etiquetar estados mentales que carecen de esta característica.

Conclusión

La presente investigación respalda los hallazgos de los estudios que muestran que padecer TB implica presentar graves deficiencias sociales y funcionales, incluso en la fase de eutimia (Sánchez-Moreno, 2009). El concepto de recuperación, no solo sintomática, sino también funcional, debe tenerse en cuenta y es un objetivo a alcanzar en estos pacientes. La adquisición de competencias en la inferencia de los estados internos de los otros debería ayudar a las personas bipolares a comprender mejor la comunicación social y, por lo tanto, aumentar la satisfacción en las relaciones interpersonales. Para lograr el objetivo de la rehabilitación funcional de los pacientes con TB, el logro de tales habilidades podría tener un mayor impacto en su funcionalidad social y, en consecuencia, conducir a una mayor adaptación a la vida cotidiana. Gitlin y Miklowitz (2017) sugieren que, en TB, la recuperación comprende una mejoría sintomática y funcional y las intervenciones psicosociales pueden acelerar la recuperación de los episodios. Las relaciones sociales se ven favorecidas por la comprensión e interpretación de las señales faciales, prosódicas y emocionales del cuerpo, y las deficiencias en el área no verbal pueden afectar negativamente la calidad de vida en TB (Fulford et al., 2014). El tratamiento del TB, por tanto, presenta

desafíos para prevenir las recurrencias y asegurar la recuperación completa entre episodios, en términos de remisión de síntomas y restauración del funcionamiento social y ocupacional. Se necesitan programas de prevención y tratamiento en el desarrollo de futuras intervenciones en TB, que impliquen la comprensión de los estados afectivos complejos correctos o aprendizaje en la interpretación de señales no verbales.

Agradecimientos: A ABM, a ASOBIDE y a todos los voluntarios de ambas asociaciones que participaron en esta investigación y la hicieron posible.

Espinós, U., Fernández-Abascal, E. G., Ovejero, M., 2019. Theory of mind in remitted bipolar disorder: Interpersonal accuracy in recognition of dynamic nonverbal signals. *PLoS ONE*, 14(9):e0222112.

Espinós, U., Fernández-Abascal, E. G., Ovejero, M., 2018. What your eyes tell me: Theory of mind in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 262, 536-41.

PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN EN FAMILIARES AFECTADOS POR EL TRASTORNO BIPOLAR: ROL DEL CUIDADOR

Hoy en día a nivel coloquial es muy común el uso de la palabra "bipolar" para etiquetar a una persona que cambia constantemente de humor o a personas con supuestos cambios de personalidad, sin comprender qué es lo que verdaderamente abarca ese término.

La información existente sobre el trastorno bipolar y a la que es más fácil acceder desde internet, no hace más que aumentar el estigma y los falsos mitos de esta enfermedad mental por no estar contrastada en muchos casos científicamente, lo que dificulta la comprensión por parte del individuo y de su entorno.

Como en otras enfermedades mentales se sabe que el apoyo social es fundamental para que evolucione positivamente el transcurso de la enfermedad. La familia, por tanto, es una red de apoyo social prioritaria y juega el papel de paciente secundario al asumir el rol del cuidador, dejando a un lado sus propios intereses y necesidades, y disminuyendo notablemente el nivel de calidad de vida.

Numerosos investigadores estudiaron el efecto que tenía este rol de cuidador en la salud de los familiares, tanto a nivel físico, como mental. Demostraron que una gran parte presentaba altos niveles de ansiedad, de estrés, de depresión, de ira o baja percepción de apoyo social, junto a problemas cardiovasculares. Estos datos son suficientes para ver la necesidad de dedicar parte del tratamiento de las enfermedades mentales crónicas a la familia.

En el caso del trastorno bipolar, la familia es crucial para la detección precoz de síntomas, para la adherencia al tratamiento y para prevenir episodios, ya que forma parte tanto de los factores desencadenantes como de los factores protectores. Para ello, es primordial que haya una buena comprensión de la enfermedad y dotarse de toda la información disponible y evidenciada. De esta manera se podrá lograr una buena interacción con el familiar afectado.

Dada la importancia del familiar en el curso de la enfermedad y la falta de atención al mismo, se ha querido realizar un programa para familiares, que incluyera una psicoeducación sobre el trastorno bipolar

para lograr una mayor aceptación y comprensión de esta, y recursos y habilidades que mejorasen la calidad de vida de los familiares.

En el programa participaron 27 familiares de afectados, de distinto parentesco y socios de la Asociación Bipolar de Madrid. Para evaluar la eficacia del programa se aplicó una serie de pruebas al inicio y al final del programa, en los cuales se evaluaban distintas variables que, se ven afectadas en el rol de cuidador.

Método

Participaron un total de 27 familiares de afectados con trastorno bipolar de ambos sexos (19 mujeres y 8 varones) de entre 26 y 78 años, con una media de edad de 54 años.

El número de participantes se distribuyó en tres grupos desiguales: el grupo 1 con un total de 7 sujetos, el grupo 2 con 11 sujetos y el grupo 3 con 9. Entre los 27 participantes que realizaron el programa completo, 12 convivían con el afectado y 15 no.

El principal objetivo fue, dotar del manejo adecuado del trastorno bipolar frente a los enfermos familiares.

Entre los objetivos específicos se encontraban:

1. Mejorar la conciencia de enfermedad.
2. Mejorar la importancia de la adherencia al tratamiento.
3. Mejorar la detección precoz de síntomas.
4. Dotar de herramientas para el manejo de crisis.
5. Dotar de herramientas para la reducción de estrés, ansiedad e ira.





6. Dotar de herramientas para la resolución de problemas.
7. Mejora de la comunicación familiar (hhss).
8. Mejorar el conocimiento en la gestión del suicidio.
9. Incrementar el bienestar de los miembros de la familia y su calidad de vida.

Instrumentos y variables

Para determinar la efectividad del programa se realizó una evaluación pre y post programa.

Indicadores: estrés, emoción expresada hacia el enfermo, clima emocional percibido, percepción del apoyo social, ira, ansiedad, depresión, conocimiento del TB. Para evaluar determinar los objetivos se administraron las siguientes pruebas:

- *Escala de Estrés Percibido* (PSS, Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1982). versión española de 14 ítems (Remor, 2006). Mide las sensaciones percibidas en actividades cotidianas durante el último mes.
- *Escala de Nivel de Emoción Expresada* (LEE, Cole y Kazarian, 1988). Se aplicó la versión española (Sepúlveda, 2012) de 60 ítems dicotómicos (Verdadero o Falso). Evaluar el clima emocional percibido por los cuidadores en el hogar a través de cuatro dimensiones: Actitud hacia la enfermedad, Intrusismo, Hostilidad y Tolerancia o Afrontamiento de la enfermedad.
- *Cuestionario Familiar* (FQ, Wiedemann, Rayki, Feinstein y Halhweg, 2002). Se utilizó la versión española (Sepúlveda, 2014) de 20 ítems. Evalúa la emoción expresada de los familiares hacia el enfermo en dos dimensiones: comentarios críticos y sobre implicación emocional.
- *Cuestionario de Apoyo Social Percibido* (ISEL, Cohen y Wills, 1985). Se ha utilizado la adaptación española (Trujillo, 2012) que consta de 4 subescalas (Autoestima, Información, Pertenencia e Instrumental).
- *Inventario Estado-Rasgo y Expresión de Ira 2* (STAXI-2, Spielberger, 1998). Se utilizó la versión española (Tobal, 2001).

- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS, Zigmond y Snaith, 1983).
- Cuestionario de conocimiento sobre el Trastorno Bipolar, elaborado ad-hoc por el equipo del programa, basado en los criterios DSM5 (2013).

Resultados y conclusiones

Si tomamos los datos de toda la muestra únicamente se mostraron diferencias significativas en la expresión emocional hacia el familiar y en el intrusismo, las cuales mostraron menor media en el post frente al pre. Esto indicó que el programa consiguió un efecto positivo de la actitud del familiar hacia el enfermo/a, es decir, se transfiere en que los familiares mostraron una expresión emocional más positiva y menor intrusismo en el problema del enfermo/a.

Por otra parte, hubo ciertas puntuaciones en los test que se acercaron a un valor significativo, estas fueron, conocimiento del TB, expresión interna de la ira, expresión de hostilidad, crítica, sobreinvolucramiento y apoyo social.

Analizando las medias en función del género se determinó que las mujeres no mostraron diferencias significativas en ninguna de las puntuaciones mientras que los hombres mostraron diferencias en los siguientes indicadores: conocimiento del TB (mejor tras el programa), expresión emocional hacia el enfermo/a (más positiva al final del programa), hostilidad con el enfermo/a (menor tras el programa), Sobreinvolucramiento (menor tras el programa), expresión interna de la ira (menor tras el programa).

A pesar de que en la muestra de mujeres no se mostraron diferencias significativas, las medias obtenidas si mostraron una reducción en la puntuaciones de todas las variables contraproducentes para la evolución de la enfermedad en el familiar, y una mejora en las variables protectoras para la evolución de la enfermedad del familiar, además, en la variables de autocuidado (ansiedad, estrés e ira).



Por otra parte, las mujeres muestran más intrusismo lo que en muchos casos se traduce en mayor interés por el cuidado del familiar enfermo/a y mayor implicación que puede llevar a la sobreprotección. Este dato en cuanto a la implicación en la enfermedad mental en nuestra muestra se traduce en una mayor asistencia al programa de mujeres, además, esto también lo observamos en nuestros grupos de apoyo social a familiares en formato abierto donde se observa una masa reducida de hombres.

En líneas generales el programa si muestra efectividad tanto en mujeres como en hombres favoreciendo el afrontamiento activo de la enfermedad de su familiar y sobre las variables que afectan como rol de cuidador, es decir, en ira, estrés y ansiedad aunque no se mostraron diferencias significativas las medias tanto en mujeres como en hombres se redujeron tras la realización del programa.

Igualmente, las variables que afectaban a la interacción del familiar con el enfermo y con el manejo de la enfermedad también mostraron mejoras en algunas variables significativas en otra no.

Esto nos sugiere hacer más hincapié en las variables no significativas posiblemente profundizando con un programa que abarque mayor número de sesiones y por ende mayor dedicación a cada indicador. Por otra parte, es importante intentar reclutar con un efecto llamada al colectivo masculino.

Tras el programa se mantuvo contacto con los familiares que nos transmitieron su satisfacción personal con el programa indicando un cambio en la visión de la enfermedad, mayor comprensión de ciertos procesos y en consecuencia una percepción subjetiva de mayor manejo y entendimiento del trastorno bipolar y de su familiar.

**Proyecto elaborado por la Asociación Bipolar de Madrid
Investigadores: Mateo Pérez Wiesner y Eliana Benguigui**

Bibliografía

- Esandi Larramendi, N., y Canga-Armayor, A. (2011). Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 22(2), 56-61.
- Ferrara, M., Langiano, E., Di Brango, T., et al. (2008) Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(93).
- López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., y Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sánchez-Moreno, J., Colom, F., y Vieta, E. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical psychology review*, 43, 47-57.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M., Goikolea J. M., Benabarre A., Daban C. y Sánchez-Moreno, J. (2006). What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *Journal of affective disorders*, 94(1-3), 157-163.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in mental health nursing*, 24(2), 175-198.
- Schumacher, K. L., Dodd, M. J., y Paul, S. M. (1993). The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in nursing & health*, 16(6), 395-404.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems, & Health*, 16(1-2), 55.
- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., y Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-16.
- Vieta, E., Berk, M., Birmaher, B., y Grande, I. (2016). Bipolar disorder: defining symptoms and comorbidities-Authors' reply. *The Lancet*, 388(10047), 869-870.
- Winslow, B. W. (1997). Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in Nursing & Health*, 20(1), 27-37.
- Zambrano Cruz, R., y Ceballos Cardona, N. P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 26-39.



Asociación Bipolar
de Madrid



C/ Santa María de la Alameda, 11
Tfno.: 910 115 528 - 639 020 495
info@asocbipolar.com
www.asocbipolar.com