

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO
GRANCOLOMBIANO**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
GRUPO DE INVESTIGACIÓN PSICOLOGÍA**

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA - VIRTUAL

**“EXPERIENCIA DE VIDA DE UNA PERSONA AFECTADA POR TRASTORNO
BIPOLAR Y SU IMPACTO EN EL ÁMBITO FAMILIAR”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA**

PRESENTA:

YERLI JAZMÍN MATEUS RAMOS 1521981020

ASESORA

YIRA CASTRO

AGOSTO 2018

ÍNDICE GENERAL

Contenido

RESUMEN.....	5
PALABRAS CLAVE	5
Introducción	6
Formulación del problema.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
Marco Teórico	9
Historia del TB	9
Criterios diagnósticos	10
DSM-IV.....	11
DSM- V.....	12
Propuestas más relevantes del DSM- V.....	12
Etiología del TB.....	15
Factores genéticos y hereditarios.....	15
Factores Biológicos.....	17
Factores Ambientales.....	17
Factores Psicosociales.....	18
Pronóstico del TB.....	19
Perfil Neuropsicológico.....	20
TB y personalidad.....	21
TB y ciclo vital	23
TB en el periodo prenatal.....	23
TB en la Infancia.....	24
TB en la adolescencia.....	26
TB en la adultez.....	27
TB en la Vejez.....	28
Teoría de los sistemas.....	28
TB y relaciones familiares.....	29
TB y calidad de vida.....	31

Dieta en pacientes con TB.....	32
Aspectos generales del tratamiento del TB.....	33
Tratamientos: Intervención psicológica.....	34
Terapia Cognitivo Conductual.....	34
Intervención Familiar.....	35
Psicoeducación.....	37
Tratamientos: Farmacológicos.....	37
Tratamiento farmacológico durante el embarazo.....	39
Estabilizadores del ánimo de segunda generación.....	39
Variable entre sexo	40
TB en Colombia.....	41
Últimas investigaciones acerca del TB.....	42
Diseño Metodológico.....	47
Criterios de confiabilidad.....	49
Aspectos éticos.....	49
Resultados	49
.....	51
.....	55
Discusión.....	56
Conclusiones.....	65
Limitaciones del estudio.....	67
Referencias.....	68
Anexos.....	75

Resumen

Introducción, la presente investigación pretende conocer y abordar de una manera profunda por medio de un estudio de caso la calidad de vida e interacción familiar de una persona que padece trastorno bipolar, puesto que este trastorno afecta al 3% de la población adulta en Colombia. (Gaviria, 2015). Los objetivos son principalmente analizar la experiencia de vida de una persona afectada por trastorno bipolar, su impacto en la relación conyugal y materno - filial. Los instrumentos utilizados son la entrevista semiestructurada y la observación del ciclo vital de una persona afectada por el trastorno bipolar y su interacción familiar. Los resultados obtenidos fueron organizados en categorías y sub categorías que lograron emerger de las respuestas de la muestra estudiada, en las que se describen las alteraciones del funcionamiento del sistema familiar del caso estudiado, los factores de ciclo vital asociados al trastorno y los factores de resiliencia que influyen en la cohesión que la familia. Las conclusiones del estudio muestran que los factores ambientales y sociales determinan el curso de la enfermedad bipolar y son determinantes en el funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo los procesos de resiliencia brindan una mejor adaptación y recuperación ante eventos adversos acontecidos por la enfermedad.

Palabras clave

Familia, calidad de vida, trastorno.

Introducción

La presente investigación pretende conocer y abordar de una manera profunda por medio de un estudio de caso la calidad de vida e interacción familiar de las personas que padecen el trastorno bipolar.

En el año 1980, el término “trastorno maníaco-depresivo” fue reemplazado por el actual “trastorno bipolar” conocido por sus siglas TB, el trastorno tiene distintas definiciones aunque hay un consenso en establecer que es una patología que se enmarca dentro de los trastornos de tipo afectivo, considerándose como un trastorno crónico, grave y se pueden ver afectados los mecanismos cerebrales por la base genética que regula el estado de ánimo. (Strejilevich, 2012).

En la actualidad se han llevado a cabo estudios acerca de las enfermedades o trastornos mentales y su impacto en la calidad de vida de las personas que las padecen, siendo la esquizofrenia el trastorno de mayor interés en el ámbito clínico, en la investigación y en la especulación teórica, seguido por los trastornos del estado de ánimo como el TB.

Según la encuesta nacional de salud mental (ENSM), el TB de tipo I y II afecta al 3% de la población adulta en Colombia y se ha descrito que alrededor del 60% de las personas con TB tipo I presentan los primeros episodios antes de los 18 años. (Gaviria, 2015).

El estudio de Blackwell (2008) muestra que las personas que han empezado a sufrir del TB desde la edad temprana, es decir, antes de los 20 años de edad, son más propensos a una calidad de vida más deteriorada por llevar mayor tiempo sufriendo el trastorno.

Otros estudios basados en la terapia focalizada en la familia, demuestran que la familia puede constituir el principal de apoyo para sobre llevar la enfermedad de una manera satisfactoria mejorando la calidad de vida de quien padece el TB. (Holmgren et al. 2005).

En relación a lo anterior, la presente investigación busca presentar un panorama subjetivo

del TB en una persona que lo padece, con el fin de comprender cómo interactúa con el sistema familiar y resaltar las particularidades del mismo, tiene un abordaje desde la revisión documental y el estudio de campo, a través de un estudio de caso, se utilizará el método de investigación cualitativo con un énfasis explicativo a través del cual se interpretará en el contexto en que se da el TB.

Formulación del problema

En virtud de lo anterior, el presente trabajo se orienta hacia el análisis de la particularidad, en la experiencia de vida de una persona afectada por el TB y el impacto que este ha tenido en el ámbito familiar; por tanto, el estudio busca responder los siguientes interrogantes: ¿Cuál ha sido la experiencia de vida de una persona afectada por TB? ¿Cuáles son las alteraciones que se presentan en el funcionamiento del sistema familiar de una persona afectada por TB? ¿Cuál es el impacto que el TB ha tenido en una persona en la relación conyugal y materno - filial?

Objetivo General

Analizar la experiencia de vida de una persona afectada por el trastorno bipolar y su impacto en el ámbito familiar.

Objetivos Específicos

- *Examinar por medio de la entrevista y la observación el ciclo vital de una persona afectada por el trastorno bipolar.
- *Indagar acerca de las alteraciones que se presentan en el funcionamiento del sistema familiar de una persona afectada por el TB.
- *Describir el impacto que el TB ha tenido en una persona en la relación conyugal y

materno filial.

Marco Teórico

Historia del TB

En la década de 1840, los psiquiatras franceses Jean Piarre, Falret y Jules Baillarger, habían introducido términos como “locura circular” y “locura de doble forma”. El periodo de posguerra fue denominado de la Ansiedad, pero en las décadas de 1980 y 1990 la era de la depresión, ahora vivimos en tiempos bipolares, hace cien años el término bipolar no se utilizaba, se nombró por primera vez en psiquiatría a finales del siglo XIX (Leander, 2015).

Según Gilbert (2017) el abatimiento y la depresión tienen una función filogenéticas adaptativas, como por ejemplo, recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar la energía frente a procesos de adaptación.

Los intentos más remotos de comprender científicamente la depresión se deben en parte a Hipócrates, quien emplea el término “melancolía” para dar cuenta de estos estados de abatimiento, inhibición y tristeza, para Hipócrates la melancolía se debe a desequilibrios en la secreción de la bilis negra.(Vázquez, Sánchez y Hervás, 2008).

Durante el siglo XX, la melancolía y la manía se transformaron en los nuevos conceptos de manía y depresión, así mismo se agruparon en los estados combinados de locura alternante y doble forma. (Luque y Berrios, 2011).

Emil Kraepelin publicó 'Manic-Depressive Insanity and Paranoia', un trabajo que propuso una nueva clasificación en tres grandes grupos de los trastornos más frecuentes en hospitalización psiquiátrica; la esquizofrenia, la demencia y la enfermedad maníaco-depresiva; finalmente, el término de trastorno maníaco-depresivo se fue fragmentando por los trabajos, entre otros, de Wernicke, Kleist, Leonhard, y culminó en la propuesta de Angst

y Perris de separar la depresión monopolar del TB, concepto aceptado por el DSM-III en el año 1980. (Luque, 2013).

Roy (2014), hace referencia a que recientemente hemos vivido cambios importantes con la llegada de la nueva edición del sistema de clasificación de las enfermedades mentales, el DSM-V en el año 2013, el cambio más visible es la exclusión del TB del apartado “trastorno del estado de ánimo”, para incluirse en un nuevo sistema clasificatorio llamado TB.

A continuación se describen los criterios diagnósticos del TB:

Criterios diagnósticos

El diagnóstico es un procedimiento en el cual se clasifican e identifican las enfermedades en todas las ciencias médicas. Lograr identificar y clasificar correctamente una enfermedad es un proceso ineludible para poder avanzar en su control y tratamiento eficaz. (Retamal, 2001).

Hasta hace 20 años atrás no existían sistemas diagnósticos que tuvieran un amplio consenso internacional, razón por la cual cada comunidad médica utilizaba un sistema particular de diagnóstico y clasificación. El diagnóstico del TB, no ha sufrido grandes cambios en sus conceptos desde que fue definida a principios del siglo XX, pero se han realizado investigaciones que producen grandes avances que anuncian la llegada de nuevos progresos en cuanto al tratamiento de la enfermedad. (Strejilevich, 2007).

El TB se diagnostica clínicamente, es decir, se realiza por medio de una cuidadosa entrevista al paciente y a los familiares; no hay exámenes clínicos, ni de laboratorio, ni electroencefalogramas, ni otros medios que lo efectúen. Los anteriores se realizan de manera

complementaria para administrar de forma segura el tratamiento farmacológico, pero el diagnóstico del TB se continúa realizando en la actualidad a través de interrogativos clínicos. (Humphreys, 2001).

En Argentina recientemente se realizó un estudio que demostró que el 80% de las personas con TB, reciben el tratamiento correcto y exitoso, pero el 20% de las personas manifiestan que habían recibido el diagnóstico de esquizofrenia o similar. (Retamal, 2001).

La confusión del estudio anterior radica en la creencia de que las personas con TB no sufren síntomas psicóticos, como por ejemplo: sentirse perseguido, tener alucinaciones, creer que se reciben mensajes a través de la radio o la televisión, entre otros, ya que atribuyen estos síntomas exclusivamente a la esquizofrenia, ignorando que son también frecuentes en las enfermedades del ánimo. (Humphreys, 2001).

Es importante resaltar que el error en el diagnóstico del TB retarda el inicio de un tratamiento adecuado, incrementando los costes de sanidad, extendiendo el padecimiento del paciente y de su familia. (González, 2015).

DSM-IV.

La clasificación según el DSM IV del TB es el concepto de episodio maníaco y episodio hipomaníaco, de diferentes combinaciones de estos episodios resultan cuatro grandes tipos de TB: TB I, TB II, ciclotimia y TB no especificado. (Fauman, 2008).

Se destaca en especial es esfuerzo que se ha efectuado en el DSM IV por definir la hipomanía, aunque por definición la hipomanía es el estado menor de la manía.

El DSM III y el DSM III-R utilizaban como clave de diferenciación si el estado requería hospitalización o no; en este sentido el DSM IV mejoró considerablemente, formulando una serie más precisa de requerimientos diagnósticos sintomatológicos para la

manía, clasificándolos de la siguiente manera: ligero, moderado, grave no psicótico, grave psicótico, en remisión parcial, en remisión total; en cuanto al episodio hipomaniaco su propia definición no consigna gravedad. (Sandín, 2001).

DSM- V.

Actualmente la definición del TB según el DSM-5 y el ICD-10 (American Psychiatric Association, 2013) es más aseverativa que el concepto original descrito por Kraepelin en 1996, ya que la importancia de la detección de un episodio maníaco agudo, generalmente con síntomas psicóticos, en el curso de una enfermedad con episodios depresivos, muestra claramente síntomas para el diagnóstico del TB I. Aunque también la hipomanía es reconocida como un cuadro determinante para el diagnóstico de TB II. (Vásquez, 2014).

En la actualidad, grupos de expertos han realizado variadas propuestas encaminadas a definir el concepto del TB, así como han realizado alusión a mejorar los criterios diagnósticos del paciente con TB. (Goikolea, De Dios, Colomb, Moreno y Vieta, 2014).

Propuestas más relevantes del DSM- V

El TB tipo I, es un trastorno caracterizado por la presencia de un episodio maníaco, no es necesario que exista un episodio de depresión mayor o episodios hipomaniacos, sin embargo, comúnmente la persona que durante su vida ha experimentado algún episodio maniaco, durante su vida también experimentará también algún episodio depresivo o hipomaniaco. (Goikolea, et al., 2014).

El TB tipo II, es un trastorno caracterizado por la presencia de uno o varios episodios hipomaniacos y uno o varios episodios de depresión mayor que preceden o prosiguen a los episodios hipomaniacos, es necesario que ambos episodios hayan estado presentes en la vida

del sujeto: episodio hipomaníaco y episodio de depresión mayor. Mientras que en el TB tipo I, sólo es necesario que se presente el episodio maníaco para su reconocimiento. (Goikolea, et al., 2014).

El TB puede confundirse con otras enfermedades, lo que dificulta su diagnóstico, sin embargo cuando este se diagnostica con un adecuado tratamiento logra mejorar notablemente la calidad de vida de las personas afectadas.

Tabla 1

Tabla de las principales diferencias y similitudes entre el DSM-IV y el DSM V.

DSM IV	DSM V
Convergencias	
De actividad o energía como criterio diagnóstico de hipomanía.	Condicional o indispensable a diferencia del DSM IV.
TB tipo I, episodio maníaco único.	Se mantiene
TB tipo II	Se mantiene
Manía inducida por tratamientos	Se incluye, a diferencia del DSM IV
Divergencias	
Episodio mixto	Desaparece. Se convierte en especificador.
Espectro Bipolar	Se operativizan criterios (otros TB).
Otros especificadores	No se han incluido.

Tabla 1: Fuente propia basada en Goikolea (2014).

Etiología del TB

En la actualidad las causas del TB, se basan en un modelo biopsicosocial ya que integran hallazgos genéticos, neuroquímicos, hormonales, neuroanatómicos, conductuales, psicológicos y sociales. Por lo que es necesario prestar atención a los acontecimientos estresantes y el soporte social. Adicionalmente cabe destacar que los cambios estacionales pueden ejercer una influencia en la enfermedad. (Ruiloba, 2006).

Factores genéticos y hereditarios.

Todas las enfermedades del ánimo tienen un componente hereditario, según expertos especialmente el TB. Los parientes de primer grado (hijos, padres y hermanos) de una persona con TB, tienen la probabilidad de 10-15% de padecerla misma patología, la probabilidad de la población general es del 1%. De igual manera puede suceder con los hijos de un progenitor con TB tengan alrededor de un 15% de probabilidad de desarrollar la enfermedad. No obstante cuando ambos progenitores presentan el TB, el riesgo se eleva a un 50% de probabilidad. (Retamal, 2001).

La relación entre gemelos es alrededor de 70% para el TB, es decir, si uno de los dos gemelos presenta TB, el otro tiene un 70% de probabilidad de tenerla también. En el caso de la depresión monopolar la relación es del 50%; en ninguna de las dos la relación es del 100%, lo que puede indicar que factores ambientales están involucrados en las causas de las enfermedades del ánimo. (Deco, 2015).

Retamal (2001), nos indica que en la actualidad se aconseja a las personas con TB no tener hijos por el riesgo que esto genera para su generación, especialmente cuando la madre es quien lo padece y se observe un cuadro clínico inmanejable o sea resistente a la terapéutica disponible, ya que esto le haría imposible asumir el rol parental.

Además que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar depresión monopolar, razón por la cual la transmisión del TB de padre varón a hijo varón es menos probable. Otro aspecto a considerar es que el riesgo de transmisión es mayor cuando la persona afectada inicio la enfermedad precozmente, en la adolescencia.

El TB indudablemente tiene un componente hereditario, no obstante, no indica que los descendientes u otros parientes vayan necesariamente también a presentar la patología, es decir, el factor genético no constituye el 100% de las causas del TB.

En la actualidad los avances en psicofarmacología y psicoterapia han mejorado notablemente el pronóstico del TB, inclusive en familias en las que hay miembros que padecen la enfermedad, sirve como señal para guiar el tratamiento de una manera más eficaz ya que la acumulación de pacientes con síntomas psiquiátricos hace probable que se trate del mismo tipo de patología en todos los casos. (Cruz, 1992, como se citó en Retamal 2001).

Es importante que el profesional tratante de una persona con posible TB, realice un análisis del genograma del paciente, esto incluye revisar y preguntar acerca de síntomas afectivos, hospitalizaciones, tratamientos, actos o intentos suicidas en todos los parientes el primer grado y segundo grado (tíos, abuelos, nietos, primos). Es importante resaltar que el riesgo suicida ha aumentado en la población más joven, más aún cuando existe patología afectiva, cuadros maníacos y depresivos que pueden aparecer desde la niñez. (Ascofame, 2008).

La principal causa a la que se le atribuye al TB es al factor hereditario, ya que se dice que más del 70% de los casos se deben a este motivo. Sin embargo, aún no se tiene total claridad de cuáles son los genes que la provocan y desde otra perspectiva, cabe resaltar que no todos los que por predisposición biológica deberían sufrir de TB lo desarrollan. (Torres, 2015).

Factores Biológicos.

Bioquímicamente el TB se origina en un desequilibrio químico de una serie de neurotransmisores, los científicos han descubierto que el cerebro de un paciente que sufre TB se encuentra diferente al de una persona normal, lo que puede explicar la polaridad en sus emociones. (Vieta, 2001).

A continuación se mencionan los neurotransmisores que están involucrados en las alteraciones neuroquímicas del TB: Noradrenalina, Dopamina, Serotonina y Acetilcolina. (Gómez, 2001).

Vieta (2001), señala que durante la fase depresiva se observan modificaciones en la sensibilidad de los receptores postsinápticos y una producción excesiva de factor liberador de corticotropina por parte de los núcleos paraventriculares del hipotálamo. Los estudios en pacientes maníacos son más difíciles debido a las dificultades del estado en el que se encuentra el paciente, además menciona que la vulnerabilidad biológica puede que se encuentre en estado latente hasta que sea activada por diversos desencadenantes, como sucesos estresantes, conflictos o cambios en la vida, trastornos del sueño, en la mujer el parto o la menstruación, entre otros.

Se podría otorgar la afirmación que en cualquiera de las fases de manía o depresión se producen cambios importantes o alteraciones del sueño. (Miklowitz, 2004).

Factores Ambientales.

Los factores ambientales pueden jugar un papel determinante en la aparición del TB cuando la persona tiene una predisposición genética a dicho trastorno, eventos como abuso, traumas, abandono, maltrato y/o cambios trascendentales en su vida. (Gejman et al., 2010).

Las personas con TB de género masculino y menores de 60 años, tienen mayor riesgo de sufrir una adicción a drogas y alcoholismo, de igual manera el uso de drogas o alcohol es

riesgoso para cualquier persona diagnosticada con TB, pueden ocasionar la aparición de los síntomas de una manera más temprana o más rápida si dicha persona tiene una predisposición genética a esta enfermedad. (Wormer, 2004).

Adicionalmente los desencadenantes de tipo ambiental incluso serían la privación del sueño, el estrés sostenido o agudo y acontecimientos vitales, tanto positivos como negativos. (Vallejo, 2006).

Conocer los factores ambientales desencadenantes del TB, percibidos como tales por los propios pacientes, es importante para anticipar el proceso de adaptación a los estresores ya que en ocasiones, los cambios pueden ser severos y claramente amenazadores para la persona que padece el trastorno o tiene una predisposición genética a esta enfermedad. (Mejía, 2010).

Factores Psicosociales.

El entorno en el que un individuo se desarrolla en su infancia, puede influir en la aparición del TB, además se ha demostrado que las personas sometidas a sucesos estresantes, pueden intervenir también en la aparición de la enfermedad e influir en el desencadenamiento de las recaídas. (Ellicott, Hammen y Gitlin, 1990, como se citó en Burwell, 2009).

Según Scott (2005), menciona que los factores sociales heredados pueden estar asociados al desarrollo del TB, ya que el entorno familiar podría influir en el desarrollo de la autoestima y en el auto concepto que tiene el niño acerca de sí mismo y de los demás.

Vieta (2001), señala que es difícil determinar la influencia de factores estresantes sobre el TB, porque muchas causas aparentes son consecuencias del mismo trastorno; pero se puede afirmar que la enfermedad conlleva un progresivo deterioro social y el mismo tiene un valor predictivo, ya que las persona que tienen un buen soporte social, cumplen adecuadamente el tratamiento y son tratados y diagnosticados con más eficacia que los que

tienen un escaso soporte social.

La Unidad de TB de la Clínica Nuestra Señora de La Paz en Bogotá ha pasado, en un año de funcionamiento, de atender a 12 personas con TB a casi 60 y la razón es que "la incidencia del trastorno está aumentando", tal y como ha asegurado el responsable de la misma, el aumento se puede deber a factores psicosociales. (Urgelés, 2018).

Pronóstico del TB

En el TB las principales áreas afectadas son la laboral y la integración social. Según la organización mundial de la salud, el TB es la sexta causa de discapacidad en el mundo, ya que la mayoría de las personas que padecen la enfermedad tienen dificultades para mantener su empleo. Sin mencionar las grandes dificultades que tienen estas personas por la ruptura de la red social, ya que no es fácil la compañía de amigos cuando se padece este trastorno. (Colom, 2008).

La tasa de mortalidad de los pacientes con TB es dos o tres veces mayor que la de la población general y existen indicios de que los pacientes con TB intentan el suicidio desde una edad más precoz que los pacientes que padecen depresión monopolar. (Tsuang y Woolson, como se citó en Goodwin, 2007).

El suicidio es una de las complicaciones más grave del TB, por ello es importante hablar de este tema en consultas con el paciente, ya que si no lo hacemos puede que esta idea no sea verbalizada. Otras complicaciones que empeoran el pronóstico, son la ciclación rápida, el abuso de sustancias, deterioro laboral, la ruptura conyugal, conflicto familiar, pérdidas económicas, deterioro de la red social y la dependencia afectivo emocional. (Vallejo, 2006).

Analizando cada una de estas consecuencias del TB, podríamos afirmar que el

pronóstico es malo, no obstante, con un adecuado tratamiento farmacológico y una correcta ayuda psicoterapéutica la gravedad del trastorno quedaría reducida. (Tsuang y Woolson, como se citó en Goodwin, 2007).

Perfil Neuropsicológico

Algunas contribuciones en la investigación del TB se han desarrollado por medio de la neuropsicología, orientadas a determinar las áreas cognitivas comprometidas con los procesos psicológicos superiores como la conciencia, la atención, el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, el lenguaje, la motivación, entre otros y por ende describir el impacto en la calidad de vida de los individuos estudiados. (Raine, 2002).

Los primeros estudios neuropsicológicos del TB, realizados por psiquiatras canadienses a finales de la década de los setenta, sugerían la existencia de una disfunción del hemisferio derecho, basándose en hallazgos de déficit en el funcionamiento visoespacial o en los resultados respecto al CI, que arrojaban resultados relativamente más bajos. (Raine, 2002).

En estudios posteriores se observó que los déficit viso espaciales en el TB generalmente no se manifiestan en tareas simples si no en complejas como el razonamiento abstracto. (Jiménez, Benitez, Fernandez, Robles, Moreno, López y Jaramillo. 2013).

En un estudio realizado por los estudiantes de psiquiatría de la universidad de Antioquia en Madrid España, observó que los pacientes afectados por TB se quejan de dificultades cognitivas; además, en un número significativo se han observado indicios de alteración y deterioro cognitivos durante las fases agudas del trastorno. (Jiménez et al. 2013).

Según este estudio se sugieren los siguientes resultados respecto a los perjuicios en el rendimiento neuropsicológico de personas afectadas por el TB. Se observó que las personas con funcionamiento cognitivo normal tenían menos recaídas y hospitalizaciones que las personas con deterioro cognitivo. También han observado un posible efecto negativo agregado sobre los sistemas de aprendizaje verbal, memoria y el frontal o ejecutivo, relacionado con la duración de la enfermedad en los episodios de manía y depresión.

Humphreys (2001) afirma que las enfermedades del ánimo especialmente la depresión, representan una acentuación y perturbación del estado de hiperalerta asociado con los sistemas que intervienen en la respuesta del estrés. Manifiesta que según investigaciones realizadas es evidente que no todos los sujetos tienen una predisposición a desarrollar una depresión, y quienes sí la tienen y desarrollan una depresión, existe en ellos una respuesta anormal al estrés, siendo una reacción exagerada y prolongada por largos periodos de tiempo.

TB y personalidad

Es necesario precisar que se ha discutido por décadas que se entiende por temperamento, sigue sin aclararse en qué se diferencian concretamente el temperamento y personalidad, lo cual implica que haya una polémica entre personalidad y enfermedad. (Esbec y Echeburúa, 2010)

La posibilidad de asociación entre rasgos de personalidad y TB tiene implicaciones para el diagnóstico e incluso para la terapia, según Galves, Mingote y Moreno (2010), el encontrar características específicas de personalidad vinculadas a subtipos clínicos de trastornos de tipo afectivo también puede ayudar a explicar las diferencias entre curso y

evolución del trastorno.

Donnelly y Murphy (1973) citado en Vieta (2001), realizaron uno de los primeros estudios en TB y personalidad, comparaban personas afectadas por TB y monopolares, con el objetivo de descubrir algún indicador de TB que permitiera sugerir a cuáles pacientes se les debía instaurar un tratamiento de mantenimiento después de un episodio depresivo, compararon a 30 pacientes con TB y además con depresión aguda con 29 pacientes monopolares utilizando el MMPI. El primer grupo obtuvo puntuaciones significativamente bajas en depresión e introversión y más elevadas en escalas de deseabilidad social, fuerza del yo y estatus socioeconómico.

Algunos años después concluía que en muchas de las diferencias que se observaron entre personas afectadas por TB y monopolares se limitaban a las fases depresivas agudas. Según estos autores, el único rasgo de personalidad característico de las personas afectadas por TB en remisión era la impulsividad.

El MMPI fue uno de los instrumentos de evaluación psicológica para pacientes con TB más utilizado, la mayoría de los estudios realizados con esta prueba no encontraron un patrón específico en pacientes con TB eutímicos; pero mediante la prueba MMPI, algunos expertos observaron que los bipolares eutímicos eran más neuróticos que la población normal; no obstante como ocurre en la escala de dicha prueba, las puntuaciones disminuyen cuando el paciente se recupera del episodio, de ahí que los principales problemas de la evaluación de la personalidad de las personas afectadas por TB es la influencia de su estado emocional. (Matussek y Feil, 1983 citado en Vieta, 2001).

Mediante el cuestionario tridimensional de Cloninger (TPQ) que incluye mediciones de personalidad, los resultados son bastante concluyentes, y se encontró una asociación significativa entre TB y búsqueda de novedad. (Dolcet, 2006).

El TB puede llegar a confundirse con el trastorno límite de personalidad ya que tienen síntomas similares como la oscilación el estado de ánimo, que puede presentarse varias veces en el mismo día, en fases maníacas del TB ira inapropiada e intensa y dificultades para tener relaciones duraderas. Se ha sugerido en varios estudios que puede haber un aumento de pacientes con trastorno límite de personalidad entre las personas afectadas por TB. (Oliveros, 2015).

En la actualidad a pesar de la impresión clínica y de los estudios realizados, no se tienen pruebas definitivas de un perfil característico de personalidad en las personas con TB. (Oliveros, 2015).

TB y ciclo vital

Weinert y Timiras 2003, afirma que el ciclo vital lo consideramos dividido en varias etapas, algunas de ellas se encuentran bien definidas por sucesos biológicos concretos, mientras que otras son de aparición y duración variable. podemos establecer las siguientes fases del ciclo vital: Periodo neonatal, Infancia-niñez, la adolescencia, la etapa adulta y envejecimiento, a continuación se mencionan cada una de las etapas con respecto al TB:

TB en el periodo prenatal.

En el siglo XX Kraepelin observó que los ataques de melancolía y manía eran comunes en el embarazo, pero aún más en el postparto. A pesar de que, existe una perspectiva tradicional de que el TB mejora durante el embarazo, algunas observaciones clínicas han postulado que el embarazo podría aparecer como un factor protector para reducir el riesgo de recurrencia de enfermedades psiquiátricas mayores, conjetura que aún no ha sido avalada ni confirmada. (Contreras, Sobarzo, Manriquez, 2017).

Un estudio realizado por el National Institute of Mental Health (NMIH) ha evaluado

a 139 mujeres embarazadas con TB, de las cuales el 30% reporta un episodio anímico durante el embarazo y el 45% reporta haber presentado problemas emocionales severos durante el curso de éste o durante el primer mes después del parto. (Blehar, 2007).

Según Robertson (2005), el período postparto es considerado como un estadio de alto riesgo para exacerbación de los síntomas del TB, ya que el peligro es siete veces mayor al de mujeres no embarazadas.

Entre las mujeres con TB quienes eligen discontinuar la terapia con litio en el puerperio, el riesgo estimado de recaída es tres veces mayor que en las no embarazadas y las no puérperas.

Conforme a lo anterior, en cierto sentido “Los médicos que atienden mujeres en edad reproductiva deben discutir con sus pacientes con TB los aspectos del embarazo y su manejo”. Con el fin de ser provistas de la mejor información sobre el riesgos asociado con la descompensación de la enfermedad y el tratamiento.

Durante el embarazo se debe vigilar estrechamente el efecto del medicamento en la paciente, además se deberá evitar efectos sobre la vitalidad del recién nacido, conviene suspender el litio días antes del parto y reinstalarlo al día siguiente, ya que la decisión más segura es continuar con la profilaxis. En tal caso el lactante no debe ser amamantado. (Retamal, 2001).

TB en la Infancia.

La mayoría de las personas que padecen TB, presentan cambios en su estado de ánimo, los cuales alternan períodos severos de manía con estados depresivos, no obstante, mientras los estados anormales de ánimo se presentan durante períodos de semanas o meses en adultos, en los niños pueden llegar a experimentar los cambios en su estado de ánimo en

un mismo día. Las características más comunes en niños con TB son estados de bajo nivel de energía por las mañanas que siguen aumentando en el nivel de excitación hacia el final de la tarde o por la noche. ((Vásquez, 2014).

El TB suele manifestarse de manera precoz, a edades tempranas, en forma de cuadros depresivos de inicio brusco, con intervalo de remisión posterior, que tienden a repetirse en el tiempo, independizándose gradualmente de los detonantes o estresores externos, volviéndose cada vez más intensos y prolongados, con períodos de sintomatología subsindrómica leve entre cada uno de los episodios. (Vásquez, 2014).

En la infancia al TB pueden agregarse otros trastornos, como por ejemplo, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDA/THD) y otros trastornos asociados a la conducta. (Ortiz, Giraldo y Palacio, 2007).

Según estudios se estima que un 50% de los niños con TB, también tienen diagnóstico de déficit de atención. En estos casos, es importante tratar el TB antes que el TDA porque existe información que los medicamentos estimulantes que se recetan frecuentemente para el déficit de atención (Dexedrina, Adderall, Ritalin, Cylert) pueden escalar las fluctuaciones de ánimo y comportamiento en aquellos niños con TB. Algunos investigadores clínicos sugieren que el recetar estimulantes a un niño que, tiene vulnerabilidad genética para desarrollar el TB, puede inducir a que el trastorno comience a más temprana edad. (Quintero y Castaño, 2015).

Según Ortiz, Giraldo y Palacio (2007), en los niños los síntomas propios de la manía, la depresión y la irritabilidad suelen mezclarse y se convierten en la norma, es común que el niño pase por temporadas en las que pierde el entusiasmo e interés, hasta de actividades que antes gozaba como jugar o salir al parque, en efecto es posible que en cuestión de horas o días el niño pase de estar triste y deprimido a mostrarse eufórico e irritable.

Es importante la supervisión y atención constante de los padres del niño afectado por TB, además de tener la ayuda adecuada por parte de un profesional para llevar a cabo el tratamiento conveniente para estabilizar el estado emocional del niño, tratar las perturbaciones del sueño y síntomas psicóticos que haya lugar. Incluso se deberá incluir una terapia que le ayude a comprender la naturaleza de la enfermedad, así como la forma en que afecta sus emociones y su comportamiento. (Papolos, 1999 como se citó en Vásquez, 2014).

TB en la adolescencia.

El TB puede desarrollarse a cualquier edad, pero estudios demuestran que es más común su diagnóstico en personas jóvenes de 20 a 24 años, pero se han encontrado casos hasta de personas que son diagnosticadas de TB desde los 17 años de edad. (Roy, 2014).

Es importante saber que cuanto más precoz sea la edad de aparición del TB, más probable es su asociación a un peor funcionamiento psicosocial, así como a tener una ciclación rápida en la edad adulta. (Schneck y cols., 2004).

El TB es de difícil identificación en la adolescencia porque no se ajusta con precisión a los criterios y síntomas establecidos para los adultos, y porque sus síntomas pueden ser confundidos inicialmente con las emociones y comportamientos normales de adolescentes por los cambios que experimenta en esta etapa como lo son el mal humor, la separación del grupo familiar, la percepción de ser incomprendido, agresividad, entre otros. (Garrido, 2006).

Los adolescentes diagnosticados con TB pueden tener varios problemas que agravan la aparición de los síntomas de una manera más temprana o más rápida, como lo son el abuso de alcohol o consumir drogas. Además los adolescentes pueden verse rodeados en situaciones arriesgadas, tales como conducir demasiado rápido, gastar demasiado dinero o

el suicidio. (Wormer, 2004).

Garrido (2006) sugiere a los padres de un adolescente con TB, buscar ayuda de un profesional con quien puedan hablar, asistir a grupos de apoyo para las personas que también cuidan de otros con trastocamiento similar. Puesto que si el cuidador mantiene su nivel de estrés bajo, podrá desempeñarse mejor como tal, ayudando a dar mejor resultado al tratamiento del adolescente con TB.

TB en la adultez.

En la mayoría de estudios se ha observado una edad de inicio, con una frecuencia máxima entre la edad adulta de los 28 a 44 años, y una disminución del riesgo a partir de los 50. La naturaleza cíclica del TB con sus frecuentes periodos de remisión y exacerbación de los síntomas puede afectar al individuo de manera física, psíquica, familiar, social y funcional, disminuyendo visiblemente su calidad de vida. (Goodwin y Jamison, 2007).

Recientemente se realizó un estudio longitudinal de 35 años de duración de todos los pacientes psiquiátricos (hospitalarios, ambulatorios y comunitarios) con un primer episodio de manía y TB; se concluyó que los varones presentan una edad de inicio significativamente menor en el primer episodio de la manía y del TB, y también que se acompaña de forma significativa de un comportamiento antisocial durante la infancia, mientras que las mujeres muestran una incidencia superior de TB a lo largo de la vida adulta. (Kennedy *et al.*, 2005).

Diversos estudios sugieren que los acontecimientos de la vida adulta influyen al mantenimiento y en las posteriores recaídas del TB y se encuentra asociación significativa entre el estrés laboral y el desencadenamiento de episodios maníacos e hipomaníacos. (Hernandez, Mingote y Muñoz, 2010).

TB en la Vejez.

El TB es frecuente en la vejez, con una prevalencia del 0,1 a 0,4%; un 10% de los pacientes con TB tienen comienzo de manía después de los 50 años. (Leander, 2015).

Según Calabrese, (2000). Los episodios maníacos son menos severos, hay más cuadros de depresión mixta, más confusión y trastornos cognitivos. Un primer episodio maníaco en la edad avanzada suele ser secundario a una enfermedad orgánica. El tratamiento del TB en la vejez es similar al que se utiliza para adultos jóvenes.

Para pacientes que han tenido favorable respuesta al tratamiento con litio durante el transcurso de su vida, podrá seguirse suministrando en la vejez, aunque por sus efectos adversos se podrán considerar otros medicamentos para tratar el TB en esta edad madura. (González, 2001).

Algunos estudios demuestran que la lamotrigina puede estar incluida dentro del tratamiento para tratar la depresión en la vejez, no obstante, se necesitan más estudios específicos sobre el tratamiento del TB en la vejez con el fin de brindar una mejor calidad de vida para estas personas y su familia. (Monczor, 2010).

Teoría de los sistemas

La teoría de los sistemas aplicada los procesos de consejería familiar es una unidad orgánica que mantiene una cierta forma de identidad y estructura que permanentemente está cambiando y evolucionando, Sánchez (2000) lo explica de la siguiente manera: “la conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con el número de miembros de la familia”

Es evidente que las familias tienen que enfrentarse a situaciones que representan una gran exigencia de adaptación a los cambios, por ejemplo cuando se incorpora un nuevo

miembro por nacimiento o matrimonio, y cuando se produce la pérdida de otros porque alguien se marcha de casa o muere. (Barcelata y Álvarez, 2015).

El ambiente en el que crecemos influye nuestro comportamiento, especialmente la familia, forma parte fundamental dentro del modelamiento de nuestra conducta y determinan el fortalecimiento y desarrollo de nuestras relaciones formales e informales.

De los padres depende educar a los hijos, y esta capacidad obedece también al contexto social en el que se encuentra la familia, de las relaciones duraderas o no con otras personas fuera del hogar, de las normas establecidas y del cuidado proporcionado a lo largo de su vida. (Bronfenbrenner, 1979 como se citó en Álvarez, 2016).

El enfoque sistémico ha resaltado las aportaciones en el desarrollo familiar ya que este aporta a la psicología familiar en su intervención y evaluación. (Espinal, Gimeno, y González, 2010).

TB y relaciones familiares

La familia es un importante elemento para las diferentes ciencias como la sociología, la demografía, el derecho, la antropología, la etnografía, la genética, la psicología y la historia, han destacado a la familia como unidad en la investigación, específicamente los estudios cualitativos en el ámbito de las ciencias sociales usan instrumentos altamente estandarizados con preguntas formuladas con precisión y muestras representativas. (Lourdes y Serrano, 2009).

El TB tiene un claro carácter hereditario, por lo que resulta muy frecuente encontrar personas con cuadros iguales o similares entre los miembros de la familia de los pacientes, los pacientes solteros según la SIIC presentaban menor deterioro funcional que los pacientes divorciados o casados. (Revicki, 2016).

Las relaciones familiares se establecen a distintos niveles, adquiriendo a menudo un carácter de dependencia por el desequilibrio del sujeto. Además en algunos casos se produce intervención judicial por las acciones cometidas durante la fase maníaca (Espinal, Gimeno, y González, 2010).

La familia tiene una participación muy importante en la vida de la persona afectada por el TB, resultado indispensable el seguimiento prolongado en el tratamiento farmacológico y terapéutico, puesto que 25/50% de los pacientes tienden a suprimir el tratamiento cuando tienen periodos asintomáticos, pero su consecuencia es tener una recaída e incluso una hospitalización. (Retamal, 2000).

Es importante además tener en cuenta que los primeros los episodios pueden sobrevenir desde la adolescencia, y que las cifras indican que casi la mitad de todos los individuos con TB intenta al menos suicidarse una vez, razón por la cual la familia necesita estrategias que le permitan comprender mejor el tratamiento a seguir y afrontar los altibajos de esta enfermedad. (Carrasco, 2014).

La familia nuclear del paciente debe contar con información precisa de la enfermedad, a fin de conseguir una mejor adaptación y lograr un funcionamiento más eficaz en su rol de cuidadores, existen numerosos estudios que avalan la mejor evolución de las personas menos aisladas y con mejor aporte social. Además la familia puede alertar cuando se estén produciendo cambios en el comportamiento y puede colaborar en las pautas que se adopten en el tratamiento, para dar mejores resultados y evitar mayores consecuencias. (Lammoglia, 2008).

La persona afectada por TB preñer a requerir asistencia médica o social en cuanto aparecen las primeras señales de recaída y acudir a familiares o personas allegadas para solicitar apoyo emocional, además del cumplimiento estricto de la medicación y aclara que

la fase maníaca pone generalmente más a prueba a la familia que la fase depresiva; con frecuencia se encuentra a un familiar que le dice: “doctor, lo prefiero deprimido que eufórico” (Carrasco, 2014 p.85).

Las relaciones sentimentales pueden llegar a ser susceptibles durante o después de un episodio maniaco o depresivo ya que las relaciones sexuales disminuyen parcial o totalmente, generando rechazo y desconfianza relacionada con el trastorno en sí. (Lammoglia, 2008).

En la fase hipomaniaca la persona con TB empieza incrementar su deseo sexual, razón por la cual la persona con TB puede tener algún tipo de enamoramiento clandestino que desaparece cuando está en periodos de eutimia, llegando a ser infiel a su pareja sin ser consecuente con estas acciones. (Romo, 2015).

En la mayoría de casos la falta de confianza y el resentimiento resultante del TB impiden un restablecimiento de las relaciones de pareja, por esto es importante el acompañamiento de un terapeuta cuya finalidad es reducir los conflictos y mejorar la comunicación proporcionando herramientas para la resolución de los problemas. (Lammoglia, 2008).

TB y calidad de vida

La Organización mundial de la Salud considera que la mayor causa de mortalidad prematura y capacidad vital de un individuo está representada por las enfermedades cardíacas en primer lugar, a las que le siguen las enfermedades de tipo afectivo como el TB. (Grande, 2016).

En cuanto a calidad de vida, un estudio realizado por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) realizado en el 2012, mostró que los pacientes con TB

obtienen menos empleos, ven reducidas en un 50% sus probabilidades de contraer matrimonio y aquellos que están casados tienen una probabilidad doble de divorciarse o separarse en comparación con los controles realizados en personas sanas.

El estudio describe que en las personas afectadas por el TB emerge un deterioro psicosocial significativo, una notable alteración en las relaciones interpersonales y en la satisfacción en general. (Revicki, 2016).

Recientemente en el continente Asiático se desarrolló una investigación publicada en el Periódico de Bangladesh on line (Int Journal of BD), que publicó un interesante artículo que estudia la funcionalidad y la calidad de vida en personas con TB, así como su relación con características sociodemográficas y clínicas. La muestra estaba compuesta por 482 pacientes con TB tipo I y TB tipo II.

A nivel clínico se encontró menor calidad de vida en pacientes con la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además del trastorno primario. (Montana, 2017).

El TB es una enfermedad que produce rechazo e incompreensión en la sociedad. Más del 55% de los pacientes experimentan estigmatización. El 18% se sienten estigmatizados en la familia y el 14% en el lugar de trabajo (Morselli y Elgie, 2003).

Dieta en pacientes con TB.

Un estudio publicado en la edición de diciembre de la revista Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ha demostrado que el sobrepeso y la obesidad son más frecuentes entre los adultos con TB en comparación con la población general. (Billingsley, 2016).

Otro estudio realizado con 295 adolescentes con TB, 1.112 con trastorno depresivo

mayor, y 8.716 con ninguna de estas condiciones, dio como resultado que el 37,9% de los adolescentes con TB también tenían sobrepeso, en comparación con el 32,4% de los adolescentes con trastorno depresivo mayor, y el 32% de los adolescentes que no tenían ninguna de estas condiciones. (Billingsley, 2016).

Las personas con TB que deciden bajar de peso y comer menos, deben cuidar la ingesta de sal, ya que al disminuirla provocan una elevación de la litemía, ya que existe una especial interacción entre el sodio (sal de cocinar) y el litio, de manera que la eliminación renal del litio requiere una cierta ingesta de sodio. (Duvosky, 1999 como se citó en Retamal, 2001).

Teniendo en cuenta los datos mencionados anteriormente se recomienda a los pacientes realizar los cambios en la dieta en compañía del psiquiatra, el internista u otro especialista.

Aspectos generales del tratamiento del TB.

Según Retamal (2001) existen dos fases básicas en el tratamiento del TB: primero el manejo de los episodios depresivos y maníacos, es decir, de la crisis; segundo el tratamiento preventivo o profiláctico de la recurrencia de los episodio de depresión monopolar, y los de la fases de manía.

Por lo anterior es importante distinguir entre el tratamiento de los episodios agudos maníacos y depresivos, así como el tratamiento de mantención destinado a aminorar y evitar nuevas fases de la enfermedad.

El TB requiere un tratamiento por tiempo indefinido, probablemente durante gran parte de su vida, ya que tiene una elevada tendencia a la recurrencia de fases maniacas y depresivas. Si el paciente y la familia aceptan la enfermedad y el tratamiento, existirá una

alta probabilidad de no sufrir recaídas. (Goodwin, 2007).

Tratamientos: Intervención psicológica

En las últimas décadas ha crecido el interés por desarrollar nuevas intervenciones psicológicas para el abordaje del TB. Este reciente interés en desarrollar intervenciones ha contribuido a la demostración de que los factores ambientales juegan un papel importante en el curso de la enfermedad, la baja adherencia terapéutica de muchos pacientes, y el hecho de que la medicación no siempre asegure la ausencia de recaídas, de sintomatología subsindrómica y/o de limitaciones en el funcionamiento. (Pinedo et al., 2012).

Suarez (2014) menciona que las intervenciones psicológicas se sustentan en el modelo de vulnerabilidad-estrés al trastorno, según el cual una predisposición o vulnerabilidad biológica en interacción con factores desencadenantes de tipo ambiental y social, pueden en momento determinado desencadenar crisis.

Terapia Cognitivo Conductual.

El paradigma en el que se basa la terapia cognitivo-conductual (TCC) engloba la existencia de pensamientos, emociones y conducta; teniendo en cuenta que después del gran éxito que tuvieron las escuelas del conductismo y el psicoanálisis surge este enfoque el cual vendría siendo el heredero de estas dos corrientes de los cuales toma algunos argumentos, replantea otros y propone nuevos con el fin de proponer objetivos que impacten como el concepto “la forma de pensar condiciona cómo las personas sienten y actúan”. (Orejarena, 2012).

Es frecuente encontrar que la mayoría de terapeutas cognitivo conductuales utiliza técnicas RC de reestructuración cognitiva para tratar a sus pacientes con procedimientos que resultan muy efectivos, ya que en estos procedimientos los pensamientos son trabajados por

el terapeuta como hipótesis que serán o no validados con ayuda del paciente, para sustituirlos o afirmarlos según sea el caso. (Bados, 2008).

Este enfoque es una especie de psicoterapia breve con objetivos limitados que fue creada por Aarón Beck, inicialmente fue propuesta para el tratamiento de la depresión, y ha resultado útil para tratamientos terapéuticos de distintos trastornos mentales, ya que permite identificar así como cambiar los aspectos desadaptativos del comportamiento y del procesamiento de la información; y genera mejores resultados que administrar medicamentos únicamente. (Scott, et al., 2006).

Según Muñoz (2007), las emociones y sentimientos a la hora de contrarrestar trastornos juegan un papel fundamental en la efectividad de terapias como la TCC, la relación terapeuta paciente es primordial para el logro de los objetivos propuestos, con el fin de que el paciente se sienta mejor y lleve una vida más autónoma, controlada y equilibrada.

La TCC es un tratamiento no agresivo, que pretende demostrar la capacidad que tiene el propio paciente, para a través del control de sus impulsos reducir conductas no deseadas e involuntarias. (Morales, 2012).

Intervención Familiar.

El ámbito familiar es afectado por los pacientes con TB, en algunos casos cuando se padece el trastorno las relaciones conyugales son complicadas, si se está casado o se vive en pareja, las relaciones familiares se dificultan, puesto que los miembros de la familia se pueden mostrar críticos e incómodos por la implicación emocional que tiene la persona afectada con ellos. (Miklowitz, 2002).

Ante la relevancia de esta problemática, se han desarrollado distintas intervenciones orientadas a la pareja o a la familia del paciente con TB, ya que como lo mencionamos la

convivencia con una persona afectada por el TB puede generar sensación de carga para los miembros de la familia que actúan como sus cuidadores, por las alteraciones familiares que esta persona produce. (Gutiérrez, Martínez y Rodríguez, 2013).

El soporte de cuidados de personas con TB depende en gran medida de la capacidad y bienestar de su cuidador. Si el cuidador está estresado y tiene menor capacidad de control, lo más probable es que su conducta con el paciente sea más desordenada e incoherente, de modo que reacciona más en función de sus estados emocionales que de las demandas reales del paciente (Marriott, Donaldson, Tarrier y Burns, 2000).

Pinedo et al., (2012) afirma que la terapia familiar pretende promover una relación de trabajo y colaboración activa paciente, familiar y profesionales. Las intervenciones suelen compartir ciertos componentes como son el módulo psicoeducativo, el entrenamiento en habilidades de comunicación y el entrenamiento en resolución de problemas: Con el primero se pretende dar información sobre la enfermedad y su tratamiento, incluyendo el entrenamiento de estrategias de afrontamiento para la prevención y manejo de recaídas.

El segundo pretende mejorar la comunicación entre los miembros de la unidad familiar a través del desarrollo de habilidades como la escucha activa, la expresión de emociones o la petición asertiva de cambios en la conducta del otro. Por último, el entrenamiento en solución de problemas pretende que los distintos miembros de la familia sean más competentes en la resolución de dificultades cotidianas. Las evidencias muestran que tras un episodio agudo la terapia familiar contribuye a mejorar el curso de la enfermedad. Manteniéndose la eficacia a lo largo de dos años de seguimiento. Cuando un paciente se encuentra eufórico, la psicoeducación grupal dirigida a sus familiares ayuda a prevenir futuras recaídas.

Psicoeducación.

La Psicoeducación intenta proporcionar un marco teórico y práctico en el cual las personas que sufren de TB y su núcleo familiar y social, puedan comprender y afrontar mejor dicho trastorno y sus posibles consecuencias (Colom y Vieta, 2004).

Estas intervenciones psicoeducativas parten de la premisa de que cuanto mayor es el conocimiento sobre la enfermedad y su manejo, mejor será su curso. Sin embargo, la psicoeducación cuenta con el entrenamiento de habilidades prácticas que mejoren la competencia del sujeto en el afrontamiento del trastorno. Por lo tanto, el enfoque psicoeducativo pretende incrementar la conciencia de enfermedad así como potenciar la adherencia al tratamiento. Además de entrenar al paciente en la detección precoz y el manejo de los síntomas iniciales, fomentar unos hábitos de vida saludables, evitando conductas de riesgo, y fomentar el manejo del estrés.(Suarez, 2014).

El Manual de Psicoeducación propuesto por Colom y Vieta (2004) cuenta con numerosos estudios clínicos, con el objetivo principal de incrementar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros, mejorar la actividad social e interpersonal entre episodios, afrontar los síntomas residuales subsindrómica y el deterioro e incrementar la calidad de vida del paciente y prevenir la conducta suicida.

Tratamientos: Farmacológicos

“Todos los medicamentos utilizados en el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas han sido descubiertos de manera fortuita durante el proceso de desarrollo de otros medicamentos, los cuales en su aplicación clínica demostraron efectos en la conducta y el psiquismo” (Humphreys, 2001, p. 25).

El anticonvulsivo valproato sódico recibió la patente de su uso para tratar la manía,

exactamente al mismo tiempo en que estaba expirando las anteriores patentes de antidepresivos. El Litio había funcionado con algunas personas pero con otras no razón por la cual no podía ser patentado. Inicialmente se indicó al valproato como el medicamento más fiable para estabilizar las personas con TB. (Leander, 2015).

Otros estudios generados recientemente en torno al TB, se han realizado por medio de tratamientos farmacológicos y el impacto en la calidad de vida de los pacientes según el fármaco suministrado: en estos estudios se analizó la olanzapina, haloperidol, fluoxetina, litio, valproato, entre otros. Según los resultados obtenidos parece ser más eficaz la olanzapina en comparación con el haloperidol, pero no mostró mayores diferencias con el valproato. Cada uno de estos estudios mostró que las variables de calidad de vida mejoraron en relación con el tratamiento del TB. (Revicki, 2016).

Un estudio realizado en el Instituto de Neurociencias de la Universidad de Granada, encontró que como era de esperarse, los pacientes con TB tienen peor salud mental que la población en general; afectada adicionalmente por un mayor uso de sustancias adictivas como el tabaco, el alcohol y un estilo de vida más sedentario. (Gutierrez, 2015).

Pacientes medicados con litio y otras drogas psicóticas indican que al tomarlas se sienten desconectados de sí mismos, aturdidos y extrañamente ausentes; sin contar que los pacientes pueden aumentar de peso y tener diversos efectos secundarios. (Leader, 2015).

Se ha determinado que con los tratamientos actuales, al menos un 70% de los pacientes depresivos responden al uso exclusivo de los fármacos, el 10% requiere un manejo adicional con terapia electroconvulsivante (TEC) y un 10% es resistente a todos los tratamientos conocidos. por consiguiente, el tratamiento farmacológico produce una notoria mejoría conductual y anímica desde las primeras semanas de uso. (Humphreys, 2001).

Tratamiento farmacológico durante el embarazo.

El litio puede provocar malformaciones en el primer trimestre de gestación, razón por la cual debería suspenderse. Especialistas recomiendan a las personas diagnosticadas con TB, planificar el embarazo, eligiendo un momento adecuado, es decir, cuando se cuente con mayor equilibrio emocional, estado eutímico prolongado y ausencia de factores estresantes. (Retamal, 2001).

Es importante considerar que el medicamento consigue mantener en buenas condiciones a las personas afectadas por TB y habitualmente su suspensión lleva a la recaída a todos los enfermos en un lapso de tiempo variable, razón por la cual se recomienda seguir con el tratamiento farmacológico después del primer trimestre de gestación.

Durante el embarazo se debe vigilar estrechamente el efecto del medicamento en la paciente, además se deberá evitar efectos sobre la vitalidad del recién nacido, conviene suspender el litio días antes del parto y reinstalarlo al día siguiente, ya que la decisión más segura es continuar con la profilaxis. En tal caso el lactante no debe ser amamantado. (Miasso, De Bortoli y pedrao, 2008)

Estabilizadores del ánimo de segunda generación.

Debido al permanente desarrollo científico y la industria psicofarmacéutica, continuamente aparecen nuevos medicamentos destinados a ampliar, perfeccionar y mejorar las alternativas terapéuticas de las enfermedades mentales. (González, 2001).

La lamotrigina, este fármaco fue aprobado en Estados Unidos en el año 1997 como antiepiléptico y durante su aplicación clínica se observó que tenía un efecto en el estado del ánimo de los pacientes. Se comenzó entonces a realizar estudios con los pacientes

diagnosticados con TB observando un efecto positivo en especial en los pacientes resistentes a los tratamientos convencionales. (Calabrese, 2000).

Se ha observado que ha sido eficaz en las personas afectadas por TB con ciclos rápidos, moderada eficacia en las fases depresivas y marcada en el manejo de la manía; pero sin producir los efectos secundarios como aumento de peso como en ocasiones lo provoca el litio y otros anticonvulsivantes. (González, 2001).

La gabapentina, fue aprobada de igual modo en Estado Unidos en el año 1994. es en la actualidad una alternativa de tratamiento de mantención y de recaídas de la enfermedad, con escasos efectos adversos como la somnolencia, fatiga, vértigo y molestias gastrointestinales. (Calabrese, 2000).

Es importante tener en cuenta que la gabapentina al igual que la lamotrigina son fármacos relativamente nuevos, con menor número de casos tratados; además tener un elevado costo comparado a medicamentos tradiciones; pero es de esperarse que disminuya su costo en la medida que se masifique su uso. (González, 2001).

Variable entre sexo

Respecto la incidencia de TB según género, la proporción de hombre y mujeres tiende a ser similar, aunque en las mujeres la depresión (monopolar) tiende a ser mayor. (Retamal, 2001).

La Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) en un estudio realizado en el 2012, encontró que las mujeres presentan una calidad de vida más deteriorada con respecto a los hombres. (Revicki, 2016).

TB en Colombia

Las personas colombianas con TB; según un estudio de la universidad de la sábana, dieron como resultado que el 80% de las personas en el país que posee este trastorno no ha sido diagnosticadas y se cree que el 3% de la población adulta en el país padece de este desorden mental, y que el 15% de los individuos en esta condición se suicidan. (Duque, 2017).

Las personas con TB en Colombia, según estudios realizados dieron como resultado que la mitad de personas con TB, tienen entre 18 y 23 años; el 20% están entre 30 Y 40 años y el restante está por encima de los 50. Sin embargo, aunque la mayoría de personas que presentan esta enfermedad son mayores de 18 años, hay niños que padecen este trastorno. (Duque, 2017).

En Colombia, en una población de Caldas llamada Aránzazu, se registra como el municipio con más elevado número de personas con TB, ya que recientes estudios indican que el 5% de esta población lo padece. (Espinoza, 2017).

Es la mayor incidencia de esta enfermedad mental en el departamento, y, según el Ministerio de Salud, podría ser una de las más altas del país (aunque sobre esto no hay certeza porque la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 –el mayor estudio hecho sobre el tema– no tuvo representatividad municipal).

Para Juliana Gutiérrez (2016), coordinadora del Ministerio de Salud, esta problemática ha sido abordada durante muchos años, por lo que se puede hablar de antecedentes en materia de investigación que permiten abordar la razón por la cual Aránzazu tiene los altos índices de TB.

Miembros de las universidades de Antioquia y Caldas han realizado investigaciones al respecto. Otros se han aventurado a llamarlo la teoría del gen paisa, una tradición que en

otra época se veía mucho en las familias para conservar su apellido.

Últimas investigaciones acerca del TB

Según Torres (2015), la importancia del estudio del TB se desprende en su diagnóstico, para que su tratamiento sea adecuado y oportuno a fin de simplificar las graves consecuencias implícitas para el paciente y su familia.

Una investigación realizada por Fredman et al. (2016), con una muestra de 108 adultos con TB sometidos a intervención psicoeducativa, ha tratado de determinar si el nivel de implicación emocional de los familiares moderó los efectos de la intervención psicosocial en los síntomas del estado de ánimo durante un período del año.

En el estudio se observó que, la terapia basada en la familia puede aumentar el suministro de asistencia social adecuada y que pueden, a su vez, conducir a mejoras en los pacientes con síntomas depresivos.

Además en el estudio se logró observar la relación de causa y efecto entre los síntomas del paciente y los comportamientos emocionales de participación de los familiares, los resultados sugieren que la intervención familiar puede alterar la trayectoria adversa de los síntomas en los pacientes cuyos familiares muestran un oportuno comportamiento en las interacciones familiares.

Miklowitz y Chung (2018) en un estudio enfocado en Terapia Familiar para el TB, realizaron la intervención en una muestra experimental de 60 personas afectadas por TB en las cuales la terapia se basó en tratar las habilidades que incluyen expresar sentimientos, peticiones positivas, la escucha activa, reconocimiento de los sentimientos negativos por medio de la comunicación, entre otros.

Para cada habilidad, un participante se nombró el hablante y el otro el oyente. Así,

por ejemplo, un padre puede ser instruido para escuchar activamente cuando su hijo exprese sus sentimientos en un episodio depresivo, a fin de propiciar la ayuda necesaria.

El estudio arrojó como resultado que la terapia familiar de habilidades puede reducir las probabilidades de que una persona desarrolle el TB, o como mínimo puede reducir el nivel de gravedad de los síntomas o deterioro funcional asociado a su aparición.

Recientemente Dolman, Jones y Howard (2016) del Real Colegio de Psiquiatras de Londres, realizó un estudio acerca de las mujeres con TB y el embarazo; Este fue un estudio tipo cualitativo con una muestra intencional de 50 mujeres con TB, considerando el embarazo, o que están o han embarazado, complementada con datos de un foro en línea.

Los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas, donde algunas de las mujeres entrevistadas refirieron en su historia familiar que habían tenido un padre con TB, por lo cual sienten que tuvieron una infancia perturbada y no una vida familiar feliz; y en la actualidad experimentan una preocupación por repetir esta misma historia con sus hijos ya que sienten que no cuentan con la capacidad suficiente para ser madres. Esto sin contar el estigma que perciben de la sociedad e incluso de sus mismos familiares.

Este estudio pone en evidencia las necesidades de información de las mujeres con TB, tanto antes de la concepción como en la maternidad, y la necesidad de mejorar la formación de todos los profesionales de la salud que trabajan con mujeres con TB en edad fértil para reducir las actitudes que estigmatizan y aumentar el conocimiento de la base de pruebas sobre el tratamiento en el período perinatal.

Bedoya y Builes (2013), realizaron un estudio de tipo cualitativo, donde participaron 12 familias a las que se hicieron entre dos y tres entrevistas en profundidad y se construyó el genograma, para determinar las condiciones del cuidado en familias antioqueñas con un miembro afectado por el TB.

En el estudio los testimonios de las familias participantes permitieron construir dos categorías axiales: la vía para ser cuidador y las condiciones del cuidado. Ellas, a su vez se convierten en ejes explicativos del estrés familiar.

Los relatos escuchados permitieron reconocer la manera como la familia está constituida, las dinámicas que la enmarcan, los estilos relacionales y comunicativos, la forma de tramitar los conflictos, entre muchos otros aspectos del funcionamiento familiar, que influyen en cada uno de sus miembros y se tornan en factores decisivos para el curso del estrés y agotamiento del cuidador en los casos en que hay un enfermo de TB.

Del estudio se pudo concluir que una dinámica familiar resiliente permite la aparición de emociones expresadas bajas, en tanto que en una familia con una dinámica poco resiliente la forma de funcionamiento está determinado por las emociones expresadas altas. Como consecuencia de esto, tienden a aumentar el estrés y el agotamiento del cuidador y de la familia. Por lo anterior la psicoeducación y la terapia familiar pueden contribuir a la regulación de las emociones expresadas altas, mejoran el desempeño social y la adherencia farmacológica así como también disminuyen las recaídas.

Contreras y Raventós (2014) realizaron un estudio con el objetivo analizar las características clínicas, sociodemográficas y curso del trastorno, en familias costarricenses con uno o más miembros afectados por TB. Se estudiaron a 167 pacientes con TB tipo I, los cuales provenían de diferentes familias de Costa Rica.

El estudio arrojó que el trastorno por uso de sustancias seguido por los trastornos de ansiedad, constituyen las condiciones comórbidas más frecuentes en el TB tipo I. La edad de inicio más temprana de TB tipo I en probando, se asocia con mayor número de afectados por dicho trastorno en familiares de primer grado.

Porcar, Gimeno, Pedraz y Palmar (2015) realizaron un estudio, con abordaje

cualitativo, que analizó el cuidado familiar de las personas con trastorno mental grave (TMG), como lo son la esquizofrenia, el TB, trastorno delirante y trastorno esquizoafectivo.

El estudio concluyó que la producción científica internacional sobre el cuidado informal familiar de la persona con TMG, en el contexto del hogar familiar, es limitada.

Se estimula la ampliación del abordaje científico del cuidado familiar con el fin de encontrar evidencias para la elaboración de guías de cuidadores familiares y para la práctica clínica de cuidadores profesionales, teniendo en cuenta que el costo económico de los trastornos mentales, en países con una economía de mercado, está próximo a 3% del PIB. (Lehtinen, Riikonen y Lahtinen, 2000).

Restrepo y Acevedo (2013), realizaron un estudio de caso de abordaje cualitativo, que describe el funcionamiento de una familia con un miembro adolescente con TB, haciendo énfasis particular en las implicaciones de la enfermedad mental en los procesos estructurales y relacionales del sistema familiar.

El caso descrito señala la importancia de la intervención sistémica prioritaria que puede ofrecerse a tanto al paciente como a la familia. Las alteraciones en el funcionamiento de esta familia, en particular, son ejemplo de las que ocurren en otras familias con un miembro con TB, y se asimilan a las reportadas por otros estudios en otras latitudes, donde se muestran también alteraciones en la totalidad de las áreas de funcionamiento familiar, evaluadas desde múltiples modelos teóricos, en especial, cuando es un hijo quien padece la enfermedad mental. (Holmgren et al. 2005).

Se observó que las expresiones individuales del TB del adolescente de dicho estudio, están caracterizadas por una deficiencia en las habilidades comunicativas, en particular, en la expresión de las emociones y por el rechazo a la educación formal en períodos de relativa eutimia, y estas expresiones adquieren un significado particular dentro del entorno familiar

en el que se desenvuelve, donde la expresión de las emociones es censurada, el conflicto presente es evitado y el elemento racional e intelectual es considerado prioritario sobre el emocional. (Acevedo, 2013).

Cabe resaltar en el estudio, que en la familia evaluada, tanto el padre como la madre fluctuaban en sus reacciones emocionales de manera constante, apuntando a generar cambios en los comportamientos del adolescente; el padre, generando variaciones entre la permisividad y la creación de límites claros, y la madre, variando su distancia emocional.

Probablemente como afirman Moltz y Newmark (2002), el desequilibrio en el ánimo puede generar falta de predictibilidad en las interacciones y en consecuencia los miembros no afectados por la enfermedad, oscilan entre reacciones emocionales fuertes y aisladas, como modo de ejercer control sobre las fluctuaciones que se presentan.

Pedrosa (2015) mencionó que el TB tiene una alta prevalencia en la población mundial, lo cual exige a los investigadores continuar profundizando en estudios ya sean doble ciego, meta-análisis y ensayos clínicos, pues aún existen enigmas que constituyen barreras en su prevención.

Diseño Metodológico

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, el cual pretende abordar por medio de un estudio de caso la calidad de vida e interacción familiar de una persona que padece el TB, de tal forma que se manejaron dos diseños metodológicos, el narrativo y el fenomenológico.

Con relación al diseño narrativo, se refiere a los pasajes o épocas de la vida de una persona afectada por TB, sus experiencias o situaciones vinculadas cronológicamente y como la enfermedad evolucionó durante cada etapa de su ciclo vital, el análisis de la información se realiza a través de las vivencias contadas por quien experimenta el TB. (Hernández, 2014).

El procedimiento consiste en recopilar narraciones de las experiencias de la persona afectada por el TB en función a resolver el interrogante y lograr los objetivos propuestos. De acuerdo con Czarniawska, 2004 se armara una historia general situando las experiencias personales en el contexto social de la persona afectada por TB, es decir, en su trabajo, su hogar, comunidad, entre otros.

Respecto al diseño fenomenológico, su propósito principal es explorar, describir y comprender las experiencias de la familia nuclear de una persona afectada por el TB y descubrir los elementos en común de tales vivencias de los cuales se desprenden las categorías. (Hernández, 2014).

En efecto, según Esbensen, Swane, Hallberg y Thome, 2008, primero se identifica el fenómeno y luego se recopilan datos de las personas que lo han experimentado, para finalmente desarrollar una descripción compartida de la esencia de la experiencia para todos los participantes lo que vivenciaron y de qué forma lo hicieron.

La muestra estuvo conformada por una familia Bogotana, que se describe a sí

misma como cristiana y de clase media, compuesta por ocho miembros: Ernesto, de 56 años el padre; Ruby, de 32 años nacida en Boavita- Boyacá, vive en Bogotá desde sus 15 años de edad, fue diagnosticada con TB tipo I desde los 25 años cuando tuvo su primer embarazo; dos hijos de la primera unión de Ernesto: Johana, de 29 años, y Víctor, de 28 años; Por último cuatro hijos de la actual unión: Jazmin de 7 años es estudiante de segundo de primaria, Manuel de 6 años estudiante de primero de primaria, Lady de 5 años Jardín y Jesús de 3 años está en casa con los padres.

Ambos padres, cuentan con educación secundaria, Ernesto es trabajador independiente y Ruby es ama de casa; Johana y Víctor de igual manera son trabajadores independientes y aportan gran parte para el sustento económico del hogar.

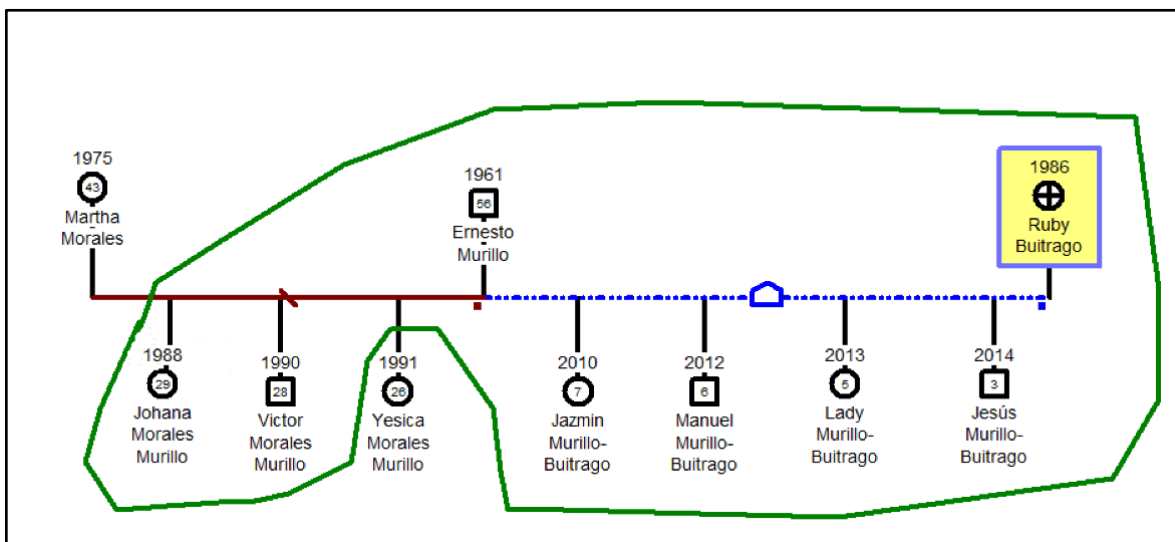


Imagen 1. Genograma de estructura familiar de Ruby, persona afectada por el TB.

Como se muestra en la imagen 1, la familia nuclear de Ruby es de tipo reconstituida, ya que después de la separación de uno de los cónyuges, conviven en unión libre con hijos propios de la unión y dos mayores de distinta progenitora.

En la investigación se utilizaron diversas técnicas, para recoger los datos, como lo son la observación directa y la entrevista. Además, se recolectaron datos de diferentes

tipos: lenguaje escrito, verbal y no verbal, conductas observables e imágenes. (Lichtman, 2013 y Morse, 2012).

Criterios de confiabilidad.

Los instrumentos de entrevista utilizados fueron sometidos a la valoración de una psicóloga clínica, como parte del proceso para su estimación como jueces expertos.

Aspectos éticos.

Según la Ley 23 de 1981, su decreto reglamentario 3380 de 1981: en la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de salud y en las demás normas que los modifiquen, para este ejercicio académico se utilizó un consentimiento informado como la aceptación libre por parte de la muestra estudiada, después de haberle comunicado adecuadamente las condiciones y actividades a realizar, quedando constancia de la anuencia mediante la firma de un documento por cada uno de los participantes.

Resultados

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	FRAGMENTOS RUBY	FRAGMENTOS CONYUGE	FRAGMENTOS VICTOR	FRAGMENTOS JOHANA	ANALISIS (UNIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN)
	Estado de animo			"yo creo que el trastorno bipolar consiste en un tipo de desequilibrio emocional o doble forma de sentir las cosas en una persona, es decir, como no tener claros sus sentimientos y como los va a expresar, a veces esta triste y luego se pone brava por todo."	"El trastorno bipolar según lo que yo comprendo es una afectación en la parte tanto emocional de la persona como psicológica, afectando su estado de animo en el cual la persona puede tener cambios bruscos o cambios en su estado animico, de pronto la persona esta alegre y de pronto después la persona cambia su estado de animo sin ninguna razón o motivo".	Dos de los participantes entrevistados, creen que el TB es una afectación en el estado de animo de la persona, tener un conocimiento claro de la enfermedad dará a los familiares la capacidad de ayudar a Ruby con su adaptación. (Lammoglia, 2008).
Conocimiento del TB	Daño cerebral	"un poquito, pero por que es un trastorno afectivo? Por que afectivo? Me dicen que es un trastorno afectivo tipo I, eso de donde vendrá? Sera por la depresión? A veces me estreso y siento un dolor en esta parte (se toca el pecho) el doctor me dijo que se me murió una parte del cerebro...". "A mi me diagnosticaron desde que tuve a mis bebes pero no recuerdo bien"	"Es un desequilibrio en el cerebro asea en sus emociones, de pronto es algo que tiene mal en el cerebro y por eso se comporta así, como brava pero a veces llora se deprime, deprime es? Si por eso ella cambia por que tiene un daño en el cerebro, por eso se comporta así, mi esposa nació con una deficiencia cerebral, eso es de nacimiento..."	"en su cerebro algo ocurrió algo se atrofió algo sucedió, porque desde que yo la conozco ha tenido como en su comportamiento cosas raras que no son tan normales pero que no son tan anormales, es decir, de pronto pasan desapercibidas en una persona pero que si uno se pone a mirarlás o detallarlás eso indica que está sucediendo algo..."		El cónyuge de Ruby describe el TB como un desequilibrio cerebral, respecto a esto los científicos han descubierto que el cerebro de un paciente que sufre TB tiene diferencias cerebrales respecto a una persona normal. (Vieta, 2001). Ruby no asegura haber tenido grandes cambios en su estado emocional, después de su primer alumbramiento, pero se pregunta por que tiene un trastorno afectivo, en sus respuestas se percibe inquieta por este tema, por lo que puedo observar que no tiene claro el concepto de su enfermedad ni los aspectos importantes que esta conlleva.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	FRAGMENTOS RUBY	FRAGMENTOS CONYUGE	FRAGMENTOS VICTOR	FRAGMENTOS JOHANA	ANALISIS (UNIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN)
	Factores Ambientales	"Recuerdo que, cuando mi papá iba, Cuando tenía unos cuatro o cinco años, yo iba y mi mamá me mandaba, valla pidale plata, y eso "papá deme plata" y me acuerdo que en esas sacaba billetes de \$2.000 y me daba, eso es lo que me acuerdo, el iba cada jum, cada seis meses mas o menos".			"yo pienso que el hecho de que el papá la abandono y la dejo sola, por que el papá nunca la reconoció, nunca la apoyo, ella no estuvo nunca con su papá, entonces esto influyo en ella por este rechazo, por que a ella de pequeña la rechazaron mucho.."	Ruby fue víctima de abandono por parte de su padre, según Gejman (2010), estos factores ambientales juegan un papel determinante en la aparición del TB cuando la persona tiene una predisposición genética a dicho trastorno.
Etiología del TB	Factores Psicosociales	"En mi niñez como le dije yo iba a visitarlo, y yo viví con el, la esposa era la que no, no ella escondía el cable del computador era, un poco como gente del mundo, entonces, era como le explico de esas personas que no quiere que uno este, que no quiere que uno viva con ellos o talvez que, sí? son varias cosas, yo viví con ellos como 2 o 3 años y no seguí viviendo haya por la esposa." Johana me dijo y Victor "cuando conocimos a Ruby era toda rara es decir toda rara pero yo no se a mi siempre me han dicho que soy rara, yo no pedí esto que fuera así, no se que mas pensaran"	"Pues primero todas las vivencias que ella tuvo cuando era pequeña, ella no viene de una familia fácil, la mamá es una porquería que pena la expresión pero es la verdad y ella se empeoro por el trato que ella tuvo desde que nació."	"Pues primero todas las vivencias que ella tuvo cuando era pequeña ..."		Según los participantes Ruby se desarrollo en un ambiente poco adecuado, ya que vivía únicamente con su mamá, pues su padre la abandono y ella sentía constante rechazo por parte de sus familiares mas cercanos, esto pudo desencadenar en Ruby la aparición del TB. Los recuerdos de las experiencias vividas por Ruby están asociadas a su padre y al hecho de no haber vivido con el, el rechazo parental según Barkley (2008) esta mas altamente asociado con conductas suicida. Ruby describe que su familia la puede ver con una persona rara y refiere que siempre le han dicho así, estos factores sociales pueden estar asociados a su desarrollo del TB, ya que el entorno familiar podría influir en el desarrollo de la autoestima y en el auto concepto que tiene Ruby acerca de sí misma y de los demás. (Scott, 2005).
	Factores Hereditarios	"Nadie, nadie, no señora de verdad que no, será por alguna genética de mi abuelita por parte de mamá que ella era triste por todo o es todavía, hay es que por lo menos ella decía mi Ruby por que se enfermo verla así cuando ella era tan avispada yo no se que, cuidaba, si se portaba bien, a veces, cuando yo iba a vacaciones o algo me quedaba donde ella la acompañaba, si muchas cosas, compartíamos si, ella todavía vive tiene 85 años algo así, pero sigue así..."	"Eso es de nacimiento por la genética, mi suegra es como agresiva es una persona que no sirve para nada, a veces es como medio gritona y puede cambiar rápido de estar brava a ponerse a llorar..."	"Debe tener algo de hereditario o algo por que uno conociendo a la familia, yo que conozco a la mamá y al hermano y uno ve rasgos y cosas tan similares que uno dice algo tiene que haber hay, como por ejemplo la mamá cuando quiere estar bien, pues esta bien pero entonces a veces es grosera y es de un momentico a otro."		Ruby en primer lugar niega el hecho de tener algún familiar con TB, aunque posteriormente atribuye las causas a factores genéticos por que su abuela siempre ha sufrido de depresión, la principal causa a la que se le atribuye al TB es al factor hereditario, ya que se dice que más del 70% de los casos se deben a este motivo. (Torres, 2015). La familia de Ruby mencionan que puede haber una alta probabilidad de que la madre de Ruby este afectada por el TB, ya que según algunas personas que la conocen, refieren que tiene comportamientos extraños, acompañados de desequilibrios emocionales, además de esto todas las enfermedades del ánimo tienen un componente hereditario, según expertos especialmente el TB.. (Retamal, 2001).
Pronostico del TB	Gravedad del TB	"yo digo que grave fue cuando yo estuve casi un año tan terrible que fue mal, mal que cuando me hospitalizaron por primera vez yo gravísima que no podía..." "Pues, como lo describo pues, uno se siente como deprimido, o triste talvez o no se, o cuando estaba embarazada eran como emociones, "como siempre" yo no se a un rato bien al otro rato esta mal, no pero toca manejarlo, como siempre porque yo digo que es de manejar por que talvez es grave por mi depresión posparto por que si sobretodo eso."	"Yo la veo como una persona enferma y gravemente por que ella esta bien y hay momenticos en los que se transforma y cambia su forma de ser, ella es como si no entendiera lo que pasara a su alrededor yo no se pero yo la veo mal..."	"pues yo veo a Ruby afectada claro y arto, ella a pesar de que muchas veces dice que no y que mejor dicho cuando le conviene pero ella si está afectada mentalmente grave, bastante porque ella no es como una persona equilibrada si no que a veces está bien a veces está mal, a veces el día de que cualquier cosa pasa entonces explota por bobadas..."	"Yo percibo esta enfermedad y grave por lo mismo que explique del trastorno bipolar porque es una persona que normalmente no reacciona o no actúa de una manera constante sino ella tiene unas alteraciones en su estado de ánimo..."	Dentro de las creencias de los participantes perciben a Ruby como una persona gravemente afectada por el TB, debemos tener en cuenta que el TB es considerado como un trastorno crónico, grave y se pueden ver afectados los mecanismos cerebrales por la base genética que regula el estado de ánimo. (Strejilevich, 2012). Ruby manifiesta que siempre ha tenido problemas de ánimo, que a veces se siente bien pero a veces mal, refiere haber estado deprimida durante y después de su primer embarazo, en la mayoría de casos las mujeres embarazadas pueden presentar problemas emocionales severos durante el curso de éste o durante el primer mes después del parto. (Blehar, 2007).
	Embarazo	"Mi mamá me decía que cuando estaba embarazada de mi tuvo muchos traumas, le hacían la vida imposible, ella tenía malos pensamientos, no comía, ósea todo esto creo que viene desde el vientre, malos pensamientos, pensamientos de aborto bueno yo no se, una raíz de maldición desde el vientre"	"pues al principio no era tan grave pero ahora, desde que quedé embarazada ella cambió totalmente, yo creo que le afecto, se desequilibró más..."			Especialistas recomiendan a las personas diagnosticadas con TB, planificar el embarazo, eligiendo un momento adecuado, es decir, cuando se cuente con mayor estabilidad emocional, estado eutímico prolongado y ausencia de factores estresantes. (Retamal, 2001), aparentemente Ruby no planifico sus embarazos lo que pudo haber exasperado los síntomas del TB.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	FRAGMENTOS RUBY	FRAGMENTOS CONYUGE	FRAGMENTOS VICTOR	FRAGMENTOS JOHANA	ANALISIS (UNIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN)
	Vínculos Familiares	<p>"Si. Muy feliz por tener esta familia tan hermosa, y a mis bebes también pues aceptame así con lo que me toca con tanto medicamento con todo pero yo digo gracias a Dios..."</p> <p>"Yo soy la mayor de mis hermanos, mi papá vive aquí en Bogotá trabaja en el hospital de Fontibón es ingeniero de sistemas yo viví con el y con la esposa pero ella me hacía la vida imposible me saco del apartamento que era en Suba Rincón, y mi familia la conforman mi esposo Ernesto, con mis cuatro bebes, los dos hijos de mi esposo Victor y Johanita y ya"</p>	<p>"más bien a veces ni decirle nada, ella dura a veces días sin levantarse de la cama pero yo no le molesto no le digo nada, para evitar que ella se enferme se ponga mal y le de alguna de esas crisis..."</p>	<p>"Me siento muy afectado, desde mi punto de vista, vivir con Ruby no es fácil, por que uno siempre anda con ese limitante y yo aquí siempre estoy prevenido, es decir uno no puede dar un punto de vista libremente por que, no es como estar con personas normales, que a uno le dan un chocolate y uno dice uy eso quedo como dulce", entonces uno tiene que aprender a generar esa estrategia de comunicación para que ella no lo tome a mal..."</p>		<p>La familia nuclear de Ruby tiene una participación muy importante, ella describe ser la mayor de sus hermanos y describe no haber tenido una buena relación con la esposa de su padre; no menciona a su madre en la descripción de su familia, lo que podría mostrarnos una escasa o deteriorada relación con ella. Los participantes creen que es difícil mantener una comunicación con Ruby, ya que la perciben como una persona delicada y sensible ante los comentarios, en muchos casos, la falta de confianza y el resentimiento resultante de la enfermedad se pueden superar mediante técnicas de comunicación destinadas a reducir críticas y conflictos o a través de técnicas de resolución de problemas cuya finalidad es enseñar a la familia y a las personas vinculadas con el enfermo bipolar. (Lammoglia, 2008). Si el paciente y la familia aceptan la enfermedad y el tratamiento, existirá una alta probabilidad de no sufrir recaídas. (Goodwin, 2007).</p>
	Relaciones familiares	<p>"Para mi ¡ja! Significan todo, todo, son mi vida mis bebes son mi vida, todo, todo para mi, los siento aquí en mi corazón, yo no se yo los amo los adoro, los quiero mucho, los quiero mucho..."</p> <p>, me provocaba coger un cuchillo cortarme las venas, cuando pasaba la calle a veces me le tiraba a los carros, como sin sentido si, yo decía infinito Dios yo dije por mis bebes Dios ayúdame, mire al cielo y dije tengo que poner de mi parte..."</p>	<p>"yo estoy pendiente de todo por eso prácticamente a ellos no les afecta por que yo soy papá y mamá, estoy pendiente de ellos prácticamente día y noche todos los días a todo momento entonces es por eso, pero ellos con otro papá diferente les afectaría mucho uff claro por que ella no es una persona con la capacidad de ver por esos niños, ella trata pero no puede..."</p>		<p>"Ella no tiene mayor responsabilidad por los niños, es como que estuviera en una burbuja y no se diera cuenta de lo que les pasa o necesitan, mi papá es el que esta en todo con ellos"</p>	<p>Ruby manifiesta que por sus hijos no se suicido, es importante tener en cuenta que las cifras indican que casi la mitad de todos los individuos con TB intenta al menos suicidarse una vez, razón por la cual la familia necesita estrategias que le permitan comprender mejor el tratamiento a seguir y afrontar los altibajos de esta enfermedad. (Carrasco, 2014). Los participantes perciben a Ruby como una persona sin la capacidad para cuidar y educar a sus hijos y creen que ellos dependen 100% de su padre, aquí podemos ver como claramente los niños se ven afectados ya que sus interacciones filiales depende de las normas de cuidado en el entorno inmediato de la familia y de la conformación de la familia a lo largo del curso vital. (Álvarez, 2016).</p>
	Paterno-filial	<p>"Con mi papá biológico pues chévere, aunque nunca viví de pequeña con él, el sí siempre que hija que esto que lo otro no me volvió a llamar no me volvió a decir nada, si todo eso, a el la ves pasada que fue a Bochica y eso fue a visitarme cuando nació Manuel, fue y bueno me dijo que talla son los niños, que para comprarles ropa, entonces ni mas lo volví a llamar, Ernesto me dice que no lo llame..."</p>				<p>Uno de los factores de riesgo para el desarrollo psicológico y social de un niño es la ausencia de uno de los padres (Bensson, 2003). Ruby creció únicamente con su mamá y sus hermanos, refiere que en la actualidad no tiene contacto con su padre por que refiere que su esposo se lo prohíbe lo que ocasiona en ella un sentimiento de abatimiento ya que ella quisiera que su esposo fuera mas abierto a que su padre mantenga un vinculo con ella.</p>
	Padrastro	<p>"¿La relación con mi papá o con mi padrastro? con el esposo de mi mamá , con el era muy chévere, el una persona que siempre respetaba ante todo siempre el respeto decía "Ruby es como si fuera mi hija, siempre el respeto siempre, los trato a todos igual, y hay si nada que decir, pues delicado y si por supuesto pero digamos me acuerdo que, o yo me daba de cuenta, que a la hija de él le daba como que mas que a mí, o algo así, pero yo si de pronto bueno a mi no, lo mismo, la mavor la hiia de el. si..."</p>				<p>En el relato de Ruby hay incoherencia al decir primero que el padrastro no tenia preferencias y que a ella la veía como una de sus hijas, pero luego refiere que se daba cuenta que tenia preferencia con la hija mayor. Ruby en su infancia pudo haberse sentido insegura hacia su padrastro y esperaba ser desplazada sobre la base de la experiencia pasada del abandono de su padre.</p>

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	FRAGMENTOS RUBY	FRAGMENTOS CONYUGE	FRAGMENTOS VICTOR	FRAGMENTOS JOHANA	ANALISIS (UNIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN)
	Alteraciones a nivel personal		"Es duro, lo que pasa es soy una persona fuerte no se me nota mucho pero a nivel personal yo sé muchas veces me siento desesperado me siento mal y a veces exploto.."	"Bueno a mi papá lo ha afectado mucho, es complicado, yo sé que mi papá a nivel personal el si ha sido muy afectado, .."	"afecta de pronto también psicológicamente porque Ruby piensa que el problema solo es de ella pero no es así, el problema no es solo de esa persona si no es de los dos, de pronto mi papá se carga mucho por las responsabilidades por toda la situación entonces se afecta a nivel personal obvio..."	Es importante contar con el tratamiento adecuado tanto para Ruby como para su familia, especialmente el cónyuge, quien por las creencias de los participantes se encuentra afectado por la enfermedad de su esposa, ante la relevancia de esta problemática, se han desarrollado distintas intervenciones orientadas a la pareja o a la familia del paciente con TB. (Gutiérrez, Martínez y Rodríguez, 2013).
	Relación Conyugal	"Cuando, por lo menos hay una discusión con mi esposo, el es bastante delicado siempre, es lo que el diga y ya, uno se siente como deprimido, o triste tal vez o no se... o no se y con él tampoco tenemos la culpa y yo no le hecho la culpa a él pero que de pronto el con su forma de ser y yo no me dejo, y el que esta yo no se tantas y tal cosa entonces yo hay me quede como..."	"yo la tengo controlada, yo soy firme con ella cuando se dice algo no es lo que ella quiera, yo la controlo..."	"yo considero que mi papá también tiene la culpa en muchas cosas por que mi papá es controlador y extremadamente posesivo yo no se si mi papá hubiera podido hacer algo con una mujer que sea independiente, con una mujer que trabaje que traiga plata, me parece complicado por que mi papá es de esas personas que también tienen sus cositas que le gusta ser controlador y que todo se haga como el quiera y el es el que manda v dunto."	"Mi papito a veces es o que el diga y punto y no la escucha, mi papá es un poco posesivo y autoritario, no la deja hacer ni opinar nada.." "Obviamente al tomar medicamentos trata de controlarle y ayudarle y la mantiene nivelada, si controlada, pero hay cosas que si en su normalidad y en su vida se desestabilizan..."	Ruby al vivir en pareja tiene una probabilidad doble de separarse en comparación con los controles realizados en personas sanas. (Grande, 2016). En un estudio realizado en el 2012, se encontró que los pacientes solteros o que nunca se habían casado presentaban menor deterioro funcional que los pacientes casados. (Revicki, 2016). El cónyuge de Ruby que actúa como su cuidador, está generalmente estresado y tiene menor capacidad de control, por ello lo más probable es que la conducta de Ruby sea más desordenada e incoherente, ya que reacciona más en función de sus estados emocionales que de las demandas reales de Ruby. Probablemente como afirman Moltz y Newmark (2002), la inestabilidad en el ánimo puede generar falta de predictibilidad en las interacciones y en consecuencia los miembros no afectados por la enfermedad, oscilan entre reacciones emocionales fuertes y aisladas, como modo de ejercer control sobre las fluctuaciones que se presentan.
	Farmacológicos	Yo me la paso adormecida como me dicen como dormida con la medicina pero bien gracias a Dios, me aferro a Dios, que no me tomo la queteapina por estos 15 días de 200 ml y no me la he tomado, me tomo es 50 ml en la mañana y 50 ml en la noche con 500 de ácido valproato por la mañana lo mismo por la noche entonces me siento con la queteapina de 50 normal en cambio con la de 200 me dijo Leidicita con una somnolencia como dormida, hay Dios mío no sé, pero digo señor Jesús yo... sobre todo cuando me tomo la de 200, de 150 estoy tomando 50, imagínese me faltan 150, entonces me siento así, hay es donde señor Jesús	"Eso haya donde le dan citas a uno se demoran a veces para dar la droga, ella necesita eso y no le puede faltar, entonces le toca a uno meterse la mano al bolsillo para comprarla..."	"Negativo pues que Ruby esta siendo tratada medicamente, pero a medias, ósea que pasa para, tratar una cosa de esas hay que tener plata, lastimosamente es así, en este momento se hace lo que puede, toca sacar como 4 citas para que le den la droga, a veces no se la dan, a veces es un problema con eso por que además es costosa.."	"Como aspecto negativo, los medicamentos son carísimos y cuando de pronto no se los dan en la EPS nos toca comprarlos a nosotros, una caja de esas de queteapina vale como \$80.000 entonces eso afecta mucho..."	Ruby no cuenta con los recursos económicos para el pago de EPS o medicina pre pagada, ella cuenta con el sisben y el servicio no satisface las necesidades del tratamiento farmacológico, empeorando de esta manera su calidad de vida; Estudios generados recientemente en torno al TB, se han realizado por medio de tratamientos farmacológicos y el impacto en la calidad de vida de los pacientes según el fármaco suministrado: Cada uno de estos estudios mostró que las variables de calidad de vida mejoraron en relación con el tratamiento del TB. (Revicki, 2016).
	Tratamiento			"el apoyo psicológico no se lo están dando, el ambiente apropiado no se le esta dando, digamos que dentro de lo posible lo que uno mas puede, que ella tiene una casa que nadie le moleste que nadie le dice nada, que tiene una paz, pero ella debería estar en recibiendo un tratamiento extra como viviendo experiencias diferentes, con una mente mas relajada, mejor dicho diferente y a nosotros como familia también nos falta.."		Ruby y su familia no cuentan con un constante tratamiento psicológico, es de reciente interés desarrollar intervenciones que contribuyan a la demostración de que los factores ambientales juegan un papel importante en el curso de la enfermedad (Pinedo et al., 2012).

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	FRAGMENTOS RUBY	FRAGMENTOS CONVUGE	FRAGMENTOS VICTOR	FRAGMENTOS JOHANA	ANALISIS (UNIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN)
Estilo de vida	Espiritual	"pues yo, Hacer oficio, (risas) si? hacer oficio, me encanta leer la palabra de Dios, escuchar música cristiana de Alex Campos, si?, Marcos Witt; también escribir, lo de la palabra, hacer tareas con los niños".	"eso si en la iglesia a veces le ayudan, le dan buenos consejos y todo pero no es suficiente ..."	"Un día a Ruby alguien en la iglesia le dijo "no hija, usted tiene que ayunar, tiene que ayunar" uno tiene que tener la responsabilidad de saber que le está diciendo a las personas, Ruby es una persona que no puede aguantar hambre, como la van a poner ayunar y ella lo hizo y se enfermó más"	"Como aspecto positivo que Dios está con nosotros y que ella está satisfaciendo adelante como ha podido y tiene el apoyo de nosotros como familia, como aspecto a mejorar.."	Dentro de las creencias de los participantes el aspecto espiritual o religioso cobra una importancia relevante para adaptarse y recuperarse satisfactoriamente ante eventos que resultan altamente estresantes o adversos para ella, como lo expresa Humphreys (2005), aunque para uno de los participantes puede llegar a convertirse en un agravante ya que en la iglesia no se encuentran personas capacitadas para guiar u orientar a personas con este tipo de trastorno.
Dimensión Psicológica	Ideas Delirantes	"Le pido mucho a Dios por mi matrimonio no quiero vivir mas en pecado e (risas) pero de verdad aquí entre nos, estamos en adulterio y fornicación, quisiera en diciembre casarme, no se quien me pueda ayudar para los papeles, el dice que hasta Villao tocara via fax o como, tocara hablar con El, aunque dirá que el ya no se casa, me tiene que en diciembre se casa, pero tanta prueba por estar así y mejor dicho, no tengo ni palabras para decirlo. (ojos con llanto)"	"Ella a veces sale con cosas raras, como que no le puedo tocar la mano a nadie por que es malo, eso fue por que lo escucho en la tv, pero de verdad que muy exagerada, luego un señor se llama Roger y por hay el trabaja conmigo y le di la mano eso que pelota que saco, que porque le di la mano, no eso no..."	"En una ocasión Ruby dijo que yo me estaba aprovechando del bebe "si es que usted se la pasa tocando al bebé" entonces para mi eso fue duro, en ese tiempo Ruby estaba terrible y obviamente eso era mentira ella estaba inventando" "Ruby se la pasaba diciendo "que somos del ejército de Dios", y eso le pegaba a las puertas, en estos días estaba también hablando de la imposición de manos en la iglesia, ella escucho eso, entonces ya no le podían a mi papá darle la mano a nadie, por que era un problema".	"frecuentemente ella dice que esta recibiendo mensajes a través del tv, un día ella decía que Dios le estaba hablando a través del pastor que ella era del ejército de Dios y lo repetía mucho, nos asusto, otro día se fue al extremo y ella se salió como de la realidad estaba relacionando al bebe con el niño Jesús y que venían los reyes magos, ella estaba muy desubicada, una vez estaban hablando acerca de la imposición de manos, entonces ella ya lo llevo al extremo que entonces nadie le podía dar la mano era terrible..."	Las personas con TB como Ruby pueden sufrir síntomas psicóticos, como por ejemplo: sentirse perseguido, tener alucinaciones, creer que se reciben mensajes a través de la radio o la televisión, entre otros, ya que son frecuentes en las enfermedades del ánimo. (Humphreys, 2001): Claramente esto genera graves complicaciones y alteraciones en el funcionamiento del sistema familiar de Ruby, ya que genera desconfianza y resentimiento en su núcleo familiar. Las ideas delirantes esta alterado el contenido del pensamiento con creencias erróneas que implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias de la realidad , en Ruby su contenido más común corresponde a ideas religiosas o grandiosidad. Dentro de las creencias de Ruby, tiene ideas delirantes con significado propio para ella referente a la culpa por el pecado que esta supuestamente cometiendo con su esposo, (Martínez, 2010).
Pautas de crianza	Corrección	"Mi mamá pues ella, es un poquito como dura. Pues es lo que diga ella y punto, es no va a tal lado y punto, era como estricta, me pellizcaba y pegaba cuando uno decía algo que a ella no le gustaba, se colocaba a veces brava, si, no era que de pronto me apoyaba o algo no, en eso si dura, cuando yo iba a la iglesia mi mamá me gritaba esa evangélica..."	"Primero por que como padres en algún momento de la vida uno tiene que llegar a ser primero ejemplo para los niños y en este momento ella no puede ser ejemplo para los niños, ejemplo en estilo de vida en hábitos de vida, si ella no puede ser un ejemplo para ellos y ella es como una niña corrigiendo a un niño, entonces es complicado eso..."	"Les afecta hasta en la forma de corregirlos, ella tiene un nivel de agresividad alto, entonces ella a veces coge a los niños y los pellizca, los coge y les pega o los grita, entonces esas son cosas que no están bien y afectan a los niños..."	"la manera de corregir a los niños, porque cuando uno corrige a un niño uno debe explicarle el porqué, es decir si tú le dices a un niño no haga esto debes explicarle porque no lo debe hacer y de pronto ella dice no haga esto o le pega un pellizco a un niño pero de ir mas haya no le habla más, entonces Ruby se desespera y se desquita o reacciona de una manera que no esta bien"	Se evidencia en los participantes un rechazo por la manera en que Ruby corrige a sus hijos, percibiéndola como inadecuada ya que se torna agresiva con ellos, afectándolos indudablemente, con la ayuda inicial del terapeuta, se podrá identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos de Ruby, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la conductual causada por los primeros. (Bados, 2008). Dentro de las creencias de los participantes se cree que los niños se encuentran afectados por la influencia o el ambiente en el que se encuentran, esto es coherente con lo que dice Alvares (2016) donde menciona que los padres forman parte fundamental de la crianza a través de su ejemplo, uno de los participantes dijo lo siguiente "en este momento Ruby no puede ser ejemplo para los niños, ejemplo en estilo de vida en hábitos de vida..."
	Primeros recuerdos	"A mis hijos yo les trato de dar lo mejor, para que no se den cuenta de nada, yo trato de lo mejor, que las tareas, que no demostrar esto, yo trato con los niños que lo mejor, que las tareas, que este organizado, que si por ejemplo Johanita me dio 20 mil, comprarle la tina, un perfume de bebe un jabón de bebe, que si me dan 5 mil para las toallas voy y compro unas de mil que hay venden 10 por mil y salen hasta buenas y cojo los 4 mil y les compro cositas que jabón que no falte que el arrurú que así cositas..."	"No ellos están muy pequeños ellos no saben nada, normal, no han tenido afectación, ellos que se van acordar ellos no se dan cuenta de nada"	"Los niños la han visto en sus crisis a ellos también les quedan cositas, si y es algo que uno tiene que aprender a tratar con los niños por que a ellos les quedan cositas que antes que ellos son una bendición, pero otro niño en esa misma circunstancia estaría deprimido estaría con un trauma, estaría diferente, entonces sin decir que muy probablemente uno no sabe que los niños generen a futuro..."	"Ellos ya van creciendo y se dan cuenta de todo y eso les va quedando en sus recuerdos, la manera en la que Ruby se comporta..."	Según los participantes nos niños guardan dentro de si los recuerdos de los crisis maniaco depresivas que ha sufrido su mamá afectándolos gravemente, esto es una realidad ya que la salud mental de un infante cuando pasa por situaciones traumáticas necesita de espacios de reconstrucción ya que estos influyen en sus relaciones tempranas como lo menciona Sad (2010). En el relato de Ruby se encuentra la creencia de estar ejerciendo de manera total el rol de madre para sus hijos, percibe que realiza de manera continua y adecuada las actividades relacionadas al cuidado de los mismo, el cónyuge de Ruby dice que los niños no han sido afectados en nada ya que son niños y no se dan cuenta de nada, lo que difiere de las creencias de los demás participantes.
Conductas repetitivas	Onicofagia	"Solo me preocupa que Jazmín, Emmanuel y Carolina se comen las uñas y no se porque.."				Ruby habla acerca de su preocupación en que sus hijos se comen las uñas, esta puede ser una respuesta al estrés o a la ansiedad que les produce su entorno familiar.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	FRAGMENTOS RUBY	FRAGMENTOS CONYUGE	FRAGMENTOS VICTOR	FRAGMENTOS JOHANA	ANALISIS (UNIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN)
<u>Perfil Neuropsicológico</u>	Deterioro cognitivo		"Bastante y creo que debería haber un apoyo mutuo pero al estar limitadas las funciones de Ruby para realizar ciertas actividades es difícil, Ruby no se puede concentrar en hacer una cosa si no que esta haciendo algo y no lo termina, no se acuerda a veces de las cosas, puede dejar al bebé en el baño y no se acuerda que lo estaba bañando, entonces yo estoy 100% pendiente porque en un momento en que ella se duerme o algo pues no esta pendiente y seria hasta peligroso..."	"A veces Ruby simplemente se preocupa mas por si misma y no se concentra, cosas puntuales, salimos a la iglesia y ella sale, recontra maquillada, recontra vestida y los niños ni siquiera les han echado algo en la cara, entonces yo digo, hay como una falta de concentración y capacidad con sus hijos y no cumple con esas funciones que debería cumplir una mamá, todo le toca a mi papá".	"sus ideas no son muy coherentes o centradas en lo que quiere explicar entonces de pronto al estar hablando de un tema de pronto se sale de este tema y no explica o se centra en lo que esta, es esa falta de concentración" "también en el sentido que digamos vamos a salir entonces ella se arregla se cambia y todo y deja a los niños de ultimas, entonces hay cositas que de pronto ella se le escapan ella no las tiene en cuenta, o ella por el estado en el cual ella esta entonces eso también los afecta".	Se observa que los participantes se quejan de dificultades cognitivas en Ruby que han impactado su relación conyugal y materno filial; en diversos estudios a pacientes se ha observado indicios de alteraciones y deterioros cognitivos durante las fases agudas del TB. (Jiménez et al. 2013). Los participantes suponen que el hecho de que Ruby cuente con cuatro hijos es un agravante para su enfermedad, en un estudio realizado en el 2012, se encontró que los pacientes solteros o que nunca se habían tenido hijos presentaban menor deterioro funcional que los pacientes casados con hijos. (Revicki, 2016). La convivencia con un paciente psiquiátrico generalmente se asocia a toda una serie de alteraciones en la vida de quienes conviven con el paciente, generando una sensación de carga en los cuidadores. (Gutiérrez, Martínez y Rodríguez, 2013).
<u>Pensamientos obsesivos</u>	Desorden	"los estos que este organizadito limpio, eso si yo todos los días que el almuerzo que el aseo que si que bañar los niños que todo este organizadito, la cocina organizadita y yo todo higiénico que mi tapabocas mis instrumentos de cirugía, esterilización..." "Con los niños todo los días es estar pendiente del oficio de, a veces me levanto un poquito tarde por el frio y digo voy hacer pereza y así, organizar las alcobas a pensar y bueno mas tardesito hacer el almuerzo, eso si yo todos los días que el almuerzo que el aseo que si que bañar los niños que todo este organizadito, la cocina organizadita"		"es una mujer muy perezosa, muy muy perezosa, demasiado perezosa, no hace nada en la casa, por hay medio trapea pero no mas" "Ruby esta todo el día durmiendo y se levanta a las 8 de la noche a trapear, todo el día durmiendo y se levanta a las 8,9,10 de la noche hacer tareas con los niños, son cosas que yo digo no deberían de pasar y a mi me incomoda..."	"Ella tiene un desorden del tiempo y de sus responsabilidades, ella trata de hacerlo pero no lo hace con la responsabilidad que lo debería de hacer por ejemplo esas personas duermen mucho, entonces ella se puede estar levantando a las 11 de la mañana o a las 9 de la mañana o por lo menos que ella sabe que el almuerzo es a las 12 o 1 de la tarde y se le pasa y esta almorzando a las 4 de la tarde..."	El TB con frecuencia se ve acompañado de otros trastornos, tales como el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Ortiz, Giraldo y Palacio, 2007), estos pensamientos de Ruy podrían además estar asociados a pensamientos irreal de contaminación o desorden; aún así uno de los miembros de la familia la percibe como perezosa lo que podría indicar que Ruby tiene pensamientos obsesivos de limpieza pero no le interesa cambiar algo en su entorno.
<u>Desequilibrio emocional</u>	Crisis		"Cuando ella se desequilibra o se enferme es difícil porque creo que ella nunca se ha desequilibrado totalmente pero si ha tenido episodios feos por que a ella le dan crisis no tan seguido pero si es duro, igual el malgenio a veces de ella y todo, eso es de manejarlo a diario con ella, se desequilibra fácil por todo, uno tiene que estar hay firme porque o si no mejor dicho.	"Cuando a ella le dan crisis entonces es terrible se desequilibra y lleva todo al extremo, se sale como de la realidad.."	de pronto ya en momentos extremos se ve eso y lo he visto en ella porque hay momentos en que Ruby tiene crisis y ella ya como que habla cosas que se salen de la realidad no son como tan normales en una persona normal no habla eso, como por ejemplo con relacionar algunos temas y llevarlos como al extremo..."	La vida diaria para las personas que convive con Ruby, esta relacionada con la crisis y con la exasperación de los síntomas del trastorno.

Alteraciones en el sueño	<p>"(risas) su papá donde me escuché diría, todo el día durmiendo, (risas) no mentiras, duermo bien, pero eso si primero me miro master chef y hay si me coge el sueño, me gusta ese programa, master chef, me levanto tipo 6 de la mañana me tomo algo y me vuelvo acostar."</p>	<p>"ella dura a veces días sin levantarse de la cama pero yo no la molesto no le digo nada..."</p>	<p>Ruby por ella todo el día estaría durmiendo todo el día, no se por que ella duerme mucho, así no tenga nada ella duerme todo el día.."</p>	<p>"No todos los días son para ella iguales pero así como en general uno ella toma medicamentos y toma medicamentos fuertes y artos entonces ese tipo de medicamentos proporcionan unas secuelas o efectos secundarios como es el sueño, entonces a ella le da mucho sueño y ella primero duerme mucho y dos vive como cansada, ella dice que la tienen dopada ..."</p>	<p>Por las experiencias de los participantes al parecer Ruby puede estar pasando por un episodio depresivo mayor (EDM) ya que se presenta con mayor frecuencia uno o más de los llamados síntomas "atípicos" de la depresión tales como hipersomnia, hiperfagia o aumento de peso.(Bowden, 2005). Se puede afirmar que las alteraciones del sueño tienen un papel importante en el viraje de una a otra fase (depresión - manía) y en las recaídas de la enfermedad: ya que en las dos fases se producen cambios en el ritmo del sueño. (Miklowitz, 2004). Por las experiencias de los participantes al parecer Ruby puede estar pasando por un episodio depresivo mayor (EDM) ya que se presenta con mayor frecuencia uno o más de los llamados síntomas "atípicos" de la depresión tales como hipersomnia, hiperfagia o aumento de peso.(Bowden, 2005)</p>
Deterioro Laboral	<p>"yo llevo en Bogotá desde los 15, 17 años si trabajando, yo trabajaba cuidando viejitas en los apartamentos del hospital Kennedy, cuidando abuelitas en estado crítico, viví con la abuelita que cuidaba y el hijo y la esposa del hijo si con ellos, en el Cafam de Kennedy, era la enfermera de día de noche era la que organizaba y si invalida, pasarla de la cama a la silla de ruedas, y yo todo higiénico que me tapabocas mis instrumentos de cirugía, esterilización, yo dure con ellos como 4 o 5 años...yo trabajo desde los 15 años cuidando abuelitas en diferentes partes"</p>			<p>"Ella no podría laborar por que su falta de concentración las actividades que vaya a desempeñar por los momentos de pánico, por que ella tiene momentos de pánico.."</p>	<p>La calidad de vida de Ruby y su familia se encuentra afectada ya que ella se encuentra incapacitada para laborar o desarrollar las actividades mínimas en el hogar; Según la organización mundial de la salud, el TB es la sexta causa de discapacidad en el mundo. (Colom, 2008). Las experiencias laborales de Ruby, muestran que se desempeña en su mayoría en actividades referentes al cuidado de personas de tercera edad, manifiesta que se encargaba de suministrar los medicamentos, la comida y en general estar en el cuidado de estas personas, en algunos fragmentos de su relato se encuentra incoherencia en los periodos de tiempo y lugares donde realizo estas labores, con lo que podría presumir que pudo haber manipulado la información con el fin de mostrarse como una persona capaz de sostener un trabajo y de hacer las actividades para las cuales posiblemente no estaba capacitada a causa del trastorno que padece.</p>
Calidad de vida			<p>"entonces la solución no es tan fácil pero si es importante que ella ponga su granito de arena para mejorar su salud"</p>	<p>"Creo que el trastorno bipolar no es el mismo en todas las personas y pienso que es reversible, la persona puede llegar a tener una mejora en su salud y en sus cosas, en sus actividades pero debe haber voluntad de la persona para recuperarse"</p>	<p>Para la familia de Ruby el TB es una enfermedad que tiene cura y que depende del paciente para su recuperación, este concepto es inexacto ya que el TB requiere un tratamiento por tiempo indefinido, probablemente durante gran parte de su vida, ya que tiene una elevada tendencia a la recurrencia de fases maníacas y depresivas. Si el paciente y la familia aceptan la enfermedad y el tratamiento, existirá una alta probabilidad de no sufrir recaídas. (Goodwin, 2007).</p>
Alimentación	<p>"me siento muy bien, bendecidos por Dios, o a veces no trae completo si trae los huevos no trae las arepas y le digo por lo menos traiga un pan, y le digo entonces sírvale a Victicor y organice los de los niños y yo ahorita como cuando este completo lo del desayuno"</p>	<p>"Ella come bien, antes demasiado, (risas) no mentiras ella come bien"</p>			<p>Ruby manifiesta que tiene una adecuada alimentación, así mismo es importante que se cuide en su alimentación, de acuerdo a las recomendaciones de su médico ya que el sobrepeso y la obesidad son más frecuentes entre los adultos con trastorno bipolar en comparación con la población general. (Billingsley, 2016).</p>
Dependencia y frustración	<p>"jun, pues digo que haber luchado si, pues digo como la vida talvez son cosas e como digo que como Dios le pone las cosas a uno, uno dice a mi no me hubiera tocado esto, yo hubiera querido tener si, hubiera querido ser doctora, si o no se una empresaria de la revista Yanbal, si tener mi carro mi apartamento amoblado, todo eso, hubiera si, pero dije no es lo que si, digamos uno esta bendecido y si y muy bien, haber tenido a mis bebés por que no ejerci una carrera profesional o yo hubiera querido no, pero de pronto algún día, (risas) ósea se puso a criar y hasta hay... (risas)"</p>		<p>"Ruby nunca han salido con los niños, no le gusta y tampoco puede, es decir, ellos no pueden salir libremente con Ruby, no pueden ir a un parque libremente, no a ningún lado, Ruby no puede ir al colegio con ellos, Ruby no los recoge ni los deja en el colegio, Ruby no les da la comida, prácticamente ella se la pasa en la casa durmiendo o viendo televisión, nada más, creo que ella no cumplió su propósito o sus sueños, o por lo menos no ha podido"</p>		<p>Se observa en Ruby una notable alteración en las relaciones interpersonales, la capacidad de disfrutar las actividades de esparcimiento y la satisfacción en general. (Revicki, 2016).</p>

Discusión

La familia nuclear de Ruby posee información veraz aunque insuficiente del TB, esto pudo haber provocado una poca adaptación al trastorno tanto para Ruby como para la familia en su rol de cuidadores, tal como lo expresa Lammoglia, (2008).

El cónyuge de Ruby describe el TB como un desequilibrio cerebral, respecto a esto los científicos han descubierto que el cerebro de un paciente que sufre TB tiene diferencias cerebrales respecto a una persona normal. (Vieta, 2001).

Ruby se pregunta por qué tiene un trastorno afectivo, en sus palabras se percibe inquieta por este tema, por lo que puedo observar que no tiene claro el concepto de su enfermedad ni los aspectos importantes que esta conlleva.

Ruby fue víctima de abandono por parte de su padre, según Gejman (2010), estos factores ambientales juegan un papel determinante en la aparición del TB cuando la persona tiene una predisposición genética a dicho trastorno.

Además de esto la infancia de Ruby, pudo haber influido en la aparición del TB, ya que el abandono por parte de su padre y el maltrato producido por su madre, son sucesos traumáticos y estresantes que pudieron intervenir en la aparición del trastorno en Ruby. (Burwell, 2009).

Ruby en primer lugar niega el hecho de tener algún familiar con TB, aunque posteriormente atribuye las causas a factores genéticos porque afirma que su abuela materna siempre ha sufrido depresión, esta podría ser una de las causas principales del trastorno en Ruby, como lo menciona Torres (2015), más del 70% de los casos de personas con TB se debe a factores hereditarios.

La familia de Ruby mencionan que puede haber una alta probabilidad de que la madre de Ruby este afectada por el TB, aunque no ha sido diagnosticada con el mismo, algunas

personas que la conocen, refieren que tiene comportamientos extraños, acompañados por desequilibrios emocionales, lo que fundamenta lo mencionado anteriormente.

Dentro de las creencias de los participantes perciben a Ruby como una persona gravemente afectada por el TB, debemos tener en cuenta que el TB es considerado como un trastorno crónico y grave que afecta los mecanismos cerebrales de la persona, por su base genética que normaliza el estado de ánimo. (Strejilevich, 2012).

Según Robertson (2005), el período postparto es altamente considerado como un estadio de alto riesgo para exacerbación de los síntomas, existe un riesgo siete veces mayor de admisión por un primer episodio y dos veces mayor para un episodio recurrente en las mujeres puérperas, comparadas con las mujeres no postparto o no embarazadas, lo que incrementa el riesgo en Ruby.

Especialistas recomiendan a las personas diagnosticadas con TB, planificar el embarazo, eligiendo el momento adecuado, es decir, cuando se cuente con un mayor equilibrio emocional, estado eutímico prolongado y ausencia de factores estresantes según Retamal, 2001, aparentemente Ruby y su esposo no planificaron sus embarazos lo que pudo haber exasperado los síntomas del TB en Ruby.

Ruby manifiesta que siempre ha tenido problemas de ánimo, que a veces se siente bien pero a veces mal, refiere haber estado deprimida durante y después de su primer embarazo, en la mayoría de casos las mujeres embarazadas pueden presentar problemas emocionales severos durante el curso de éste o durante el primer mes después del parto. (Blehar, 2007).

En cuanto a las relaciones familiares de Ruby en su ciclo vital podemos observar lo siguiente: Uno de los factores de riesgo para el desarrollo psicológico y social de un niño es la ausencia de uno de los padres (Bensson, 2003), Ruby creció únicamente con su mamá,

padraastro y hermanos, refiere que en la actualidad no tiene contacto con su padre biológico por que refiere que su esposo se lo prohíbe lo que ocasiona en ella un sentimiento de abatimiento ya que ella quisiera que su esposo fuera más abierto a que su padre mantenga un vínculo con ella.

En el relato de Ruby hay incoherencia al decir primero que el padraastro no tenía preferencias y que la veía como una de sus hijas, pero luego refiere que percibía que él tenía preferencia con su hija mayor, Ruby en su infancia pudo haberse sentido insegura hacia su padraastro y esperaba ser desplazada sobre la base de la experiencia pasada del abandono de su padre.

Los recuerdos de las experiencias vividas por Ruby están asociadas a su padre y al hecho de no haber vivido con él, el rechazo parental según Barkley (2008) está más altamente asociado con las conductas suicidas, además de esto Ruby sentía un rechazo inminente de la esposa de su padre biológico lo que pudo haber dificultado la formación de sus lazos o vínculos familiares en la adolescencia.

La familia nuclear de Ruby tiene una participación muy importante, ya que resulto indispensable en el seguimiento prolongado en el tratamiento farmacológico y terapéutico, ella describe ser la mayor de sus hermanos y no menciona a su madre en la descripción de su familia, lo que podría mostrarnos una escasa o deteriorada relación con ella.

Según Reppold (2002), las prácticas afectivas, un buen funcionamiento familiar y el apoyo parental son indicadores de factores protectores, dentro de las creencias de Ruby identifica a su mamá como un factor de riesgo, en donde sentía poco apoyo de su parte, en consecuencia no sentía protección o apego hacia ella.

En la actualidad las relaciones familiares de Ruby como afirman Moltz y Newmark (2002), oscilan entre reacciones emocionales fuertes y aisladas, como

modo de ejercer control sobre las fluctuaciones en el estado de ánimo de Ruby, sin embargo, los familiares suelen tener paciencia y comprensión con Ruby a fin de generarle un ambiente más tolerable para ella y para todos en el hogar.

Los participantes creen que es difícil mantener una comunicación con Ruby, ya que la perciben como una persona delicada y sensible ante los comentarios, en muchos casos, esto produce desconfianza y resentimiento entre ellos, no obstante los familiares creen que deben contar con estrategias de comunicación con Ruby para no generarle malestar adicional a los que ya tiene a causa del TB.

Ruby describe que su familia la puede ver con una persona rara y refiere que en su adolescencia y adultez otras personas se lo han dicho, estos factores sociales pueden estar asociados a su desarrollo del TB, ya que el entorno familiar podría influir en el desarrollo de la autoestima y en el auto concepto que tiene Ruby acerca de sí misma y de los demás. (Scott, 2005). Dentro de las creencias de los participantes se cree que los niños se encuentran afectados por la influencia o el ambiente en el que se encuentran, esto es coherente con lo que dice Alvares (2016) donde menciona que los padres forman parte fundamental de la crianza a través de su ejemplo, uno de los participantes dijo lo siguiente "en este momento Ruby no puede ser ejemplo para los niños, ejemplo en estilo de vida en hábitos de vida..."

Los participantes perciben a Ruby como una persona sin la capacidad para cuidar y educar a sus hijos y creen que ellos dependen 100% de su padre, aquí podemos ver como claramente los niños se ven afectados ya que sus interacciones filiales depende de las normas de cuidado en el entorno inmediato de la familia y de la conformación de la familia a lo largo del curso vital. (Álvarez, 2016).

Se evidencia en los participantes un rechazo por la manera en que Ruby corrige a sus hijos, percibiéndola como inadecuada ya que se torna agresiva con ellos, afectándolos indudablemente, por esta razón es importante que tanto Ruby como su familia puedan estar en terapia cognitiva conductual, para sustituir los pensamientos desadaptativos de forma que se elimine la conducta agresiva que no es adecuada para corregir a sus hijos. (Bados, 2008).

Según los participantes los niños guardan dentro de si los recuerdos de las crisis maniaco - depresivas que ha sufrido su mamá afectándolos gravemente, esto es una realidad ya que la salud mental de un infante cuando pasa por situaciones traumáticas necesita de espacios de reconstrucción ya que estos influyen en sus relaciones tempranas como lo menciona Sad (2010).

Se observa que los participantes se quejan de dificultades cognitivas en Ruby que han impactado su relación conyugal y materna filial; en diversos estudios a pacientes se ha observado indicios de alteraciones y deterioros cognitivos durante las fases agudas del TB. (Jiménez et al. 2013).

En un estudio realizado en el 2012, se encontró que los pacientes solteros o que nunca se habían tenido hijos presentaban menor deterioro funcional que los pacientes casados con hijos. (Revicki, 2016), a pesar de este supuesto los participantes suponen que el hecho de que Ruby cuente con cuatro hijos es un factor de apoyo y unidad en la familia, por compartir el interés de que los niños puedan crecer con las mínimas consecuencias del TB en sus vidas.

La convivencia con un paciente psiquiátrico generalmente se asocia a toda una serie de alteraciones en la vida de quienes conviven con el paciente, generando una sensación de carga en los cuidadores, (Gutiérrez, Martínez y Rodríguez, 2013).

Los participantes creen que Ruby no cuenta con la capacidad de desarrollar las actividades cotidianas en el hogar, uno de los fragmentos extraídos de una entrevista es “Mi papá no tiene 4 bebés él tiene 6 bebés porque Ruby vale por dos, a veces uno tiene que estar más pendiente de Ruby que de los niños”.

En el relato de Ruby se encuentra la creencia de estar ejerciendo de manera total el rol de madre para sus hijos, percibe que realiza de manera continua y adecuada las actividades relacionadas al cuidado de los mismos.

Ruby habla acerca de su preocupación en que sus hijos se comen las uñas, esta puede ser una respuesta al estrés o a la ansiedad que les produce su entorno familiar.

Según Grande, (2016) las personas con TB cuentan con el doble de probabilidad de separarse de sus parejas, en comparación a personas sanas, a pesar de este estudio la relación conyugal de Ruby se encuentra estable, ya que cuenta con el apoyo y cuidados constantes de su esposo, aunque los participantes lo perciben en muchas ocasiones estresado y tenso.

La vida diaria para las personas que convive con Ruby, está relacionada con la crisis y con la exasperación de los síntomas del trastorno.

Es importante contar con el tratamiento adecuado tanto para Ruby como para su familia, especialmente el cónyuge, quien por las creencias de los participantes se encuentra afectado por la enfermedad de su esposa, ante la relevancia de esta problemática, se han desarrollado distintas intervenciones orientadas a la pareja o a la familia del paciente con TB. (Gutiérrez, Martínez y Rodríguez, 2013).

Ruby no cuenta con los recursos económicos para el pago de EPS o medicina prepagada, ella cuenta con el sisben y según los participantes este no satisface las necesidades

del tratamiento farmacológico, empeorando de esta manera su calidad de vida; estudios han demostrado que un adecuado tratamiento farmacológico mejora la calidad de vida de las personas afectadas por el TB respecto a las personas que no cuentan con este adecuado tratamiento. (Revicki, 2016), Ruby manifiesta sentirse extrañamente ausente o adormecida cuando toma los medicamentos, esto puede ser porque el litio tiene algunos efectos secundarios como los mencionados por ella. (Leader, 2015).

Respecto a la intervención psicológica Ruby y su familia no cuentan con un constante tratamiento psicológico, lo que según ellos deteriora más su calidad de vida, ya que los factores ambientales no controlados juegan un papel importante en el curso del trastorno de Ruby, mediante técnicas de comunicación destinadas a reducir críticas y conflictos o a través de técnicas de resolución de problemas se podría enseñar a la familia y a las personas vinculadas a minimizar los efectos del TB en sus relaciones cotidianas. (Pinedo et al., 2012).

Las personas con TB como Ruby pueden sufrir síntomas psicóticos, como por ejemplo: sentirse perseguido, creer que se reciben mensajes a través de la radio o la televisión, entre otros, ya que son frecuentes en las enfermedades del ánimo. (Humphreys, 2001).

Las ideas delirantes de Ruby están asociadas con creencias erróneas que implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias de la realidad, en Ruby su contenido más común corresponde a ideas religiosas o de grandiosidad.

Dentro de estas creencias de Ruby, las ideas delirantes con significado propio para ella, referente a la culpa por el pecado que esta supuestamente cometiendo con su esposo, al vivir en unión libre y la atormenta la idea de que recibirá un castigo a causa de este pecado que está cometiendo. (Martinez, 2010).

Adicional a esto Ruby tuvo ideas delirantes de muerte, sin embargo manifiesta que por sus hijos no lo hizo, es importante además tener en cuenta que las cifras indican que casi la mitad de todos los individuos con TB intenta al menos suicidarse una vez, razón por la cual la familia necesita estrategias que le permitan comprender mejor el tratamiento para afrontar los altibajos de esta enfermedad. (Carrasco, 2014).

En el relato de Ruby se evidencia una extremada relación con la limpieza y el orden, preguntando varias veces al entrevistador por si huele bien el lugar, rocía perfume frecuentemente el lugar con perfume de bebe argumentando que siente malos olores y que eso le incomoda, estos pensamientos de Ruy podrían estar asociados a pensamientos irreales de contaminación o desorden.

En este fragmento se abordara la calidad de vida que actualmente tiene Ruby respecto al TB, Ruby se encuentra incapacitada para laborar o desarrollar las actividades mínimas en el hogar; dificultando también así que el conyugue pueda dedicar tiempo suficiente para trabajar. En el TB las principales áreas afectadas son la laboral y la integración social. Según la organización mundial de la salud, el TB es la sexta causa de discapacidad en el mundo. (Colom, 2008).

Las experiencias laborales de Ruby, muestran que se desempeñó en su mayoría en actividades referentes al cuidado de personas de tercera edad, manifiesta que se encargaba de suministrar los medicamentos, la comida y en general estar en el cuidado de estas personas, en algunos fragmentos de su relato se encuentra incoherencia en los periodos de tiempo y lugares donde realizo estas labores, con lo que podría presumir que pudo haber manipulado la información con el fin de mostrarse como una persona capaz de sostener un trabajo y de hacer las actividades para las cuales posiblemente no estaba capacitada a causa del trastorno que padece.

Para los participantes el TB es una enfermedad que tiene cura y que depende del paciente para su recuperación, este concepto es inexacto ya que el TB requiere un tratamiento por tiempo indefinido, probablemente durante gran parte de su vida, ya que tiene una elevada tendencia a la recurrencia de fases maníacas y depresivas. Si el paciente y la familia aceptan la enfermedad y el tratamiento, existirá una alta probabilidad de no sufrir recaídas. (Goodwin, 2007).

Por las experiencias de los participantes al parecer Ruby puede estar pasando por un episodio depresivo mayor (EDM) ya que se presenta con mayor frecuencia uno o más de los llamados síntomas “atípicos” de la depresión tales como hipersomnia (duerme la mayoría del tiempo en un horario en el que debería estar despierta), hiperfagia o aumento de peso. (Bowden, 2005).

Se puede afirmar que las alteraciones del sueño tienen un papel importante en el viraje de una a otra fase (depresión - manía) y en las recaídas de la enfermedad: ya que en las dos fases se producen cambios en el ritmo del sueño. (Miklowitz, 2004).

Ruby manifiesta que tiene una adecuada alimentación, así mismo es importante que se cuide en su alimentación, de acuerdo a las recomendaciones de su médico ya que el sobrepeso y la obesidad son más frecuentes entre los adultos con TB en comparación con la población general. (Billingsley, 2016).

Dentro de las creencias de los participantes especialmente para Ruby, el aspecto espiritual o religioso cobra una importancia relevante para los procesos de resiliencia, para adaptarse y recuperarse satisfactoriamente ante eventos que resultan altamente estresantes o adversos para ella, como lo expresa Humphreys (2005), aunque para uno de los participantes puede llegar a convertirse en un agravante ya que en la iglesia no se encuentran personas capacitadas para guiar u orientar a personas con este tipo de trastorno.

Otro factor trascendental para los procesos de resiliencia es la dependencia económica que tiene Ruby con su esposo, ya que ella no cuenta con la capacidad para trabajar y su esposo tampoco se lo permitiría, por esta razón Ruby de alguna manera ve a su esposo como el proveedor y protector de su hogar evitando las responsabilidades económicas que en otro caso podrían generarle frustración y angustia.

Desde las creencias de la familia de Ruby, ellos ven una oportunidad de salir adelante unidos a pesar de las grandes dificultades que han vivido, por que comparten el mismo objetivo de educar, apoyar y generar un ambiente adecuado para los niños a pesar de las dificultades que el TB les ha producido o les pueda producir al interior de la familia.

Este sentimiento compartido genera al interior del hogar de Ruby un ambiente más comprensivo y consiente que las acciones que tomen en este momento pueden desencadenar consecuencias a corto y largo plazo para los niños.

Sumado a lo anterior el amor y consideración que los hijos mayores tienen por Ernesto han influido en los procesos de resiliencia de esta familia, ya que estos factores los mantienen unidos generando un gran apoyo tanto para Ruby como para sus hijos.

Conclusiones

Los factores ambientales y sociales determinan el curso de la enfermedad bipolar en una persona, en el caso de Ruby las experiencias vividas a nivel familiar durante su ciclo vital como el maltrato de su madre, el abandono de su padre, las preferencias de su padrastro,

entre otras, pudieron ser determinantes en el desarrollo de su enfermedad, afectando más rápidamente su estado de salud y calidad de vida.

Las alteraciones que se presentan en el funcionamiento del sistema familiar de Ruby se enmarcan en los siguientes aspectos:

Primero, abandono por parte de su padre en la infancia pudo producir en Ruby la sensación de rechazo por las personas que la rodean, debido a que generalmente piensa que su familia o personas allegadas no la aceptan, o la perciben como rara.

Segundo, se evidencia una alteración en la comunicación familiar, ya que su familia considera que Ruby es una persona con la que difícilmente se puede sostener una conversación, ya que suele tomarse los comentarios realizados a nivel personal.

Tercero, los roles en la familia no están correctamente establecidos a causa del TB, ya que el cónyuge tiene el rol de padre y madre para sus hijos según las creencias de los participantes.

Cuarto, su relación conyugal ha sido impactada en conexión a que Ruby no es una persona que pueda realizar las funciones que normalmente una mujer realizaría en su hogar, generando en su esposo una sensación de sobrecarga y estrés.

Quinto, aunque Ruby considera que cumple a cabalidad con su rol y responsabilidades como madre, según los participantes, el TB ha generado un gran impacto en su relación materno filial, dado que perciben a Ruby como una persona sin la capacidad para cuidar y educar a sus hijos y creen que ellos dependen 100% de su padre en los aspectos económicos y de crianza.

Analizando cada una de estas consecuencias del TB, podríamos afirmar que el pronóstico de Ruby es malo, no obstante, se pueden identificar factores de resiliencia que influyen en la cohesión que su familia, estos son:

El aspecto espiritual o religioso, la dependencia económica como factor protector, los niños menores en el hogar, el amor y la consideración por la situación que afecta a los miembros de la familia.

Limitaciones del estudio

El presente estudio de caso, presento algunas limitaciones mencionadas a continuación:

Las respuestas deseables de los participantes por tratar de dar una mejor imagen a la que en realidad viven, ya que el TB es un factor privado y sensible para la familia el cual puede generar vergüenza.

El tamaño de la muestra, a pesar de que la información recolectada de la muestra fue valiosa para dar cumplimiento a los objetivos de investigación, se recomienda en próximas investigaciones incluir a otros familiares que pueden ser claves para ampliar los resultados del estudio.

El tiempo disponible para abordar el caso de estudio fue limitado, después de todo se empleó el máximo esfuerzo por extraer los resultados más exactos que apunten a resolver el problema de investigación.

Referencias

- Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Barcelona, España.
- Bedoya, M. y Builes, M. (2013). *Las condiciones del cuidado en familias antioqueñas con un miembro con trastorno afectivo bipolar*. Medellín, Colombia.
- Blackwell, W. (2008). *Calidad de vida de los pacientes que sufren trastorno bipolar*. Bipolar disorders. Granada: American Psychiatric Association.
- Blehar, C., DePaulo, J., Gershon, E., Reich, T., Simpson, S., Nurnberger, J. (2007). Women with bipolar disorder: findings from the NIMH Genetics Initiative sample. Obtenido de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=6790851&pid=S0717-9227200010000600006&lng=es
- Bowden, C. (2005). A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord*; 84: 117-25.
- Calabrese, J. (2000). *Efficacy of lamotrigine in Bipolar disorder*: Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000632239900013X>
- Carrasco, M. (2014). *El médico en casa- comprender el Trastorno Bipolar*. Barcelona, España: Editorial Amat.
- Chávez, E., Benítez, E. y Ontiveros, M. (2014). *La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I*. *Salud Mental*, 37(2), p. 111-117.
- Colom, F., Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona, España: Ars Médica.
- Contreras, J. y Raventós, H. (2014). *Clinical characterization of costa rican families with bipolar disorder*. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

- Dolman, C., Jones, I. y Horward, L. (2016). *Las mujeres con trastorno bipolar y el embarazo: factores que influyen en su toma de decisiones*. El Real Colegio de Psiquiatras. Londres, Reino Unido.
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2010). *El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia*. Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda.
- Fauman, M. (2008). *DSM-IV-TR: guía de estudio*. Barcelona, España. Editorial: Masson S.A.
- Fredman, S., Baucom, D., Boeding, S., Miklowitz, D. (2016). *Parientes moderados implicación emocional de los efectos de la terapia familiar para el Trastorno Bipolar*. Departamento de Desarrollo Humano y Estudios de la Familia. Los Ángeles. California.
- Gaviria, A., Ruiz, F., Dávila, C., Burgos, G., Ospina, M., Osorio, E., y otros, (2015). *Encuesta nacional de salud mental*. Obtenido de: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf.
- Gaviria, S. (2008). *Tratamiento del trastorno afectivo bipolar en el embarazo Treatment of bipolar disorder during pregnancy*. Obtenido de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272008000100006
- Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. (2016). *Trastorno Bipolar. Bipolar Disorders*. Obtenido de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acps.12581>.
- Gilbert, P. (2017). *Depression: The evolution of powerlessness*. Hillsdale, Usa. Editorial: Lawrence Erlbaum Associate Publishers. 2 edición.
- Goikolea, J., De Dios, C., Colomb, F., Moreno C., y Vieta E (2014). Los trastornos

- bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5. *Revista Psiquiátrica Salud Mental*, Vol. (1), P. 182-183.
- Gutiérrez, L., Rojas, J., Martínez, L., Rodríguez F. (2015). *La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar*. Redalyc científica. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-9728201300020.
- Holmgren D., Lermenda, V., Cortés, C., Cárdenas, I., Aguirre, K., y Valenzuela, k., (2005). *Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar*. Redalyc científica. Obtenido de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000400002.
- Jackson, S. (1985). *Melancholia and depression: from Hippocratic times to modern times*. New Haven, Madrid, España: Yale University Press.
- Jiménez, M., Benitez, P., Fernandez, S., Robles, I., Moreno, S., López, C. y Jaramillo, M. (2013). *Características neuropsicológicas del trastorno bipolar I*. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/html/806/80632405/>
- Lammoglia, E. (2008). *The Bipolar Disorder And The Family*. Editorial Random House Mondadori.
- Leader, D. (2015). *Estrictamente bipolar*. París, Francia: Editorial Sexto piso.
- Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E. (2000) *Promotion of Mental Health on the European Agenda. Report*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, Dpt. For Prevention and Promotion.
- Liria, A. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Obtenido de: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCTrastornobipolar.pdf>
- Lourdes, I., Serrano, A. (2010). *La investigación familiar y el valor de la metodología*

- cualitativa para el estudio del afrontamiento a la enfermedad sickleimia*. La Habana, Cuba. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100006
- Luque, R., Berrios, G. (2011). *Historia de los trastornos afectivos*. Obtenido de : <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40s1/v40s1a09.pdf>
- Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N., Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer disease. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10974962>
- Miklowitz, D. (2002). *The Bipolar Disorder Survival Guide: What You and Your Family Need to Know*. Los Ángeles, California: Editorial Guilford Press.
- Miklowitz, D., Chung, B. (2016). *Terapia Familiar-Enfocado para el Trastorno Bipolar: Reflexiones sobre 30 años de investigación*. Los Angeles, California.
- Monczor, M. (2010). *El Trastorno Bipolar en la vejez*. P. 275 – 283. Obtenido de: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex92.pdf#page=36>
- Montana, S. (2017). Calidad de vida y funcionamiento en el trastorno bipolar. Obtenido de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102012000200007
- Morales, Z. (2012). *Intervención cognitivo conductual en un caso de tricotilomanía*. *Acción Psicológica*,9 (22),131-142
- Muñoz, F. y Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 98–110
- Nathan, P., Gorman, J., Salkind, N. (2002). *Tratamiento de trastornos mentales – una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid, España: Editorial Alianza editorial

S.A.

- Oliveros, S. (2015). *Trastorno bipolar y TLP*. Madrid, España. Obtenido de :
<https://www.grupodoctoroliveros.com/trastorno-bipolar-y-confusion-evitable>.
- Orejarena , H. (2012). *Técnicas de intervención más usadas desde uno de estos enfoques el cognitivo – conductual*. La Habana, Cuba.
- Ortiz, B., Giraldo, C., Palacio, J. (2007). *Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados*. Obtenido de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-0320080001
- Papolos, P. (1999). *The Bipolar Child*. New York City: Nueva York, Estados Unidos.
- Pinedo, M., Cordón, R., Hernández, A., Ortiz, M., Perrino, C., Terrazas, E., Pérez, P.,
Suarez, G. (2014). *Terapia cognitivo-conductual y enfermería. A propósito de un caso*. Revista de Enfermería. v. 8. Obtenido en <http://ene-enfermeria.org/ojs>
- Porcar, M., Gimeno, L., Pedraz, A. y Palmar, A. (2015). Cuidado familiar de la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora. *Castelló de la Plana, España. Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Quintero, J. y Castaño, J. (2015). *Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria*. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Obtenido de:
<https://www.pediatriaintegral.es/uploads/2015>
- Raine, A. (2002). *The biological basis of crime*. Oakland, California. Obtenido de:
http://www.antonioacasella.eu/nume/Raine_2002.pdf.
- Retamal, P. (2001). *Enfermedad Bipolar - Guía para el paciente y la familia*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Restrepo, A. y Acevedo, V. (2013). Evaluación del funcionamiento de una familia con un adolescente con Trastorno Afectivo Bipolar. *Pensamiento Psicológico, Vol. 5, N°12*,

2009, pp. 161-174.

Revicki, D., Matza, L., Flood, E., Lloyd, A. (2016). *Trastorno Bipolar y Calidad de Vida Relacionada con la Salud*. Bipolar Disorders.

Romo, G. (2015). *Trastorno bipolar: Una guía para el paciente y su familia*. Editor Createspace Independent.

Roy, M. (2014). *Abordaje del trastorno bipolar: estudio de caso único*. Universidad.

Salgado, P. (2013). *Bienestar de pacientes con trastorno bipolar*. Obtenido de <https://www.personasque.es/trastorno-bipolar/salud/bienestar/historia-1271>

Sánchez, P. (2015). *Tratamientos psicológicos y psicoeducación en los trastornos bipolares*. Obtenido de: <https://books.google.com.co/books?id=1YbtAQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.

Scott, J., Paykel, E., Morris, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., Abbott, R., y Hayhurst, H. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomized controlled trial*. British Journal of Psychiatry, 188(4), 313-320.

Strejilevich, S. (2012). Trastorno Bipolar: aspectos generales del diagnóstico y tratamiento. En Retamal y Salinas (Ed.), *Enfermedades del Ánimo* (pp. 69-82). Santiago, Buenos Aires: Mediterráneo.

Urgelés, D. (2018). *La incidencia creciente del trastorno bipolar se deja sentir en el número de personas tratadas*. Madrid, España. Obtenido de: <http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-incidencia-creciente-trastorno-bipolar-deja-sentir-numero-personas-tratadas-paz-20180626131547.html>.

Vázquez, C., Sánchez, A. y Hervás, C. (2008). Salud mental positiva. En C. Vázquez y G.

Hervás (Eds.), *Aplicaciones e intervenciones psicológicas positivas*. Bilbao: Desclee de Brower.

Vázquez, G. (2014). *Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5*. *Psicodebate*, 14(2), 9–24.

Vieta, E. (2001). *Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos*. Madrid, España: Editorial médica panamericana.

Vieta, E., Colom, F. (2011). *Convivir con trastorno Bipolar*. Barcelona, España: Editorial médica panamericana.

Anexos

Consentimiento Informado

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____ voluntariamente acepto participar en el ejercicio académico realizado por una estudiante del programa de psicología de la institución universitaria Politécnico Grancolombiano, facultad de Ciencias Sociales, como informe final de investigación y como requisito parcial para optar al título de psicóloga.

POR MEDIO DE LA PRESENTE DECLARO QUE:

He recibido una explicación clara y completa de la actividad y el objetivo del ejercicio académico, además de las razones específicas por las que se realiza. Estoy satisfecho (a) con tales condiciones y las he comprendido, también consiento la realización de entrevistas y encuestas. Tengo claro que no recibiré ningún beneficio económico ni atención terapéutica por mi participación y que la información que resulte de esta investigación se me dará a conocer y formará parte del secreto profesional.

Ciudad _____ día _____ mes _____ año _____

Firma: _____

Documento, tipo y número: _____

Por la presente certifico que como estudiante de psicología, he explicado la naturaleza, propósito, beneficios y riesgos de los procedimientos propuestos; me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente las preguntas hechas.

Firma de estudiante que aplica las pruebas: _____

Documento, tipo y número: _____

Firma del docente asesor: _____

Documento, tipo y número: _____

Nota: Lo anterior para efecto de lo establecido en la Ley 23 de 1981, su decreto reglamentario 3380 de 1981: en la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de salud y en las demás normas que los modifiquen.

FORMATO DE ENTREVISTA PERSONA AFECTADA POR TB			
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA			
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO			
N.	TEMAS	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESPUESTA
	Encuadre	Buenos días Ruby, soy Jazmin Mateus estudiante de psicología del Politécnico Granacolombiano, le agradezco haber aceptado participar de este proyecto de investigación, que de seguro va aportar grandes respuestas respecto a la experiencia de vida de una persona afectada por TB	
	Encuadre	A continuación le explicare el objetivo general de la investigación que le permitirá entender un poco más la importancia de esta entrevista: Analizar la experiencia de vida de una persona afectada por el trastorno bipolar y su impacto en el ámbito familiar.	
	Consentimiento informado	Le solicito por favor leer atentamente este documento y si está de acuerdo con lo descrito coloque su nombre completo, firma, tipo y número de documento.	
		Bueno, sin más preámbulo comencemos la entrevista, le parece?	
1	Entorno Familiar	Cuénteme Ruby, ¿Quiénes conforman su familia?	
2	Entorno Familiar	¿Describame la relación que ha tenido con sus padres?	
3	Entorno Familiar	¿Recuerda algún familiar diagnosticado con trastorno bipolar? ¿o alguna persona de su familia que haya padecido algún tipo de depresión, enfermedad psicológica o simplemente haya tenido comportamientos extraños?	
4	Entorno Familiar	¿Qué cree usted que piensa su familia acerca de su enfermedad? (tener en cuenta a su esposo, hijos, padres, hermanos u otros parientes que desee tener en cuenta)	
5	Entorno Familiar	¿Qué personas de su familia, son significativas para usted?	
6	Entorno Familiar	¿Cómo se conoció con su esposo? ¿me podría contar esta experiencia?	
7	Entorno Familiar	¿Considera usted que el trastorno bipolar ha influido en su relación conyugal? De ser así ¿en qué sentido?	
8	Entorno Familiar	¿Cómo describe el momento en el que quedó embarazada de su primera hija?	
9	Entorno Familiar	¿Qué significan sus hijos para usted?	
10	Entorno Familiar	¿Después de su primer alumbramiento ha sentido cambios en su estado emocional más de lo común? De ser así ¿cuáles?	
11	Entorno Familiar	¿Cómo ha sido para sus hijos convivir y asumir que usted tenga un trastorno bipolar?	
12	Calidad de Vida	¿Cuáles son las actividades que más disfruta realizar?	
13	Calidad de Vida	¿Cómo describiría lo que experimenta actualmente en su vida diaria con respecto al trastorno bipolar?	
14	Calidad de Vida	¿Ha percibido cambios en sus tiempos de descanso o sueño?	
15	Calidad de Vida	¿Cómo considera que se alimenta? ¿por qué?	
16	Calidad de Vida	¿Cuál fue el último empleo remunerado que usted tuvo? Cuénteme algunas vivencias que le hayan ocurrido en este empleo	
17	Calidad de Vida	¿Cuál considera usted que ha sido su mayor triunfo en la vida?	
18	Calidad de Vida	¿Se siente feliz? ¿Por qué?	
19	Calidad de Vida	Si usted pudiera cambiar algún aspecto en su vida, ¿qué cambiaría?	
20	ciclo vital	Cuénteme ¿Qué recuerda de su niñez? (indagar de algunas experiencias de vida)	
21	ciclo vital	¿Cuáles experiencias le resultan significativas?	
22	ciclo vital	¿Qué recuerda de su etapa escolar? ¿hasta qué grado estudio?	

23	ciclo vital	¿Cuál era su materia preferida o la que más se le facilitó y porque? ¿Cuál fue la más difícil?	
24	ciclo vital	¿A qué edad usted fue diagnosticada con trastorno bipolar? ¿Qué cambios a percibido en su vida desde este diagnóstico?	
25	ciclo vital	¿Cómo es su día normalmente? ¿Qué tipo de pensamientos tiene usted constantemente?	

FORMATO DE ENTREVISTA FAMILIA			
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA			
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO			
N.	TEMAS	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	RESPUESTA
	Encuadre	Buenos días, soy Jazmin Mateus estudiante de psicología del Politécnico Granacolombiano, le agradezco haber aceptado participar de este proyecto de investigación, que de seguro va aportar grandes respuestas respecto al impacto que el TB ha tenido en una persona y en sus relaciones familiares.	
	Encuadre	A continuación le explicare el objetivo general de la investigación que le permitirá entender un poco más la importancia de esta entrevista: Analizar la experiencia de vida de una persona afectada por el trastorno bipolar y su impacto en el ámbito familiar.	
	Consentimiento informado	Le solicito por favor leer atentamente este documento y si está de acuerdo con lo descrito coloque su nombre completo, firma, tipo y número de documento.	
		Bueno, sin más preámbulo comencemos la entrevista, le parece?	
1	Conocimiento del trastorno	¿Cómo comprende el trastorno bipolar?	
2	Conocimiento del trastorno	¿Qué sabe usted de las causas que provocaron el trastorno bipolar en Ruby?	
3	Entorno Familiar	¿Cómo percibe usted la enfermedad de Ruby? (reemplazar Ruby según sea el caso, en su esposa, en su hermana, etc)	
4	Entorno Familiar	¿Cuénteme los aspectos positivos y negativos con respecto al trastorno bipolar?	
5	Entorno Familiar	¿Considera que ha sido afectado de alguna manera por la enfermedad de Ruby?	
6	Entorno Familiar	¿Cómo cree que los niños (hijos) han experimentado el hecho de que su mamá padezca trastorno bipolar?	
7	Entorno Familiar	¿Considera usted que el trastorno bipolar ha influido en su relación conyugal? De ser así ¿en qué sentido?	
8	Calidad de vida	¿Cómo describiría lo que experimenta actualmente en su vida diaria con respecto al trastorno bipolar que padece Ruby?	
9	Calidad de vida	¿Considera que la calidad de vida de Ruby ha sido afectada a causa del trastorno bipolar?	
10	Calidad de vida	¿Cómo describe su calidad de vida en relación a cómo vive usted el trastorno bipolar de Ruby?	
	Finalización	Sin otro aspecto en cuestión, le agradezco mucho su colaboración, le recuerdo que la información que resulte de esta investigación se le dará a conocer y formará parte del secreto profesional	
	Finalización	Me despido deseándole un feliz resto de día	