



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Rompiendo el circuito del alcohol

Recuperación de un adulto con rasgos
narcisistas y trastorno bipolar

Estudiante: Arrúa Daniela Florencia

Legajo: 37233

Director/es: Dra. Analía Verónica Losada

Codirectora/es: Lic. Mirta Stepaniuk

Trabajo Final de Integración para acceder al título de especialista en Psicología
Clínica

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

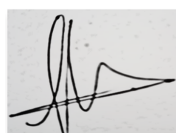
A partir del día de la fecha de aprobación del TFI []

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

2026

Lugar y fecha:

Firma y aclaración del autor:



Lic. Florencia Arrúa

Resumen

El presente trabajo tiene por objeto el estudio del caso de un varón adulto de 38 años con rasgos narcisistas y patología dual: trastorno bipolar y trastorno por consumo de alcohol, utilizando los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013). Se encuentra inspirado en un caso atendido con datos modificados a fin de garantizar la confidencialidad. El método empleado fue el estudio de caso. El abordaje integró la terapia sistémica y la cognitivo-conductual. Las etapas del proceso reflejan una secuencia que combina reestructuración cognitiva, procesamiento traumático y estabilización bipolar.

Palabras clave: patología dual, trastorno bipolar, trastorno por consumo de alcohol, narcisismo, trauma, terapia cognitivo-conductual, terapia sistémica, psicoeducación, empatía, adherencia al tratamiento.

Índice de contenidos

Introducción	3
Contextualización del caso	7
Plan de tratamiento	12
Discusión	31
Conclusiones	34
Referencias	35
Anexo: consentimiento informado	39

Índice de tablas

Tabla 1. Búsqueda de Evidencias	21
Tabla 2. Pasaje de la identidad adolescente a la identidad adulta	27

Índice de Figuras

Figura 1. Genograma del paciente	11
Figura 2. Circuito auto perpetuante del síntoma del paciente	15
Figura 3. Isla	19
Figura 4. Cubo de hielo	19
Figura 5. Tacho de basura	19
Figura 6. Robot	19
Figura 7. Saco de Boxeo	19
Figura 8. Tarjetas recordatorias	21

Introducción

El trabajo se titula "Rompiendo el circuito del alcohol", siendo parte del proceso de finalización de la Especialización en Psicología Clínica. Los datos del mismo han sido modificados a los fines de resguardar la confidencialidad ya que se encuentra inspirado en un paciente atendido pero que mantiene características comunes a los cuadros a analizar: trastorno bipolar y consumo de alcohol. Se presenta su evaluación, el diseño de la estrategia de intervención, los resultados obtenidos y las reflexiones derivadas del proceso terapéutico. El caso resulta relevante por la alta frecuencia de esta comorbilidad en la práctica clínica: una triada común que combina trastorno bipolar, consumo de alcohol y estrés postraumático, asociada a rasgos de personalidad narcisista. Se espera contribuir con reflexiones teóricas acerca de la coexistencia de ambos trastornos señalados y a la consideración de las patologías duales.

El enfoque adoptado es integrador, combinando terapia cognitivo-conductual, psicoeducación para el trastorno bipolar, intervenciones sistémicas y manejo de rasgos narcisistas sin confrontación directa.

A continuación, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013) describe:

“El trastorno bipolar se clasifica en el capítulo de Trastornos Bipolares y Relacionados [...]. Este trastorno se diagnostica cuando se ha cumplido con al menos un episodio maníaco o hipomaníaco, que consiste en un período distinto de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, junto con un aumento anormal y persistente en la actividad o energía dirigida a objetivos, que dura al menos una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. Durante este período, deben presentarse al menos tres síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) [...]. El episodio maníaco

puede estar precedido o seguido por episodios depresivos mayores, pero no es requerido para el diagnóstico, y debe no explicarse mejor por trastornos como el esquizoafectivo, esquizofrenia u otros del espectro esquizofrénico” (p. 125)

Por su parte, el trastorno dual, también conocido como patología dual o diagnóstico dual, no es una categoría diagnóstica específica en el DSM-5, sino que se refiere a la comorbilidad entre un trastorno mental como el bipolar y un trastorno por uso de sustancias, donde los criterios incluyen el consumo problemático de sustancias que lleva a deterioro. Según Torrens (2008), la vinculación entre ambos es estrecha, con una prevalencia de comorbilidad vitalicia que oscila entre el 40% y el 70% en pacientes con trastorno bipolar, lo que agrava el curso clínico, aumenta el riesgo de recaídas, suicidios y peores resultados terapéuticos, posiblemente debido a factores genéticos compartidos, automedicación de síntomas afectivos o interacciones neurobiológicas.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) describe que el trastorno por estrés postraumático, presente en el caso investigado, requiere exposición a muerte real o amenazada, lesión grave o violencia sexual seguida de síntomas en varias categorías: intrusión (uno o más, como recuerdos angustiantes recurrentes, pesadillas, flashbacks, distress intenso o reacciones fisiológicas ante recordatorios); evitación persistente de estímulos asociados (uno o más, como evitar recuerdos o pensamientos, o evitar personas, lugares o actividades reminiscentes); alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo (dos o más, como incapacidad para recordar aspectos clave, creencias negativas exageradas sobre uno mismo o el mundo, culpa distorsionada, emociones negativas persistentes, disminución de interés en actividades, sentimiento de alienación o incapacidad para emociones positivas); y alteraciones en arousal y reactividad (dos o más, como irritabilidad, comportamiento imprudente, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración o sueño).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) indica como tratamientos psicológicos validados la activación conductual, la terapia cognitiva conductual, la psicoterapia interpersonal y el tratamiento para la resolución de problemas.

En particular, el paciente repite patrones conductuales de su progenitor abusivo y desarrolla lo que el DSM 5 (APA, 2013) describe como rasgos narcisistas: disminución de la empatía, centrarse exclusivamente en sus necesidades, búsqueda constante de admiración, intolerancia a la crítica, relaciones superficiales y utilitarias, conductas de seducción, manipulación y encantamiento para lograr sus objetivos.

Trastorno Bipolar y Alcoholismo: Prevalencia y Factores Demográficos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la prevalencia mundial del trastorno bipolar fue de 0.5 %, es decir, 37 millones de personas en 2021, de los cuales 34 millones eran adultos. Pérez de Heredia et al. (2001) estiman la comorbilidad bipolar-alcoholismo en hombres entre 40 % y 65 % a lo largo de la vida, siendo más frecuente en fases maníacas y asociada a peores resultados y mayor riesgo de hospitalización. Medina et al. (2008) destacan que el trastorno bipolar presenta una de las tasas más altas de comorbilidad con alcohol (40 % en los cuadros de manía), con mayor prevalencia en hombres.

Torrens (2008) señaló que la vinculación entre ambos trastornos es estrecha, con una prevalencia de comorbilidad vitalicia que oscila entre el 40 % y el 70 % en pacientes con trastorno bipolar, lo que agrava el curso clínico, aumenta el riesgo de recaídas y de suicidio, y produce peores resultados terapéuticos, posiblemente debido a factores genéticos compartidos, automedicación de síntomas afectivos o interacciones neurobiológicas.

Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar

Cetkovich-Bakmas et al. (2023) destacan el litio como el fármaco con mayor evidencia de efectividad en todas las fases y a largo plazo, siendo el único con demostrada prevención de

suicidio. Los antidepresivos deben usarse con precaución, siempre combinados con un estabilizador para evitar la inducción de manía.

Factor Genético en el Trastorno Bipolar

La historia familiar es uno de los factores de riesgo más sólidos. Hafeman et al. (2016) muestran que la edad de inicio temprano y el subtipo parental influyen en la heredabilidad y el curso del trastorno. Los trastornos bipolares son complejos, con heredabilidad del 70 %–80 %, determinada por múltiples genes y factores ambientales (Vallejo Auñón y Ormaetxe Gil, 2016).

Trastorno Bipolar y Adherencia al Tratamiento

Aproximadamente entre uno y dos tercios de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar no adhieren al tratamiento. Entre los motivos se incluyen los efectos adversos, la percepción de los episodios hipomaniacos como beneficiosos, el estigma y la falta de comprensión de la enfermedad (Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez, 2017). La expectativa de vida se reduce 8–12 años por comorbilidades diversas y disparidad en el acceso a la salud (Cetkovich-Bakmas et al., 2023).

Inclusión Familiar y Psicoeducación en el Tratamiento del Trastorno Bipolar

Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez (2017) afirman que la psicoeducación e inclusión familiar previenen recaídas, reducen la sintomatología y mejoran la adherencia a la medicación. La inclusión de un familiar durante el proceso evaluativo resulta indispensable, dado que una valoración realizada exclusivamente con el paciente no puede considerarse concluyente (Strejilevich y Retamal Carrasco, 2003). Lefio et al. (2013) señalan que en patología dual predominan los vínculos codependientes, lo que constituye un obstáculo frecuente para el tratamiento. Rueda et al. (2021) concluyen que la terapia conductual de pareja muestra mejores resultados en el tratamiento para la adicción al alcohol en comparación con la terapia individual.

El Horizonte Futuro: Hacia la Medicina de Precisión en el Trastorno Bipolar

Bortolozzi et al. (2024) afirman que la heterogeneidad del trastorno bipolar exige abandonar el enfoque "talla única". Cetkovich-Bakmas et al. (2023) enumeran conceptos de vanguardia: biotipos, farmacogenómica y métodos computacionales para identificar candidatos terapéuticos. La evidencia creciente apunta a la inflamación sistémica y la neuroinflamación como factores patofisiológicos clave (Machado-Vieira et al., 2023).

Contextualización del Caso

El caso clínico describe a Esteban (seudónimo), un varón de 38 años, comerciante, casado con Laura (32 años) y padre de Bautista (8 años), derivado por síntomas somáticos sin etiología orgánica (gastritis, erupciones cutáneas, dificultades de concentración), que revelan un cuadro de patología dual (trastorno bipolar tipo II + trastorno por consumo de alcohol), acompañado de trastorno por estrés postraumático (TEPT) secundario a violencia familiar infantil y rasgos narcisistas que predisponen a la presencia de conflictos conyugales e interpersonales significativos.

Método

Se trata de un estudio de caso único cualitativo, inspirado en un paciente real con datos anonimizados y consentimiento informado. Se adoptó un enfoque integrador que combina TCC, intervenciones sistémicas y psicoeducación del paciente y su entorno próximo. El tratamiento abarcó 40 sesiones durante dos años, con seguimiento a 23 meses posalta. Martínez-Carazo (2006) señala que el estudio de caso es riguroso y adecuado para investigar fenómenos donde se busca responder cómo y por qué ocurren, permitiendo analizar desde múltiples perspectivas.

Historia de vida del paciente

Esteban creció en una familia integrada por dos hermanas (Edith y Fátima), su madre (Ángela) y su padre (Raúl). Ambos padres trabajaban intensamente en el comercio familiar. El padre ejercía violencia física y psicológica sobre el grupo familiar y abusaba del alcohol. Raul

tuvo hijos extramatrimoniales y se ausentaba frecuentemente los fines de semana del domicilio familiar. El paciente sufrió humillaciones públicas graves en manos de su padre, tales como patadas en el suelo frente a amigos del club de fútbol a los 8 años. Es posible inferir que ningún adulto lo protegió a lo largo de su infancia. En ocasiones, su propia madre también lo ha humillado y violentado de pequeño, descargando la frustración que vivía en su matrimonio abusivo, sumado a su diagnóstico de trastorno bipolar que no recibía la asistencia acorde. Su madre presionaba a él y a sus hermanas para ocultar, negar, justificar, la conducta del padre, amenazándolos con graves consecuencias si no lo hacían. Su madre presentaba una actitud ambivalente: en ocasiones era cómplice de la violencia paterna y en otras lo mimaba excesivamente, utilizándolo como confidente para descargar sus propias frustraciones. Esta dinámica generó gran inestabilidad emocional, con reacciones impulsivas y agresivas que motivaron múltiples consultas infantiles por diagnóstico de trastorno oposicionista-desafiante en su niñez. Luego de una infancia caracterizada por situaciones atemorizantes de acuerdo al relato del paciente, a sus 12 años ocurre un hecho significativo. Frente a una situación familiar de agresión, en vez de huir, confronta a su padre y protege a su madre. A partir de allí pasó a ser la “oveja negra”, el rebelde. No sólo en su casa, sino también fuera de la misma. Se impuso a sí mismo el mandato de que nadie volvería a humillarlo. Si es necesario, él daría de ahora en más el primer golpe.

Entre otras situaciones relevantes comenzó a frecuentar la vida nocturna a los 14 años, a tener encuentros íntimos con mujeres mayores, consumir alcohol y participar de peleas. Señala que en esa época por primera vez se sintió valorado, admirado y sobre todo, a salvo. El fútbol se transforma en su principal refugio. En el colegio es problemático, pero desarrolla estrategias de manipulación para lograr sus objetivos.

A los 18 años padeció un coma alcohólico, posiblemente en relación con un primer episodio hipomaniaco de su hoy diagnosticado trastorno bipolar tipo 2. En esos momentos no se consideró el antecedente del diagnóstico de su madre y se procedió a internarlo en rehabilitación sin ninguna medicación farmacológica. Estuvo un año en una fundación con tratamiento ambulatorio. Logró entablar un vínculo de confianza con un terapeuta de la institución, tomándolo como figura paterna. El profesional le inculcó la importancia de estudiar, de tener un proyecto de vida. La institución era de origen religioso católico, así que también el apoyo espiritual fue útil para él. Lo describe como el periodo más lúcido y productivo de su vida. Tras el alta, al alejarse del soporte institucional y mudarse a estudiar a otra ciudad, recae en el consumo excesivo de alcohol. Mantiene un buen desempeño académico, impulsado por el único elogio constante del padre: su inteligencia. Experimenta ciclos de insomnio y euforia (hipomanías) seguidos de aislamiento y depresión, sin recibir tratamiento alguno. En la universidad sostiene una relación intermitente de 10 años, marcada por infidelidades y daño emocional a su pareja. Al finalizar esta relación sentimental coincide con su graduación y un profundo episodio depresivo, con consumo masivo de alcohol. Conoce entonces a su actual esposa (Laura), quien lo “rescata” y lo convence de regresar a la ciudad natal de ambos. Se casan dos años después y nace su hijo Bautista. La paternidad permite a Esteban conectar con su vulnerabilidad más profunda. Expresa: “Al único que no le tengo miedo es a mi hijo. No quiero ser su enemigo”. Con el nacimiento de su hijo aumenta la ansiedad (miedo a no poder protegerlo), hipervigilancia, recuerdos intrusivos de la infancia violenta, pesadillas y síntomas de estrés postraumático. Incrementa el consumo de alcohol, los conflictos maritales y el aislamiento social. En este contexto inicia el tratamiento psicológico.

Evaluación del paciente

Se utilizó el Cuestionario de Esquemas de Young y Klosko (2015) y el diagnóstico nosológico del DSM-5 (APA, 2013).

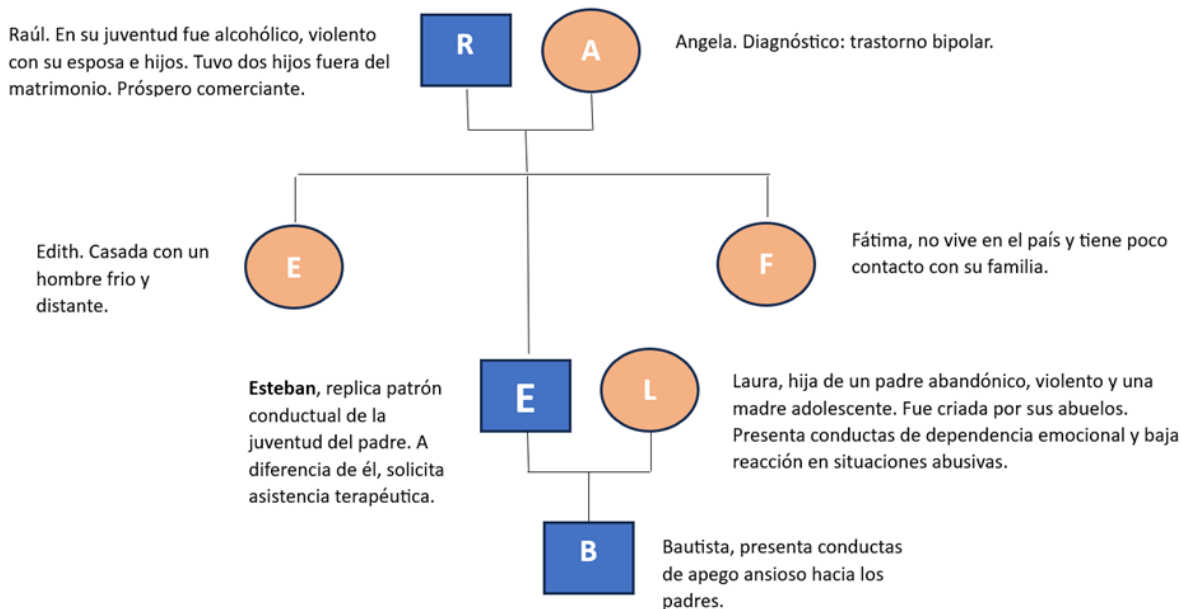
El Cuestionario de Esquemas de Young y Klosko (2015) se presenta como un autoinforme que identifica esquemas maladaptativos tempranos: patrones profundos, disfuncionales y estables de pensamiento, emoción y conducta, originados en la infancia. En el paciente en cuestión su puntuación fue predominante en el *esquema de privación emocional*. Dicho esquema, según Young y Klosko (2012), se constituye en la primera infancia por la privación de parte de los cuidadores principales de afecto físico, gestos de cuidado, atención, empatía o protección. Esta carencia puede deberse a padres negligentes, ausentes o con trastornos psiquiátricos como depresión o adicciones. Esto genera en el niño una sensación de soledad, ausencia, vacío, desunión que se prolonga a la vida adulta. Va acompañado de un sistema familiar donde no existe la comunicación de las necesidades de sus miembros ni el diálogo, no se puede recurrir a las figuras adultas ante los problemas, no hubo suficiente guía, refugio o seguridad. Las creencias predominantes en los adultos con este esquema son: “Necesito más amor y atención de la que tengo, siento que a nivel emocional no conecto con los demás, no he tenido a nadie especial que quisiera compartir conmigo y se preocupara profundamente sobre lo que me ocurre”. Ante la constitución de este esquema, las personas reaccionan de diversas maneras. Young y Klosko (2015) describen que están quienes eligen parejas frías o narcisistas padeciendo el patrón abusivo que experimentaron en su infancia. Y, por otra parte, los que terminan identificándose con la figura abusiva de su infancia, replicando distancia, desapego, frialdad e inaccesibilidad emocional en sus vínculos.

Este instrumento permite diseñar la estrategia terapéutica al detectar esquemas activos y problemáticos con mayor puntuación, conectar síntomas actuales tales como depresión, ansiedad, problemas relacionales y trastornos de personalidad con experiencias infantiles, y

guiar el foco: qué esquemas priorizar, qué modos predominan y qué técnicas emplear.. A la vez este instrumento puede reapplicarse para medir cambios y evolución del consultante.

Figura 1

Genograma del paciente



Nota: Construcción de fuente propia a partir de datos aportados por el paciente

Diagnóstico Nosológico DSM-5 (APA, 2013)

Eje I – Trastornos clínicos: Trastorno bipolar tipo II. Trastorno por consumo de alcohol. Trastorno de estrés postraumático.

Eje II – Trastornos de personalidad: Rasgos de personalidad narcisista (referencias frecuentes a atributos y logros propios, búsqueda de admiración y dificultad para considerar las necesidades de los demás).

Eje III – Condiciones médicas: Ninguna.

Eje IV – Problemas psicosociales: Conflictos interpersonales recurrentes por irritabilidad y reacciones impulsivas.

Eje V – Evaluación global del funcionamiento: Adulto funcional y autónomo con consumo problemático de alcohol y baja conciencia de enfermedad. Sin adherencia al tratamiento farmacológico para el trastorno bipolar.

Plan de tratamiento

El esquema de privación emocional genera evitación emocional, desapego y sobrecompensación narcisista. El trauma complejo producto de la violencia paterna fue automedicado con alcohol, agravando los ciclos bipolares. El enfoque integrador combinó TCC (Beck et al., 2013), técnicas de Burns (2012), higiene del sueño (Perlis et al., 2009), abordaje sistémico del contexto adictivo (Hirsch y Casabianca, 2008) y procesamiento traumático (Cazabat, 2011). La psicoeducación sobre el trastorno bipolar siguió los aportes de Miklowitz (2019) y Colom y Vieta (2004).

Fases del Tratamiento

Fase 1 (inicio–6 meses): Rutina del sueño; toma de conciencia de la problemática del alcohol.

Fase 2 (6–12 meses): Motivación para el cambio; abordaje del trauma infantil; reestructuración cognitiva; abstinencia sostenida.

Fase 3 (12–18 meses): Tratamiento farmacológico; psicoeducación bipolar; identificación de pródromos; adaptación a la eutimia.

Fase 4 (18–24 meses): Alta terapéutica; duelo por identidad adolescente; factores protectores; seguimiento posalta.

Fase 1 (Inicio–6 Meses)

El paciente asiste puntual a la primera sesión, con aspecto cuidado y trato amable. Expresa: “Soy ansioso desde que tengo uso de razón”. Define la ansiedad como una sensación permanente de aceleración, como si alguien lo persiguiera o tuviera una urgencia constante. Informa que asistió anteriormente a psicoterapia por problemas de conducta en la infancia y adolescencia, pero que no fue por voluntad propia. En esta ocasión fue él quien aceptó la indicación médica y solicitó la entrevista para iniciar psicoterapia.

Su motivo de consulta inicial son sus problemas de atención y ansiedad que comienzan a afectar su desempeño laboral. Es un comerciante exitoso que heredó y expandió significativamente el negocio familiar. Pero, ha empezado a perder dinero por falta de su presencia en el local y conflictos con empleados y proveedores. El asocia éstos inconvenientes a su frecuente irritabilidad y desatención.

Era evidente que tenía un problema con el alcohol, sumado a la negación en aceptar el diagnóstico de trastorno bipolar. Pero, como su motivación estaba en la cuestión laboral, inicialmente nos centramos en su falta de concentración, comenzando el trabajo terapéutico desde ese lugar.

Como principal motivo de desatención se evidenció el trastorno del sueño. Dormía muchas menos horas de las mínimas requeridas. Funcionaba el resto del tiempo con sus capacidades cognitivas de memoria, atención y concentraciones disminuidas por la falta de descanso.

Se propuso la técnica de la higiene del sueño como base para iniciar su tratamiento. El objetivo de ésta técnica descrita por Perlis et al (2005) es crear condiciones óptimas (tanto en

el entorno como en los hábitos diarios) que favorezcan el inicio y el mantenimiento natural del sueño.

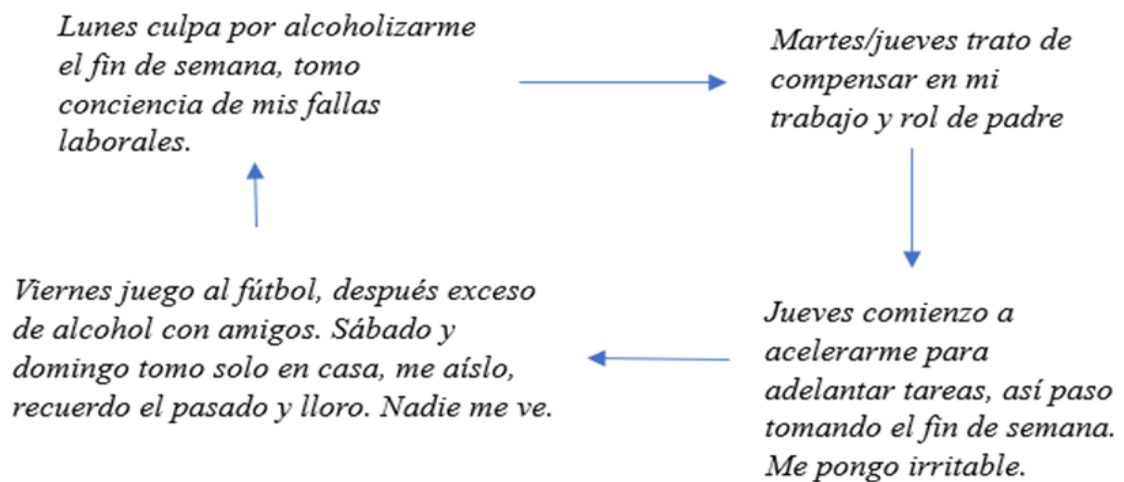
Se acordó no dormir siesta, evitar mate o café luego de las 18 hs, ingerir los últimos alimentos dos horas antes de reposar, la bebida una hora antes, dejar el teléfono móvil media hora antes de ir a la cama, reducir estímulos auditivos y visuales en el entorno.

La adherencia a esta nueva rutina le permitía mantener un funcionamiento estable y predecible desde el lunes hasta el jueves. Sin embargo, a partir del jueves comenzaba a manifestarse una intensa ansiedad, acompañada de irritabilidad marcada y conductas conflictivas. En ese contexto, solía emprender esfuerzos simultáneos y desorganizados por resolver todas las pendientes laborales y domésticas. Esta conducta respondía a la intención de alcanzar un estado de «asuntos concluidos» y libre de reclamaciones o demandas externas, con el objetivo último de poder dedicar el fin de semana al consumo de alcohol sin interrupciones ni obstáculos. Esta modalidad se repetía cada fin de semana, estableciendo un patrón conductual.

Hirsch y Casabianca (2008) señalan que un circuito autoperpetuante o pauta circular de interacción es una secuencia repetitiva y circular de comportamientos que mantiene y perpetúa un problema de forma involuntaria. Es el patrón circular repetitivo de acciones-reacciones que, aunque intenta solucionar el problema, lo mantiene vivo y lo intensifica. El foco terapéutico no está en "por qué empezó", sino en cómo dejar de alimentarlo en el aquí y ahora. Se ejemplifica al paciente de manera visual dicha secuencia:

Figura 2

Circuito autopetruante del síntoma del paciente



Nota. Elaboración propia.

Se realizan preguntas para reflexionar acerca de lo circular de su comportamiento: ¿Cómo te imaginas un año más dentro de este círculo?, ¿En qué parte del circuito sientes que tienes mayor control?, ¿Qué emociones predominan en cada fase?, ¿Qué dirías a alguien que se encuentra en ese círculo?”

La exploración de éstos comportamientos llevó a Esteban a considerar la posibilidad que quizás no esté teniendo el control de su consumo de alcohol. Para aumentar esta toma de conciencia en las próximas sesiones se explorarán los pros y contras del consumo de alcohol. Este ejercicio permitió indagar en profundidad acerca del uso del alcohol para afrontar etapas difíciles de su adolescencia. Señala que en su juventud le dieron el apodo de “Play”. Este sobrenombre hace referencia tanto a su cabello rubio (similar a los Playmobil de los años 90), como a su rol de “jugador” destacado en la cancha de fútbol y en sus conquistas sentimentales.

A continuación, un extracto de sus sesiones (Esteban, comunicación personal 2021):

“Me doy cuenta que el alcohol siempre me dio seguridad, me hacía sentir aceptado, era parte de ser Play, me daba autoestima. Me ayudó a evadir, vivir sin reflexión”. “Desde que

nació Bauti aumentó el tema con papá, él es todo lo que no quiero ser, pero acá estoy, como él, agarrado a una botella, me da tanto miedo conectar con esos recuerdos”.

En relación a la figura 1, el paciente expresó: “Ahora que me lo mostrás, así todo junto, me doy cuenta que play no tiene tanto que ver conmigo. Soy más bien introvertido, intelectual, selectivo de las amistades. me gusta la vida tranquila”.

Las creencias centrales a las que se accedieron a través del cuestionario de Young (2015) fueron fundamentales para abordar la reestructuración cognitiva del paciente partiendo de su esquema predominante de privación emocional. Este esquema se construye por haber sido privado de manera consistente en su etapa infantil de protección, afecto y empatía. Esteban no experimentó de manera estable seguridad y aprecio. Como consecuencia, desarrolló una sensación de soledad, vacío e impresión de no pertenecer a ninguna parte.

En sus vínculos la consecuencia es el desapego, ser distante e inaccesible. Sus relaciones son superficiales. En ocasiones puede llegar a ser cruel con su entorno. Todo lo referido al mundo afectivo le genera ansiedad y lo evita. El vínculo con su esposa era claramente asimétrico. La describe como alguien “incapaz, frágil, vulnerable”, que sin él no decide ni acciona. Se queja de éste aspecto, pero con su comportamiento refuerza el “ser necesitado” y que ella dependa.

Como parte del desarrollo de la empatía, se propuso evaluar en qué medida se respetan en su vínculo de pareja los “derechos asertivos” descritos por Riso (2011). El autor destaca que los individuos poseen una serie de derechos asertivos fundamentales, entre los que se encuentran el derecho a decir "no" sin culpa ni justificaciones excesivas, a expresar desacuerdos, opiniones contrarias y sentimientos negativos de forma adecuada, a no dejarse manipular ni someterse a peticiones irracionales o abusivas, a cambiar de opinión, a no dar explicaciones por todo lo que se decide, a decir "no entiendo", a ser tratado con respeto y

dignidad rechazando humillaciones o maltratos, y a expresar necesidades y deseos respetando al otro (Riso, 2011, p. 43).

Esteban concluye que su esposa lo respeta en gran medida, pero él no lo hace cabalmente. Cuando ella le dice que no, cuando intenta dar su opinión, cuando comete errores o no sabe algo, él reacciona con reproches. Esto fue revelador para él, ya que su percepción es la de no sentirse valorado por su cónyuge, pero en todo este tiempo no tuvo en cuenta cómo ella se sentía a su lado, ni sus necesidades. A lo largo de las sesiones se observó que el patrón vincular de distancia y control que el paciente sostenía con su entorno se replicaba en el vínculo terapéutico. Ante la aproximación a contenidos afectivos respondía con conductas evitativas que interrumpen el contacto emocional: el uso del humor, la racionalización ("En realidad pienso que no tengo motivos para estar mal, soy un hombre exitoso, mi hijo está bien, tengo todo lo que quiero"), la exaltación de logros personales en el área deportiva, sentimental o económica, la redirección de la atención hacia críticas hacia su esposa.

Se decidió que ante la evitación afectiva se incluiría en las sesiones actividades recurriendo a imágenes y sonidos. Esto debido a que las vivencias traumáticas no se almacenan como un recuerdo normal, con una narración coherente y ordenada en el tiempo. En cambio, se conservan de forma fragmentada, sensorial y muy perceptiva, siendo las imágenes visuales las que más predominan, junto con sensaciones corporales, olores y sonidos (Cazabat, 2011). El paciente trae a sesión canciones que marcaron etapas de su vida, fotos, objetos significativos, esto era una manera de salir del "play" y comenzar a conocer a Esteban. A medida que aumentaba su apertura, se lo invitó a que solicite a varias personas de su entorno que escribieran en una nota 3 virtudes de él. Eligió a su madre, su hermana y esposa. Presentó gran resistencia para realizar esta tarea, pero finalmente decidió hacerlo. Trajo las notas a sesión, en sobre cerrado, para que las leamos juntos. Las tres mujeres referían lo mismo: servicial, protector,

inteligente, trabajador, buen padre. Por primera vez apareció una emoción nueva en Esteban: la vergüenza. No sabía cómo afrontar oír esos cumplidos sobre él. Fue un momento importante en su terapia porque pudo comprender en su experiencia como se encuentra alerta para recibir ataques y reaccionar, pero ante el afecto o el cuidado no sabe cómo reaccionar. Su reflexión fue: “Dar cariño me hace sentir débil, siento que pierdo el control, que sería un pollerudo”, “No quiero que me den afecto porque no quiero deber nada a nadie” (Esteban, comunicación personal 2021). Al finalizar esta sesión, se le comentó que por primera vez se lo observó sin filtros, espontáneo y se agradeció la confianza. En la siguiente sesión, se propuso continuar con lo experiencial.

Ante la mayor apertura emocional y motivación para el cambio, se avanza hacia la fase 2 del tratamiento, focalizada en abordar la experiencia traumática infantil, la abstinencia del alcohol y la reestructuración cognitiva.

Fase 2 (6–12 meses)

Se inició el encuentro con música que lo remontaba a los dibujos animados de su infancia. Relató cómo eran las tardes al volver de la escuela, cómo se sentía, la ansiedad permanente de que algo malo iba a ocurrir y de cómo sólo quería cuanto antes ir a la cancha a jugar al fútbol para no estar en casa. Entonces, ya en clima emotivo, se le presentaron unas imágenes de metáforas que él mismo había utilizado para referirse a cómo se siente o se ha sentido a lo largo de su vida: una isla (figura 3), un cubo de hielo (figura 4), un tacho de basura (figura 5), un robot (figura 6), un saco de boxeo (figura 7).

Cazabat (2011) explica que las imágenes producen una activación emocional y fisiológica mucho más intensa que sólo hablar de forma conceptual o abstracta. Esa activación intensa (pero controlada) es necesaria para que se produzca el reaprendizaje emocional profundo.

Figura 3
Exposición a recuerdos

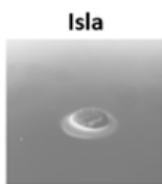


Figura 4
Exposición a recuerdos



Figura 5
Exposición a recuerdos



Figura 6
Exposición a recuerdos



Figura 7
Exposición a recuerdos



Nota: Imágenes recopiladas de Pixabay (www.pixabay.com)

Primeramente se le acercó la figura del Saco de Boxeo (Fig.7). Entonces, comenzó a relatar cómo se siente sentirse un saco de boxeo: el terror, la pequeñez, el desamparo. Lloró por primera vez en su terapia, a los seis meses de iniciar su tratamiento. Intenta hablar, pero los sollozos se lo impiden. Se lo motiva a que continúe y se desahogue, que éste es su espacio seguro para hacerlo. Lloró durante toda la sesión. Por momentos se enoja y lanza reproches a sus padres: “Tenían que cuidarlo, era solo un niño”.

Cazabat (2011) describe que evocar y trabajar directamente con la imagen traumática permite acceder al núcleo emocional del trauma, reducir la potencia de las intrusiones visuales y reescribir el significado emocional de la experiencia, logrando que la memoria traumática pase a ser "solo un recuerdo malo del pasado" en vez de una experiencia que se revive como presente. En la sesión siguiente se continuó el trabajo con las imágenes restantes, proponiéndole al paciente llevar un registro escrito de su experiencia emocional en un cuaderno personal. Este recurso permitió acceder a elaboraciones de significativo valor terapéutico. Entre las reflexiones consignadas por Esteban se destacan las siguientes: "Toda la vida fui un rebelde, siempre fue mi orgullo no permitir que nadie me sometiera, pero sin embargo sí lo soy del alcohol, soy su esclavo" (Esteban, comunicación personal, 2022). "Tengo que dejar de ser rebelde con pelotudeces, dejar de reaccionar a cada provocación. No tengo que demostrar quién soy. Siempre me rebelé a papá, lo confronté, me doy cuenta que me pasa con toda autoridad

[...] en cada uno que me dice qué tengo que hacer o me señala un error veo a papá y siento que me quieren someter [...] Ya no necesito demostrar que no tengo miedo. Sé que puedo" (Esteban, comunicación personal, 2022). "A mi esposa, le tengo miedo, que haga lo que quiera conmigo" (Esteban, comunicación personal, 2022). A partir de este material, la intervención terapéutica se orientó a reforzar positivamente su decisión de dejar el alcohol. El motivo principal que afianzó su decisión de abstinencia fue el orgullo de demostrarse a sí mismo que no era sometido por nada ni por nadie. Pero fue más difícil de lo que pensaba. A lo largo del proceso se percató que no se trataba solo de la bebida, sino también de un estilo de vida, hábitos y entorno.

Sus amigos comenzaron a hacer memes y stickers en WhatsApp con bromas por su decisión, señalando como "pollerudo", dominado por su esposa, entre otras expresiones con la misma significación. Como estrategia se señaló que, de retomar el consumo por influencia de su entorno, estaría siendo sometido por ellos. Esto lo motivó a continuar con su decisión. Ahora, ser rebelde, era saludable. Notó que ya no era conveniente frecuentar sus entornos sociales y comenzó a pasar más tiempo con su familia e ir a la iglesia. Esto lo avergonzaba: "Siempre dije que no sería de esos que deja el alcohol y se vuelve un mojigato, acá estoy"(Esteban, comunicación personal, 2022). Estos momentos de cambio fueron tierra fértil para el cuestionamiento de sus creencias. Se realizó un examen de evidencias (Beck, 2013), que se basa en un enfoque socrático: guiar al paciente a través de preguntas para evaluar racionalmente sus creencias, como si fueran hipótesis científicas que se pueden probar.

Tabla 1 **Búsqueda de Evidencias**

Creencia	Evidencia a favor	Evidencia en contra
Siento que a nivel emocional no conecto con los demás, incluso con las personas más próximas a mí.	Toda la vida me sentí así, la gente parece distante, no sé cómo hacerlo.	Conecto con mi hijo, me estoy conociendo más, conectado conmigo mismo.
Es difícil para mí permitir que las personas me guíen o me protejan, incluso aunque lo deseo en mi interior.	Siempre fui distante, dañé a mis parejas.	Comenzar terapia es porque quiero vivir algo distinto, puedo abrirme.
Me es difícil permitir que las personas me quieran.	No me gusta la demostración de afecto ni los regalos.	Pedí la tarea de terapia donde me decían cosas buenas, y aunque me dio vergüenza lo hice y me gustó.

Nota: Tabla de elaboración propia.

Este ejercicio (tabla 1) comenzó a cambiar el autoconcepto de sí mismo. De auto percibirse como alguien distante, desapegado e indiferente, comenzó a intentar describirse a sí mismo como alguien reflexivo, que intenta cambiar.

Se le propusieron tarjetas recordatorias (figura 8) que llevaba en su billetera cada vez que aparecían pensamientos automáticos que desmotivaban su proceso de cambio. Dichas afirmaciones fueron elaboradas por el propio paciente.

Figura 8

Tarjetas recordatorias

Estas en camino

No Tenes que demostrar nada

Vale la pena

Solo es un mal momento

Bautista te mira

No sos tu papá

Nota. Elaboración propia basado en Burns (2009). Se sugiere consultarlas en momentos de crisis emocional como un recordatorio rápido para desafiar los pensamientos negativos y recuperar el control.

Transcurridos tres meses desde la interrupción del consumo de alcohol, el panorama vital de Esteban se había transformado de manera sustancial. Al mejorar la calidad de su sueño,

su productividad en el trabajo se optimizó, comenzó a disfrutar los fines de semana en familia y compartir el deporte con su hijo, desaparecieron las somatizaciones que lo trajeron a terapia. Ya no padecía gastritis, erupciones cutáneas ni neblina mental. Probablemente debido a la desintoxicación del alcohol. Se realizó una interconsulta psiquiátrica, confirmándose el diagnóstico de trastorno bipolar e iniciando tratamiento farmacológico correspondiente.

Fase 3 (12–18 meses):

El objetivo en esta etapa del tratamiento es darle contenidos básicos acerca del trastorno bipolar ya que se suele desconocer el carácter biológico, crónico y recurrente del mismo. Esto para adquirir conciencia de enfermedad, detección precoz de los síntomas prodrómicos y cumplimiento del tratamiento.

Akiskal et al. (2006) han concluido que el abandono de la medicación, es la causa más común de recaída, por eso centrarnos en la psicoeducación es prioritario. Esteban pensaba que medicado, iba a dejar de ser él. Se había acostumbrado toda su vida a los ciclos hipomaníacos donde experimentaba esos picos de euforia y autoconfianza. Por otra parte, los momentos de depresión los vivenciaba con aislamiento, irritabilidad y anhedonia. La eutimia le resultaba incómoda, la estabilidad para él era rutina, aburrimiento.

Se convocó a miembros de su entorno familiar para describir cómo aspectos de la conducta del paciente no son rasgos de personalidad, sino síntomas de su desregulación neuroquímica producto del trastorno bipolar tipo 2. Los pacientes no suelen registrar los episodios pasados como situaciones negativas y, por el contrario, pueden ser frecuentemente recordados como momentos buenos o de normalidad, de hecho, los episodios hipomaníacos son mejor detectados o descriptos por los allegados o convivientes que por la propia persona que los experimenta, razón por la que se enfatizó incluir a su familia en esta etapa del tratamiento (Strejilevich y Carrasco, 2003).

Con ayuda de su entorno se pudieron identificar los factores prodrómicos en los episodios hipomaniacos del paciente: habla más que de costumbre, comenta planes poco realistas, aumenta su irritabilidad/susceptibilidad, decisiones impulsivas, quiere probar cosas nuevas (comidas, conocer lugares, personas). Usa ropa que no suele usar, con más colores. Se sobre exige deportivamente y consume más alcohol.

Por otra parte en esta fase del tratamiento los episodios depresivos presentaban las siguientes características: Aislamiento, aumentaba su consumo de alcohol, frustración, anhedonia, dormir en exceso y mutismo.

Inicialmente, se plantearon conceptos en la vida del paciente ante los cuales él tenía prejuicios y resistencia: estructura y rutina. Se informó que la medicación, sin cambio de hábitos, no es totalmente eficaz. Colom y Vieta (2004) afirman que la regularidad del sueño es un factor decisivo para la estabilidad ya que tiene una doble función el paciente bipolar:

- Observar cómo se duerme puede dar pistas sobre el estado del curso de la enfermedad, si duerme poco, probablemente se estaría empezando a sufrir un episodio hipomaniaco, mientras que si se tiende a dormir demasiado se puede tratar de un episodio depresivo.
- Se puede utilizar esta información si se percibe que se está empezando a deprimir, puede ser útil reducir el número de horas que se duerme para mejorar el estado ánimo.

La privación del sueño, ya sea por motivos laborales, académicos o recreativos, representa un factor de riesgo significativo para las personas que padecen trastorno bipolar. Al respecto, Colom y Vieta (2004) concluyen que la reducción del sueño durante tan solo dos días puede ser suficiente para desencadenar un episodio hipomaniaco, lo que evidencia la estrecha relación entre los patrones de sueño y la estabilidad del estado de ánimo en esta población.

A lo largo de su historia personal, Esteban exhibió dificultades persistentes en la organización y gestión del tiempo, caracterizadas por una marcada ausencia de estructura en la jerarquización de prioridades y la planificación de actividades cotidianas.

Con respecto al trabajo realizado para lograr la adherencia al tratamiento fueron varias sesiones para el establecimiento de una rutina como meta. Él consideraba que una rutina lo iba a someter, que no sería libre. Encuadrando dentro de la perspectiva que propone Beck (2013) de ser científicos con nuestras propias vidas y poner a prueba nuestras creencias como hipótesis, se lo desafió a sostener 15 días una rutina en relación a dos objetivos: ritmo de sueño y planificar por la noche sus tareas del día siguiente.

A las dos semanas de llevar una agenda, proponerse metas cortas, ir cumpliendo tareas pendientes, Esteban expresó que la rutina llamativamente lo calmaba. El hecho de tener una estructura le permitió pensar con mayor claridad, estar enfocado y no buscar estímulos de manera constante. Piensa que tenía razón en el punto de que la vida es menos intensa, más aburrida, pero dice preferir esto porque por primera vez siente paz. Le dio un gran valor a esta nueva sensación, por encima de cualquier otra experiencia.

El paciente relata que ya no está tan pendiente de demostrar ante los demás su estatus, ni de buscar afirmación. Ve que lo motivan más sus metas personales.

Fase 4 (18-24 meses):

A partir de este momento de mayor conexión consigo mismo, se consideró adecuado avanzar en el trabajo sobre las secuelas en su personalidad de la privación emocional detectada por los resultados del Test de Young. Un objetivo prioritario para romper el patrón conductual violento aprendido en su infancia es el desarrollo de la empatía. Se le propuso el ejercicio de

preguntar una vez al día a su esposa “¿Cómo te sentís?”. Más allá de que no tenga interés o ganas de hacerlo, es parte del desarrollo de nuestro objetivo terapéutico.

También se abordó el hábito de cómo Esteban expresaba su afecto ocupándose de las responsabilidades o tareas de su esposa, pero que esto lo terminaba agobiando y volviéndola dependiente. Además, se acordó que no se refiera más a ella con términos despectivos como “inútil”, y que tolere la frustración de esperar a que sea su esposa la que se haga responsable de las tareas que le corresponden a ella.

Para esta fase del tratamiento se convocó a una sesión vincular con Laura, su esposa. Ella reconoció los cambios positivos en él: “Está más en casa, más conectado con todos, pero continúa con mucho mal humor, quejas, irritabilidad”. Ella se comprometió a no delegar más decisiones o tareas en su esposo, y él asumió el compromiso de respetar este cambio. Su esposa explicó que su principal demanda se centraba en un incremento de afecto y atención. En particular, destacó la necesidad de mayor contacto físico cariñoso y de una escucha activa. El, por su parte, respondió con un nivel notable de sinceridad, reconociendo dificultades persistentes para manifestar afecto en el ámbito conyugal. Refirió experimentar vergüenza o inhibición significativa al expresar cariño hacia su esposa, restringiendo dicha manifestación casi de manera exclusiva al vínculo paterno-filial con su hijo, contexto en el que se sentía más seguro y desinhibido.

En un momento de mayor apertura emocional, el paciente verbaliza la persistencia de un resentimiento hacia su esposa, originado en un episodio de agresión física ocurrido hace cinco años, cuando ella lo golpeó tras descubrir un mensaje de otra mujer en su teléfono celular. Indicó no haber logrado procesar ni perdonar completamente dicho acontecimiento, el cual había permanecido no expresado hasta ese instante. Reconoció que exponer ésta información le generaba una marcada sensación de vulnerabilidad y vergüenza, pero se valoró este acto de

compartirlo como un progreso relevante en la construcción de intimidad y confianza recíproca dentro de la pareja. Este intercambio constituyó un elemento significativo en el proceso terapéutico, al permitir la emergencia y verbalización de necesidades afectivas insatisfechas y de afectos negativos no resueltos, ambos componentes centrales en la dinámica disfuncional de la pareja.

En lo que concierne a la abstinencia del alcohol, la medicación para el trastorno bipolar y su rutina de vida saludable, ésto favoreció un periodo de relativa estabilidad en el cuál el paciente comenzó a reflexionar profundamente acerca de su comportamiento y sus decisiones. Las siguientes verbalizaciones corresponden a estos momentos (comunicación personal Esteban, 2023): “La verdad es que me siento viejo, ya no juego al fútbol como antes, tampoco puedo tomar como antes. Esa es la verdad, y me da miedo que se den cuenta que no soy el mismo de antes [...] no tengo intimidad con nadie para que no me conozcan ni me decepcionen, no tengo ningún amigo en el que confíe [...] crecí entre borrachos y violencia, como un animal [...] Sentía que si daba mucha atención, cariño, me iban a someter, no sabía diferenciar entre alguien que quiere mi bien y el que no [...] Reconozco que fui egoísta con mi esposa, la castigué con mi frialdad”

Estas reflexiones permitieron indagar acerca de la identidad de Play y como ésta lo ayudó a sobrevivir en el ambiente abusivo. Se trabajó en las diferencias entre el adolescente Play y el adulto Esteban. Se utilizó la metáfora de que cuando un traje nos queda chico, hay que cambiar de traje, sino incomoda. O de que cuando una planta necesita traspasarse a una maceta más grande, si no lo hace a tiempo, la planta se atrofia en su crecimiento. En este sentido, “Play ya te queda chico”.

Posteriormente elaboró un proceso de duelo de su identidad adolescente y se promovió sustituir la palabra “viejo” por “adulto”. Se psicoeducó acerca de las etapas del ciclo vital (Brik,

2019) y de cómo en cada proceso de la vida se requiere cumplir ciertas metas de desarrollo para el bienestar individual y del grupo familiar. En este sentido, Esteban se encuentra en la etapa de “Familia con hijos en etapas infantiles y escolares”. En este periodo se requiere la adaptación a ritmos infantiles, el establecimiento de límites y rutinas, apoyar la socialización y el manejo de múltiples demandas como escolaridad y actividades extraescolares (Brik 2019). Sin embargo, existían conductas en el paciente que pertenecían a una etapa previa. La rebeldía con su padre, la búsqueda de aceptación de los pares y el desorden en sus prioridades remiten a una etapa adolescente.

En el marco del proceso terapéutico, se construyó conjuntamente con el paciente un cuadro comparativo orientado a la evolución de su identidad.

Tabla 2: Pasaje de identidad adolescente a la identidad adulta

El Adolescente PLAY	El Adulto Esteban
Prioriza el beneficio a corto plazo	Prioriza el beneficio a largo plazo
Sensación de grandiosidad	Consciente de sus limitaciones
Quiere todo ya	Gestiona su tiempo
Todo es igual de importante	Orden de prioridad
Atención dispersa	Atención focalizada
Influenciable por el grupo	Identidad y criterio propio
Busca aprobación/aceptación	Confía en sí mismo, no tiene que demostrar
Impulsividad	Reflexivo
Evitar responsabilidades	Se compromete
Busca sensaciones	Busca logros
Recibe	Da, cuida y protege

Nota. Elaboración propia

En respuesta al interrogante sobre cómo se proyecta en un plazo de cinco años, el paciente expresó: “Me veo con esta paz. Llevándome bien con mis recuerdos, ya no huyendo de ellos. Disfrutar de mi hijo y darle el ejemplo. Que mi familia no sufra por el alcohol.

Disfrutar el tiempo con mamá que está grande. Tenemos un proyecto que valoro con Laura, ella me apoya. Es sencilla, tenemos valores en común. Ella es flexible, se acerca a pesar de su orgullo, para que estemos bien” (Comunicación personal Esteban, 2023).

En las sesiones previas al alta se recorre su proceso terapéutico, los obstáculos que fue atravesando, los logros, los riesgos de volver atrás y qué conductas evitar.

El futuro de Esteban depende de convertir la estabilidad actual en un estilo de vida protegido y consciente. La eutimia lleva trabajo. Para ello se enfatizó en el mantenimiento del tratamiento farmacológico, seguimiento psiquiátrico, rutina del sueño inquebrantable (evitando traspasar) y el ejercicio físico regular. Se elaboró en conjunto con el paciente y su familia un “plan de acción” escrito para síntomas prodrómicos (habla acelerada, reducción de sueño, planes grandiosos, irritabilidad aumentada). Ejemplo: “Si duermo menos de 6 horas dos noches seguidas → contacto con psiquiatra.

Es importante que considere el riesgo de desregulación en situaciones de estrés vital alto (cambios laborales, enfermedad familiar, mudanzas) y tome medidas preventivas, así como también los “desencadenantes ambientales”: fiestas, reuniones deportivas con alcohol, contactos con ex-amigos de consumo que podrían situarlo en un contexto de riesgo.

Tras sostener los cambios positivos durante un período de tres meses, y luego de dos años de proceso psicoterapéutico, se procedió a otorgar el alta terapéutica. Posteriormente, transcurridos dos años desde dicho alta, el paciente solicitó una nueva consulta, manifestando dificultades en el ámbito de la relación de pareja.

Relata que su esposa comenzó a trabajar, pero que no se pudo sostener en el entorno laboral hostil y terminó renunciando. Según él, Laura está “anclada al pasado” y lo hostiga con

reproches por su comportamiento tiempo atrás, aunque actualmente el sostenga los cambios positivos. Ella dice sentir bronca de haberlo perdonado tantas veces, de haberse postergado por él. Esteban la contiene e insiste en que acceda a ir a terapia, pero ella se niega. Según expresa, Laura afirma que es injusto que él esté bien y ella tan mal, que se siente deprimida y frustrada.

A fin de comprender lo ocurrido, resulta pertinente recurrir al concepto de homeostasis familiar, propuesto por Hirsch y Casabianca (2005) en el marco de la terapia familiar sistémica. Dichos autores plantean que la mejora significativa del paciente identificado produce un desequilibrio en el sistema familiar, dado que la función que éste cumplía en la estructura relacional deja de ser ejercida. ¿Qué rol cumplía Esteban en su sistema?:

- Desviador de conflictos → Toda la atención y la tensión se centraba en él → los conflictos de pareja se evitan o posponen
- Unificador → La familia se "unió" alrededor del problema → el alcohol.
- Regulador emocional → el problema de Esteban con el alcohol absorbía la ansiedad, el sufrimiento o la ira no expresada de Laura.
- Chivo expiatorio → Canaliza culpas, frustraciones o fallas familiares ya que "todo sería perfecto si él no tomara"

Por eso, cuando el síntoma (alcoholismo) desaparece sin que el sistema cambie su estructura y reglas internas, el sistema "reacciona" produciendo un nuevo síntoma en otro lugar (depresión en Laura). Como afirman Hirsch y Casabianca (2005). El síntoma no se entiende como un defecto individual aislado, sino como una conducta que forma parte de un circuito interactivo. El síntoma es parte del aquí y ahora del sistema relacional: organiza las interacciones, define posiciones, evita confrontaciones directas o mantiene coaliciones.

Cuando existen trastornos adictivos no basta sólo con tratar al paciente. Hay que trabajar el sistema familiar para que pueda tolerar y sostener la mejoría sin necesidad de generar un nuevo síntoma. La terapia familiar busca reestructurar las relaciones, redistribuir roles, mejorar la comunicación y permitir que la familia evolucione hacia un nuevo equilibrio más funcional.

Se encuadra este motivo de consulta por el que solicitaba asistencia posterior al alta, como esperable por la crisis que provocó su cambio y que podría ser una oportunidad de crecimiento para todos. Se aconseja recurrir al espacio de terapia de pareja y/o familiar.

Se realizan dos sesiones más donde el paciente puede acompañar a su esposa de una forma proactiva, conteniendo, pero a la vez con límites. Ya no permite el reproche o la queja constante por hechos del pasado. Esteban hace énfasis en las conductas de reparación que ha tenido los últimos dos años y que también ella necesita colaborar en el cambio de conductas o hábitos que ya no sirven para esta nueva etapa de la relación.

Según relata el paciente, una conversación con su esposa:

“Laura ya no va más eso de que si o si uno de los dos tiene que estar en el banquillo de los acusados siempre. Eso era antes. Yo demostré mi cambio, busqué ayuda. Hay que buscar una solución, no vivir en el problema, eso era antes” (Esteban, comunicación personal 2023). También refirió utilizar el ejemplo traído en una de nuestras sesiones, el de la planta que está en una maceta que le queda chica y se atrofia, diciéndole a su esposa: “Lo mismo sucede con nuestra relación, ya nos queda chico eso de la queja sin solución, hay que cambiar de maceta” (Esteban, comunicación personal 2023).

El paciente se mantuvo firme en sostener los logros producto de su trabajo terapéutico y no recaer en viejos hábitos. Con colaboración de la terapeuta infantil de su hijo, se logró

incluir a su esposa en un proceso terapéutico familiar. En nuestra última sesión informa que nota a su esposa más comprometida en su cambio. Ella comenzó a ir a clases de Crossfit. Esto generó celos en Esteban, pero pudo identificar este comportamiento como de “la vieja maceta” y reflexiona que en esta nueva etapa, sus reacciones también deben ser nuevas, apoyando a su esposa. Se reforzó este cambio de actitud con reconocimiento señalando qué hubiera sucedido de reaccionar de la manera antigua.

El decidió que éstas tres sesiones de “ajuste” fueron útiles, que sirvieron para afianzar sus cambios y que nos volverá a contactar si vuelve a necesitar nuestra asistencia.

Discusión

El presente estudio de caso clínico demuestra la viabilidad y efectividad de un abordaje integrador entre la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia sistémica en el tratamiento de un paciente adulto con patología dual. Los resultados obtenidos tras 40 sesiones a lo largo de dos años —abstinencia sostenida del alcohol, adherencia al tratamiento farmacológico, reducción significativa de síntomas postraumáticos y mejora en la dinámica vincular— confirman que la integración de estos modelos permite abordar la complejidad etiológica y mantenedora de esta comorbilidad, superando las limitaciones de intervenciones unimodales (Secades-Álvarez & Fernández-Rodríguez, 2017; Torrens, 2008).

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, el caso ilustra cómo la identificación y modificación de creencias centrales asociadas al esquema de privación emocional (Young et al., 2015) constituyó el eje central del cambio. Técnicas como el examen de evidencias (Beck et al., 2013), las tarjetas recordatorias (Burns, 2012) y la exposición guiada a recuerdos traumáticos mediante imágenes metafóricas y recursos sensoriales (Cazabat, 2011) facilitaron la conexión con la vulnerabilidad infantil, reduciendo la evitación emocional y la disociación. Este proceso no solo disminuyó los síntomas intrusivos y de hipervigilancia propios del

trastorno por estrés postraumático, sino que también permitió la reestructuración de la identidad narcisista: de “Play”, el admirado y controlador, a Esteban, el adulto reflexivo y capaz de desarrollar empatía.

La psicoeducación sobre el trastorno bipolar (Miklowitz, 2019; Colom & Vieta, 2004) y la implementación de higiene del sueño y rutinas estructuradas (Perlis et al., 2009) fueron determinantes para mejorar la adherencia farmacológica y estabilizar el curso episódico, alineándose con evidencia que muestra que la TCC reduce recaídas y mejora el funcionamiento psicosocial en pacientes bipolares (Secades-Álvarez & Rodríguez, 2017).

El componente sistémico (Hirsch & Casabianca, 2005) resultó clave para desarticular el circuito auto-perpetuante del alcohol, que no solo involucraba al paciente sino a todo el sistema familiar. La visualización gráfica del circuito y el trabajo sobre roles disfuncionales (desviador de conflictos, chivo expiatorio, regulador emocional) permitió romper la homeostasis familiar patológica. El seguimiento a dos años del alta, con la emergencia de síntomas depresivos en la esposa, confirma la tesis sistémica de que el cambio individual genera desequilibrio en el sistema, requiriendo intervenciones vinculares para sostener la mejoría (Lefio et al., 2013; Rueda et al., 2021). La sesión conjunta con Laura y el posterior acompañamiento familiar ilustran cómo el desarrollo de la empatía —primero hacia la propia vulnerabilidad infantil y luego hacia el otro como sujeto— rompió el patrón de privación emocional intergeneracional, promoviendo vínculos más auténticos y asertivos (Riso, 2011).

Estos hallazgos aportan evidencia clínica a la literatura sobre patología dual en contextos latinoamericanos, donde la comorbilidad bipolar-alcoholismo alcanza tasas del 40-65% en hombres y se asocia a mayor gravedad, hospitalizaciones y riesgo suicida (Pérez de Heredia et al., 2001; Medina et al., 2008; OMS, 2021). El caso resalta la importancia de priorizar el trabajo con el trauma complejo y los rasgos de personalidad antes de intensificar la

farmacoterapia, evitando la confrontación directa con la grandiosidad narcisista y favoreciendo una alianza terapéutica basada en la validación (Young & Klosko, 2015). Asimismo, confirma que la inclusión familiar en la psicoeducación no solo mejora la adherencia (Strejilevich et al., 2003), sino que previene la “sustitución sintomática” una vez que el paciente identificado mejora.

Limitaciones

Como estudio de caso único, los resultados carecen de generalizabilidad estadística y están sujetos a sesgos del terapeuta y a la subjetividad inherente al diseño cualitativo (Martínez-Carazo, 2006). No se utilizaron medidas cuantitativas estandarizadas de seguimiento (por ejemplo, escalas de adherencia o síntomas) más allá del Cuestionario de Esquemas de Young, lo que limita la objetividad de los cambios.

Fortalezas

Entre las fortalezas destacan la duración del tratamiento -dos años-, el seguimiento post-alta, el uso multimodal de técnicas experienciales, cognitivas y sistémicas. El caso ofrece un modelo replicable para la práctica clínica en patología dual con trauma y rasgos narcisistas, especialmente en entornos donde los recursos son limitados.

Implicaciones para la investigación futura

Se requieren estudios de casos múltiples y ensayos controlados que evalúen la eficacia de este modelo integrador en muestras más amplias, incorporando medidas objetivas. Sería valioso explorar la mediación del esquema de privación emocional en la respuesta al tratamiento y la efectividad de intervenciones breves sistémicas en la prevención de recaídas vinculares.

Conclusiones

El caso de Esteban ilustra que un abordaje integrador entre la terapia cognitivo-conductual y la sistémica constituye una estrategia eficaz para el tratamiento de la patología dual. Al conectar al paciente con su vulnerabilidad infantil, desarticular el circuito adictivo familiar y promover la empatía como herramienta relacional, se logró no solo la abstinencia del alcohol y la estabilización bipolar, sino una transformación identitaria profunda: del adolescente “Play” al adulto responsable y conectado. Este proceso confirma que en la clínica de la complejidad no basta con tratar el síntoma; es necesario intervenir en los patrones relacionales que lo sostienen. La psicoeducación, el trabajo experiencial con el trauma y la inclusión del sistema familiar emergen como pilares fundamentales para sostener cambios a largo plazo y prevenir la reproducción intergeneracional del sufrimiento.

En un contexto donde la patología dual representa uno de los mayores desafíos de la salud mental pública en Argentina y Latinoamérica, este estudio de caso invita a los profesionales a adoptar prácticas integradoras y personalizadas.

Referencias

- Akiskal, H. S., y Vázquez, G. H. (2006). Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: validación del concepto de espectro. *Vertex*, 17(69), 340–346.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. L. (2013). *Trastornos de ansiedad y fobias: Una perspectiva cognitiva*. Desclée de Brouwer.
- Bortolozzi, A., Fico, G., Berk, M., Solmi, M., Fornaro, M., Quevedo, J., Zarate, C. A., Jr., Kessing, L. V., Vieta, E., y Carvalho, A. F. (2024). New advances in the pharmacology and toxicology of lithium: A neurobiologically oriented overview. *Pharmacological Reviews*, 76(3), 323–327.
<https://doi.org/10.1124/pharmrev.120.000007>
- Brik, E. (2019). *Terapia sistémica para familias: Cómo alcanzar una mejor convivencia familiar*. Editorial Síntesis.
- Burns, D. D. (2012). *Adiós, ansiedad: Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*. Paidós.
- Cazabat, E. H. (2011). Trauma, abuso sexual y disociación en la clínica psicológica. *Diagnosis*, 8, 57–68.
- Cetkovich-Bakmas, M., Abadi, A., Camino, S., Bonetto, G. G., Herbst, L., Marengo, E., y Corrales, A. (2023). Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los trastornos bipolares. Segunda parte B. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 34(160), 25–53.

- Colom, F., y Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Ars Médica.
- Hafeman, D. M., Merranko, J., Axelson, D., Goldstein, B. I., Goldstein, T., Monk, K., Hickey, M. B., Sakolsky, D., Diler, R., Iyengar, S., Brent, D., Kupfer, D. J., y Birmaher, B. (2016). Toward the definition of a bipolar prodrome: Dimensional predictors of bipolar spectrum disorders in at-risk youths. *American Journal of Psychiatry*, *173*(7), 695–704. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15040414>
- Hirsch, H., y Casabianca, R. (2008). *Cómo equivocarse menos en terapia: Un registro para el modelo M.R.I.* (3.^a ed.). Centro Privado de Psicoterapias.
- Lefio, L. A., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P., y Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *34*, 257–266.
- Losada, A. V. (2014). Uso en investigación y psicoterapia del consentimiento informado. En B. Kerman y M. E. Rodríguez Ceberio (Eds.), *En búsqueda de las ciencias de la mente*. Editorial Universidad de Flores.
- Machado-Vieira, R., Courtes, A. C., Zarate, C. A., Jr., Henter, I. D., y Manji, H. K. (2023). Non-canonical pathways in the pathophysiology and therapeutics of bipolar disorder. *Frontiers in Neuroscience*, *17*, Artículo e1228455. <https://doi.org/10.3389/fnins.2023.1228455>
- Martínez-Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, *20*, 165–193.

- Medina, E., Helfer, M., y Sánchez, S. (2008). Efecto del consumo de alcohol en la evolución del paciente bipolar. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25(3), 78–81.
- Miklowitz, D. J. (2019). *Guía de supervivencia del trastorno bipolar: Lo que usted y su familia necesita saber* (3.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Pérez de Heredia, J. L., González Pinto, A., Ramírez, M., Imaz, A., y Ruíz, J. (2001). Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. *Trastornos Adictivos*, 3(S2), 19–24.
- Perlis, M. L., Jungquist, C., Smith, M. T., y Posner, D. (2009). *Insomnio: Una guía cognitivo-conductual de tratamiento*. Desclée de Brouwer.
- Riso, W. (2011). *El derecho a decir no: Cómo ganar autoestima sin perder asertividad*. Planeta.
- Rueda, F., Valladolid, G., y Robles, J. (2021). *Guía de intervención clínica para el manejo del trastorno por uso de alcohol*. Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Secades-Álvarez, A., y Fernández-Rodríguez, C. (2017). Revisión de la eficacia de los tratamientos para el trastorno bipolar en comorbilidad con el abuso de sustancias. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 113–124.

- Strejilevich, S., y Retamal Carrasco, P. (2003). Percepción del impacto y el proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 14, 245–252.
- Torrens, M. (2008). Patología dual: Situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315–319.
- Vallejo Auñón, F. M., y Ormaetxe Gil, P. (2016). Prevalencia y características clínicas de pacientes con trastorno bipolar y consumo de alcohol. *Revista de Patología Dual*, 3(3), 47.
- Young, J. E., y Klosko, J. S. (2012). *Reinventar tu vida: Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Paidós.
- Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2015). *Terapia de esquemas: Guía práctica*. Desclée de Brouwer.

Anexo**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad, desean conocer mi caso clínico, tratamiento desarrollado de Marzo de 2021 a Diciembre de 2023. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre la terapia para el trastorno bipolar tipo 2 y el trastorno por consumo de alcohol.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar (o equipo responsable)

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:**Firma Profesional Informante:****Aclaración:****Aclaración: Florencia Arrúa****DNI:****DNI: 32885150****Fecha:****Protocolo N°: s/n**