Guía sobre Dificultades Cognitivas en Personas con Trastorno Bipolar

Herramientas para la hipomanía y la depresión leve

Aun fuera de los episodios "graves", muchas personas con Trastorno Bipolar notan dificultades cognitivas (atención, memoria, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas) que influyen en el día a día. Son frecuentes en fases subumbral y explican parte del "bajón" funcional entre episodios.

1.- ¿Qué funciones se alteran?

- **Atención y concentración:** cuesta mantener el foco, se "pierde el hilo".
- **Velocidad de procesamiento:** todo va "más lento" (en depresión) o "demasiado rápido" (en hipomanía).
- **Memoria (de trabajo y episódica)**: más fallos para retener instrucciones, citas, dónde dejaste algo.
- **Funciones ejecutivas:** planificar, priorizar, cambiar de tarea, inhibir impulsos. Estos dominios pueden estar afectados incluso en eutimia (estabilidad).

2.- ¿Cómo se sienten las dificultades según el estado?

Depresión leve (subumbral):

- Pensamiento lento, indecisión, rumiación, fatiga mental.
- Más errores por distracción y lentitud; cuesta iniciar tareas y "arrancar".
- Empeora memoria reciente y flexibilidad mental.

Hipomanía:

- Pensamiento rápido, distractibilidad, saltos de idea, verbosidad.
- Impulsividad al decidir; difícil sostener una tarea; planificación pobre.
- Puede haber sensación de "rendir más", pero con más fallos de control inhibitorio.

3.- Factores que las agravan

- Sueño corto/irregular; estrés sostenido; multitarea excesiva; consumo de alcohol/estimulantes.
- Efectos de medicación: algunos fármacos pueden dar somnolencia o enlentecer (p. ej., sedación), lo que se vive como "niebla mental". Si lo notas, coméntalo con tu profesional.

4,- Señales de alerta (consultar antes de que escale)

Depresión:

- Varios días seguidos con caída notable de energía/ atención.
- Errores que ponen en riesgo trabajo/estudios.
- Ideas de no valer o de hacerse daño.

Hipomanía:

- Sueño reducido sin cansancio + aumento claro de actividad. Gastos/decisiones arriesgadas.
- Conflictos por impulsividad.

(Las diferencias por estado están documentadas en estudios neuropsicológicos por fase).

5.- Estrategias que ayudan (primeros auxilios cognitivos)

Higiene de sueño y ritmo:

- Horarios regulares (acostarse/levantarse), luz de mañana, evitar pantallas 1 h antes de dormir.
- En hipomanía, bajar marcha tras la tarde: rutina predecible, actividades calmadas.

Trabajo/estudio:

- Una cosa cada vez (monotarea).
- Paquetes pequeños: método 25/5 (25 min foco + 5 min pausa).
- Listas de 3 prioridades/día; lo demás a “lista parking”.
- Externaliza memoria: calendario visible, alarmas, post-its, notas de voz.
- Repite instrucciones y parafrasea (“entonces tengo que…”).

Atención y control ejecutivo:

- Técnica Stop–Respira–Observa–Sigue cuando te notes acelerado o rumiando.
- “Regla de 2 pestañas” (máx. dos ventanas abiertas).
- En hipomanía, filtra ideas: apunta todo en una libreta y decide mañana qué ejecutar.

Vida diaria:

- Estructura tu día (bloques con hora).
- Aeróbico suave 20–30 min/día; pausas activas.
- Café/azúcar con moderación; nada de alcohol si notas inestabilidad.

Apoyos y comunicación:

- Avisa: “Hoy estoy nublado/acelerado; mejor dame 1 tarea concreta y plazos claros”.
- Pide revisión en pareja/equipo para decisiones con dinero o compromisos.

Nota sobre intervenciones específicas: La remediación cognitiva (programas estructurados para entrenar atención, memoria, planificación + estrategias compensatorias) muestra resultados prometedores pero mixtos; parece ayudar más cuando es individualizada, suficiente en duración y combinada con entreno funcional. Consulta opciones en tu recurso de salud mental.

6.- Auto-seguimiento sencillo:

- Al final del día, valora 0–10: atención, memoria, impulsividad, sueño.
- Anota 1 éxito y 1 obstáculo; ajusta tu plan para mañana (una mejora pequeña).
- Si 3–5 días seguidos empeoras o aparece riesgo, contacta con tu profesional.

7.- Para el equipo clínico (por si te sirve hablarlo en consulta)

La evidencia apoya que la cognición puede verse afectada incluso fuera de episodios mayores; es útil cribar y monitorizar estos dominios y ofrecer estrategias psicoeducativas y/o correctivas cuando afecte al funcionamiento. Existen recomendaciones y resúmenes clínicos recientes de la Sociedad Internacional para los Trastornos Bipolares (ISBD).

8.- Guías y materiales prácticos consultados

- Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (España, Ministerio de Sanidad / GuiaSalud) – versión completa (2012) y resumen; referencia clásica para profesionales y pacientes.
- Folleto "Cognición en el Trastorno Bipolar" (ISBD) – cuadernillo específico sobre problemas de atención, memoria y funciones ejecutivas en TBP, dirigido a pacientes y familias.
- "Aprendiendo a vivir con trastorno bipolar" (Salud Mental España / Red Escuelas de Salud) – manual divulgativo para pacientes y familias con capítulos de psicoeducación.
- Guía para familiares y pacientes con Trastorno Bipolar – material psicoeducativo con pautas de actuación ante hipomanía y depresión.
- Guía para pacientes (Psiconecta) – documento breve, útil para primeras orientaciones.
- Colom & Vieta – Manual de Psicoeducación para el Trastorno Bipolar (Psiquiatría Editores / Ars Médica). Obra de referencia del programa Barcelona Bipolar, muy utilizada en España e Hispanoamérica.

9.-Mensaje final

Las dificultades cognitivas en depresión leve e hipomanía **son frecuentes y manejables.** No definen quién eres ni tu valor: son parte de la condición y mejoran con **regularidad, hábitos y apoyos**. No estás solo: hay profesionales, grupos y familias que ya recorrieron este camino.

Redactado por: Carlos González Sainz, presidente de la Asociación de Afectados por Trastorno Bipolar de Aragón (ATBAR)