

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO
BIPOLAR

DOUGLAS LEONARDO IDÁRRAGA MUÑOZ. PS

Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

2011

Intervención Psicológica con Pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar

Douglas Leonardo Idárraga Muñoz. Ps.

Informe de Práctica de Especialización en Psicología Clínica

Asesora: DIANA MARÍA AGUDELO VÉLEZ. PS. PHD

Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

2011

Tabla de contenido

Resumen	1
Abstract	¡Error! Marcador no definido.
Introducción	2
Método	15
Participantes	15
Instrumentos	16
Procedimiento:	22
Resultados	24
Discusión	31
Conclusiones	42
Referencias	44
ANEXOS	

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

AUTOR: DOUGLAS LEONARDO IDÁRRAGA MUÑOZ

FACULAD: PSICOLOGIA

DIRECTOR: DIANA MARÍA AGUDELO VÉLEZ.

RESUMEN

Los tratamientos farmacológicos disponibles en la actualidad para el manejo del trastorno bipolar tienen un nivel de eficacia que permite alcanzar la recuperación de los episodios en tiempo breve, sin embargo se siguen reportando altos niveles de recaídas, niveles medios de satisfacción general, bajos niveles de recuperación sintomática y malos indicadores de recuperación funcional, relacionados con múltiples variables como el estigma social, la falta de adherencia al tratamiento y la falta o manejo inapropiado de estrategias de afrontamiento dirigidas al control de síntomas y manejo de estrés psicosocial. Se diseñó un programa de intervención orientado a manejar estos factores, basado en modelos con evidencia empírica publicados en la literatura y se puso a prueba en un grupo de seis pacientes diagnosticados con trastorno bipolar tipo I. Se tomaron medidas de sintomatología y se evaluaron las variables satisfacción, estilos de afrontamiento y adherencia al tratamiento antes y después de la intervención. Los resultados mostraron un aumento estadísticamente significativo en los niveles de adherencia al tratamiento y disminución de la sintomatología, especialmente de la irritabilidad y las reacciones agresivas, que se relacionaron con mejor conocimiento y aceptación del diagnóstico, disminución del estigma social y aprendizaje de estrategias cognitivas y conductuales para el manejo del trastorno y la sintomatología afectiva. No se encontraron cambios en cuanto al nivel de satisfacción, nivel de actividad y estilo general de afrontamiento hacia el estrés, que se explican por la existencia de ganancias secundarias que actúan como factores de mantenimiento. Se identificaron como factores de riesgo para la cronificación de la discapacidad, la edad temprana de aparición, un elevado número de episodios, y la comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos. Como factores protectores se encontraron: Estar casado, buena percepción de apoyo familiar y rutinas estables de actividad derivadas de los roles. Se concluye que el protocolo de tratamiento muestra potencial como una intervención coadyuvante al tratamiento psiquiátrico convencional y se requiere realizar posteriores estudios con un diseño controlado y una muestra de pacientes más numerosa para aumentar la validez de los resultados.

Palabras clave: Trastorno afectivo bipolar, recuperación funcional, psicoterapias basadas en evidencia, psicoeducación, estrategias de afrontamiento.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION WITH PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

AUTHOR: DOUGLAS LEONARDO IDÁRRAGA MUÑOZ

FACULTY: PSYCHOLOGY

DIRECTOR: DIANA MARÍA AGUDELO VÉLEZ.

ABSTRACT

Current pharmacological treatments available for the management of bipolar disorder, have reached an efficacy level which permit to obtain sindromal recovery in short term. Nonetheless, high recurrency, middle levels of general satisfaction, low levels of symptomatic recovery and ill indicators of functional recovery are still reported in the literature, in relation with multiple factors such as social stigma, lack of treatment adherence and lack, or inappropriate use, of coping strategies for symptom control and stress managements. An intervention program was designed in an attempt to control this factors, based on published empirically tested models and was tested in a group of six patients diagnosed with bipolar disorder type I. Symptomatic measures were obtained, and the variables of satisfaction, coping styles and treatment adherence were assessed before and after intervention. Results showed an statistically significant raise in adherence levels and decline in symptoms, specially irritability and aggressive reactions, which were related to better knowledge and acceptance of the diagnostic, diminution of social stigma and learning of cognitive and behavioral strategies for the management of treatment and affective symptoms. Changes in level of satisfaction, activity and general coping style with stress were not found which is explained by the existence of secondary gains acting as maintaining factors. An early age of appearance, high number of episodes, and comorbidity with other psychiatric diagnostics were identified as risk factors for the long term maintenance of disability. Protection factors were found in: being married, a high perception of family support and established routines of activity related to role responsibilities. It is concluded that the treatment protocol shows potential as an adjunctive intervention to regular psychiatric treatment and further studies with a controlled design and a bigger sample size are needed to enhance the validity of these results.

Keywords: Bipolar Affective Disorder, functional recovery, evidence – based psychotherapy, psicoeducation, coping strategies.

Introducción

El trastorno afectivo bipolar (TAB), llamado anteriormente enfermedad maniaco – depresiva, es un trastorno afectivo caracterizado por fluctuaciones bruscas del estado de ánimo que terminan en episodios afectivos de manía o depresión. Tiene un curso cíclico episódico de largo plazo y los episodios anímicos generan un daño en el funcionamiento social, interpersonal y laboral del paciente (American Psychiatric Association, 2002; Reiser & Thompson, 2006).

El TAB se manifiesta como un desequilibrio en el sistema de activación emocional, que moviliza, con o sin presencia de un evento desencadenante, una fuerte respuesta emocional y produce una enorme alteración energética. A partir de esto se generan cambios en el funcionamiento que alteran el afecto, la cognición, la sensopercepción y la conducta. Se altera la sensación de la propia energía y la capacidad de trabajo, se cambian los ciclos de alimentación y de sueño, cambia la percepción de la propia corporalidad y la relación con el mundo, y aparecen sentimientos e ideas de grandeza o minusvalía, según sea el caso de un episodio maniaco o depresivo.

En los episodios maniacos se experimenta un estado de ánimo elevado o eufórico con una sensación excesiva de felicidad y expansividad (en algunos casos irritabilidad excesiva), con una disminución en la necesidad de sueño, ideas de grandiosidad y autoestima elevada, confianza plena en las propias habilidades, aumento en la velocidad del habla, pensamiento acelerado o fuga de ideas, aumento de la actividad y niveles de energía, cambios en el pensamiento que pueden ir hasta el delirio, alteración del juicio, de la atención y la percepción, agitación psicomotora y comportamientos impulsivos y riesgosos tendientes al placer incluyendo: aumento de la sociabilidad, compras y gastos excesivos e innecesarios, consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo.

Estos episodios alternan con estados depresivos caracterizados por una sensación de tristeza, vacío, falta de energía, sensación de fatiga, disminución del interés y la capacidad de experimentar placer con cosas que anteriormente lo producían, pérdida de peso y apetito, Insomnio, sentimientos de culpa y autoreproches, falta de concentración y dificultad de toma de decisiones e ideas de muerte o ideas suicidas (Miklowitz, 2002).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) divide los trastornos del estado de ánimo en trastornos depresivos unipolares (Trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificados) y trastornos bipolares (entre los que se encuentra el espectro de trastorno bipolar I, II, ciclotimia, y trastornos bipolares no especificados). La característica distintiva de los trastornos bipolares es la aparición de episodios maniaco, mixto o hipomaniaco, alternados con episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar tipo I se diagnostica con la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos completos (con daño funcional social – laboral y/o necesidad de hospitalización), acompañado comúnmente, pero no necesariamente, de episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II por su parte se diferencia puesto que no presenta historia de episodios maníacos o mixtos completos, pero sí algún episodio de funcionamiento hipomaniaco acompañado de uno o más episodios depresivos mayores.

Cada paciente tiene su sintomatología particular y aunque los episodios sean diferenciables como principalmente depresivos o principalmente maníacos, es común encontrar síntomas de agitación psicomotora en un paciente en estado depresivo, o encontrar señales de irritabilidad, tristeza o ansiedad en un paciente en un estado maniaco. La variedad de episodios mixtos es grande y permite ver cómo la manía y la depresión son manifestaciones diferentes de una misma desregulación en el sistema de activación emocional (Goodwin & Jamison, 2007).

La edad media de aparición del trastorno es de treinta años y rara vez aparece después de los cincuenta. El promedio de episodios en la vida se ha calculado en nueve episodios. Se ha encontrado evidencia de la contribución de factores genéticos en el trastorno bipolar: En pacientes con un diagnóstico primario de trastorno bipolar se han encontrado antecedentes familiares de episodios afectivos hasta en un 52% en los padres, 54% en dos generaciones y 63% en la familia extensa. A su vez, una historia familiar de trastornos anímicos está asociada con edad más temprana de aparición del primer episodio maniaco. Una edad temprana de aparición se ha correlacionado con más episodios en la vida, y a su vez, mayor número de recaídas se relaciona con mayor deterioro emocional y cognitivo, de manera que a medida que aumenta la edad los intervalos interepisódicos decrecen y la duración de los episodios aumenta (McDaniel & Sharma, 2002).

Los datos epidemiológicos para el TAB muestran que para todos los trastornos bipolares la prevalencia está entre 1 y 3% de la población general. Según el DSM-IV-TR (American

Psychiatric Association, 2002; Wingo, et al. 2010), la tasas de prevalencia del trastorno bipolar I varían entre el 0,4 y el 1,6%, con distribución de género equitativa, y para el trastorno bipolar II es aproximadamente del 0,5%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. Para Colombia la prevalencia para el trastorno bipolar I se estima en 1.2% con mayor frecuencia en los hombres, para el trastorno bipolar II la tasa es del 0.5% (Ministerio de la Protección Social, 2003).

El TAB representa una condición que puede ser realmente catastrófica para quien la padece debido a la pérdida de funcionalidad, la ruptura de las relaciones significativas, y las consecuencias de las conductas de riesgo que pueden adoptar en los episodios afectivos: Intentos de suicidio, aislamiento social y disminución de la actividad en la depresión; y conductas sexuales de riesgo, compras compulsivas y malas decisiones financieras en la manía.

Por lo tanto el TAB tiene altos costos a nivel financiero y de adaptación personal e interpersonal, con los cuales tienen que enfrentarse los pacientes al salir de un episodio. Además, según Ball, Mitchel, Malhi, Skillecorn & Smith (2003) entre el 70 y 75% de los pacientes recaen en un periodo de 4 a 5 años después de un episodio maniaco.

Del mismo modo la Organización Mundial de la Salud en su documento “Invertir en salud mental” (2004) expone que el trastorno bipolar se encuentra dentro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad en el mundo. Para los sistemas de salud y las entidades esto constituye un gran desgaste e implica la adopción de medidas de intervención oportunas.

La recuperación de los pacientes con TAB ha sido conceptualizada en diversas dimensiones, y según la definición que se escoja los resultados son divergentes. Gracias al tratamiento con fármacos estabilizadores del estado de ánimo como el carbonato de litio y el ácido valpróico, combinados con antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos e inductores del sueño, según la necesidad del paciente, se encuentra que un 91 a 97% de los pacientes alcanzan recuperación sindromal (no cumplir con los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de un episodio afectivo) y pueden ser dados de alta del tratamiento intrahospitalario en un plazo de pocas semanas o días (Wingo, Baldessarini, Holtzheimer, & Harvey, 2010).

La recuperación sintomática, entendida como bajos puntajes en escalas de depresión y manía, que indiquen ausencia de síntomas, tiene un porcentaje de acierto menor. Sólo alrededor de una tercera parte de los pacientes logran recuperación sintomática o funcional completa,

presentando síntomas sub-sindrómicos, que no son de suficiente número o intensidad para completar los criterios diagnósticos para un episodio afectivo, pero que causan malestar o disfuncionalidad significativa para la vida del paciente (Ball et al., 2003).

El porcentaje de pacientes que logran la recuperación funcional, entendida como el regreso a los niveles premórbidos de funcionamiento social y ocupacional, es todavía menor. Sólo alrededor del 20 al 40% de los pacientes logran recuperación social y laboral a niveles premórbidos. Además se ha encontrado que sólo alrededor del 20 % de los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar son casados, en comparación con alrededor del 60% en la población general, y que hasta un 64% de ellos se encuentran desempleados, aún cuando el 60% de ellos habían cursado estudios superiores (Wingo, et al. 2010; Zimmerman, Galione & Chelminski, 2010, Schoeyen et al. 2010).

La dificultad de recuperación se encuentra asociada a diversas variables, entre ellas la dificultad y el retraso para el diagnóstico de la enfermedad. Se ha encontrado que desde el inicio de los síntomas hasta recibir un diagnóstico correcto de trastorno bipolar pueden transcurrir una media de entre 7,6 y 9,3 años. Esto a su vez representa un riesgo ya que se permite la cronificación del trastorno y el aumento de las recaídas, lo cual aumenta el deterioro, la cantidad de síntomas afectivos sub-sindrómicos y se relaciona con una percepción subjetiva reducida de la calidad de vida (Montes et al. 2008; García, Ezquiaga, De Dios, Agud & Soler, 2010)

También se encuentra relación con otras variables tales como el estigma social (Gonzalez et al. 2007), la falta de adherencia al tratamiento (Gutiérrez-Rojas, Jurado, Martínez-Ortega & Gurpegui, 2010) y la falta o manejo inapropiado de estrategias de afrontamiento dirigidas al control de síntomas y manejo de estrés psicosocial, derivado de situaciones de estrés cotidiana o de eventos emocionalmente perturbadores vividos en el presente o en el pasado (Conus et al. 2010)

La calidad de vida, entendida como un indicador de éxito de la recuperación, ha sido tema de estudio de la psicología de la salud, desde que la Organización Mundial de la Salud presentó en 1948 la definición de salud como un concepto positivo, que va más allá de la ausencia de enfermedad como define el tradicional modelo biomédico, y que se caracteriza como un completo estado de bienestar físico, psicológico y social (Díaz, Blanco, Horcajo & Valle, 2007).

Se han definido conceptos diversos como bienestar, satisfacción, funcionalidad o ajuste psicosocial para comprender la calidad de vida y aunque no existe un concepto unificado, la mayoría de las conceptualizaciones hechas sobre la calidad de vida incluyen dimensiones de funcionamiento físico, funcionamiento social, manejo de roles, salud mental y percepciones generales de la salud. De acuerdo con esto, los reportes de los pacientes sobre su satisfacción con el funcionamiento diario en grandes dominios vitales son las medidas más usadas como indicadores relevantes de calidad de vida subjetiva (Ritsner, Kurs, Kostizky, Ponizovsky & Modai, 2002).

Se han encontrado evidencias contradictorias sobre el estado de calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar. Michalak, Yatham, Kolesav & Lam (2006) concluyen sobre el impacto del trastorno bipolar con la siguiente cita: “La mayoría de los individuos afectados que entrevistamos describieron como el TAB había tenido un profundo efecto sobre su calidad de vida, a menudo con efectos serios y duraderos en su capacidad para recibir una buena educación, escoger una vocación significativa, lograr independencia financiera y tener relaciones sociales e íntimas saludables” (Michalak et al., 2006. Pág 34.)

Por otra parte Chand, Mattoo & Sharan (2004) reportan que, comparado con dos grupos control, uno de pacientes con esquizofrenia clínicamente estables y uno de individuos saludables, los pacientes bipolares en profilaxis con litio mostraron resultados de calidad de vida similares a los del grupo saludable, y significativamente superiores a los del grupo de pacientes con esquizofrenia. Lo anterior puede mostrar que los pacientes con TAB con un manejo adecuado y periodos interepisódicos funcionales largos pueden presentar buenos niveles de satisfacción, y por lo tanto una calidad de vida adecuada.

La adherencia al tratamiento médico se entiende básicamente como el cumplimiento de las recomendaciones médicas por parte de los pacientes y es uno de los factores psicosociales que más se tienen en cuenta desde la psicología de la salud para el estudio de la recuperación de la enfermedad debido a que de un correcto seguimiento de las recomendaciones depende que los tratamientos logren el efecto esperado. Sin embargo, este es un concepto ampliamente discutido que es mucho más complejo que el simple seguimiento de instrucciones médicas e incluye en diferentes enfermedades y etapas de la enfermedad, diferentes tipos de conductas, que están influidas por factores tan diversos como las características de la enfermedad, el tratamiento y las recomendaciones médicas, características personales como conocimientos, creencias y actitudes sobre el tratamiento, y

otros factores del contexto como la calidad de la comunicación médico-paciente y la presencia o ausencia de apoyo social para el paciente.

Dentro de los comportamientos comprendidos como adherencia se encuentran: El mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento y controles (médicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos), la toma correcta del medicamento, cambios en el estilo de vida y la evitación de conductas contraindicadas (Ehrenzweig, 2007). Según Pomykacz, Mao, Weiss y Teter (2007) la falta de adherencia es común en todo tipo de tratamientos y los pacientes psiquiátricos son aquellos que muestran menores registros de adherencia a la terapia farmacológica comparados con pacientes que reciben medicamentos para combatir síntomas físicos asociados con enfermedades no psiquiátricas.

Como agravante, si se analiza el tratamiento para el trastorno bipolar se puede ver que tiene todos los factores de riesgo para una baja adherencia: En primera instancia, en la hipomanía y la manía no hay presencia de síntomas dolorosos o incómodos sino por el contrario en ocasiones placenteros, lo cual genera baja conciencia de trastorno y dificulta la búsqueda o el seguimiento de un tratamiento (National Alliance on Mental Illness, 2008; Ehrenzweig, 2007). Además, es un tratamiento a largo plazo, lo que dificulta su mantenimiento y hace muy posible su abandono temprano. También es un tratamiento complejo en donde se combinan a menudo dos o más medicamentos en distintas dosis y diferentes horarios, lo que puede fácilmente generar errores en la toma (Montes et al. 2008). Del mismo modo los pacientes reportan efectos secundarios desagradables del medicamento como somnolencia, pérdida de concentración, pérdida de vitalidad, aumento de peso, cambios de personalidad, entre otros que disminuyen la adherencia (McDaniel & Sharma, 2002). Y finalmente, se prescriben cambios en el estilo de vida que a menudo son difíciles de lograr o no son prescritos de manera clara (Berk, Hallam, Colom et al. 2010).

Adicionalmente, se puede ver que el conocimiento y las actitudes, tienen una fuerte influencia en el hecho de adherirse o no a un tratamiento en específico (Taylor, 2007). A nivel individual se encuentra que para muchos pacientes la falta de educación o información sobre el trastorno y el tratamiento llevan a que, no se comprenda el concepto de enfermedad crónica, el funcionamiento de los medicamentos neuropsiquiátricos, y además se mantengan tabúes y malas opiniones que se tienen sobre los mismos. Es necesario para aumentar la adherencia que los pacientes reciban educación al respecto y aprendan a juzgar estas ideas en

contraste con los beneficios de mejorarse y mantenerse bien (National Alliance on Mental Illness, 2008).

En cuanto a la medición de la adherencia se han utilizado diferentes métodos: La estimación de médicos y enfermeras sobre la adherencia de sus pacientes, la observación de terceros o familiares, el conteo de medicación, el uso de medidores electrónicos o la consulta de bases de datos de farmacias (Ehrenzweig, 2007). La medición de la concentración sanguínea de medicamentos ha mostrado dificultades por la complejidad y costo. Por último los cuestionarios de autorreporte, a pesar de tener una tendencia a sobreestimar el cumplimiento, siguen siendo los más usados (Nogués, Sorli & Villar, 2007).

De otro lado, una variable que se ha asociado claramente con el manejo de la enfermedad mental en general y específicamente con el TAB son los estilos de afrontamiento. Así se han relacionado con el éxito del tratamiento debido a que se ha encontrado relación de eventos estresantes como desencadenantes de la aparición del trastorno o de episodios de recaída. Se cuenta la contribución tanto de estrés psicosocial desencadenado por eventos cotidianos, de leve intensidad pero duración crónica, como de eventos vitales o eventos emocionalmente perturbadores, que generan altos grados de estrés y grandes demandas de adaptación en un periodo relativamente breve de tiempo.

El afrontamiento se entiende generalmente como una respuesta al estrés: “Con relación al estrés, las estrategias de afrontamiento, son consideradas como un conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación” (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre- Acevedo, 2006. Pág 328). Según la definición de Lazarus & Folkman (1984. Pág. 141, citado en Lazarus, 1999. Pág. 110) son “los constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar demandas internas o externas específicas que son valoradas como excesivas para los recursos de la persona”.

Las estrategias de afrontamiento se clasifican de diferentes maneras. La división más básica es la de Lazarus y Folkman (Lazarus, 1999) dentro de la cual se distingue entre afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción. Otros autores plantean que estas se pueden dividir en tres según se focalicen en el problema, en la emoción o en la valoración de la situación, y que también se pueden clasificar según si los esfuerzos cognitivos o comportamentales se den de manera activa, buscando solucionar la situación, pasiva,

esperando que el problema se resuelva por sí solo, o evitativa, intentando huir o evitar la situación y sus consecuencias (Londoño et al. 2006).

Las estrategias de afrontamiento activas o enfocadas en el problema (Davis & Brantley, 2004) se han asociado generalmente con resultados más positivos en una variedad de poblaciones, mientras que las estrategias de afrontamiento evitativas se asocian más comúnmente con resultados negativos. También, estrategias de afrontamiento activas han sido asociadas con mejor adherencia al tratamiento cuando se enfrenta a estresores controlables de la enfermedad, mientras que las estrategias enfocadas en el manejo emocional se han asociado con adherencia cuando se trata de enfermedades incontrolables.

En estudios con pacientes psiquiátricos se ha encontrado que estilos de afrontamiento evitativos o enfocados en la emoción se asocian con mayor malestar y peores resultados para la depresión. Por el contrario, las estrategias dirigidas al problema se asocian con menor sintomatología psicológica para la depresión (Davis & Brantley, 2004). Vollrath, Alnæs y Torgersen (2003) encontraron que los pacientes con trastorno bipolar muestran un patrón diferenciado de estrategias de afrontamiento ya que son los únicos que usan el humor y no tienen tendencia a desistir de su metas, pero también usan la expresión emocional (ventilar emociones) y tienen tendencia a usar alcohol y drogas. En otro estudio sobre estrategias de afrontamiento para síntomas pródromos en pacientes TAB, Sierra, Livianos, Arqués, Castello y Rojo (2007) reportaron que los pacientes con este diagnóstico tienden a utilizar técnicas tanto cognitivas como conductuales para afrontar los síntomas pródromos de la depresión, y predominantemente estrategias comportamentales con los pródromos de la manía. Estos autores también reportan, de acuerdo con investigaciones previas, que existen estrategias efectivas y nocivas tanto para la manía como para la depresión.

Todo lo anterior resalta la importancia de crear estrategias de intervención dirigidas a disminuir la vulnerabilidad al estrés, aumentar la adherencia y mejorar la percepción de calidad de vida de los pacientes. Se destaca además la importancia de la intervención temprana ya que el deterioro que en general se atribuye al trastorno puede ser prevenido con buenas estrategias de manejo de la enfermedad, afrontamiento de estresores y prevención de recaídas (Berk, Hallam, Malhi et al. 2010). Además, se debe prevenir el progreso de la enfermedad, ya que a más recaídas aumenta la probabilidad de sufrir una nueva recaída desencadenada por niveles cada vez más bajos de estrés psicosocial (Jones & Burrell-Hodgson, 2008).

En cuanto a la intervención, todo modelo de intervención psicosocial probado para el Trastorno Afectivo Bipolar se basa en un modelo de la enfermedad en el que se incluyen influencias psicológicas, sociales o comportamentales que influyen en el curso del trastorno. Esto marca la diferencia con el modelo biomédico de la salud que considera a la enfermedad como la consecuencia única de alteraciones bioquímicas en el organismo (Scott, 2007). Los modelos más citados por la literatura se relacionan en que todos consideran que el trastorno bipolar está relacionado con vulnerabilidad a un tipo de estrés particular y por lo tanto se enfocan en la disminución del riesgo de percibir dicho estrés, además de hacer énfasis en la adherencia al tratamiento.

El modelo de psicoeducación (PE), diseñado para el tratamiento y la comprensión de los procesos de rehabilitación en enfermedades crónicas como el cáncer, concibe al TAB como una enfermedad crónica cualquiera que requiere de un proceso de aceptación, educación y adaptación por parte del paciente. Maneja un modelo diátesis – estrés de la enfermedad y las intervenciones basadas en este modelo se caracterizan por dos componentes fundamentales: 1. Adaptación a la enfermedad y estrategias de manejo de la enfermedad (Aceptación, colaboración activa, adherencia a la medicación, manejo de rutinas) y 2. Identificación de estresantes y desarrollo de habilidades de afrontamiento (Manejo de estrés, identificación de señales tempranas, planes de afrontamiento) (Reiser & Thompson, 2006).

La eficacia de las intervenciones psicoeducativas ha sido ampliamente documentada en cuanto a su efecto en la prevención de recaídas. En una variedad de ensayos controlados aleatorizados se ha encontrado que la participación en una intervención psicoeducativa se relaciona con menos episodios de recaída, mayor tiempo para la primera recaída (Perry, Tarrier, Morriss, MacCarthy & Limb, 1999), menor número de hospitalizaciones, menor tiempo de hospitalización y mayores niveles de adherencia (Colom, et al. 2003).

Estos resultados aportan evidencia a la efectividad de la psicoeducación como coadyuvante de la terapia farmacológica, pero también dejan ver que existen diversidad de intervenciones que se pueden denominar psicoeducativas, unas cortas, otras más extensas, unas en modalidad individual y otras grupales. También se aprecia que dada la complejidad del trastorno unas intervenciones pueden tener efectos protectores para la depresión y otras para la manía. Además muchos de los principios de la psicoeducación y actividades propias de un modelo psicoeducativo son integrados en los otros modelos de intervención psicosocial.

La Terapia Interpersonal y de Ritmo Social (TIRS), desarrollado por Ellen Frank (2007), se basa en la idea de que los estados anímicos están controlados por la estabilidad de las rutinas de sueño/ vigilia y actividad/estimulación que se viven a diario. Por lo tanto centra sus intervenciones en la estabilización de rutinas sociales, además de prevenir estresores interpersonales abordando las dificultades y déficits en habilidades sociales (Reiser & Thompson, 2006). El modelo explica que existen tres vías por las cuales se llega a una recaída en un episodio afectivo del trastorno bipolar: La falta de adherencia al medicamento, la desestabilización de las rutinas sociales y la presencia de eventos estresores, especialmente de naturaleza interpersonal, por lo tanto la TIRS pretende apuntar a los tres factores de riesgo enseñando al paciente a mantener sus rutinas y mejorando su funcionamiento interpersonal y su satisfacción con los roles sociales.

Este tipo de intervención ha demostrado su eficacia en un ensayo controlado aleatorizado realizado por el grupo de investigación de la doctora Frank (Frank et al. 1999). Se encontró que los participantes que recibieron tratamiento con TIRS en fase aguda tuvieron mayor tiempo para recaídas, mayor estabilidad de rutinas al terminar la fase aguda y menor probabilidad de recurrencias en fase de mantenimiento y que la estabilidad en un solo tipo de terapia tuvo efectos positivos en cuanto al número de recaídas (Frank et al. 2005).

El enfoque de terapia centrada en la familia (TCF), parte del supuesto de que al reducir el estrés en el ambiente familiar se puede retrasar o prevenir recaídas de episodios afectivos. Se basa en un modelo diátesis – estrés, y se enfoca en la reducción del conflicto y angustia familiar posterior al diagnóstico de la enfermedad (Reiser & Thompson, 2006). El modelo de terapia centrada en la familia fue primero integrado y puesto a prueba por David Miklowitz (Miklowitz & Goldstein, 1990, citado en Goldberg & Harrow, 2001) y su modelo aún sigue siendo estándar para muchas intervenciones familiares que incluyen un proceso de evaluación y tres temas principales de intervención: psicoeducación familiar, entrenamiento en habilidades de comunicación y habilidades de resolución de problemas. Este modelo está manualizado y fue desarrollado para llevarse a cabo en 21 sesiones a lo largo de 9 meses.

En ensayos controlados aleatorizados se ha puesto a prueba la efectividad de este modelo y se ha encontrado que los pacientes que recibieron TCF tuvieron significativamente mayor supervivencia después de un año sin recaídas, mayor reducción en sintomatología afectiva total y sintomatología depresiva; y mejoría en adherencia en seguimiento (Miklowitz et al. 2000; Miklowitz et al. 2003; Rea, Tompson & Miklowitz, 2003). La TCF ha tomado

reconocimiento después de estas evidencias, ya que se demostró que mediante el uso de esta terapia se pudo disminuir significativamente la tasa de recaídas hasta en un 30% (Miklowitz et al. 2007).

Por último, el enfoque de tratamiento cognitivo-conductual (TCC), se basa en la idea de que existe una fuerte relación entre pensamientos, emociones y conductas por lo cual se trata de enseñar habilidades de manejo cognitivo y conductual para reconocer estímulos estresantes, monitorear el estado de ánimo y señales tempranas de alerta de recurrencia de un episodio, y disminuir la vulnerabilidad mediante el uso de estrategias y planes de afrontamiento cognitivos y conductuales. Además de la educación sobre la enfermedad y la supervisión del estado de ánimo, a nivel cognitivo se enseña registro de pensamientos disfuncionales y reformulación de pensamientos más funcionales, igual que como se utiliza la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión unipolar para modificar los sesgos cognitivos negativos relacionados con el estado de ánimo. Ball et al. (2003) proponen que una terapia cognitiva focalizada en esquemas centrales sobre sí mismo y sobre la enfermedad puede disminuir la vulnerabilidad cognitiva, lo que a su vez tiene un doble efecto: modulador de la respuesta (estrés) ante situaciones cotidianas que podrían desencadenar un episodio y facilitador del proceso de adaptación a la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

Sin embargo, es importante notar que en el TAB puede existir vulnerabilidad en ambos sentidos: sesgos negativos y positivos. Los estilos cognitivos negativos pueden ser un factor de riesgo para la depresión, así como los estilos muy positivos generan riesgo de imponerse metas irrealmente altas y confiar excesivamente en la propia capacidad, durante la manía y la hipomanía (Johnson & Tran, 2007). La intervención pretende enseñar al paciente a reconocer la relación entre emoción pensamiento y conducta y, a reconocer su funcionamiento.

Existe evidencia proveniente de ensayos controlados aleatorizados de que la inclusión de un protocolo de intervención cognitivo conductual orientado al desarrollo de habilidades de afrontamiento y la disminución de la vulnerabilidad cognitiva a los programas de psicoeducación para pacientes con TAB tiene efectos positivos sobre la calidad de la recuperación, comparado con un grupo en el cual sólo se llevó a cabo el programa básico de psicoeducación. Se han encontrado resultados en grupo con TCC de hasta 50% menos días en depresión y mayor disminución de dosis de antidepresivos (80% vs 25%), después de un año de seguimiento menos episodios, menos síntomas de manía, mejoría en estrategias de afrontamiento, disminución en síntomas depresivos, mejor adherencia y menor uso de

neurofármacos, menos recaídas, menor riesgo de episodios totales, menos hospitalizaciones y menor duración de episodios (Lam et al. 2000; Lam et al. 2005; Zaretsky et al. 2008). En otro estudio, con fallos en criterios de exclusión, no se encontraron resultados significativos en cuanto a recurrencia o síntomas anímicos. Sin embargo, controlando número de episodios pasados se pudo observar un beneficio para los pacientes con menos de 12 episodios de recurrencia (Scott et al. 2006).

En conjunto, los modelos revisados: Psicoeducación (PE), Terapia interpersonal y del ritmo social (TIRS), Terapia centrada en la familia (TCF) y Terapia cognitiva conductual (TCC), muestran una superposición de objetivos terapéuticos importantes y una metodología similar, por lo que se puede decir que todos los programas comparten una ideología común: Se basan en un modelo de vulnerabilidad - estrés y enfocan su intervención en el control de dichos estresores y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Acentúan la importancia de la aceptación, compromiso y la participación activa del paciente. Y hacen énfasis en la adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial. Otros objetivos son más específicos de cada uno de los modelos, como la disminución de la vulnerabilidad cognitiva en TCC, el manejo de rutinas de actividad/estimulación en la TIRS y la intervención familiar en la TCF (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrist, 2006).

El STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program – Bipolar Disorder) es un estudio a gran escala financiado por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, pretende recoger en múltiples lugares del país una muestra de más de 4000 pacientes bipolares para realizar pruebas aleatorizadas comparando la efectividad de tres psicoterapias basadas en evidencia: Terapia interpersonal y del Ritmo Social (TIRS), Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Terapia Centrada en la Familia (TCF) (Miklowitz & Otto, 2006). Los resultados publicados de este estudio con una muestra de 152 pacientes bipolares comenzando en episodio depresivo muestran que recibir alguna de las terapias probadas (30 sesiones en 9 meses) mejora el funcionamiento total ($F= 4.32$, $P = 0.04$), funcionamiento en las relaciones ($F=5.26$, $P=0.02$) y satisfacción con las actividades ($F= 3.98$, $P=0.048$), comparado con un grupo control que recibe cuidado colaborativo (una intervención corta de 3 sesiones de psicoeducación), no se reportaron diferencias significativas entre los tres tipos de terapia (Miklowitz et al. 2007).

Dadas las consecuencias que puede tener el trastorno bipolar en la calidad de vida de los pacientes y dada la evidencia de la posibilidad de disminuir o impedir estas consecuencias

mediante la intervención oportuna, este trabajo se propuso diseñar, implementar y evaluar la eficacia, de un programa de intervención psicológico para pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.

Método

Participantes

Para la intervención propuesta se eligió a un grupo de 6 pacientes, contactados en el servicio de hospitalización y el grupo de apoyo para pacientes con trastornos afectivos de la clínica psiquiátrica San Pablo de la ciudad de Bucaramanga que cumplieron con los criterios de inclusión propuestos: Ser pacientes mayores de edad, con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, que en el momento de ingresar al proyecto se encontraran en remisión total o parcial de su sintomatología y tuvieran capacidad lecto-escritora para poder acceder a la intervención. Por la dificultad en el manejo de este tipo de pacientes, y aunque existe una alta tasa de comorbilidad con el TAB, se tomó como criterio de exclusión el abuso de sustancias psicoactivas.

Este estudio se realizó dentro del marco de las prácticas académicas de la Especialización en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana y por lo tanto fue aprobado por la Coordinación de la Especialización, así como por los respectivos comités de ética de la universidad y la institución en donde se llevó a cabo la práctica. Los participantes, quienes voluntariamente aceptaron participar en el proyecto, fueron informados de que la intervención a la que serían sometidos no pondría en ningún riesgo su tratamiento psiquiátrico actual ni su salud mental, que la información recogida durante el estudio era de tipo confidencial y que los participantes eran libres de retirarse en cualquier momento cuando así lo prefirieran. Después de ser informados de las anteriores condiciones, quienes accedieron a participar en la intervención debieron firmar un formato de Consentimiento Informado como el que se muestra en el ANEXO I.

Instrumentos

Para el presente trabajo se hizo uso de escalas psicométricas de medición para evaluar el diagnóstico, la sintomatología y las variables psicosociales escogidas: calidad de vida, estilos de afrontamiento y adherencia al tratamiento. Algunas de estas escalas están estandarizadas y otras elaboradas ad hoc para este trabajo. La descripción y características psicométricas de las pruebas se encuentran a continuación, y el cuadernillo diligenciado por los pacientes se puede encontrar en el ANEXO II.

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión en español 5.0.0.

Con el fin de hacer una verificación del diagnóstico de TAB tipo I, se hizo uso de la “MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión en español 5.0.0”, un instrumento de evaluación estandarizado publicado por la Asociación Americana de Psicología (American Psychiatric Association, 2000) que se basa en un formato de entrevista estructurada por medio del cual se verifican los criterios diagnósticos de diferentes trastornos psiquiátricos del eje I según se especifican en el DSM-IV.

Esta entrevista estructurada ha sido estudiada para establecer su confiabilidad y validez, encontrando niveles aceptablemente altos en comparación con otros instrumentos similares como el CIDI (Entrevista estructurada para entrevistadores no clínicos desarrollada por la Organización Mundial de la Salud teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del sistema de clasificación internacional CIE-10). Se encontró además que la entrevista MINI puede ser administrada en un periodo de tiempo menor y además requiere de un entrenamiento breve para entrevistadores no clínicos.

Los resultados reportados por Amorim (2000) muestran una confiabilidad test-retest mayor a 0,75, una concordancia con el CIDI (kappa) superior a 0,50 para todos los diagnósticos, sensibilidad mayor o igual a 0,70, especificidad mayor o igual a 0,70 y eficiencia mayor o igual a 0,81. Del mismo modo, se reporta una concordancia entre los diagnósticos generados por el MINI y diagnósticos clínicos de médicos generales y psiquiatras en un 85% de los casos.

Para este trabajo se hizo uso específicamente de los módulos correspondiente a la evaluación de episodio maniaco y episodio depresivo mayor ya que estos corresponden al criterio de inclusión de la muestra seleccionada y son la base para el diagnóstico del trastorno afectivo bipolar. También se utilizó el módulo de evaluación de abuso y dependencia de alcohol y el

de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas, para determinar si existía comorbilidad con abuso de sustancias psicoactivas que fue el criterio de exclusión elegido para la muestra.

Escala de Zung para la Depresión (EZ-D) – Versión abreviada.

La escala de Zung para la depresión (EZ-D) es un instrumento ampliamente utilizado para determinar la gravedad de episodios depresivos mayores (EDM). La EZ-D, es una escala autoadministrada tipo Likert que consta de veinte preguntas que se diligencian marcando la frecuencia de los síntomas durante las últimas dos semanas. Las puntuaciones van de uno a cuatro para cada ítem y globales entre 20 y 80 tomando 40 como punto de corte, por encima del cual se considera al paciente con síntomas depresivos con importancia clínica o sugestivo de un EDM; También pueden multiplicarse los puntajes por el factor 1.25 y se obtienen puntuaciones entre 25 y 100, donde 50 ó más puntos sugieren EDM.

Esta escala fue validada en la ciudad de Bucaramanga por Díaz, Campo, Rueda y Barros (2005) con una muestra de 138 estudiantes universitarios. Para la prueba completa se hallaron las siguientes propiedades psicométricas: La prueba de kappa fue 0.441, con sensibilidad de 96.2% (IC 95% 80.4-99.9) y especificidad de 70.5% (IC 95% 64.7-76.3). El alfa de Cronbach fue 0.875, y el análisis factorial indicó que todas las preguntas están incluidas en dos factores principales que explicaban 37.6% de la varianza (29.3% y 8.3%, respectivamente).

En este mismo estudio (Díaz, Campo, Rueda & Barros, 2005) los autores propusieron la creación de una versión abreviada de la EZ-D y usando los resultados de la validación en universitarios, eliminaron 10 de los ítems originales dando como resultado una escala de sólo 10 preguntas. Se encontró que la eliminación de los ítems no alteró las propiedades psicométricas del instrumento: el alfa de Cronbach de 0.845, la kappa media de Cohen de 0.383, la sensibilidad de 92.3% (IC95% 87.9-96.7) y la especificidad de 71.4% (IC 95% 63.9-78.9). Esta versión mostró un único factor principal responsable de 40.5% de la varianza. Se adoptó como punto de corte un puntaje de 22 o superior para la versión abreviada.

Posteriormente se validó la versión abreviada en población general de la ciudad de Bucaramanga, con una muestra de 266 personas adultas residentes en el área urbana de la ciudad (Campo, Díaz & Rueda, 2006). Se encontró una consistencia interna de 0,803, un único factor principal que explicaba el 36,6% de la varianza y sensibilidad de 95,5%,

especificidad de 70,3%, Kappa media de Cohen de 0.415 y 0,898 de área bajo la curva. La escala de Zung abreviada muestra propiedades psicométricas similares a la escala extensa que permiten su utilización como instrumento de tamizaje en población general adulta, por lo tanto fue utilizada en el presente estudio para determinar la gravedad de la sintomatología depresiva antes y después del tratamiento.

Escala de Young para la Manía(YMRS) – Versión Española

La YMRS es una escala heteroaplicada que consta de 11 ítems, a saber: euforia, hiperactividad, impulso sexual, sueño, irritabilidad, expresión verbal, trastornos del lenguaje y curso del pensamiento, contenido del pensamiento, conductas agresivas/disruptivas, apariencia y conciencia de enfermedad. Cada uno de estos ítems es puntuado en una escala con 5 opciones de respuesta que corresponden a distintos grados de gravedad de la manía y que son definidas explícitamente para cada ítem. Para cada ítem las 5 opciones de respuesta son puntuadas con 0, 1, 2, 3 o 4 puntos, respectivamente, excepto en los ítems 5, 6, 8 y 9, en los que las 5 opciones de respuesta son puntuadas con el doble de puntos –con 0, 2, 4 u 8 puntos, respectivamente. La puntuación final total de la escala se obtiene mediante la suma de todos los puntos, indicando de menor a mayor el grado de gravedad del estado de manía del paciente.

Esta escala fue traducida al español y validada en España (Colom, Vieta, Martínez- Arán, García García, Reinares et al. 2002) con una muestra de 541 pacientes bipolares que cumplían criterios DSM-IV para episodio maníaco o hipomaníaco, procedentes de un total de 56 centros en toda España. Se obtuvieron unos marcadores de fiabilidad de 0,88 (consistencia interna) y de 0,76 (test-retest), y una buena validez tanto interna como externa cuando se comparó con la CGI-BP-M (subescala de manía de la Impresión Clínica Global Modificada)($p < 0,001$). La versión en castellano de la YMRS demostró poseer además una buena factibilidad y sensibilidad al cambio ($F = 1.686,54$, con 6 grados de libertad; $p < 0,0001$). En el presente estudio se hizo uso de esta escala para determinar durante la evaluación la gravedad de la sintomatología maniaca o hipomaniaca de los pacientes.

Cuestionario de Satisfacción y Calidad de vida – Versión Corta (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form. Q-LES-Q-SF)

Para este estudio se hizo uso de una escala breve de autorreporte para la evaluación de Satisfacción y Calidad de Vida: El “Cuestionario de Satisfacción y Calidad de Vida” (“Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire” Q-LES-Q) en su versión corta de 16 ítems Q-LES-Q-SF.

El Q-LES-Q, fue desarrollado por Endicott en 1993 para el estudio de la depresión, y desde entonces ha sido ampliamente utilizado en estudios con pacientes de diferentes diagnósticos psiquiátricos. El cuestionario completo consiste de 93 ítems agrupados en 10 escalas: Salud física, sentimientos subjetivos, actividades de descanso y recreación, relaciones sociales, actividades generales, trabajo, quehaceres domésticos, satisfacción con la medicación, trabajo escolar y satisfacción general. Los ítems se responden en una escala Likert de 5 puntos en donde valores más altos indican mejor calidad de vida. Se han reportado valores de consistencia interna (Alfa de Cronbach) para las escalas del Q-LES-Q entre 0,90 y 0,96, y confiabilidad test-retest (coeficiente inter-clase) entre 0,63 y 0,89 (Ritsner et al. 2002; Ritsner, Kurs, Gibel, Ratner & Endicott, 2005; Rossi et al. 2005; Michalak, Yatham, Wan & Lam, 2005).

Sin embargo el Q-LES-Q es un cuestionario muy largo, cuya aplicación toma entre 40 y 45 minutos, por lo cual se han desarrollado versiones abreviadas de la misma. El Q-LES-Q “Short Form” (Q-LES-Q-SF) es una versión de 16 ítems, desarrollada por Endicott, el mismo creador de la prueba original, que consiste en los primeros 14 ítems de la escala de actividades generales del Q-LES-Q más los dos ítems individuales de satisfacción general y satisfacción con el medicamento. El puntaje global de la escala es utilizado para obtener un indicador general en donde puntajes más altos indican mejor calidad de vida (Phillips, Menard, Fay & Pagano, 2005). Las propiedades psicométricas de este instrumento han sido evaluadas en distintas poblaciones con trastornos psiquiátricos como el Trastorno Dismórfico (Phillips et al. 2005), El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Mick, Faraone, Spencer, Zhang, & Biederman, 2008) y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (Wyrwich et al. 2009). Se encontró un alto índice de confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0,88) validez y responsividad de la prueba como una medida de calidad de vida y satisfacción general para pacientes con estos trastornos.

Para este trabajo, se tomó este instrumento, que se encuentra en inglés y no había sido traducido al español ni estandarizado para la población colombiana, fue traducido, usando la metodología de traducción y retrotraducción. Se hizo un pilotaje de la prueba traducida con una muestra de 47 voluntarios, 63% mujeres, y 36% hombres, estudiantes y trabajadores de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, con un promedio de edad de 35 años (DS 13.2 años), y se encontró un índice de confiabilidad (Alfa de Cronbach) de 0,791. El instrumento no permitió evaluar la calidad de vida con respecto a medidas estandarizadas pero se utilizó como instrumento de evaluación de la intervención psicosocial propuesta para determinar una línea base inicial con la cual comparar al final, para determinar el impacto de la intervención en este aspecto.

Estrategias de afrontamiento: Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC - M)

Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre- Acevedo (2006) basados en el modelo de estrés de Lazarus y Folkman seleccionaron la Escala de Estrategias de Coping – Revisada (EEC-R), desarrollada por Charot y Sandín (1993. Citado por Londoño et al., 2006) con el propósito de evaluar su validez y sus características psicométricas en una muestra de población colombiana. Para ello hicieron modificaciones a la prueba y generaron una escala de 98 ítems que fue aplicada en una muestra de 893 participantes universitarios y trabajadores de la ciudad de Medellín (399 (44,7%) mujeres y 494 (55,3%) hombres, entre 16 y 58 años de edad, (Media 25 y DE 8,3))

El Alfa de Cronbach inicial de la prueba para los 98 ítems fue de 0,893, con un 60,4% de varianza total explicada para 21 componentes. Después de un análisis factorial de la prueba se decidió eliminar algunos ítems y la prueba finalmente quedó conformada por 69 ítems divididos en 12 factores. El valor Alfa de Cronbach alcanzado fue de 0,847 y la varianza total explicada fue de 58%, lo que muestra que la prueba evalúa con alto grado de validez la dimensión estrategia de afrontamiento al estrés.

La prueba original de Charot y Sandín (EEC-R) constaba de 9 escalas. La prueba modificada de 98 ítems de Londoño y colaboradores que fue puesta a prueba en la muestra constaba de 14 escalas, y la prueba final de 69 ítems (EEC-M) que se obtuvo después del análisis psicométrico de los resultados terminó dividida en 12 factores correspondientes a las siguientes estrategias de afrontamiento evaluadas:

1. Solución del problema.
2. Búsqueda de Apoyo Social.
3. Espera. (Adicionada por autores).
4. Religión.
5. Evitación Emocional.
6. Búsqueda de Apoyo Profesional.
7. Reacción agresiva.
8. Evitación cognitiva.
9. Reevaluación positiva.
10. Expresión de la dificultad de afrontamiento.
11. Negación.
12. Autonomía.

El uso de esta escala en el presente trabajo, permitió hacer un estudio de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes en el grupo de tratamiento psicológico para el TAB, antes de recibir la intervención, y comparar los perfiles iniciales con los resultados evaluados al final de la intervención, con el fin de determinar si hubo o no algún cambio en esta variable.

Lista de chequeo de adherencia al tratamiento.

Se utilizó una lista de chequeo construida ad hoc sobre comportamientos específicos que tienen que ver con la adherencia al tratamiento, incluyendo las recomendaciones médicas, así como aquellas que se van a recibir en la psicoterapia. Debido a que los factores cognitivos como el conocimiento de la enfermedad y las actitudes fueron identificados como influencias importantes en la adherencia, se añadió otra escala de actitudes y conocimientos dedicada a evaluar el impacto de la intervención en el componente cognitivo.

Estas escalas fueron compuestas por un número de 15 y 20 ítems respectivamente, que señalan comportamientos e ideas relacionadas con la adherencia tales como: “¿Ha utilizado alguna estrategia para controlar sus rutinas de actividad?” O “Para mí las ventajas de tomar los medicamentos superan a las posibles desventajas”. Estos se responden de manera dicotómica (Sí, No) y se califican con 1 o 0 según la respuesta señale conductas o actitudes positivas o negativas hacia el tratamiento. Algunos ítems fueron redactados en sentido negativo y deben invertirse para la calificación.

Procedimiento:

En primer lugar se llevó a cabo el diseño de la intervención. Siguiendo el modelo de Reiser y Thompson (2006), en este trabajo se propuso la formulación de un modelo de intervención integrado, que apuntara a los objetivos encontrados en la revisión de la literatura mediante una combinación de objetivos de las diferentes terapias revisadas: Psicoeducación (PE), Terapia interpersonal y del ritmo social (TIRS), Terapia centrada en la familia (TCF) y Terapia cognitivo-conductual (TCC). Como resultado se diseñó un esquema de intervención que incluyera las siguientes temáticas:

- Educación sobre la enfermedad y adherencia al tratamiento (PE).
- Supervisión de estados de ánimo y reconocimiento de señales tempranas de recaída (PE/TCC).
- Establecimiento de rutinas de sueño/vigilia y actividad/estimulación (TIRS)
- Educación familiar, aceptación y compromiso (TCF).
- Valoración de la vulnerabilidad cognitiva (TCC).
- Estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales para el control de recaídas (TCC).

Además de esto, el deseo de este trabajo fue generar un modelo de intervención estructurado y aplicable en tiempo breve. Esto último debido a la dificultad que existe en nuestro contexto para mantener a los pacientes en un tratamiento extenso, además de los altos costos de un tratamiento de esta naturaleza. Si se tiene en cuenta la literatura revisada se puede ver que en la mayoría de los ensayos controlados aleatorizados que se han reportado las intervenciones han constado de 20 o más sesiones, sin embargo se han encontrado resultados con intervenciones breves (Perry, Tarrier, Morriss, MacCarthy & Limb, 1999). Las sesiones de intervención fueron estructuradas para un total de 6 encuentros en modalidad individual, con una duración de 60 minutos cada uno. La estructura general de las sesiones con sus referencias puede verse en el ANEXO III.

Junto con la intervención se diseñó un material de apoyo para los pacientes que consta de una cartilla la cual incluye material educativo y formatos para el seguimiento de las tareas propuestas para la casa. El material de apoyo con sus actividades y referencias puede observarse en el ANEXO IV.

En segundo lugar, se llevó a cabo el contacto con la Clínica San Pablo y con los pacientes candidatos a recibir la intervención. En una primera sesión de una hora se llevó a cabo una evaluación inicial diagnóstica, con el fin de conocer la viabilidad de involucrar a los pacientes en la intervención y a quienes cumplieron con los criterios de inclusión y no presentaron abuso de sustancias, se les hizo la invitación a participar del estudio. Quienes accedieron, después de firmar el formato de consentimiento informado, fueron citados a una segunda sesión de una hora para aplicar la evaluación pre – intervención. La batería de instrumentos evaluó diagnóstico (MINI 5.0.), sintomatología maníaca (YMRS), sintomatología depresiva (EZ -D), percepción de la Calidad de Vida (Q-LES-Q-SF), estilos de afrontamiento (EEC-M) y adherencia al tratamiento (Lista de chequeo), para determinar los niveles de línea base contra los cuales comparar la intervención en la evaluación final.

Posteriormente se implementó la intervención en 6 sesiones de 60 minutos distribuidas a lo largo de 6 semanas, en las que se hizo uso del material educativo de apoyo y de actividades dirigidas en sesión para desarrollar el contenido programado de la terapia. Para optimizar la asistencia de los pacientes, se ofreció llevar a cabo algunas de las sesiones en el domicilio de los mismos. Otros por comodidad o por falta de un espacio apropiado para hacer las sesiones en su hogar, prefirieron recibir las sesiones en los consultorios de la Clínica San Pablo. Aunque el programa de intervención se diseñó estandarizado y manualizado, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación pre –intervención y las expectativas y necesidades observadas o expresadas por cada paciente durante la intervención, se establecieron diferencias individuales en cuanto al énfasis hecho a uno u otro tema en cada paciente, y de ser necesario se incluyeron temas o actividades adicionales, no incluidos dentro del protocolo general.

Finalmente se hizo una evaluación post-intervención en una sesión adicional post-test que se realizó un mes después de terminada la intervención con cada paciente. En esta sesión se volvieron a aplicar todos los instrumentos para comparar los resultados con los obtenidos en la línea base antes del tratamiento.

El análisis estadístico de los datos observados se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistics Package for Social Sciences) versión 17.0. Se extrajeron estadísticos descriptivos y frecuencias de los datos demográficos de la muestra y los resultados de las escalas aplicadas de sintomatología y factores psicosociales. Se analizó la distribución de los datos para determinar su grado de normalidad, o ajuste con la distribución normal de

frecuencias. Debido al tamaño reducido de la muestra ($n=6$) se analizó el ajuste usando las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (con corrección de significancia de Lilliefors) y la prueba de Shapiro- Wilk, recomendada para muestras pequeñas ($n<30$).

Dado que este trabajo se llevó a cabo siguiendo un diseño cuasi experimental con metodología de evaluación test – retest, se corrieron análisis de diferencias de medias pre y post intervención para todas las escalas. Se utilizó la prueba t de student de diferencia de medias relacionadas en los casos en que los datos obtuvieron índices de normalidad satisfactorios y el Test de diferencias de Wilcoxon (Wilcoxon Signed-Rank Test) para las escalas en que la distribución de los datos no se ajustó a una distribución normal.

Los resultados de dichos análisis, junto con las observaciones realizadas en sesión y el análisis de los registros elaborados por los pacientes fueron integrados finalmente para la elaboración del presente informe. Adicionalmente se hicieron formulaciones de caso para cada uno de los pacientes en donde se resume la información de la historia clínica, la impresión clínica, los objetivos de intervención, el resumen de las sesiones realizadas, los resultados de las evaluaciones pre y post intervención, y el pronóstico terapéutico. Las formulaciones de caso pueden leerse en el ANEXO V.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 6 participantes, 4 mujeres (66,6%) y 2 hombres (33,3%) provenientes de Bucaramanga, Santander, y su zona metropolitana. La totalidad de los pacientes participantes tenían un trastorno bipolar tipo I, según los criterios del DSM-IV ya que habían presentado al menos un episodio maniaco o mixto de suficiente intensidad como para requerir una hospitalización. Dos de los pacientes presentaban además un diagnóstico doble con Trastorno Obsesivo – Compulsivo y Trastorno Esquizoafectivo tipo Bipolar, respectivamente.

La edad promedio fue de 38,5 años (Mínimo = 27, Máximo = 50, DS= 8.871) y la edad promedio de aparición de la enfermedad, entendida como la edad en que el paciente tuvo el primer episodio de suficiente intensidad como para requerir de una hospitalización, fue de 25.33 (Mínimo = 15, Máximo = 42, DS= 9.913). El promedio de años vividos con el

diagnóstico fue de 9.33 (Mínimo = 1, Máximo = 30, DS= 10.764), el promedio de episodios para la muestra fue de 6,33 (Mínimo = 2, Máximo = 15, DS= 5.125) y el promedio de años vividos sin recaídas desde el último episodio fue de 1,83 años (Mínimo = 1, Máximo = 5, DS= 1.602). Los estadísticos descriptivos de las variables demográficas de la muestra se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables demográficas de la muestra.

	Mínimo	Máximo	Media	SD
Edad (Años)	27	50	38.50	8.871
Edad de aparición	15	42	25.33	9.913
Años Dx	1	30	9.33	10.764
N. Episodios	2	15	6.33	5.125
Último Ep	1	5	1.83	1.602

El promedio de demora en el diagnóstico fue de 4 años (Mínimo = 0, Máximo = 22, DS= 8.083) pero con un caso extremo de 22 años de historia de episodios afectivos, que había sido diagnosticado como episodio depresivo recurrente. El 66,6% de los pacientes habían sido correctamente diagnosticados desde su primer episodio.

El 83, 3% (5/6) de los participantes presentaron antecedentes familiares de trastornos afectivos o trastornos psiquiátricos en general: dos en la familia nuclear de origen y las tres restantes en familia extensa. Sólo dos pacientes (33,3%), ambas mujeres, estaban casadas o en una relación estable y sólo ellas dos tenían hijos. De los cuatro participantes restantes tres eran solteros y uno de ellos divorciado. El 66.6% (4) de los participantes tuvo un nivel educativo profesional universitario, otro de ellos tenía un título de tecnólogo y sólo uno de ellos estaba en el nivel de bachiller, es decir que el 83.3% de los participantes de la muestra tenía algún estudio superior. Sin embargo sólo una participante (16,6%) estaba empleada y otra de ellas laboraba en su hogar como ama de casa, el 66.6% restante se encontraban desempleados.

Se logró 100% de asistencia y la intervención se completó en 4 casos en el plazo de 6 sesiones. En un caso sólo se hicieron 5 y en otro fue necesario hacer 7 sesiones, con una sesión adicional antes de terminar el protocolo para control de síntomas depresivos.

La comparación de los resultados de las escalas aplicadas entre la evaluación pre y post – intervención, por medio de pruebas estadísticas de diferencias de medias en medidas repetidas, permitió identificar diferencias estadísticamente significativas en las medias obtenidas en las escalas de adherencia antes y después de la intervención. Así mismo se encontraron diferencias significativas en la escala de estrategias de afrontamiento referida a reacción agresiva. Ninguna otra escala mostró diferencias significativas entre las dos mediciones. Las medidas de tendencia central junto a los resultados de la comparación de medias para todas las escalas aplicadas se reportan a continuación (Tabla 2).

Tabla 2.

Resultados de las escalas en las evaluaciones pre y post- intervención y pruebas de diferencia de medias.

Prueba	Sub-Escala	Media pre	DS pre	Media Post	DS post	Estadístico	Significancia		
EZ-D		20.50	5.648	15.50	2.074	2.298	*	.070	
YMRS		7.00	7.457	3.67	8.981	-1.753	**	.080	
Adherencia		23.83	5.345	28.50	2.429	-2.834	*	.036	++
Q-LES-Q SF	% Total	59.82	15.100	62.67	14.038	-.534	*	.616	
	Medicamentos	4.00	.894	4.33	.516	-.816	**	.414	
	Satisfacción General	3.67	.516	3.67	.816	.000	**	1.000	
EEC-M	1. SP	59.17	31.371	59.17	26.347	.000	*	1.000	
	2. BAS	76.67	15.384	66.67	33.566	.716	*	.506	
	3. ESP	61.67	35.308	49.67	33.738	-1.156	**	.248	
	4. REL	66.67	32.352	71.67	37.238	-.948	**	.343	
	5. EE	50.17	38.081	46.50	29.724	.303	*	.774	
	6. BAP	79.17	21.940	87.17	16.376	-.813	*	.453	
	7. RA	65.83	8.612	45.83	19.854	2.739	*	.041	++
	8. EC	58.00	32.311	45.00	31.623	1.399	*	.221	
	9. RP	48.33	33.566	51.67	25.430	-.405	*	.702	
	10. EDA	23.50	14.405	26.67	5.164	-.562	*	.598	
	11. NEG	48.33	24.833	35.83	31.051	-1.725	**	.084	
	12. AUT	15.00	10.000	23.33	17.795	-1.038	*	.347	

* Prueba realizada con la prueba t de student.

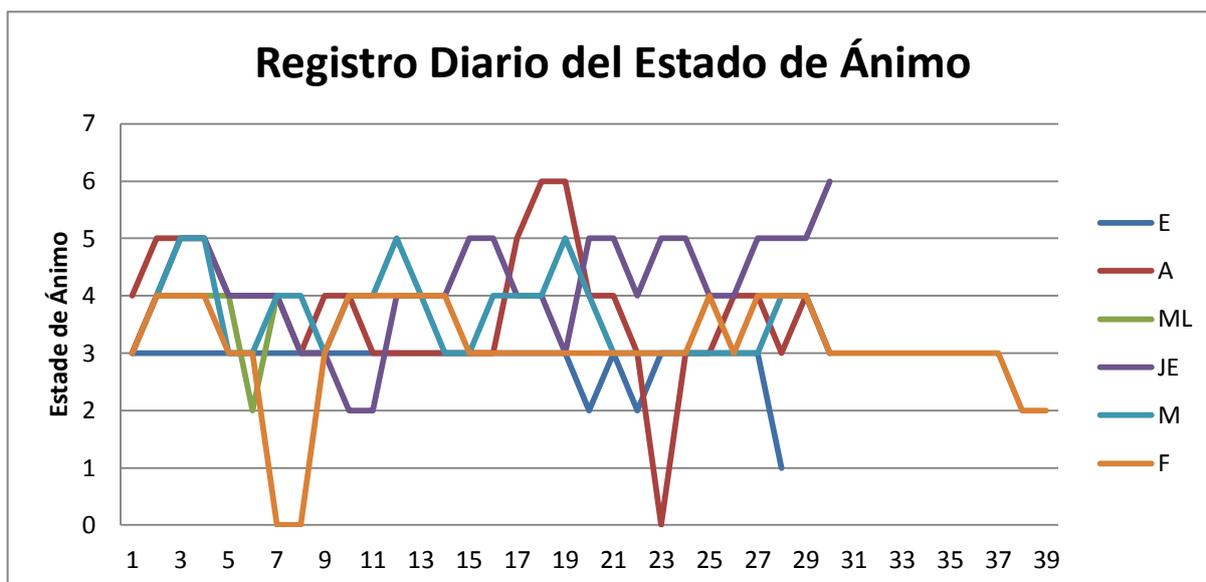
** Prueba de diferencias de media para distribución de datos no-paramétrica con el test de Wilcoxon (W Rank-Sum Test).

++ Diferencia estadísticamente significativa en un intervalo de confianza del 95%.

En cuanto al estado sintomático, al iniciar la intervención el 50% de los pacientes presentaba síntomas de depresión moderada según el criterio del punto de corte para la escala de depresión de Zung (EZ-D, punto de corte >22), al finalizar, ninguno de los pacientes superaba este punto de corte (Ver Tabla 2). Los síntomas más comunes de depresión que se reportaron fueron falta de concentración, angustia, inquietud e irritabilidad, labilidad emocional, llanto, fatiga, abulia, anhedonia y dificultad para la toma de decisiones. Se observó una disminución importante de la irritabilidad, pero los demás síntomas tendieron a una disminución cuantitativa, y muchos persistieron en intensidad leve al final de la intervención y se agudizaban fácilmente con estímulos del ambiente.

En síntomas de manía sólo un paciente, quien estaba diagnosticado también con trastorno esquizoafectivo, presentó un puntaje superior al criterio de la escala de Young para la manía tanto durante la evaluación pre como post (Ver Tabla 2). El resto no presentaron síntomas importantes durante todo el tratamiento o sólo algunos al inicio, como la disminución de las horas de sueño e irritabilidad, que desaparecieron para el final de la intervención. Los síntomas de manía observados en el paciente con doble diagnóstico fueron: distractibilidad, irritabilidad, aumento de actividad, agitación, impulsividad, taquilalia y discurso circunstancial.

Adicionalmente, se llevó a cabo un registro diario del estado de ánimo de los pacientes, que se incluyó en la evaluación final (ANEXO V). Estos registros permitieron observar en los pacientes fluctuaciones constantes del estado de ánimo, que llegaron en un caso al límite de la depresión, en otro caso al límite de la hipomanía y en un caso ambos límites en una fluctuación rápida de hipomanía a distimia. Al relacionar dichas fluctuaciones del ánimo con la historia clínica de los pacientes, pudo observarse que estuvieron relacionadas con eventos ambientales tales como el aumento o disminución del nivel de actividad, dificultades a nivel familiar o de pareja y otras situaciones percibidas como estresantes. Los registros de los pacientes se presentan graficados a continuación (*Figura 1*).



Figural: Registro de ánimo diario de los pacientes.

Al finalizar la intervención ninguno de los pacientes había tenido una recaída de gravedad tal que cumpliera con todos los criterios diagnósticos para un episodio afectivo o que requiriera hospitalización. Sin embargo, uno de los pacientes, con diagnóstico doble de trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo bipolar, se encontraba con una sintomatología hipomaniaca importante que tenía en alerta a su familia y al equipo terapéutico.

En relación con los estilos de afrontamiento de las situaciones estresantes cotidianas se encontró que el instrumento utilizado da como resultado un perfil complejo de muchas categorías. Por lo tanto se dividieron los participantes según su perfil en tres estilos de afrontamiento: evitativo, pasivo y activo; y se especificó, cuando fue posible, si este estilo era orientado al problema o a la emoción. El 50% de los participantes tuvo un estilo de afrontamiento evitativo, 33,3% pasivo y sólo 16% activo. Además, de quienes tuvieron estilo de afrontamiento evitativo, dos se enfocaban en la evitación del problema en sí y uno en la evitación de las consecuencias emocionales del mismo. La paciente que tuvo un estilo de afrontamiento activo, mostró competencia para usar sus estrategias de afrontamiento tanto para el control del problema como de las emociones derivadas. Un hallazgo destacable en cuanto al afrontamiento en los pacientes intervenidos fue encontrar puntajes bajos (Percentil ≤ 20) en la escala de autonomía en el 100% de la muestra, lo que señala falta de independencia en la resolución de problemas cotidianos (Ver gráficas en la formulación de cada paciente ANEXO V).

Al finalizar la intervención se encontró que el estilo general de los pacientes no cambió, pero sí el uso privilegiado de algunas estrategias. Especialmente se encontró aumento en uso de estrategias de apoyo profesional y estrategias orientadas al control emocional como la evitación emocional, la reevaluación positiva y la expresión de la dificultad de afrontamiento. Además se observó una disminución en el 50% de los pacientes de los puntajes de la escala de reacción agresiva por debajo del percentil ≥ 80 , que fue una diferencia estadísticamente significativa (Ver Tabla 2). En la evaluación final, dos pacientes habían logrado aumentar el puntaje de autonomía sobre el percentil 20.

Los índices de satisfacción y percepción de la calidad de vida para los pacientes estuvieron calificados en nivel medio para un 66,6% de la muestra y se mantuvieron así al final de la intervención (Ver Tabla 2). Las causas principales de insatisfacción con puntajes bajos o muy bajos de satisfacción fueron: salud física, trabajo, actividades de descanso y recreación, actividades en el hogar, capacidad económica e interés, deseo o desempeño sexual cada una con 33,3% de las puntuaciones en niveles bajo o muy bajo. Otras causas de insatisfacción fueron: relaciones sociales y situación de vivienda (16,6%).

Los cambios en niveles de satisfacción se relacionaron con sintomatología. En un caso en que la paciente comenzó con síntomas de manía y terminó con ausencia de los mismos se encontró una disminución del puntaje de satisfacción, sin embargo siguió estando en nivel alto. En otro caso la paciente comenzó con síntomas depresivos y al final de la intervención los síntomas habían disminuido y por el contrario aumentó su puntaje de satisfacción general desde el nivel medio hasta alto. En otro caso, aunque no se llegó a pasar de un nivel medio, se encontró que la disminución de la sintomatología depresiva y la búsqueda de nuevos intereses y actividades provocaron un aumento en satisfacción general.

Así mismo, al comenzar la intervención el 33,33% de los pacientes tenía un grado de satisfacción media con el medicamento y al finalizar la intervención el 100% puntuó en un nivel de satisfacción alto o muy alto con el medicamento. En la Tabla 3 se encuentran consignados los regímenes de medicamentos para cada paciente junto con los efectos secundarios reportados, sin embargo, sólo fueron citados como causas de insatisfacción efectos discapacitantes de los medicamentos como la pérdida de la capacidad para responder a las actividades cotidianas y para trasladarse sin perder el equilibrio.

Tabla 3.

Régimen de medicamentos para cada paciente y efectos secundarios reportados.

Paciente	Medicamentos	Efectos Secundarios
E	Ácido valproico (250 mg) 6 x día. Clonazepam (0,5 mg) 1 x noche. Levomeprazina (gotas 4%) 3 gotas x noche.	Dificultad para estabilizar el patrón del sueño. Disminución (subjetiva) de la memoria y la velocidad de reacción.
A	Ácido valproico (250 mg) 2 x día. Vanlafaxina (75 mg) 1 x día. Aripiprazol (15 mg) 2 x día. Levotiroxina sódica (50 mg) 1 x día.	Caída del Cabello. Enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, bradilalia. (observables).
ML	Ácido valproico (250 mg) 6 x día. Levomeprazina (25 mg) 1 x noche.	No reporta.
JE	Ácido valproico (250 mg) 6 x día. Aripiprazol (15 mg) 2 x día. Clozapina (10 mg) 2 x noche. Clonazepam (2 mg) 1 y 1/2 x noche.	Temblores distales, somnolencia, pérdida del equilibrio, xialorrea.
M	Ácido valproico (250 mg) 2 x día. Lorazepam (2mg) ½ x noche. Bupropión (150 mg) 1xnoche.	Somnolencia, enlentecimiento (Subjetivo y reportado por familiares).
F	Ácido valproico (250 mg) 4 x día. Clozapina (25 mg) ¼ día por medio. Aripiprazol (15 mg) 1 x día. Propranolol (40 mg) 1 x día. Excitalopram (10 mg) 1 x día.	Temblores distales, bloqueos del pensamiento y el habla, rumiación de pensamientos.

En la evaluación inicial, el 33,3% de los participantes se encontraba en nivel alto de adherencia y el 66,6% restante en nivel medio. Al terminar la intervención, el 83,3% de los participantes estaba en grado alto de adherencia. Este resultado estuvo relacionado con la mejoría de las conductas de adherencia como asistencia a controles, identificación de estresores, uso de estrategias cognitivo-conductuales de control de síntomas y planes de afrontamiento para recaídas; así como con factores cognitivos como el aumento en conocimiento y cambio de actitudes favorables hacia la adherencia al tratamiento. Sin embargo, siguen existiendo dificultades por ejemplo para mantener un control continuo del estado de ánimo, y también se presentan actitudes desfavorables hacia la enfermedad relacionadas con la percepción de falta de control sobre la misma. La clasificación de los pacientes en sus respectivos niveles de adherencia para la evaluación pre y post – intervención se presentan a continuación (Tabla 4).

Tabla 4

Clasificación de los niveles de adherencia de los pacientes para las evaluaciones pre y post – intervención.

Lista de Chequeo de Adherencia				
Participante	Pre	Nivel	Post	Nivel
E	23	Medio	26	Alto
A	23	Medio	30	Alto
ML	18	Medio	25	Medio
JE	28	Alto	30	Alto
M	19	Medio	29	Alto
F	32	Alto	31	Alto

Finalmente, los resultados de las pruebas de diferencia de medias en las escalas de adherencia y reacción agresiva, confirman lo anteriormente reportado en cuanto a disminución de la irritabilidad, aumento de uso de estrategias de control emocional, y aumento de conductas y actitudes favorables a la adherencia después de la intervención realizada.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran concordancia con lo encontrado en la literatura. La muestra, conformada por pacientes diagnosticados todos con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I, tuvo una edad promedio de aparición de la enfermedad de 25.33 años y en 4 casos (66,6%), apareció antes de cumplir los 20 años de edad. Los otros dos casos aparecieron al inicio de la tercera y la cuarta década de la vida, respectivamente. La literatura revisada propone una edad media de aparición de 30 años y advierte que este trastorno rara vez comienza después de los 50 años (McDaniel & Sharma, 2002). El comienzo de la enfermedad fue, desafortunadamente para muchos casos, el comienzo de un trastorno crónico, recurrente y discapacitante, con el cual el paciente tiene que convivir y debe aprender a manejar, lo que supone un proceso de aceptación y adaptación que no es siempre fácil de superar y que se convierte a veces en una situación en sí estresante, que se puede convertir en un desencadenante de futuros episodios afectivos, lo cual retroalimenta a la enfermedad, aporta a su cronificación y reafirma la discapacidad, real o percibida, del paciente.

Así mismo, el 83,3% (5/6) de los participantes presentaron antecedentes familiares de trastornos afectivos o trastornos psiquiátricos en general: dos en la familia nuclear de origen y los tres restantes en familia extensa. Esta observación corresponde con lo que se reporta en los textos acerca de la vulnerabilidad biológica, transmitida genéticamente, asociada al desarrollo del trastorno afectivo bipolar (American Psychiatric Association, 2002).

Algunos pacientes no cuentan con la posibilidad de ser diagnosticados correctamente desde el primer episodio. Un estudio de caracterización demográfica en pacientes bipolares en Madrid encontró una media de demora en el diagnóstico de 7,6 años (Montes et al. 2008). En los casos intervenidos, el promedio de demora en el diagnóstico fue de 4 años, pero el 66,6% de los pacientes habían sido correctamente diagnosticados desde su primer episodio. Un factor que explica la dificultad en la identificación del diagnóstico es que la depresión es la forma de inicio de la enfermedad en la mayoría de los pacientes, independientemente del subtipo. Como fue el caso en este estudio de la paciente con un caso de 22 años de historia de episodios afectivos, que había sido diagnosticado como episodio depresivo recurrente.

El promedio de años vividos con el diagnóstico fue de 9.33, el promedio de episodios fue de 6,33 y el promedio de años vividos sin recaídas desde el último episodio fue de 1,83 años, lo cual prueba que los pacientes siguen sufriendo recaídas aún cuando estén bien diagnosticados y en tratamiento, siguen teniendo recaídas en episodios afectivos periódicamente. Se estima aproximadamente que una persona con trastorno bipolar tenga alrededor de 9 episodios en su vida (McDaniel & Sharma, 2002).

Aunque muchos pacientes logran la recuperación sindrómica con tratamientos ambulatorios la recuperación sintomática es más difícil de conseguir. Al iniciar la intervención el 50% de los pacientes presentaba síntomas de depresión moderada con síntomas como: Falta de concentración, angustia, inquietud e irritabilidad, labilidad emocional, llanto, fatiga, abulia, anhedonia y dificultad para la toma de decisiones. Sólo un paciente, quien estaba diagnosticado también con trastorno esquizoafectivo, presentaba síntomas importantes de manía al comenzar la intervención, con síntomas como: distractibilidad, irritabilidad, aumento de actividad, agitación, impulsividad, taquialia y discurso circunstancial. Esto concuerda con la observación realizada por Montes y sus colaboradores (2008) de que aproximadamente la mitad de los pacientes evaluados en su estudio presentaba alguna sintomatología clínica sindrómica o subsindrómica, siendo depresiva la más predominante.

En relación con lo anterior, alcanzar la recuperación funcional a niveles de funcionamiento social y laboral premórbidos es todavía más complicado. Sin embargo, para aquellos pacientes con rutinas establecidas, roles a cumplir, ya sea laborales, académicos o de hogar, la recuperación suele ser mejor. En la muestra se encontró que sólo dos pacientes (33,3%), ambas mujeres, estaban casadas o en una relación estable y sólo ellas dos tenían hijos. De los cuatro participantes restantes tres estaban solteros y uno de ellos divorciado. Esto demuestra una disminución del contacto social en general y una dificultad en especial para entablar relaciones significativas y duraderas, lo que a su vez se ha descrito como un factor de riesgo ya que se ha encontrado que los pacientes con trastorno bipolar tienen menor probabilidad de ser casados que la población general y el estar casado se ha relacionado con una mejor recuperación funcional (Wingo, Baldessarini, Holtzheimer, & Harvey, 2010).

Además, de los 6 pacientes que hicieron parte de este estudio, 5 (83,3%) tenían estudios superiores (técnico o universitario), pero 4 de ellos estaban desempleados y tenían un nivel de actividad poco satisfactorio. Esto concuerda con lo esperado ya que se ha encontrado que los pacientes bipolares, aunque presentan un nivel educativo similar al de la población general están en mayor probabilidad de vivir una situación de desempleo a largo plazo (Bauer et al. 2010). Esta situación se relaciona directamente con los niveles de satisfacción, con la percepción de discapacidad y ayuda a incrementar el estigma en relación con el trastorno. Lo anterior pudo verse reflejado en los casos evaluados, donde se encontró cómo una dificultad importante de los pacientes una percepción general de limitaciones, reales y temidas, frente al mantenimiento y/o obtención de un empleo dadas las condiciones del trastorno que a veces obliga a los pacientes a permanecer hospitalizados durante algún tiempo o a estar expuestos a sintomatología que suele resultar disruptiva y disfuncional no sólo para el paciente, sino para las personas que lo rodean.

En concordancia con lo anterior, los índices de satisfacción y percepción de la calidad de vida para los pacientes estuvieron calificados en nivel medio para un 66,6% de la muestra y las causas principales de insatisfacción fueron: salud física, trabajo, actividades de descanso y recreación, actividades en el hogar, capacidad económica e interés, deseo o desempeño sexual, relaciones sociales y situación de vivienda. Estos niveles medios de insatisfacción han sido descritos en pacientes bipolares en relación con síntomas depresivos (Montes et al. 2008) y muestran relación con el bajo nivel de actividad social y laboral que presentan los pacientes de este estudio. Aquí se puede ver una triada en que se relacionan mutuamente el mantenimiento de la sintomatología, la disminución en la capacidad funcional y los niveles

de insatisfacción. Un nivel elevado o fluctuante de sintomatología depresiva disminuye la funcionalidad y esto causa insatisfacción, que mantiene los síntomas depresivos y a su vez mantiene la disfuncionalidad, causando un ciclo que se retroalimenta y se mantiene a sí mismo.

La dificultad para lograr una recuperación funcional satisfactoria está en relación con otras variables además del estado sintomático como: el estigma social (Gonzalez et al. 2007), la falta de adherencia al tratamiento y la falta o manejo inapropiado de estrategias de afrontamiento dirigidas al control de síntomas y manejo de estrés psicosocial, derivado de situaciones de estrés cotidiana o de eventos emocionalmente perturbadores vividos en el presente o en el pasado (Conus et al. 2010)

El estigma social, evidenciado en forma de actitudes y comportamientos discriminativos por parte de los demás, pero también en prejuicios internalizados en cada uno de los pacientes, dificulta la aceptación del diagnóstico y la búsqueda de un nivel de actividad más satisfactorio, por miedo a recaídas o al mismo rechazo social. Esto mantiene el nivel bajo de actividad y a su vez retroalimenta el ciclo de síntomas depresivos e insatisfacción. Aceptar tener el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar es un fuerte golpe a la identidad personal y familiar y se puede convertir en sí en un evento emocionalmente perturbador que explica algunos de los síntomas depresivos de los pacientes al comienzo de la intervención.

Al recibir un diagnóstico psiquiátrico, como el de trastorno bipolar, comienza para el individuo y la familia un proceso de duelo. Este proceso se hace más difícil debido a la concepción que se tiene socialmente de las personas con enfermedades psiquiátricas como discapacitados, potencialmente peligrosos e inadaptados. Si no se resuelve el duelo o se integran a la identidad ideas disfuncionales relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento, se puede crear una percepción de falta de control de la enfermedad que conlleva a desesperanza y se puede mantener la pérdida del nivel de actividad, generar tensiones a nivel familiar que son emocionalmente perturbadores, tardar más en aprender sobre estrategias para el manejo del trastorno y poner en riesgo la adherencia al tratamiento. Todos estos factores de riesgo para la cronificación del trastorno, con recaídas constantes en episodios afectivos y un consecuente aumento del deterioro cognitivo, emocional y funcional.

La adherencia al tratamiento se puede descomponer en varios elementos, que a su vez determinan la presencia de muchos factores de riesgo. El componente cognitivo y actitudinal está relacionado con el proceso de aceptación del diagnóstico, la superación del estigma y las

actitudes discriminativas o desesperanzadoras y el conocimiento sobre el trastorno. El componente conductual corresponde al seguimiento de las recomendaciones médicas relacionadas con la toma del medicamento, conductas de autocuidado, contraindicaciones y el uso de estrategias de afrontamiento aprendidas para el control de síntomas y prevención de recaídas. En el presente estudio, los niveles de adherencia de los participantes en la evaluación inicial fueron el 33,3% en nivel alto y el 66,6% restante en nivel medio. En general, los pacientes tenían un buen manejo de la medicación y la tomaban a diario, aunque algunos habían presentado discontinuación de los medicamentos a largo plazo y habían sufrido recaídas por esto. Además de la toma de los medicamentos pocos conocían o ponían en práctica otras estrategias de manejo de la enfermedad como el monitoreo del estado de ánimo, estrategias de control emocional, identificación de síntomas tempranos o planes de afrontamiento para la prevención de recaídas. Así mismo, algunos presentaban dificultad para la aceptación del diagnóstico, poco conocimiento del trastorno e ideas o actitudes desfavorables hacia el diagnóstico y el tratamiento, especialmente quienes tenían diagnóstico reciente (≤ 1 año). En este sentido, aunque tener un diagnóstico desde temprana edad se constituye en un factor de riesgo frente a la cronificación, también es cierto que vivir más años con la enfermedad favorece en algunos casos una mayor aceptación del diagnóstico, mejor conocimiento del trastorno y la posibilidad de identificación de síntomas prodrómicos más temprano. A diferencia de lo que sucede con pacientes recién diagnosticados cuya aceptación de la condición clínica suele ser más difícil, por lo cual se hace entonces más útil y necesaria la psicoeducación con el paciente y su familia.

La baja adherencia que ha sido reportada en la literatura, se relaciona también con las características del tratamiento. Un tratamiento largo, complejo, y con efectos secundarios indeseables tiene mayores probabilidades de ser abandonado a largo plazo (Gutiérrez-Rojas, Jurado, Martínez-Ortega & Gurpegui, 2010). Se encontró que la mayoría de los pacientes tuvieron regímenes de medicamentos complejos con la administración combinada de por lo menos dos fármacos y que la mayoría reporta uno o más efectos secundarios desagradables de los medicamentos como: somnolencia, enlentecimiento psicomotor, disminución (subjetiva) de la memoria y la velocidad de reacción, temblores distales, pérdida del equilibrio, xialorrea y caída del cabello.

Estos son factores de riesgo ya que la combinación de varios medicamentos, la dificultad para el ajuste de las dosis, el cambio constante de régimen y los efectos secundarios, producen desesperanza y desmotivación en los pacientes lo que limita o entorpece la adherencia (Berk,

Hallam, Colom et al. 2010). Adicionalmente, la relación médico-paciente no siempre es de confianza y muchos médicos no son claros en ofrecer información acerca de la forma de suministrarlos medicamentos y los efectos esperables de los mismos, o lo hacen de una forma poco clara, poco cordial o en un momento que resulta inadecuado debido a que el paciente no le puede atender por el proceso de aceptación de la crisis y la hospitalización por la que acaba de pasar. Sin embargo, al comenzar la intervención ningún paciente tuvo un grado de satisfacción bajo o muy bajo con el medicamento y sólo fueron citados como causas de insatisfacción efectos discapacitantes de los medicamentos como la pérdida de la capacidad para responder a las actividades cotidianas y para trasladarse sin perder el equilibrio.

El uso preferencial del ácido valpróico como estabilizador del estado de ánimo y la disminución del uso del carbonato de litio corresponden a un avance adelantado por la psiquiatría con respecto al uso de medicamentos más novedosos y con menores efectos neurológicos secundarios. Sin embargo la mayoría de los pacientes habían usado litio, algunos de ellos prolongadamente y habían sufrido los efectos secundarios, algunos duraderos, del mismo. El litio sigue siendo utilizado ampliamente alrededor del mundo como estabilizador del estado de ánimo (Montes et al. 2008) y en nuestro contexto, la posibilidad de acceder a medicamentos más actualizados como el ácido valpróico depende de factores como el tipo de seguro de salud del paciente y el nivel económico.

Como se puede ver este grupo tiene un nivel aceptable de adherencia y satisfacción con los medicamentos. Sin embargo, el concepto de adherencia va más allá de este punto e incluye el conocimiento y manejo adecuado de estrategias de afrontamiento conductuales y cognitivas dirigidas al control de síntomas y manejo de estrés psicosocial, derivado de situaciones de estrés cotidiano o de eventos emocionalmente perturbadores vividos en el presente o en el pasado. Aún cuando el paciente tenga un cumplimiento óptimo en la toma del medicamento, sigue siendo vulnerable a recaídas si no sabe controlar las fluctuaciones anímicas y las situaciones estresantes que las producen. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes desconocen la influencia que sobre su estado de ánimo puede tener el manejo de rutinas como las de sueño/ vigilia, de actividad y de ejercicio físico, y la falta de rutinas estructuradas es un factor de riesgo que se relaciona con un pobre pronóstico en cualquier enfermedad crónica, pero de manera especial en los trastornos afectivos. Así mismo, la ausencia de monitoreo constante del estado de ánimo, puede ser un factor que no favorezca la identificación temprana de síntomas ni el reconocimiento de la vulnerabilidad frente al manejo de las situaciones vitales estresantes.

Basado en la división propuesta por Londoño y sus colaboradores (2006) en relación con los estilos de afrontamiento de las situaciones estresantes cotidianas, se clasificó al 50% de los participantes con un estilo de afrontamiento evitativo, 33,3% pasivo y sólo 16% activo. Además se encontraron puntajes bajos (Percentil ≤ 20) en la escala de autonomía en el 100% de la muestra, lo que señala falta de independencia en la resolución de problemas cotidianos. Estos resultados demostraron una dificultad casi generalizada de los pacientes para la utilización autónoma de estrategias activas de afrontamiento dirigidas al control de problemas cotidianos que pueden ser estresantes y a la alteración anímica que estos pueden producir. Los estilo de afrontamiento evitativo y pasivo aumentan la exposición al estrés y están relacionados con peores resultados en la recuperación, no sólo porque aumenta la percepción del estrés sino porque además esta permanece inalterada, sin que el paciente pueda aparentemente hacer nada para controlar la situación o la alteración emocional que esta produce, mientras el problema se resuelve por sí mismo o alguna ayuda externa entra en juego como un recurso para superarlo.

Los resultados de la evaluación, no permiten diferenciar si la coincidencia encontrada en los estilos de afrontamiento de los participantes, en especial en el bajo nivel de autonomía sea parte del perfil de los pacientes bipolares, ni si es un estilo mantenido desde el periodo premórbido o aprendido como una consecuencia del trastorno y la cronificación de la discapacidad que se asocia con el mismo. Por otra parte, se podría pensar que este estilo de afrontamiento, desfavorable para el logro de la recuperación sintomática y funcional, se mantiene por ganancias secundarias, como por ejemplo la pérdida de obligaciones, responsabilidades y la atención recibida de la familia, lo cual refuerza la necesidad de involucrar en las intervenciones al grupo familiar, como aspecto clave frente al proceso de recuperación de los pacientes.

Con el objetivo de intervenir en las diversas variables que afectan a la recuperación sintomática y funcional del trastorno afectivo bipolar, se diseñó un programa de intervención, basado en modelos con evidencia empírica (Hollon & Ponniah 2010), que abarcara temáticas como: educación sobre la enfermedad y adherencia al tratamiento, estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales para el manejo del trastorno como supervisión de estados de ánimo, reconocimiento de síntomas tempranos de recaída y uso de planes de afrontamiento para la prevención de recaídas; establecimiento de rutinas de sueño/vigilia y actividad productiva y estrategias cognitivas y conductuales de manejo de estrés. Según las necesidades reveladas por la evaluación, además de las expresadas por los pacientes u

observadas en las sesiones, se hicieron ajustes en la intensidad de cada uno de estos aspectos para cada paciente.

Al finalizar la intervención ninguno de los pacientes había tenido una recaída de gravedad tal que cumpliera con todos los criterios diagnósticos para un episodio afectivo o que requiriera hospitalización. Ninguno de los pacientes superaba el punto de corte para episodio depresivo, sólo un paciente presentó síntomas de funcionamiento hipomaniaco y se observó una disminución importante de la irritabilidad y las reacciones agresivas de los pacientes. Esto debido principalmente a un aumento en la adherencia al tratamiento, relacionado con mejor conocimiento y aceptación del diagnóstico, así como al uso de estrategias cognitivas y conductuales de manejo emocional, aprendidas durante la intervención.

Algunos síntomas, especialmente depresivos, se mantuvieron durante la intervención pero tendieron a una disminución cuantitativa hasta alcanzar una intensidad leve al final de la misma. El registro diario del estado de ánimo de los pacientes permitió observar que estos síntomas fluctuaban en gran medida y se agudizaban o disminuían fácilmente con eventos ambientales tales como el aumento o disminución del nivel de actividad, dificultades a nivel familiar o de pareja y otras situaciones percibidas como estresantes. Resultado que se relaciona con la labilidad emocional de estos pacientes, además de la dificultad ya citada en el uso de estrategias activas de manejo de situaciones estresantes y sus efectos anímicos asociados.

Los cambios en niveles de satisfacción se relacionaron con sintomatología. En general la disminución de la sintomatología depresiva aumentó el nivel de satisfacción, mientras que una disminución en la sintomatología maniaca lo disminuyó en un caso. Los niveles de satisfacción general se mantuvieron estables para la mayoría en niveles medio y alto.

En cuanto a la adherencia, al terminar la intervención el 83,3% de los participantes estaba en grado alto de adherencia y el 100% puntuó en un nivel de satisfacción alto o muy alto con el medicamento. Se encontraron cambios positivos tanto a nivel cognitivo como conductual. Se lograron progresos en el proceso de aceptación del diagnóstico, aumento del conocimiento sobre la enfermedad, disminución del estigma y reestructuración de pensamientos desfavorables para la adherencia como la percepción de falta de control de la enfermedad. También se aumentó el uso de estrategias de manejo de la enfermedad como la adopción de hábitos de autocuidado, el monitoreo del estado de ánimo, el reconocimiento de síntomas

tempranos de recaída y la elaboración de planes de afrontamiento para la prevención de recaídas.

El estilo general de los pacientes para el afrontamiento del estrés no cambió, pero sí el uso privilegiado de algunas estrategias. Especialmente se encontró aumento en uso de estrategias de apoyo profesional y estrategias orientadas al control emocional como la evitación emocional, la reevaluación positiva y la expresión de la dificultad de afrontamiento. Dos de los pacientes lograron aumentar el puntaje de autonomía por sobre el valor percentil 20 en la evaluación final. La disminución en el 50% de los pacientes de los puntajes de la escala de reacción agresiva por debajo del percentil ≥ 80 , coincide con la observación realizada de la disminución de la irritabilidad y se puede explicar por el aprendizaje y puesta en práctica de estrategias cognitivo conductuales de control emocional como la relajación la reevaluación cognitiva, la distracción y el control de las reacciones agresivas.

Estos resultados abren la discusión sobre el afrontamiento entendido como rasgo o estilo y el afrontamiento como recurso (Davis & Brantley, 2004). El instrumento utilizado para evaluar esta variable, aunque fue desarrollado bajo una perspectiva de estilos de afrontamiento, aporta un perfil multidimensional complejo y no permite una clasificación fácil del estilo de afrontamiento del paciente. Además, la variación de los puntajes individuales permitiría afirmar que el afrontamiento no es tanto una cuestión de estilo sino de disponibilidad de uso de estrategias. Esto es lo que hace a una persona adaptable a los cambios del ambiente, si tiene un amplio abanico de posibilidades, puede usarlas en distintas situaciones. Además el estilo cambia dependiendo del contexto y de la importancia de la situación. Por ejemplo, un paciente puede utilizar estrategias activas para el manejo de situaciones de estrés diferentes a la enfermedad, y en cuanto al tratamiento tener preferencia por el uso de estrategias evitativas o pasivas, si no le da tanta relevancia a este asunto o percibe falta de control sobre el mismo.

En general, se puede afirmar que el programa de intervención aplicado contribuyó a la recuperación sintomática y a potenciar la adherencia al tratamiento mediante la educación y la enseñanza de estrategias de afrontamiento dirigidas al manejo de la enfermedad. Mientras que no tuvo tanto éxito en la recuperación funcional ya que el nivel general de actividad social y productiva se mantuvo constante igual que el nivel de satisfacción, y los estilos de afrontamiento al estrés en general tampoco se vieron modificados. Esto se puede explicar debido a que la recuperación funcional es más compleja pues depende de múltiples factores que no necesariamente fueron afectados con el programa de intervención, por ejemplo, la

falta de trabajo o una actividad regular, el estigma social y las ganancias secundarias de la cronificación de la discapacidad.

Se encuentran como factores de riesgo importantes para la recuperación funcional la edad temprana de aparición, un elevado número de episodios, y la comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos. Así, a menor edad de aparición aumenta la probabilidad de experimentar más episodios durante la vida, con el deterioro cognitivo, emocional y funcional que esto conlleva (McDaniel & Sharma, 2002). Además, la aceptación del diagnóstico y la integración de estrategias de autocuidado se desarrolla con la edad, por eso es un factor de riesgo el comienzo a edad temprana. Recibir un diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en la adolescencia genera mayor impacto a la personalidad, apenas en proceso de cimentarse, además, durante la adolescencia y el comienzo de la adultez, existe menor uso de conductas de autocuidado y aumentan los factores de riesgo como la inestabilidad en las rutinas de sueño y actividad.

De aquí la importancia de una intervención temprana más amplia para el trastorno bipolar. La aceptación del diagnóstico y la educación sobre la enfermedad resultan más útiles para los pacientes con diagnóstico reciente, impidiendo el desarrollo de sentimientos de desesperanza frente a la enfermedad. Y el aprendizaje de estrategias de manejo puede evitar la continuidad de las recaídas, impidiendo el progreso del deterioro y la cronificación de la discapacidad (Berk, Hallam, Malhi, et al. 2010; Jones & Burrell-Hodgson, 2008).

La comorbilidad con otros diagnósticos (Trastorno Obsesivo – Compulsivo y Trastorno Esquizoafectivo) también se encuentra más frecuentemente en pacientes de inicio temprano y dificulta la rehabilitación sintomática y funcional al añadir otros factores psicológicos adicionales al trastorno como la falta de habilidades sociales, rasgos de personalidad obsesivos o paranoides y altos niveles de ansiedad. Con estos pacientes se incluyeron actividades adicionales orientadas al control de estos factores, pero no se lograron cambios importantes en ellos. También se encuentra que estos pacientes tienen un tratamiento farmacológico más complejo con uso de cuatro o más medicamentos psiquiátricos simultáneos.

Como factores protectores se encontraron: estar casado, lo cual es congruente con los hallazgos de estudios previos (Wingo, Baldessarini, Holtzheimer, & Harvey, 2010) y las rutinas de actividad derivadas de los roles familiares y laborales. Las dos pacientes que estaban casadas y tenían hijos fueron quienes mejores resultados presentaron al final de la

intervención, precisamente porque su nivel de actividad funcional no se encontraba disminuido y se mantenía constante gracias a las responsabilidades que sobre ellas recaían correspondientes al desempeño de sus roles de pareja, materno y laboral. Además el estar casado aumenta la red de apoyo social que en la mayoría de casos está debilitada en los pacientes con trastorno bipolar. Aunque las redes de apoyo social extrafamiliar estén disminuidas, generalmente estos pacientes cuentan con un buen nivel de apoyo social familiar.

La familia se hizo presente en la gran mayoría de los casos a al menos una sesión de intervención y se hizo notable la importancia de la percepción de apoyo familiar por parte de los pacientes y los efectos positivos que tiene sobre su estado de ánimo. La posibilidad de ofrecer educación a la familia, explicar el objetivo y la metodología de la intervención, y permitir la formulación de preguntas que permitieron despejar preocupaciones y prejuicios sobre la enfermedad, tuvo un efecto importante en la normalización de la enfermedad, la disminución del estigma, una mejor aceptación del diagnóstico y una aproximación más activa al tratamiento. Se encontró que los familiares mostraban preocupación por la falta de actividad de los pacientes, sin embargo, muchos no exigían mayor esfuerzo para que sus familiares retomaran una rutina de actividad regular o consiguieran un empleo, por miedo a generar una desestabilidad emocional que terminara en un nuevo episodio, lo cual a su vez se venía convirtiendo en una ganancia secundaria que mantenía el bajo nivel de actividad. Dada la importancia que tiene el entorno familiar en la recuperación, se dieron recomendaciones para el cuidado de los pacientes de modo que los familiares pudieran cuidar de ellos sin que esto se convirtiera en un factor de mantenimiento del problema.

Con respecto al programa de intervención diseñado, se encontraron puntos favorables y limitaciones. Por una parte, se logró 100% de asistencia gracias a la utilización de estrategias como la atención en el domicilio de los pacientes, que ya ha sido probada en estudios sobre intervención en trastorno bipolar con resultados favorables (Miklowitz et al. 2007). Además esto permitió la integración de la familia en la intervención y abrió la posibilidad de ofrecer educación a los familiares. Sin embargo, esto mismo introduce un sesgo dentro de la intervención ya que es una estrategia no ortodoxa que induce cambios en el tratamiento como una variación del encuadre y de la relación terapéutica con cada paciente.

Adicionalmente, el protocolo de intervención fue preparado para aplicarse en tiempo breve y abarcar una diversidad amplia de temáticas, esto debido a la necesidad de ajustarse a las

limitaciones de tiempo que impone el desarrollo de un programa eficiente y viable económicamente. Como resultado, se generó un protocolo homogéneo, con poca flexibilidad para variar las temáticas definidas y adaptarse a las características personales de cada paciente. Como estrategia compensatoria se buscó adaptar el énfasis hecho a unos u otros temas según las necesidades del paciente, sin embargo, faltó más tiempo para desarrollar un entrenamiento real y significativo en algunos aspectos que requieren de más práctica como la utilización de estrategias de afrontamiento dirigidas al manejo de estrés. Esto supuso una limitación importante de la intervención.

Alcanzar el ideal de una prueba controlada aleatorizada es un objetivo que se ve dificultado debido a múltiples factores, algunos dependientes de la metodología y los recursos, otros dependientes de los pacientes. Las distintas variaciones en las características de estos, además de las limitaciones impuestas por el número reducido de pacientes evaluados y los sesgos en la metodología antes citados dificultan. Sin embargo, dados los resultados obtenidos, se puede afirmar que un programa de intervención similar a este tiene efectos positivos y puede prevenir cronificación del deterioro psicosocial. Se requiere realizar más investigación con una muestra más grande, con el propósito de aumentar la validez, y con la aplicación de un método de evaluación e intervención más dinámico, que esté en constante actualización y retroalimentación, tomando en cuenta las expectativas y las necesidades del paciente, en vez de un método estándar manualizado. (Kramer, Berger & Caspar, 2009)

Conclusiones

- En la actualidad, gracias al uso de tratamientos farmacológicos especializados, se logra alcanzar la recuperación sindrómica del trastorno afectivo bipolar en tiempo breve, sin embargo, se encuentra mayor dificultad para alcanzar la recuperación sintomática completa y la recuperación funcional relacionada con múltiples variables como el estigma social, la falta de adherencia al tratamiento y la falta o manejo inapropiado de estrategias de afrontamiento dirigidas al control de síntomas y manejo de estrés psicosocial, lo cual da más peso a la utilidad de intervenciones psicológicas que apoyen los resultados farmacológicos, pero que aborden los aspectos que se han mencionado como relevantes.

- El mantenimiento de un nivel sintomático elevado interepisódico disminuye el grado de actividad estimulante, lo cual se relaciona con menores niveles de satisfacción con la calidad de vida y a su vez retroalimenta los síntomas depresivos formando un ciclo que se continúa indefinidamente y que explica, la disfuncionalidad y cronificación del cuadro.
- El control de los síntomas residuales, como la irritabilidad y algunos síntomas depresivos, puede ser mejorado mediante un programa de psicoeducación orientado al aprendizaje de estrategias cognitivas y conductuales de control emocional.
- La adherencia al tratamiento también es susceptible a mejoría por medio de una intervención temprana orientada a mejorar la aceptación del diagnóstico, aumentar el conocimiento del mismo, disminuir el estigma social asociado a éste y enseñar estrategias cognitivas y conductuales para el manejo del tratamiento.
- Los pacientes casados, con rutinas de actividad establecidas, derivadas del cumplimiento de roles familiares, laborales y sociales, y con mayor apoyo familiar y social percibido, muestran mejores niveles de recuperación a nivel funcional y tienen a largo plazo un mejor pronóstico en cuanto a la probabilidad de sufrir recaídas.
- Se encuentran como factores de riesgo importantes para la recuperación funcional la edad temprana de aparición, un elevado número de episodios, y la comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos.
- El cambio en el uso de estrategias de afrontamiento activas orientadas al control de situaciones estresantes y sus efectos emocionales, debe ser abordado desde un enfoque de afrontamiento basado en recursos y requiere de una metodología que permita un entrenamiento práctico en el uso de dichas estrategias.
- El mantenimiento de bajos niveles de actividad social y productiva, está relacionado con factores que no están dentro del alcance de la intervención como la falta de trabajo o una actividad regular, el estigma social y las ganancias secundarias de la cronificación de la discapacidad.
- El rol de la familia en el tratamiento es de especial importancia para un buen pronóstico de recuperación. Factores como la falta de aceptación y conocimiento del diagnóstico, el estigma social y el miedo a las recaídas, pueden crear un tipo de atención al paciente que funciona como ganancia secundaria y puede ayudar a mantener la discapacidad. Por lo tanto, la familia debe vincularse a cualquier proceso psicoeducativo o terapéutico que se emprenda con los pacientes.

- El protocolo de tratamiento muestra potencial como una intervención coadyuvante al tratamiento psiquiátrico convencional. Sin embargo se requiere ajustar la metodología para disminuir sesgos y realizar posteriores estudios con un diseño controlado y una muestra de pacientes más numerosa para aumentar la validez de los resultados.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en Español 5.0.0 DSM-IV* (Ferrando, L., Bobes, J. Gibert, J., Soto, M. & Soto, O. Trads).
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV- TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado (Versión española). Barcelona: Masson.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (3), 106-115.
- Ball, J., Mitchel, P. Malhi, G., Skillecorn, A. & Smith, M. (2003). Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 41–48.
- Bauer, M., Glenn, T., Grof, P., Rasgon, N., Marsh, W, Sagduyu, K. et al. (2010). Frequency of subsyndromal symptoms and employment status in patients with bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 515–522.
- Berk, M., Hallam, K., Malhi, G., Henry, L., Hasty, M., Macneil, C. et al. (2010). Evidence and implications for early intervention in bipolar disorder. *Journal of Mental Health*, 19 (2), 113- 126.
- Berk, L., Hallam, K., Colom, F., Vieta, E., Hasty, M., McNeil, C. & Ver, M. (2010). Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Human Psychopharmacology*, 25, 1-16.
- Campo, A., Díaz, L. & Rueda, G. (2006). Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en población general de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica*, 26, 415 – 423.

- Chand, P., Mattoo, S. & Sharan, P. (2004) Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 311–318.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., García-García, M., Reinares, M. et al. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina Clínica*, 119 (10), 366 -371.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A. Reinares, M, Goikolea, J., Benabarre, A. et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402 - 406.
- Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B., Berk, M. Rothanthi, D. McGorry, P. et al. (2010). Pretreatment and outcome correlates of past sexual and physical trauma in 118 bipolar I disorder patients with a first episode of psychotic mania. *Bipolar Disorders*, 12 (3), 244-252.
- Davis, P. & Brantley, P. (2004). Stress, Coping, and Social Support in Health and Behavior. En T. Boll, J. Raczyski & L. Leviton (Eds.), *Handbook of clinical health psychology Vol II: Disorders of Behavior and Health* (pp. 233 - 267). Washington: American Psychological Association.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. & Valle, C. (2007). La Aplicación del Modelo del Estado Completo de Salud al Estudio de la Depresión. *Psichotema*, 19 (2), 286 – 294.
- Díaz, L. Campo, A., Rueda, G. & Barros, J. (2005). Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para la depresión. *Colombia Médica*, 36 (3), 168 – 172.
- Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 7 – 19.
- Frank, E., Swartz, H. Mallinger, A. Thase, M. Weaver, E. & Kupfer, D. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (4), 579 - 587.
- Frank, E., Kupfer, D., Thase, M., Mallinger, A., Swartz, H. et al. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996 - 1004.
- Frank, E. (2007). Interpersonal and Social Rhythm Therapy: A means of Improving Depression and Preventing Relapse in Bipolar Disorder. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(5), 463–473.

- García, A., Ezquiaga, E., De Dios, C., Agud, J. & Soler, B. (2010). Retraso diagnóstico y diferencias por sexo y subtipo clínico en una cohorte de pacientes ambulatorios con trastorno bipolar. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3 (3), 79–89.
- Goldberg, J. & Harrow, M. (2001). *Trastornos bipolares. Curso Clínico y Pronóstico*. Barcelona: Masson.
- Gonzalez, J. Rosenheck, R., Perlick, D., Culver, J. Miklowitz, D., Ostacher, M. et al. (2007). Factors Associated With Stigma Among Caregivers of Patients With Bipolar Disorder in the STEP-BD Study. *Journal of Psychiatric Services*, 58 (1), 41 - 48.
- Goodwin, F. K. & Jamison, K. R. (2007) *Manic-Depressive Illness. Bipolar disorders and recurrent depression*. (2da Ed.). New York: Oxford.
- Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D., Martínez-Ortega, J. & Gurpegui, M. (2010). Poor adherence to treatment associated with a high recurrence in a bipolar disorder outpatient sample. *Journal of Affective Disorders* (En prensa).
- Hollon, D. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and anxiety*, 27, 891–932.
- Johnson, S. & Tran, T. (2007). Bipolar Disorder: What Can Psychotherapists Learn From the Cognitive Research? *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63 (5), 425 – 432.
- Jones, S. & Burrell-Hodgson, G. (2008). Cognitive - Behavioral Treatment of first diagnosis bipolar disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 367 – 377.
- Kramer, U., Berger, T. & Caspar, F. (2009). Psychotherapeutic case conceptualization using plan analysis for bipolar affective disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (4), 352 - 367.
- Lam, D., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D. & Sham, P. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness - a pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (5), 503 - 520.
- Lam, D., Watkins, E., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N. et al. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145 - 152.
- Lam, D., Hayward, P., Watkins, E., Wright, K. & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, 162, 324 - 329.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotions: A new Synthesis*. New York: Springer.

- Londoño, N., Henao, G. Puerta, I. Posada, S. Arango, D. & Aguirre- Acevedo, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC - M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5 (2), 327-349.
- McDaniel, J.S. & Sharma, S.M. (2002). Mania. En M.G. Wise & J. Rundell (Eds.). *Textbook of consultation – liaison Psychiatry*. (2da Ed.) (pp. 339 - 360). Washington, USA: Americana Psychiatric Publishing.
- Michalak, E., Yatham, L.Wan, D. & Lam, R. (2005). Perceived Quality of Life in Patients With Bipolar Disorder. Does Group Psychoeducation Have an Impact? *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (2), 95 – 100.
- Michalak, E., Yatham, L., Kolesav,S. & Lam, R. (2006). Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective. *Quality of Life Research*, 15, 25-37.
- Mick, E., Faraone, S., Spencer, T., Zhang, H. & Biederman, J. (2008). Assessing the Validity of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire--Short Form in Adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11 (4), 504-509.
- Miklowitz, D., Simoneau, T., George, E., Richards, J. Kalbag, A, et al. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48, 582 - 592.
- Miklowitz, D. (2002). *Bipolar Disorder Survival Guide: What You and Your Family Need to Know*. New York: Guilford.
- Miklowitz, D., George, E., Richards, J. Simoneau, T. & Suddath, R. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904 - 912.
- Miklowitz, D. & Otto, M. (2006). Interventions for Bipolar Disorder: A review of literatura and introduction to the Systematic Treatment Enhancement Program. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20 (2), 215 – 230.
- Miklowitz, D., Otto, M, Frank, E., Reilly-Harrington, N., Kogan, J. Sachs, G. et al. (2007). Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: Results from a 9-month randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1340 -1347.
- Ministerio de la Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia 2003*. Bogotá.

- Montes, J., Sáiz, J. De Dios, C., Ezquiaga, E., García, A. Argudo, I. et al. (2008). Perfil de los pacientes ambulatorios con trastorno bipolar: Un estudio transversal en la comunidad de Madrid. *Acta española de psiquiatría*, 36 (5), 277-284.
- National Alliance on Mental Illness. (2008). *Understanding Bipolar Disorder and Recovery*. USA: Arlington.
- Nogués, X., Sorli, L. & Villar, J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24 (3), 138-141.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., MacCarthy, E. & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318, 149 - 153.
- Phillips, K., Menard, W., Fay, C. & Pagano, M. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 46 (4), 254–260.
- Pomykacz, B., Mao, M., Weiss, R. & Teter, C. (2007). A Review of Brief Medication-Adherence Instruments Used in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 15 (5), 259–263.
- Rea, M., Tompson, M. & Miklowitz, D. (2003). Family- Focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71 (3), 482 - 492.
- Reiser, R. & Thompson, L. (2006). *Trastorno Bipolar. Avances en psicoterapia. Práctica basada en evidencia*. México D.F: Manual Moderno.
- Ritsner, M., Kurs, R., Kostizky, H., Ponizovsky, A. & Modai, I. (2002). Subjective quality of life in severely mentally ill patients: A comparison of two instruments. *Quality of Life Research*, 11, 553–561.
- Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Ratner, Y. & Endicott, J. (2005). Validity of an abbreviated Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. *Quality of Life Research* 14, 1693–1703.
- Rossi, A., Rucci, P., Mauri, M., Maina, G. Pieraccini, F., Pallanti, S. & Endicott, J. (2005). Validity and reliability of the Italian version of the Quality of Life, Enjoyment and Satisfaction Questionnaire. *Quality of Life Research* 14, 2323–2328.
- Schoeyen, H., Birkenaes, A., Vaaler, E., Auestad, B., Malt, U., Andreassen, O. et al. (2010). Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socio-economic status than the general population. *Journal of Affective Disorders*, In press.

- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P. et al. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313 - 320.
- Scott, J. (2007). Bipolar Disorders. En: Freeman, C. & Power, M. (Eds.). *Handbook of evidence-based Psychotherapies*. England: John Wiley & Sons.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. Mc Graw Hill: México D.F.
- The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrist. (2006). *Bipolar Disorder. The Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents, in Primary and Secondary Care. National Clinical Practical Guidelines Number 38*. London: Uk.
- Vollrath, M., Alnæs, R. & Torgersen, S. (2003). Coping and MCMI-II Symptom Scales. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (12), 1305–1314.
- Wingo, A., Baldessarini, R., Holtzheimer, P. & Harvey, D. (2010), Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders*, 12, 319–326.
- Wyrwich, K., Harnam, N., Revicki, D., Locklear, J., Svedsäter, H. & Endicott, J. (2009). Assessing health-related quality of life in generalized anxiety disorder using the Quality Of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire. *International Clinical Psychopharmacology*, 24 (6), 289-295.
- Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A. & Parikh, S. (2008). Is Cognitive-Behavioural Therapy more effective than Psychoeducation in Bipolar Disorder? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (7), 441 – 448.
- Zimmerman, M., Galione, J. & Chelminski, I (2010). Sustained unemployment in psychiatric outpatients with bipolar disorder: frequency and association with demographic variables and comorbid disorders. *Bipolar Disorders*, 12 (7), 720-726.