

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

"AMBIENTE FAMILIAR Y PSICOEDUCACION EN
EL TRASTORNO BIPOLAR"

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A :

DRA. CARMEN LUCIA AMEZCUA GUERRERO

TUTORES:

DR. CARLOS BERLANGA CISNEROS
TUROR TEORICO

DR. ROGELIO APIQUIAN GUITART
TUTOR METODOLOGICO

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
DR. RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

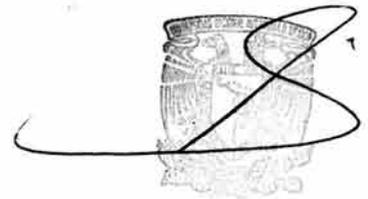


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TÍTULO:

“Ambiente Familiar y psicoeducación en el Trastorno Bipolar”

Tesis que se presenta para obtener el diploma de especialista en psiquiatría la doctora:

Dra. Carmen Lucía Amezcua Guerrero.

Tutores:

Dr. Carlos Berlanga Cisneros.

Tutor Teórico

Dr. Rogelio Apiquián Guitart.

Tutor Metodológico

Instituto Nacional de Psiquiatría

Dr. Ramón de la Fuente Muñiz.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Vc. Do.

DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

Agradecimientos.

A veces quisiera correr, escapar de todo esto y estudiar veterinaria,
A veces el dolor del alma me contagia y me llena de ronchas,
A veces no logro entender la locura de la realidad,

Solo a veces, por que la mayoría del tiempo estoy quieta, observando, me refugio en la locura y estudio la mente, me contagio de su dolor, me lleno de ronchas que incluso disfruto y me vuelvo loca como ellos...

Carmen Amezcua.

Gracias a mis amigos, los que siempre estuvieron ahí y no dejaron que abandonara mis sueños: A Karina por ser conmigo y con mi locura siempre, a Zory y Victor por entender y perdonar mis angustias y por estar juntos para mí, a Judith por su paz y su maravillosa manera de "ver" el tiempo, a Angela por ser la mejor sanadora de almas tontas como la mía, a Denisse por ser mi refugio, a Ana por nuestra historia sin fin que me mantiene de pie, a Yazmín por las conversaciones ansiolíticas y los abrazos, a Yalí por ser amiga pese a tanta ausencia, a Rodrigo por ser el mejor hermano menor que alguien puede tener, a John Leonardo por enseñarme siempre cosas hermosas, a Liz por su silencio tan amoroso y su fuerza interior, a Walfred por ser mi soporte aunque él nunca lo creyó y a Miriam por ser mi ejemplo de vida.

A todos aquellos que hicieron de estos años una historia maravillosa para contar, mis compañeros y amigos: Mario, Alejandro, Gaby, Vicky, Mayra, Raúl, Noemí, Gabriel, Armando, Alberto, Bety, Juan, Feli, Luis, Alma, Roberto, Fortino, Anel, Cristina, Xóchitl y tantos que se van en mi corazón.

A los bipsos, Claudia, Abigail, Yalí, Rodrigo, por que sin ustedes nunca hubiera podido terminar esto.

A mis maestros, a los buenos y los malos, de ustedes aprendí la paciencia y el budismo zen, gracias por cada una de sus palabras de aliento y desaliento, todas sirvieron y me hicieron crecer.

A Doris por soportar tantas cosas, la angustia, la depresión, la manía, los estados mixtos e incluso los ciclos rápidos y ultradianos de estos últimos cuatro años, por ser y estar siempre conmigo y por tantas cosas que solo mi corazón sabe pronunciar. Gracias de verdad.

A mi familia, a mi madre Ma.Carmen, a mi madre "la Galli" y a mi abuela Carmen, por entenderme, saberme loca y pese a eso quererme, a mi hermana, mis tíos y mis primos por ser el motor de mi vida.

A mis tutores: Dr Berlanga, Dr. Rogelio Apiquían, Mtra. Ana Fresán (Ochenta mil gracias!!) y Dr. Mark Bauer por su apoyo y por su fe en este tipo de proyectos, mil gracias de verdad.

Por último después de tantas letras, a mi padre, por sus genes fuertes, su herencia en vida y su presencia siempre en los momentos más duros de esta etapa, gracias por enseñarme que hay que luchar por los sueños y por los amores.

1.- RESUMEN	2
2.- INTRODUCCION	3
3.- ANTECEDENTES	7
A.- Generalidades del TBP	7
A.1.- Características clínicas del TBP.....	7
A.2.- Epidemiología del TBP.....	10
A.2.2.- Características demográficas del TBP.....	10
A.2.3.- Diferencias de género en el trastorno bipolar.....	10
A.2.4.- Prevalencia ,edad de inicio y curso.....	11
A.2.5.- Comorbilidad en el TBP.....	12
A.3.- Etiología y factores psicosociales asociados al TBP.....	12
A.3.1.-Teorías Psicosociales.....	13
A.3.2.- Hipótesis Psicobiológica.....	15
A.3.3.- Estrés y TBP.....	16
A.3.4.- Eventos de vida.....	17
A.4.-Problemas en el tratamiento.....	18
A.4.1.- Costos Personales y Sociales de la enfermedad.....	18
A.4.2.- Problemas para el tratamiento en los pacientes con TBP...19	
A.4.3.-Estudios sobre pronóstico a largo plazo.....	20
B.- Ambiente Familiar	24
B.1.- La familia de los pacientes con TBP.....	24
B.2.- Emoción Expresada.....	26
C.-Tratamientos psicosociales en el TBP	29

D.- La psicoeducación en la salud mental y específicamente en el TBP.....	30
D.1.- Historia breve sobre la psicoeducación.....	30
D.2.-Definición de Psicoeducación.....	31
D.3.-Algunos modelos psicoeducativos.....	33
D.4.- Psicoeducación en TBP.....	35
D.5.-Los principios básicos para la psicoeducación en el Trastorno Bipolar.....	37
4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	41
5.-JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	42
6.-OBJETIVOS.	43
7.-HIPÓTESIS.....	44
8.- METODOLOGIA.....	44
8.1.-Diseño del estudio.	44
8.2.-Población del estudio.	44
8.3.-Los criterios de inclusión y exclusión.	45
9.-PROCEDIMIENTO.....	46
9.1.-Análisis Estadístico.....	47
9.2.-Resultados.....	47
10.-DISCUSION.....	58
11.-CONCLUSIONES.....	68
12.-BIBLIOGRAFIA.....	71

1.-RESUMEN.

La psicoeducación provee una herramienta para el entendimiento y la resolución de problemas derivados de la enfermedad mental, con lo que se busca mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente

Objetivo: Describir el ambiente familiar de un grupo de pacientes con trastorno bipolar (TBP) para justificar la estandarización del programa psicoeducativo y evaluar el beneficio de una intervención de esta naturaleza.

Método: Participaron 70 familiares de pacientes del proyecto de psicoeducación en TBP. Completaron los criterios de inclusión un total de 58 familiares. Se evaluó el ambiente familiar mediante el Cuestionario de la Vida Familiar de North-Sachar y el taller de 6 sesiones informativas con la forma de Evaluación de Taller.

Resultados: Los datos obtenidos por medio del Cuestionario de Ambiente Familiar mostraron el grado de conocimiento que tenían los participantes con respecto al TBP y su tratamiento antes de los talleres informativos; se encontró que el 72.4% (n=42) tenía poco conocimiento del mismo. Los familiares reportaron trastornos y limitaciones (estrés, ansiedad, agresión física o verbal, frustración, etc) en sus vidas cotidianas en un 78%. En la Evaluación de Taller, se encontró que el 79.3% (n=46) aprendió mucho sobre los síntomas del TBP. Ninguno de los participantes reportó no haber aprendido algo sobre la enfermedad.

Discusión.- Un programa de psicoeducación fundamentado en las necesidades familiares puede tener influencia sobre el pronóstico del TBP.

2.-INTRODUCCION.

Psicoeducación y Enfermedad Mental.

Desde el advenimiento de los tratamientos farmacológicos se ha observado un cambio en la vida y en el pronóstico de los pacientes con enfermedad mental, sin embargo, se ha comprobado que la falta de conocimiento sobre su enfermedad se traduce en poco apego al tratamiento, abandono a la consulta, mayor conflicto en las familias e incremento en el número de hospitalizaciones y recaídas (Milkowitz, 2000).

El abordaje psicológico y psicoeducativo en el tratamiento agudo y en el proceso de recuperación de los pacientes ha tenido de manera tradicional un lugar secundario después del tratamiento farmacológico. Sin embargo la experiencia de los grupos de investigación en trastornos afectivos reporta beneficios de los tratamientos integrales biológicos, psicoterapéuticos y educativos (Colom, 2003).

En el caso del trastorno bipolar (TBP) se han reportado que el trabajo integral del equipo de salud, de la familia y del paciente mejora el pronóstico, favoreciendo un mejor apego al tratamiento, disminuyendo el número de recaídas y de hospitalizaciones y del tiempo y de estancia intrahospitalaria. (Otto, 2003).

El trabajo integral implica una atención médica adecuada, programas de información y educación sobre el padecimiento tanto al paciente como a la familia y por último el apoyo psicológico (Milkowitz, 2000).

Los programas de educación buscan:

- Dar información clara y cierta sobre los padecimientos psiquiátricos, tratando de aclarar mitos y creencias erróneas sobre el padecimiento y sobre los tratamientos.
- Explicar a los familiares y pacientes la naturaleza de los padecimientos, haciendo énfasis en los conocimientos científicos actuales, con el fin de desmitificar las creencias mágicas, o las que culpabilizan a las familias, con el fin de lograr el apoyo de las redes familiares.
- Dar información clara sobre los tratamientos farmacológicos, uso, beneficios y efectos secundarios.
- Enseñar a los pacientes y familiares a reconocer los signos y síntomas característicos de la enfermedad mental y a reconocer los síntomas de recaída, agudización y desestabilización del padecimiento.
- Enseñar a los pacientes y familiares a actuar en momentos de crisis relacionados con la agudización de la sintomatología: comunicación con su médico tratante, asistencia al servicio de urgencias o solicitar nueva cita.
- Dar elementos alternativos para el manejo de dificultades en el núcleo familiar generadas por la patología específica del paciente.
- El objetivo a mediano y largo plazo deberá ser que el paciente pueda llevar una vida productiva como miembro de una familia y de una comunidad (mejorar la calidad de vida). (Goldstein, 1995).

Glick define a la psicoeducación como "la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad". (Glick 1994)

La psicoeducación es una técnica clínica que tiene como finalidad educar al paciente y a su familia acerca de la naturaleza y el curso del trastorno mental, las opciones de tratamiento disponibles y los recursos a su alcance en el medio hospitalario y en la comunidad con el fin de reducir el índice de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente.(Leff, 1990).

El estigma ha sido uno de los problemas principales para llevar a cabo los programas de psicoeducación, la aceptación de la enfermedad es difícil tanto para el paciente como para sus familiares , el negar la enfermedad por lo tanto lleva a un mal apego al tratamiento y por consecuencia un peor pronóstico. Por lo tanto los programas psicoeducativos ayudan a disminuir el estigma que se genera sobre la enfermedad mental (Goldstein,1995).

La psicoeducación es un proceso continuo y debe adaptarse a la evolución del paciente, esta debería de comenzar con el inicio de tratamiento o bien como parte del tratamiento ya establecido, a fin de formar un equipo multidisciplinario (paciente-familia-médicos tratantes). (Hogarty, 1991).

Se han descrito varios programas de psicoeducación en diferentes trastornos mentales, la mayoría de ellos diseñados por los profesionales que identifican los problemas de los pacientes y donde no se toma en cuenta la preocupación de los miembros de la familia no obstante que son ellos quienes llevan la mayor parte de la carga del tratamiento.

Hablar de familias que tienen un miembro con alguna enfermedad mental es sinónimo de grandes dificultades; las familias necesitan entender qué es lo que pasa con su familiar enfermo. En ocasiones la conducta de este es tan extraña o desjuiciada que es difícil entender el por qué de estos cambios, y en ocasiones los familiares niegan que algo suceda o bien, lo relacionan incluso con eventos de tipo místico religioso. Esta negación refleja el estigma que existe en la sociedad hacia las enfermedades mentales y que se traduce en resistirse a creer que algo malo sucede, dejando pasar hasta 10 años para acudir a un especialista y por lo tanto recibir atención. Para entonces la dinámica familiar ha cambiado y la patología del enfermo es ya parte de la vida diaria (Milkowitz, 2000).

Las familias de los pacientes bipolares se ven afectadas de diversas formas por la enfermedad y en muchas ocasiones pese al tratamiento farmacológico, las secuelas neuropsicológicas y cognoscitivas del paciente dificultan su reincorporación a la vida normal. (Goldstein 1997).

3.- ANTECEDENTES.

A.-El trastorno bipolar (TBP)

A.1. Generalidades del TBP.

El TBP es una enfermedad de curso crónico, con episodios de depresión o de manía, que se presenta de manera cíclica y con remisiones entre episodio y episodio.

A.1.1- Características clínicas del TBP.

El TBP se incluye dentro los trastornos afectivos o trastornos del estado de ánimo ya que comprende períodos de un estado anímico eufórico y períodos de depresión.(Akiskal, 2003).

Según la definición del DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,1995), los pacientes con un TBP han cursado ya con por lo menos un cuadro de manía o hipomanía para poder ser diagnosticados (Dunner, 1993. Akiskal, 1995).

El TBP es una enfermedad episódica de larga evolución, con un curso variable. La definición del TBP esta construida sobre la identificación de episodios de humor (Dunner, 1993. Akiskal, 1996) y su diagnóstico se deriva de la presencia de episodios afectivos a través del tiempo. Las personas que experimentan un episodio maníaco, hipomaníaco o episodio mixto, y que tienen una historia de uno o más episodios de depresión mayor. son diagnosticadas entonces como bipolares.

Aquellos que experimentan episodios depresivos o maniacos son diagnosticados con TBP tipo I mientras que aquellos con episodios de depresión mayor e

hipomaníacos son diagnosticados con TBP tipo II (Hantouche E, 1998; Angst, 2003).

Los episodios depresivos en el TBP no son diferentes de aquellos en el trastorno de depresión mayor. Cerca de la mitad de las personas con TBP experimentan síntomas típicos caracterizados por disminución del sueño y apetito, mientras que la otra mitad experimentan síntomas más “atípicos” como aumento de sueño o de apetito. Los episodios maníacos son definidos por periodos discretos de elevada anormalidad, humor expansivo o irritabilidad, acompañados de un impedimento en el juicio, en la función social y ocupacional. Estos síntomas están frecuentemente acompañados por ideas megalomaniacas, energía excesiva y aumentos en actividades dirigidas a una meta, que frecuentemente tienen un alto potencial de consecuencias dañinas. También se caracterizan por un aumento de la energía y el vigor, lo cual puede llevar a un comportamiento riesgoso, tal como compras compulsivas, hipersexualidad, abuso de sustancias y frecuentes discusiones. Estos comportamientos pueden incurrir en graves consecuencias, especialmente en el declive de su ejecución social o funcional (Akiskal, 2003).

A menudo, el humor expansivo asociado con las manías o bien los episodios depresivos graves pueden estar acompañados por síntomas psicóticos.

La primera versión de la serie DSM para reconocer formalmente al TBP tipo II, fue el DSM-IV. Con base en la evidencia revisada por Dunner en 1993, (Dunner 1993) al trastorno le fue concedido un estatus de categoría separada.

Los síntomas psicóticos también pueden aparecer en los episodios afectivos de la enfermedad. Si los trastornos psicóticos están limitados a un episodio mayor de humor, las personas son consideradas como pacientes con TBP con síntomas psicóticos. Si los síntomas psicóticos duran por lo menos 2 semanas en períodos normales de humor, se considera el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. (Goldberg, 2001).

El término de "*ciclador rápido*" es aplicado si cuatro o más episodios de humor ocurren dentro de un período de 12 meses; el diagnóstico se basa en el conteo de episodios (Calabrese 1996). Esta subcategoría es significativa porque predice un resultado más pobre, una peor respuesta al litio y a otros tratamientos. (Bauer, 1994). Se han asociado a varios factores de riesgo específicos con el ciclaje rápido, estos incluyen el género femenino, el uso de antidepresivos y distiroidismo previo o actual (Calebrese, 2001; Bauer, 1994).

Otros autores proponen subtipos adicionales de TBP además del tipo I y del tipo II, pero aún no están formal o consistentemente reconocidos. (Akiskal, 1996).

Los Episodios Mixtos, definidos como la ocurrencia simultánea de síntomas maníacos con todas sus características y síntomas depresivos, son el ejemplo más prominente de disforia durante la manía. (Angst, 2003).

A.2.- EPIDEMIOLOGIA DEL TBP.

A.2.2.- Características demográficas del TBP

No se han encontrado diferencias en las manifestaciones del TBP en relación al género, a grupos de edad o cultura. Sin embargo, parece que el ser mujer representa un riesgo más alto de ser cicladoras rápidas (Bauer, 1994) y de presentar disforia durante la manía. (Calebrese, 2001)

A.2.3.- Diferencias de género en el trastorno bipolar.

A diferencia del trastorno de depresión mayor, el TBP tiene aproximadamente una distribución equitativa entre los géneros (Akiskal 1996; Akiskal, 2001). Existen pocos estudios que describan las diferencias entre grupos étnicos, culturales, sitios demográficos y el trastorno bipolar.

La duración de los episodios generalmente varía entre 4 -13 meses, con episodios depresivos generalmente más largos que los episodios maniacos o hipomaniacos. Las mujeres parecen tener más recaídas depresivas que maniacas, mientras que los hombres tienen una distribución más equitativa (Angst, 2003; Goldberg 2001; Gottschalk 1995; Kupka 2001).

A.2.4.- Prevalencia ,edad de inicio y curso.

Las estimaciones de riesgo de por vida para el TBP tipo I basados en estudios epidemiológicos varían del 0.2 % - 0.9 % (Angst, 2003). El estudio del Área de Captura de Epidemiología (ECA) reportó una prevalencia de por vida del 1.6 % por tipo I combinado o tipo II con variantes (Angst, 2003). Actualmente se calcula que

incluyendo todo el espectro bipolar la prevalencia del TBP se eleva hasta un 5%. (Angst, 2003).

El TBP tiene sus inicios en la mayoría de las personas en la adolescencia y en los adultos jóvenes, es decir, entre las edades de 15 y 30 años.

Entre los niños y adolescentes, el diagnóstico de TBP es a menudo complicado por que los cambios de humor son menos consistentes y las líneas de conducta base son diferentes a las de los adultos (Kovacs, 1994), por lo que el diagnóstico se torna más complicado. Desgraciadamente poco se conoce actualmente respecto a los resultados de un óptimo diagnóstico y tratamiento para niños y adolescentes con TBP (Calabrese, 2001).

Una revisión reciente de la literatura indica que la mayoría de las personas con el trastorno tienen cuatro o más episodios en su vida. (Angst, 2003; Akiskal 2002).

Entre las personas con ciclado rápido, cuatro o más episodios en un año son la base para el diagnóstico, con un promedio de 50 episodios en la vida (Angst, 2001, Kupka 2001). No existe un patrón típico de recurrencia de episodio, algunas personas tienen episodios aislados de manía, hipomanía o episodios de depresión; unos van cambiando de un polo a otro en episodios ligados. Sin embargo, aún entre personas con ciclado rápido, los episodios son rara vez periódicos. (Angst, 2003; Bauer 1994; Golderberg 2001).

A.2.5.- Comorbilidad en el TBP.

La comorbilidad se refiere a los trastornos o enfermedades que ocurren simultáneamente con el trastorno que nos interesa, en este caso el TBP.

El abuso y la dependencia a alcohol y a sustancias psicoactivas representan la comorbilidad psiquiátrica más importante de trastorno. Mientras que la tasa de abuso de alcohol/dependencia va del 3%-13% en la población en general, las estadísticas sobre la dependencia del alcohol tomadas del estudio ECA, reporta una tasa de dependencia de alcohol de más del 30%. (Ferrier, 2001; Rapport, 2001).

Se han descrito otros trastornos comórbidos con TBP como los de ansiedad (Trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo) que son comunes en estos pacientes, así como los trastornos de la personalidad principalmente el de tipo límite y antisocial que en ocasiones confunden al clínico y dificultan el diagnóstico y el tratamiento del TBP. De manera interesante, la información reciente de la Sociedad Stanley, sociedad que se dedica a hacer investigaciones sobre TBP, indica que la comorbilidad puede ser mayor en mujeres que en hombres (Kupka, 2001), lo que puede contribuir a la tendencia de que al género femenino se le asocie con formas más complejas tales como el ciclaje rápido (Kupka, 2001; Rapport, 2001).

A.3.- Etiología y factores psicosociales asociados al TBP.

Las causas del TBP aún no son claras, existen varias teorías que lo explican, haciendo al TBP una enfermedad multifactorial, sin embargo, las teorías biológicas

únicamente las mencionaré y me centraré en explicar las teorías psicosociales ya que son las que interesan a este estudio.

Teorías biológicas del trastorno bipolar :

- Hipótesis genética y congénita.
- Hipótesis del neurotransmisor.
- Hipótesis del Sistema de segundo mensajero.
- Hipótesis neuroendocrina.
- Hipótesis neuroanatómica.
- Hipótesis con respecto a los ritmos biológicos y sistemas fisiológicos complejos: Kindling.

(Bauer, 2001).

A.3.1.-Teorías Psicosociales.

Las teorías psicosociales de trastornos de humor incluyen un sin número de teorías dentro de las cuales podemos encontrar las teorías de psicoanálisis, interpersonales, cognitivas y de conducta. Todas estas teorías proponen que los síntomas de los trastornos de humor son producidos por factores psicológicos y que los componentes biológicos juegan un papel secundario en la expresión de los síntomas.

Los principios de la teoría cognitiva explican a la depresión como una respuesta afectiva a creencias negativas (Scott, 2001) .Las atribuciones respecto a los

hechos están basadas en suposiciones negativas que no son realistas. La meta de la terapia de conducta es aumentar el esfuerzo positivo por medio de la participación en actividades placenteras o construir las habilidades asertivas necesarias para provocar recompensas sociales (Scott, 2001).

La teoría interpersonal (ITP) de la depresión considera el ambiente del individuo como una característica importante en los síntomas de desarrollo y protección de la enfermedad. La ITP propone que la depresión se desarrolla más a menudo en un contexto de eventos adversos, particularmente en pérdidas personales. El tratamiento basado en ITP, por lo tanto, tiene como fin reducir síntomas por medio de la psicoeducación y posteriormente se dirige a los problemas en las relaciones interpersonales, enfocándose primeramente al sufrimiento, disputas de roles, transición de roles, y deficiencias personales (Frank, 2001 Frank, 1997).

Las teorías psicoanalíticas con respecto a la depresión son amplias, quizá la formulación más concisa y clara sea la de Freud (Freud, 1924).

En lo que se refiere a otras teorías, la teoría psicoanalítica con respecto a la manía ha sido mucho más limitada que la de la depresión. Las teorías se enfocan en la manía como defensa en contra de la depresión escondida, este enfoque no es totalmente exitoso. Por ejemplo Schwartz (Schwartz, 1961) sugiere que la manía, particularmente sus componentes hiperactivos y de grandiosidad, funcionan como una defensa en contra del vacío y la carestía. Fenichel (Fenichel, 1945) también consideró a la manía como una respuesta a la depresión. Dooley (Dooley, 1921)

propuso que la manía era un mecanismo por medio del cual uno podría defenderse de pensamientos depresivos dolorosos. Algunos clínicos psicoanalíticos recientes han propuesto que el tratamiento analítico puede ser de mucha ayuda para reducir el estrés (Kahn, 1997).

A.3.2.- Hipótesis Psicobiológica

Desde el advenimiento del litio, el uso de medicamentos estabilizadores del ánimo se ha convertido en la piedra angular del tratamiento para el TBP, sin embargo el tratamiento psicosocial que también es importante queda atrás o se olvida por completo.

Los factores psicosociales juegan un rol importante en el desarrollo del trastorno una vez establecido en su curso. Varios modelos integran a los factores psicológicos y los mecanismos biológicos han sido desarrollados. Estos han sido cuidadosamente revisados recientemente por Johnson y Roberts (Johnson, 1995; Johnson, 1997).

Ehlers (Ehlers, 1988) ha propuesto que la regulación del ritmo biológico en personas con TBP puede ser interrumpida por cambios en los eventos psicosociales.

Específicamente, se proponen que los episodios de humor causan alteraciones en el ritmo social tales como el comer, dormir, y otros aspectos de la vida diaria rutinaria y que estos ritmos sociales son reguladores importantes a su vez, de los ritmos circádicos biológicos y que sin estos reguladores se desarrollan las

anormalidades circadianas, llevándonos al debut, el empeoramiento, o la perpetuación de los síntomas afectivos (Hunt, 1992; Johnson, 1995).

Depue y colaboradores (Depue, 1989) han propuesto que los individuos con trastornos de humor incluyendo los trastornos de espectro bipolar, tienen una deficiencia en la regulación de respuestas biológicas al estrés y por lo tanto los estresantes ambientales pueden causar alteraciones de los sistemas biológicos que a su vez causan síntomas afectivos en individuos vulnerables, a pesar de que estresantes similares no causan alteraciones en aquellos que no tienen trastornos de humor.

A.3.3.- Estrés y TBP.

La posible asociación de los eventos de estrés en la vida y el inicio de un episodio afectivo ha generado un interés sustancial. Hall y colaboradores realizaron un estudio prospectivo donde se incluyeron pacientes con TBP tipo I y observaron que no existía diferencia en los eventos de vida entre los que llegaban a ser maníacos, aquellos que se deprimían, y aquellos que permanecían eufímicos; Lo único que llamó la atención de este estudio fue una incidencia incrementada de dificultades en el trabajo en aquellos que desarrollaban síntomas maníacos (Hall , 1977).

Hunt y colaboradores (Hunt, 1992) realizaron un estudio prospectivo encontrando un aumento severo de eventos adversos en la vida el mes anterior a una recaída maníaco depresiva, comparados con la línea base, sin diferencia entre recaídas maníacas o depresivas. En otro un estudio prospectivo Ellicott (Ellicot, 1990)

encontró que había subgrupos de personas con TBP que tenían umbrales bajos de sensibilidad al estrés, e identificaron una significativa asociación entre eventos de la vida que son estresantes y el inicio de un trastorno de humor.

A.3.4.- Eventos de vida

Existen varios estudios que demuestran la relación entre los eventos estresantes de la vida y la iniciación de un episodio afectivo en el TBP. Sin embargo, algunos de ellos fallaron en encontrar una asociación significativa. También hay varios tipos de problemas metodológicos que pueden hacer difícil la interpretación de estos estudios y que la comparación entre ellos sea imposible. Ejemplos de tales problemas incluyen distorsiones de recuerdos en diseños retrospectivos, heterogeneidad en el muestreo, longitud de tiempo de observación variable para la identificación de eventos relevantes, definición de inicio de episodio de humor y elección de evento significativo (ejemplo hospitalización vs. Inicio de un episodio). Además, dentro de la prospectiva de los estudios, las diferencias en atribución y recuerdos pueden variar dependiendo si la entrevista para obtener los eventos de la vida tuvo lugar antes o después de que el episodio índice comenzó (Pardoen, 1996).

Un ejemplo de este tipo de estudios es el de McPherson (McPherson, 1993) quien en forma prospectiva investigó los eventos de vida anteriores a los episodios afectivos y trató de relacionarlos con las recaídas, sin encontrar diferencias significativas. Mientras que en otro estudio Johnson (Johnson, 1995) si encontró evidencia de que los eventos de vida suelen presentarse antes de los episodios

afectivos y recalcó la importancia de manejar esta variable en los pacientes bipolares.

Malkof (Malkof, 1998) encontró en una muestra de 39 bipolares que los eventos de vida y el deterioro o cambio de la función social se asociaban más con episodios de manía que con los depresivos.

Es posible entonces que los eventos adversos de la vida estén asociados con los episodios afectivos, particularmente aquellos episodios que son suficientemente severos para garantizar hospitalización. Tales eventos de la vida, por lo tanto, necesitan ser atendidos con propósitos clínicos, aunque desde un punto de vista teórico no está claro si tales eventos de hecho juegan un rol patogénico (Hunt, 1992).

A.4.-PROBLEMAS EN EL TRATAMIENTO

A.4.1.- Costos Personales y Sociales de la enfermedad.

No hay información suficiente sobre los costos directos e indirectos del TBP, pero los datos disponibles indican que el costo de su tratamiento directo es más de lo que suponemos.

Mechanic y Aiken (Mechanic, 1987) reportaron que en 1980 dos tercios de los 1.9 millones de pacientes en cama eran personas con enfermedades mentales crónicas, estimando posteriormente que los gastos para su tratamiento en 1992 alcanzaba una cifra cercana a los 67 billones de dólares.

Resulta aún más sorprendente el dato que 75% de los impedimentos funcionales son responsables de los costos de las enfermedades afectivas. También es claro que la pérdida total de la productividad, además del sufrimiento de la persona y sus familiares es algo que se observa frecuentemente en el TBP (Kupka, 2001).

En este trastorno, la evidencia indica que los costos por pérdida de productividad son bastante substanciales. Sin el tratamiento adecuado, una persona con un TBP desde la edad de 25 años puede esperar perder 14 años de actividad efectiva (ejemplo, trabajo, escuela, función de rol familiar) y por lo menos 9 años de vida. El 15% de las persona con TBP están desempleadas por lo menos durante 5 años consecutivos, y más del 25% de las que tienen menos de 65 años reciben pagos por incapacidad (Kupka, 2001; Malkoff, 1998; O'Connell, 1985).

A.4.2.- Problemas para el tratamiento en los pacientes con TBP.

Las proporciones en las recaídas para TBP pueden ser tan altas como de un 90% en un seguimiento a 2 años, (Goldberg 2001).

El uso reciente de estabilizadores del ánimo (anticonvulsivos, antipsicóticos, etc...) en el tratamiento del trastorno ha cambiado el pronóstico para muchos pacientes. Estos medicamentos han mostrado ser eficaces principalmente para el tratamiento de la manía aguda, Mientras que el litio sigue siendo el medicamento ideal para la profilaxis de episodios maníacos o depresivos y actualmente el estudio de fármacos eficaces en el tratamiento de la depresión bipolar continua brindando cada vez más estrategias para el manejo farmacológico del trastorno (Calabrese, 2001).

Sin embargo, pese a los avances que se han tenido para el tratamiento de este trastorno afectivo, la polifarmacia es uno de los problemas o quejas principales

para los pacientes con TBP. En muchas ocasiones es necesario dar hasta cuatro medicamentos con diversas indicaciones, algunos ejemplos de esto es el uso de antidepresivos, ansiolíticos y estabilizador (es), en un cuadro depresivo, estabilizador (es), antipsicóticos y ansiolíticos, en estados de manía. Es por esto que frecuentemente los pacientes abandonan su tratamiento, ya que la polifarmacia incrementa los efectos secundarios de los medicamentos y dificulta las tomas durante el día, llevando al paciente a olvidar que el medicamento debe de tomarse por un determinado tiempo (Keck, 1996).

Los factores sociales también pueden jugar un rol importante en la toma adecuada de medicamentos o bien, en la decisión de hospitalizarse. La falta de apoyo social para cumplir con las tomas del medicamento durante la enfermedad grave puede facilitar el abandono del mismo. (Callahan, 1999).

Existe información sobre determinantes culturales de actitudes de la enfermedad, así como literatura que se sobrepone al impacto de factores sociales y socioeconómicos en la accesibilidad del tratamiento, participación y resultado de la enfermedad (Coryell, 1993; Hammen, 1997).

A.4.3.-Estudios sobre pronóstico a largo plazo.

La funcionalidad consiste en el estatus social y ocupacional y la subjetiva calidad de vida (Stewart, 1990).

Hay estudios comparativos subsecuentes que encuentran que el TBP tiene un mejor pronóstico que la esquizofrenia en términos de cronicidad de síntomas, impedimentos severos, funcionamiento social y ocupacional (Angst, 2003; Stewart 1989; Angst, 2002).

En un estudio realizado por O'Connell se encontró que el 14.3% de los pacientes diagnosticados como bipolares se mantenían funcionales (O'Connell, 1991), mientras que Tohen encontró que solo 24% de los bipolares se mantenían funcionales y con una remisión total durante el seguimiento de su estudio (Tohen, 1990).

Otros estudios han reportado que del 33% al 45% de los pacientes con TBP tienen síntomas persistentes o residuales lo cual ocasiona disfunción social que no se resuelve entre los episodios. (Gitlin, 1995)

Aproximadamente 20% - 40% de las personas con TBP no responden bien al litio (Keck, 1997), esta proporción aumenta hasta en un 80% para ciertos subgrupos tales como los cicladores rápidos o bien aquellos que presentan predominio de episodios mixtos y depresivos (Tondo, 2001).

Los síntomas (afectivos) subsindromáticos pueden permanecer hasta en un 13% a 34% (Tohen, 1990), y la morbilidad entre episodios puede permanecer a pesar de un adecuado tratamiento con litio (Tondo, 2001).

Goldberg (Goldberg, 1995) documentó que existían impedimentos funcionales, encontrando en su estudio que el 79% de aquellas personas diagnosticadas con

TBP perdieron sus trabajos durante su primer episodio y el 73% de los pacientes con remisión incompleta durante un seguimiento tuvieron descensos importantes en su estatus ocupacional.

En un estudio (Coryell, 1993) de personas con TBP que recibían tratamiento se encontró que sólo el 41% habían regresado a su trabajo a los 3 años de seguimiento, mientras que el 15% estaba totalmente desempleado, 45% tenía una familia normal o funcionaba socialmente, un 21% evidenciaba "retiro total de la vida social" y 11% "rompimiento familiar total". En la evaluación del resultado global el 57% fue considerado recuperado y el 10% tenía episodios intermitentes, mientras que el 28% estaba funcionalmente impedido con síntomas afectivos que iban desde los moderados a los severos (Coryell, 1993).

En otro estudio, Tohen (Tohen, 1990) encontró que el 28% había perdido su trabajo después de un episodio de manía, por su parte Bellack (Bellack, 1989) reportó que el comportamiento maniaco se correlacionaba más con altos niveles de incapacidad social mientras que la depresión afectaba mayormente la vida familiar, Se encontró también que la competencia social estaba substancialmente impedida en personas con TBP en grados equivalentes a aquellos con trastornos esquizoafectivos y en esquizofrenia.

En un estudio de seguimiento a cinco años hecho por Coryell (Coryell, 1989) se proporcionó evidencia de niveles similares de impedimentos en los diferentes tipos de TBP no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los

pacientes con trastorno tipo I y tipo II. Este estudio se centró en investigar diferencias entre los tipo I y los tipo II, encontrando que 30 % de los TBP tipo I tenían trabajo, mientras que los tipo II tenían trabajo en un 42%. En relación al matrimonio estaban casados 30% y 23% respectivamente (I y II), y el funcionamiento social fue idéntico mostrando que ambos sentían que funcionaban socialmente en una proporción similar (45%). En cuanto a la sensación de satisfacción se encontró que 57% de lo tipo I se sentían satisfechos, mientras 62% que los tipo II respondieron positivamente a esta pregunta. Análisis más recientes en este estudio revelan deficiencias en el estatus educativo y ocupacional a 5 años de seguimiento en un grupo mixto de bipolares vrs unipolares, aún en aquellos que se había recuperados durante 2 años (Coryell,1993).

Sobre el funcionamiento premórbido se hizo una investigación con personas que asistían a un grupo de auto-ayuda para familias de enfermos mentales, Se reportó que un 92% de las personas con TBP tenían un nivel escolar de educación preparatoria y 60% asistían a entrenamientos después de preparatoria o bien, a la universidad (Plumlee, 1986).

Dion y sus compañeros de trabajo (Dion, 1988) encontraron que a pesar de que el 80% de pacientes con TBP llegaban a estar libres de síntomas 6 meses después del episodio afectivo mayor, el 43% estaban desempleados y sólo el 21% empleados conservando los niveles que tenían antes del episodio, el 23% de las personas con tal episodio estaban constantemente desempleadas. Se encontró que el desempeño o funcionamiento ocupacional era significativamente peor que

el grupo de depresivos sin historia de manía. Además, 36% mostraban por lo menos impedimento moderado en la función social. Estas deficiencias no estaban relacionadas a la presencia de síntomas, con la excepción de la psicosis, la cual si se asoció con un profundo impedimento.

Romans y McPherson (Romans, 1992) reportaron que el puntaje de interacción social era negativo correlacionado con la edad y la duración de la enfermedad, lo que sugiere que mientras más tiempo dure la enfermedad, más grande es el empobrecimiento de la interacción social.

B.- Ambiente Familiar.

B.1.- La familia de los pacientes con TBP.

Hablar de las familias que tienen un miembro con alguna enfermedad mental habla de grandes dificultades familiares, estas necesitan entender qué es lo que pasa con su familiar enfermo, ya que en ocasiones la conducta de estos es tan extraña o desjuiciada que es difícil entender el por qué de estos cambios en su conducta., En ocasiones tratan de negar que algo sucede o lo relacionan incluso con eventos de tipo místico religioso, esta negación es parte del estigma que existe en la sociedad hacia las enfermedades mentales y la familia se resiste a creer que algo malo sucede dejando pasar hasta 10 años para acudir a un especialista y por lo tanto recibir la atención , para entonces la dinámica familiar ha cambiado y la patología del enfermo se vuelve parte de la vida diaria (Milkowitz, 1996; Milkowitz, 2000).

Se ha reportado en algunos estudios que mientras no exista un episodio de agresión auto o heterodirigida los familiares minimizan el problema y no acuden al médico especialista (Milkowitz, 2000).

Otra situación que se presenta en las familias de pacientes con enfermedad mental son los sentimientos de culpa; estos pueden estar presentes incluso antes del diagnóstico y suelen acrecentarse cuando se sabe que es una enfermedad psiquiátrica (Honing, 1997).

Los familiares también suelen boicotear el tratamiento debido a que muchas veces la falta de información o los mitos que ya existen acerca de la enfermedad mental, dificultan el entendimiento de la misma y esto nos lleva a un mal apego al tratamiento farmacológico y a desobedecer las sugerencias del médico tratante como se explicó anteriormente. En ocasiones son los familiares quienes primeramente sugieren al paciente que abandone el tratamiento y también son ellos quien frecuentemente están a cargo de la economía y por lo tanto de los gastos que implique la enfermedad (Milkowitz, 1996; Milkowitz, 2000).

Pocas veces el especialista toma en cuenta este factor por lo que no se brinda información suficiente sobre la enfermedad o el tratamiento y solo se les indica que y como deben de tomar los medicamentos (Fristad, 2003). Mientras tanto la familia y el paciente viven en la incertidumbre por lo que resulta fundamental hacerles ver que la enfermedad mental generalmente es crónica y que necesita de vigilancia extrema y de gran apego al tratamiento (Fristad, 2003).

Se ha estudiado el impacto que produce en las familias el que alguno de sus miembros tenga una enfermedad mental. Se considera que la presentación de una enfermedad mental en un familiar representa un estresor mayor, con una demanda de habilidades de afrontamiento y de adaptación, incremento en los costos, deterioro de la economía, disolución de relaciones de pareja, disfunción familiar. (Harvey, 1991)

También se ha estudiado que familia disfuncionales generan niveles altos de estrés que contribuyen a un pobre control de la enfermedad bipolar. (Glick, 1994).

De esta información se deduce, que es importante implementar programas psicoeducativos para ayudar a las familias a lidiar con el impacto que representa tener un miembro enfermo y dar un mejor soporte al paciente.

A.2.- Emoción Expresada.

Otro término que explica muy bien el rol que juega la familia en el curso de la enfermedad mental es la emoción expresada (EE).

Este concepto es un constructo empleado desde los años 50, y que fue utilizado en estudios a partir de 1972, siendo creado por Brown, de acuerdo a sus observaciones de pacientes esquizofrénicos. Encontró en ellos tras ser dados de alta y regresar a casa que las influencias familiares tenían diferentes efectos, tanto favorables como desfavorables, dándose cuenta que muchos tenían recaídas que en ocasiones ameritaban rehospitalizaciones. (Miklowitz, 1998)

La crítica es definida como comentarios u observaciones en los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del paciente. La sobreprotección está compuesta por aspectos de consentimiento, auto sacrificio, malestar emocional , con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar y la hostilidad es considerada cuando el paciente es atacado por lo que es , más por lo que hace, lo cual refleja una dificultad en tolerar y comprender la situación familiar del enfermo (Milkowitz, Goltein 1987).

Estudios subsecuentes de Vaughn en 1984 (Miklowitz, 2000) demostraron que los pacientes con esquizofrenia que vivían con familiares con alta EE tenían un alto índice de recaída. El mismo concepto se ha aplicado a otros trastornos médicos y psiquiátricos como el TBP, en los cuales también ha demostrado ser un fuerte predictor de recaídas en aquellos pacientes en quienes sus familiares revelan un alto nivel de EE.

El modelo que Kavanagh usado posteriormente (Miklowitz, 2000) para explicar la relación entre la EE y las recaídas sugiere que los síntomas del paciente y su comportamiento causan malestar psicológico en el ambiente familiar. Las relaciones interpersonales familiares, en cuanto a su comportamiento conductual, pueden ser vistas como un esfuerzo para contrarrestar ese malestar. (Angst, 2003).

En estas relaciones se involucra la crítica y la sobreprotección emocional y este nivel elevado de emoción, que disminuye el malestar en la familia, incrementa los síntomas conductuales (y la probable recaída). Por lo tanto, las respuestas de

los miembros de la familia hacia el miembro enfermo incluyen un complejo de características que interactúan dinámicamente. (Miklowitz, 1998)

Entre los hallazgos más importantes de la EE se han encontrado que las familias que presentan altos niveles de EE, son familias que presentan una alta crítica exagerada hacia el paciente, sobreprotección emocional y hostilidad, lo cual puede producir una recaída sintomática e incluso una rehospitalización. En contraste en las familias con bajos niveles, que no expresan actitudes negativas u hostiles hacia el paciente las recaídas son menores (Miklowitz, 1998).

La EE es por lo tanto un estado psíquico caracterizado por sentimientos, emociones y actitudes acompañado casi siempre de una expresión motora, a menudo intensa respecto al familiar enfermo.

En un estudio realizado por Hofman (Hofman, 1997) donde se midió la EE antes y después de la psicoeducación, fue claro que aquellos familiares que recibieron educación sobre el TBP tendían a disminuir la EE hacia su familiar enfermo, lo cual como ya se señaló anteriormente es fundamental para mejorar el pronóstico y evitar recaídas en este tipo de pacientes.

Las actitudes y conductas específicas en la forma de EE (crítica, hostilidad y sobreprotección emocional, son dimensiones culturales de la respuesta familiar hacia la interpretación de lo que es la enfermedad. (Miklowitz, 1998). Por lo tanto es importante definir a la cultura, ya que en ella como un sistema de

contribuciones de símbolos y significados se ofrece la mejor explicación para observar variaciones en la EE en diferentes poblaciones. (Miklowitz, 1998)

Las características culturales constituyentes (actitudes, afectos y conducta de parte de los miembros de la familia hacia su paciente) son el mejor índice a través del cual se mide esta EE. (Miklowitz, 1998).

C.-TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES EN EL TBP.

Los tratamientos psicosociales no incluyen solo a la psicoterapia, sino que este término abarca tanto el tratamiento biológico como un sin número de herramientas terapéuticas que en conjunto hacen del tratamiento un "tratamiento integral" (Milkowitz,1996).

El término psicoterapia es bastante amplio y ha sido usado en lenguaje clínico para describir tanto el cuidado de apoyo general que es parte de cualquier interacción clínica apropiada así como los regímenes psicoterapéuticos extensivamente desarrollados que reduce para indicaciones específicas (Frank,1997).

Entre los componentes más frecuentemente mencionados del cuidado de apoyo general están el proporcionar información, comunicación de empatía y la motivación a la esperanza, todos estos son parte de cualquier interacción médica y no sólo en aquellos del sector de la salud mental (Frank,1997).

Las psicoterapias específicas pueden estar ligadas al tratamiento farmacológico con el fin de reducir síntomas específicos. En su forma más pura, estas son psicoterapias basadas en un manual que tiene eficacia para trastornos específicos. A pesar de que dos terapias individuales para el tratamiento de depresión mayor (terapia cognitiva y la ITP cumplen con este criterio (Frank, 2001), hasta ahora ningún tratamiento cumple con el criterio para el TBP. Las terapias estructuradas con metas más o menos explícitas se encuentran con mayor frecuencia en la mayoría de tratamientos mentales, incluyendo el TBP.

D.- LA PSICOEDUCACION EN LA SALUD MENTAL Y ESPECIFICAMENTE EN EL TBP.

D.1.- Historia muy breve sobre la psicoeducación.

La psicoeducación se comenzó a utilizar tiempo atrás en padecimientos médicos como el cáncer o la diabetes, sus objetivos se basaban en la educación amplia sobre la enfermedad (definición, etiología, cuidados especiales) y su tratamiento, con el fin de lograr un mejor apego al tratamiento farmacológico y por lo tanto un mejor pronóstico para el paciente. Sus funciones son evitar recaídas e incremento en el número de hospitalizaciones, disminuir el riesgo de contraer infecciones y evitar complicaciones médicas posteriores, entre otras funciones (Glick, 1994).

Desde el advenimiento de los tratamientos farmacológicos se ha observado un cambio en la vida y en el pronóstico de los pacientes con enfermedad mental, sin embargo se ha comprobado que la falta de conocimiento sobre su enfermedad se

traduce en poco apego al tratamiento, abandono de la consulta, mayor conflicto en las familias e incremento de hospitalizaciones y recaídas (Milkowitz, 2000).

El uso de abordaje psicológico y psicoeducativo en el tratamiento agudo y en el proceso de recuperación de los pacientes psiquiátricos ha tenido de manera tradicional un segundo lugar después del tratamiento farmacológico.

D.2.-Definición de Psicoeducación.

Glick (Glick 1994), la define como “la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad”.

La psicoeducación es una técnica clínica que tiene como finalidad educar al paciente, a su familia acerca de la naturaleza, el curso del trastorno mental, las opciones de tratamiento disponibles, los recursos a su alcance en el medio hospitalario, la comunidad con el fin de reducir el índice de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente. (Leff, 1990)

La evidencia de que el tratamiento farmacológico en los trastornos mentales mejora notablemente el curso de la enfermedad y la calidad de vida de los sujetos, en muchas ocasiones nos lleva a olvidar la importancia de las intervenciones psicológicas como la psicoeducación y la psicoterapia. (Bauer 1998)

Se considera actualmente que un tratamiento integral es aquel que incluye una atención médica adecuada, programas de información y educación sobre el padecimiento tanto al paciente como a la familia y por último el apoyo psicológico. (Otto 2003).

Los programas de educación buscan:

Dar información clara y cierta sobre los padecimientos psiquiátricos, tratando de aclarar mitos y creencias erróneas sobre el padecimiento y sobre los tratamientos.

Explicar a los familiares y pacientes la naturaleza de los padecimientos, haciendo énfasis en los conocimientos científicos actuales, con el fin de desmitificar las creencias mágicas, o las que culpabilizan a las familias y logrando además contar con el apoyo de las redes familiares. (Milkowitz, 2000; Otto, 2003).

Dar información clara sobre los tratamientos farmacológicos, uso, beneficios y efectos secundarios y enseñar a los pacientes y familiares a reconocer tanto los signos y síntomas característicos de la enfermedad mental como reconocer los síntomas de recaída, agudización y desestabilización del padecimiento. (Otto,2003).

Enseñar a los pacientes y familiares a actuar en momentos de crisis relacionados con la agudización de la sintomatología, no perder la comunicación con su médico tratante e insistir en la asistencia al servicio de urgencias o solicitar nueva cita.

Busca también dar elementos alternativos para el manejo de dificultades en el núcleo familiar generadas por la patología específica del paciente. (Otto,2003).

Busca finalmente que el paciente pueda llevar una vida productiva como miembro de una familia y de una comunidad (mejorar la calidad de vida). (Milkowitz, 2000; Otto,2003).

D.3.-Algunos modelos psicoeducativos.

Payton (Payton, 1981) describió el objetivo del modelo psicoeducativo como herramienta para proporcionar a la gente las habilidades requeridas en el manejo de su vida de acuerdo a sus capacidades. La psicoeducación tiene una fuerte concordancia con la facilitación del auto-cuidado y el realce de la individualidad.

Las disciplinas ligadas a la práctica de la enfermería, han reconocido por mucho tiempo que las personas en tratamiento que participan en el proceso psicoeducativo tienen mejores resultados. Consecuentemente, la práctica de los estándares de enfermería psiquiátrica y de salud mental incluyen la enseñanza de los pacientes como una función crítica de la enfermería. (Payton, 1981)

Existen muy pocos estudios que hablen sobre los resultados debido a los efectos de psicoeducación. La literatura de enfermería psiquiátrica ofrece varios modelos psicoeducativos, relevantes principalmente en la esquizofrenia, ya que ha sido el padecimiento psiquiátrico pionero en este tipo de maniobras (Hogarty, 1987).

Hogarty y Anderson (Hogarty, 1991) han desarrollaron una forma sistemática de enseñar a los pacientes con esquizofrenia a aprender acerca de su enfermedad. Reportaron una mejoría en el curso de la enfermedad hasta en un 58% de

pacientes esquizofrénicos atendidos por medio de esta herramienta, aunque no es claro qué medidas utilizaron para evaluar sus resultados.

Como marco conceptual de trabajo, el Modelo Nebraska (Moller, 1989) influenció el desarrollo de metas específicas por sesión. Este modelo ofrece un programa de psicoeducación de seis sesiones. Las sesiones son de 3 horas cada una. Las metas de cada sesión están establecidas en el horario del programa. Como un programa de educación estructurada, el Modelo Nebraska se enfoca en el manejo de la enfermedad, en el reconocimiento de síntomas, en las causas de las recaídas, en la participación de las decisiones acerca del plan de cuidados, y en la información médica para facilitar las elecciones más acertadas para lograr un auto-manejo más responsable. El criterio de resultado seleccionado para medir el efecto del programa de psicoeducación en este modelo es el cumplimiento con el medicamento.

Hasta este punto, la psicoeducación ha sido aplicada en padecimientos como la dependencia o abuso de sustancias, las demencias, los trastornos alimentarios, los trastornos de ansiedad como el trastorno obsesivo compulsivo , los trastornos afectivos como la depresión y el TBP para nombrar solo los más importantes. Sin embargo, el resultado objetivo y estandarizado basado en ensayos clínicos controlados ha sido limitado en todos estos programas.(Vieta, 2003).

D.4.- Psicoeducación en TBP

La psicoeducación esta integrada con los principios de la terapia de conducta y cognitiva que son operacionales como las habilidades para el manejo de la enfermedad (Bauer, 2003).

La psicoeducación facilita la realización del conocimiento del auto cuidado y es propuesta como un primer paso esencial hacia el aprendizaje para vivir con un TBP. Para que este proceso se lleve a cabo el paciente debe de estar en un estado de estabilidad o de eutimia, de no ser así difícilmente se logra algo, a diferencia, el trabajo con la familia se debe de implementar lo más pronto posible. Difícilmente el individuo puede esperar lograr otras metas personales a menos que los síntomas de humor y las respuestas de acoplamiento estén razonablemente intactas. (Vieta, 2003).

La meta al educar enfermos en su tratamiento y a sus familias acerca del manejo de la enfermedad y de las habilidades de acoplamiento, es facilitar su capacidad para participar activa y conscientemente en el manejo de su padecimiento (Fristad 2003; Glick, 1994; Honing 1997; Colom, 2003).

Los componentes psicoeducativos están dirigidos hacia la educación de la familia así como hacia la educación del individuo con la enfermedad (Fristad 2003; Colom, 2003).

Algunos factores no identificados parecen permitir que estos individuos participen activamente en el tratamiento, llamando cuando están en crisis y tomando responsabilidad en otras formas de manejo de su enfermedad (Honing 1997).

Se han diseñado programas de psicoeducación que enseñan a los integrantes de las familias acerca del TBP, su tratamiento, la detección de indicadores clínicos de la enfermedad y al desarrollo de habilidades para el manejo y cuidado de su familiar (Otto, 2003; Fristad, 2003).

También se han realizado estudios que evalúan la eficacia de los programas de psicoeducación, en los cuales se reporta la presencia de tasas más bajas de recaída en pacientes que participaron (el paciente y su familia) en programas de educación que en quienes participaron en programas de hospital de día o solo medicación sin ningún tipo de intervención familiar (Fristad, 2003; Glick, 1994; Honing, 1997; Otto, 2003).

El tratamiento comunitario y el movimiento de la desinstitucionalización ha hecho de los familiares agentes principales del cuidado de los pacientes, incorporándolos en el proceso terapéutico y rehabilitador de éstos, al haberse constatado el importante papel que tiene la familia en el curso de la enfermedad (Payton,1981)

Se considera en la actualidad que el tratamiento farmacológico es necesario pero, en sí, insuficiente para evitar el riesgo de recidivas, y que los mejores resultados

pronósticos se obtienen cuando se combina el tratamiento farmacológico con algún tipo de intervención familiar. (Fristad, 2003)

El estigma ha sido uno de los problemas principales para llevar a cabo los programas de psicoeducación, la aceptación de la enfermedad es difícil tanto para el paciente como para sus familiares, el negar la enfermedad por lo tanto lleva a un mal apego al tratamiento y por lo tanto un peor pronóstico. (Goldstein, 1995). Los programas de psicoeducación ayudan a disminuir el estigma que se generan sobre la enfermedad mental. (Goldstein, 1995).

La psicoeducación, por lo tanto, es un proceso continuo y debe adaptarse a la evolución del paciente, esta debe de comenzar con el inicio de tratamiento o bien como parte del tratamiento ya establecido, a fin de formar un equipo multidisciplinario (paciente-familia-médicos tratantes). (Hogarty 1991).

D.5.-Los principios básicos para la psicoeducación en el Trastorno Bipolar

(Bauer, 2003; Vieta, 2003).

Se deberán tomar en cuenta los factores educativos, culturales y motivacionales, e incluir los conocimientos básicos sobre el trastorno general y la manera de cómo este ha afectado su vida y la vida familiar. Posteriormente se deberá trabajar sobre el estigma de la enfermedad mental. Otro de los objetivos a lograr es que la familia y el paciente sean parte activa y primordial, responsables de esta herramienta y por ende de su enfermedad y tratamiento (Vieta, 2003).

Los componente del proceso educativo son los siguientes:

Sesión 1.- Bases biológicas.

- Componente genético (especialmente para personas en edad de procrear).
- Posibles mecanismos del cerebro.

Sesión 2 y 3.- Curso y pronóstico.

- Prevalencia
- Tipos de episodio y patrones
- Gatillos potenciales para los episodios
- Comorbilidades y complicaciones

Sesión 4.-Tratamiento.

- Terapias Somáticas
- Metas
- Manejo y reconocimiento de efectos secundarios
- Costos y beneficios de opciones de tratamiento individual

Sesión 5.- Reconocimiento de las señales de alarma.

Sesión 6.- ¿Qué puedo hacer ?

- ¿Qué puede hacer el paciente bipolar por su enfermedad?,
- ¿Qué puede hacer la familia para ayudar a su paciente?.
- Recursos en el sistema de salud y la comunidad. ¿A donde acudir?.
- Registro de síntomas afectivos, eventos de vida y tratamientos. (carta de vida).

Se han descrito ya varios programas de psicoeducación en diferentes trastornos mentales, la mayoría de ellos diseñados por los profesionales que identifican los problemas de paciente y donde la preocupación de los miembros de la familia del paciente no se toma en cuenta, siendo que son ellos quienes llevan la mayor parte de la carga acerca del tratamiento (Bauer 1998).

Sin embargo la experiencia de grupos de investigación en trastornos afectivos han reportado beneficios de los tratamientos integrales biológicos, psicoterapéuticos y educativos (Colom, 2003).

En el caso del TBP se ha reportado que el trabajo integral del equipo de salud, la familia y el paciente mejora el pronóstico de los pacientes, favoreciendo un mejor apego al tratamiento, disminuyendo el número de recaídas, el número de hospitalizaciones, el tiempo y la estancia intrahospitalaria. (Otto, 2003).

El trabajo integral implica una atención médica adecuada, programas de información y educación sobre el padecimiento tanto al paciente como a la familia y por último el apoyo psicológico. (Milkowitz, 2000)

Las familias de los pacientes bipolares sufren de una forma distinta de la enfermedad mental y en muchas ocasiones pese al tratamiento farmacológico las secuelas neuropsicológicas y cognoscitivas del paciente hacen difícil la reincorporación a la vida normal. (Goldstein 1995).

El objetivo de este estudio fue describir el ambiente familiar de los pacientes con trastorno bipolar para justificar la incorporación de un programa psicoeducativo y evaluar el beneficio de este tipo de intervenciones.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los programas psicoeducativos dentro de la salud mental han demostrado eficacia para el manejo de los trastornos mentales, muchos de ellos enfocados hacia el paciente y de manera reciente a la familia como agente fundamental para el manejo de la enfermedad. Principalmente en el trastorno bipolar la familia es quien reconoce desde un principio las señales de alarma (síntomas tempranos de los episodios depresivos y maníacos) y son quienes llevan al paciente a recibir atención médica.

En el Instituto Nacional de Psiquiatría se está desarrollando el primer programa psicoeducativo dirigido a las familias de pacientes bipolares, se pretende en este estudio evaluar los aportes que este programa tiene sobre el paciente y sus familiares, evaluar sus características y el impacto del TBP sobre el medio familiar, así como evaluar los instrumentos clinimétricos y el material didáctico utilizado para la obtención de conocimiento acerca de la enfermedad.

Este estudio se puede considerar preliminar ya que en la muestra de pacientes y familiares con TBP que se incluyeron en el programa psicoeducativo se estudiaron varios factores psicosociales como son: la emoción expresada bien estudiada en otros trastornos mentales, la calidad de vida, las creencias y atribuciones de la enfermedad entre otros que serán objetivo de otros estudios posteriores.

Se hace este avance de los estudios en psicoeducación en trastorno bipolar dada la importancia que tiene el ambiente familiar para continuar con cursos que se adapten a las necesidades del paciente y la familia mexicana.

5.-JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Se conoce la relación entre la presentación de recaídas, el abandono del tratamiento farmacológico, la inasistencia a consultas medicas y el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, así como a la presencia de estresores psicosociales frecuentes en el curso del TBP y lo cuales empeoran su pronóstico. A su vez se sabe que pacientes que cuentan con buenas redes de apoyo (familia, pareja, trabajo, etc...) logran un mejor control del TBP (Milkowitz, 2000).

Se ha estudiado el impacto que produce en las familias el que alguno de sus miembros tenga una enfermedad mental y se considera que la presentación de esta en un familiar representa un estresor mayor, con una demanda mayor de habilidades de afrontamiento y de adaptación, un incremento en los costos, deterioro de la economía, disolución de relaciones de pareja y por último disfunción familiar. También se ha estudiado que las familias disfuncionales generan niveles altos de estrés que contribuyen a un pobre control de la enfermedad bipolar (Otto, 2003).

Para ayudar a las familias a lidiar con el impacto que representa tener un miembro enfermo y habilitar para un mejor soporte al paciente, se han diseñado programas de psicoeducación que enseñen a los integrantes de las familias acerca del TBP, su tratamiento, la detección de indicadores clínicos de la enfermedad y a que desarrollen habilidades para el manejo y cuidado de su familiar. Se han realizado estudios para evaluar la eficacia de los programas de psicoeducación, en los cuales se reporta la presencia de tasas más bajas de

recaída en pacientes que participaron (el paciente y su familia) en programas de educación que quienes participaron en programas de hospital de día o solo medicación sin ningún tipo de intervención familiar. (Goldstein 1995).

La disponibilidad de sujetos de estudio en la División de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría, la factibilidad y experiencia en grupos de psicoeducación en pacientes con primer episodio psicótico apoyan las posibilidades de este estudio.

Al estudiar el ambiente familiar de los pacientes bipolares se busca identificar las necesidades de la familia para poder determinar las bases de un programa de psicoeducación que se adapte a estas.

6.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

1.-El objetivo de este estudio es describir el ambiente familiar de los pacientes con trastorno bipolar para justificar la incorporación de un programa psicoeducativo como parte del tratamiento integral y evaluar el beneficio de este tipo de intervenciones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.1.-Evaluar el programa de psicoeducación en su primera fase en relación a la transmisión de la información que los familiares adquieren a lo largo del curso.

1.3.-Evaluar si el material didáctico que se utilizó en este proyecto se adapta a las necesidades de los participantes y si resulta comprensible.

7.- HIPÓTESIS.

Suponemos que los familiares de los pacientes bipolares mostrarán ajustes dentro del ambiente familiar con la presencia de un miembro con enfermedad mental esto reflejará en un ambiente familiar donde existe un pobre control de la enfermedad, episodios de gritos en mayor frecuencia y limitaciones en la vida diaria, aunque quizá minimizada y no bien expuesta por los familiares.

Suponemos que los programas de psicoeducación serán de beneficio para estas familias y que aprenderán sobre la enfermedad, los síntomas o señales de alarma, que son parte fundamental para el apego al tratamiento y el pronóstico de los pacientes.

Suponemos también que los grupos psicoeducativos serán de utilidad para las familias y se concientizará a estos para que sean parte activa del tratamiento de su familiar enfermo.

8.- METODOLOGIA

8.1.-Diseño del estudio.

El estudio es de tipo descriptivo, transversal y de escrutinio.

8.2 .-Población del estudio.

Se incluyó un total de 100 familias de pacientes con trastorno bipolar se capturaron tanto de consulta externa (por medio de una invitación a sus médicos tratantes) como de hospitalización, por medio de una invitación tanto a familiares como a pacientes con trastorno bipolar.

Para este estudio únicamente se tomaron en cuenta a los familiares de los pacientes, sin embargo los grupos psicoeducativos fueron conformados tanto por pacientes como por familiares.

Durante el período comprendido entre marzo del 2002 y mayo del 2003, se llevaron a cabo 2 grupos psicoeducativos con el fin de evaluar el ambiente familiar. Se hicieron grupos de aproximadamente 50 pacientes y sus familiares (se anexan a la tesis cada una de las sesiones y el taller de evaluación del curso).

8.3.-Criterios de inclusión y exclusión.

- Los criterios de inclusión:
 1. Familiares de pacientes bipolares.
 2. Haber acudido a un mínimo de sesiones de psicoeducación, por lo menos a cuatro de las seis (60 % de la asistencia a las sesiones).
- Los criterios de exclusión:
 1. Se excluyeron aquellos familiares que no acudieron al mínimo establecido de las sesiones de psicoeducación. (menos del 60 % de la asistencia a las sesiones).

9.-PROCEDIMIENTO.

Durante el período comprendido entre marzo de 2002 y mayo de 2003, se reclutaron grupos de pacientes bipolares junto con sus familiares y se organizaron 6 charlas psicoeducativas que comprendían el curso completo.

Para este estudio solo tomamos en cuenta a los familiares.

Se llevaron a cabo para cada grupo cinco sesiones informativas sobre etiología del TBP, historia, síntomas, criterios diagnósticos, etiología del trastorno, tratamiento farmacológico y efectos colaterales, así como señales de alarma. Por último se efectuó una plática dirigida a las técnicas de resolución de problemas cotidianos y se evaluó el curso (Ver anexos).

En la primera sesión se les explicó a los pacientes y familiares en que consistía la psicoeducación y se les evaluó mediante el Cuestionario de la Vida Familiar de North-Sachar , cuestionario que ya había sido traducido y utilizado en un estudio para evaluar familias de esquizofrénicos.(Fresán, 2001).

Este cuestionario contiene 12 preguntas , con un rango de respuestas de 5 grados, dirigidas a la obtención de información concerniente a la capacidad percibida por cada uno de los familiares para el manejo de la enfermedad y la crisis relacionadas; el conocimiento acerca de la enfermedad, las alteraciones en la vida familiar, la capacidad para el cumplimiento de objetivos de comunicación con el enfermo, y los sentimientos de culpa. También incluye un apartado que registra el número de días laborales perdidos por familiar debido a la enfermedad. (Fresán 2001).

Al finalizar la última sesión se aplicó la Forma de evaluación de Taller que se compone de 8 preguntas con 5 grados de evaluación (1= nada y 5= extremadamente) y 3 preguntas abiertas para definir las necesidades familiares de educación a fin de diseñar un programa específico de psicoeducación.

De los 100 familiares incluidos en el estudio , solo 70 de ellos contestaron el cuestionario y el resto se negó a hacerlo (n =30) a decir de los familiares “por falta de tiempo y de interés”).

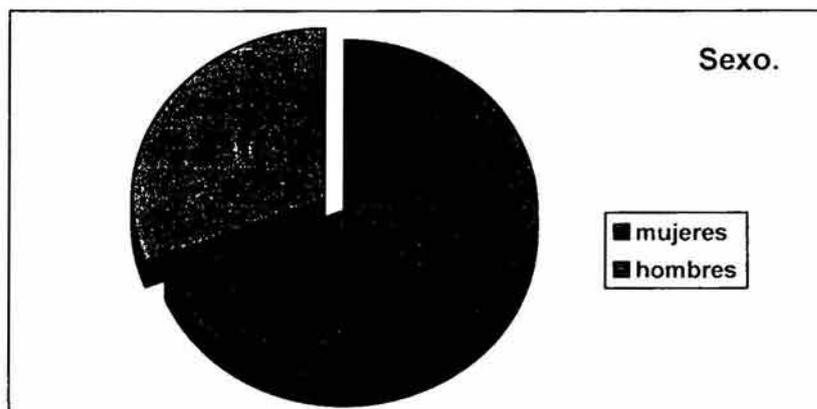
Solo 59 acudieron al mínimo de sesiones pedidas para cumplir con los criterios de inclusión. (El hecho de pedir un número determinado de sesiones para hacer la evaluación se basó en que se utilizarán estos mismos sujetos para evaluar posteriormente otros elementos que no se incluyen en esta tesis y es necesario llenar este requisito).

9.1.-Análisis Estadístico

Para el presente estudio se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias y desviación estándar (+/-) para las variables continuas del Cuestionario de Ambiente familiar y de la Forma de Evaluación de Taller.

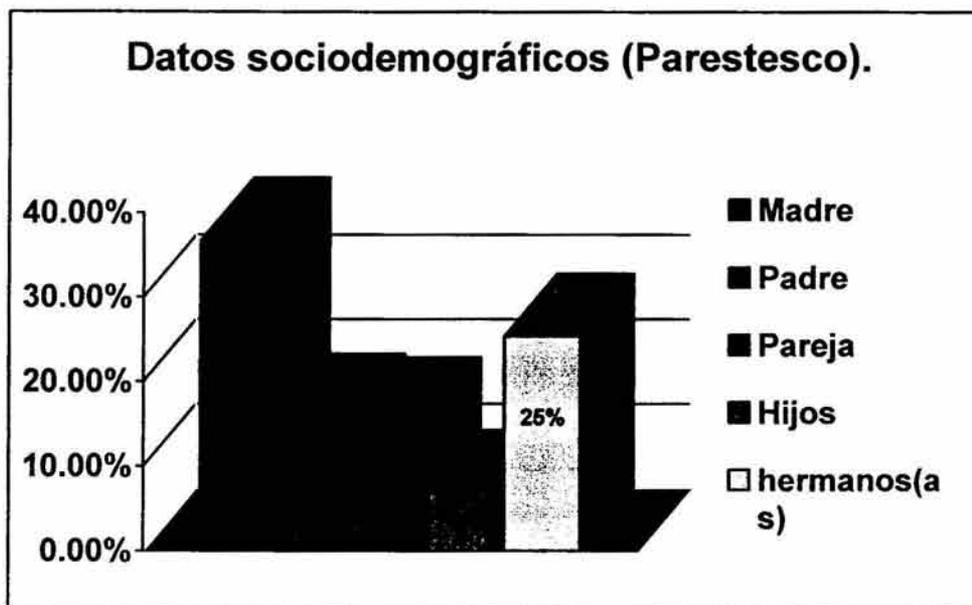
Resultados

Para el análisis de los datos se incluyeron un total de 58 familiares de pacientes diagnosticados con TBP que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, es decir familiares que acudieron a un mínimo de cuatro sesiones y completaron las evaluaciones del taller. Del total de los familiares, el 69.0% (n=40) fueron mujeres y el 31% (n=18) fueron hombres (cuadro 1.1)



Cuadro 1.1

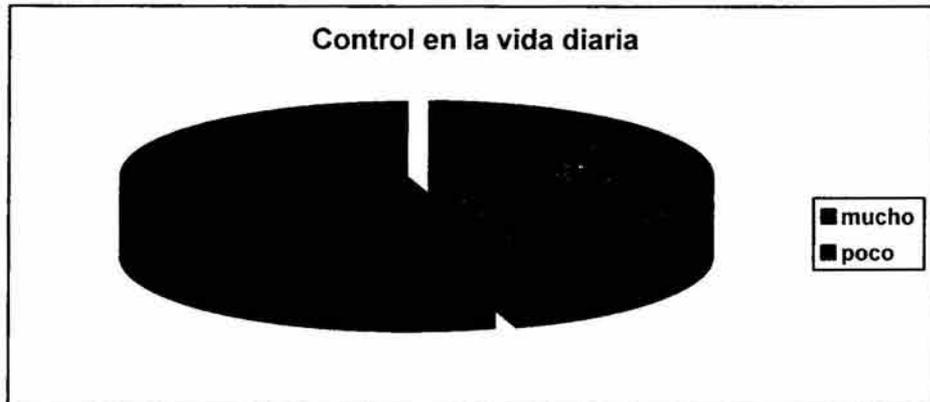
El parentesco de los familiares se distribuyó de la siguiente forma: madre (36.7%, n=20), hermanos (as) (25%, n=15), padre (15.9%, n=9), pareja (15.5%, n=9) e hijos (6.9%, n=5). (cuadro 1.2)



Cuadro 1.2

La edad promedio de los familiares fue de 44.6 años (+/- 11.86, con rango de 19 a 60 años), con una escolaridad promedio de 9.40 años de estudio (+/- 5.03, con un rango de 0 a 19 años).

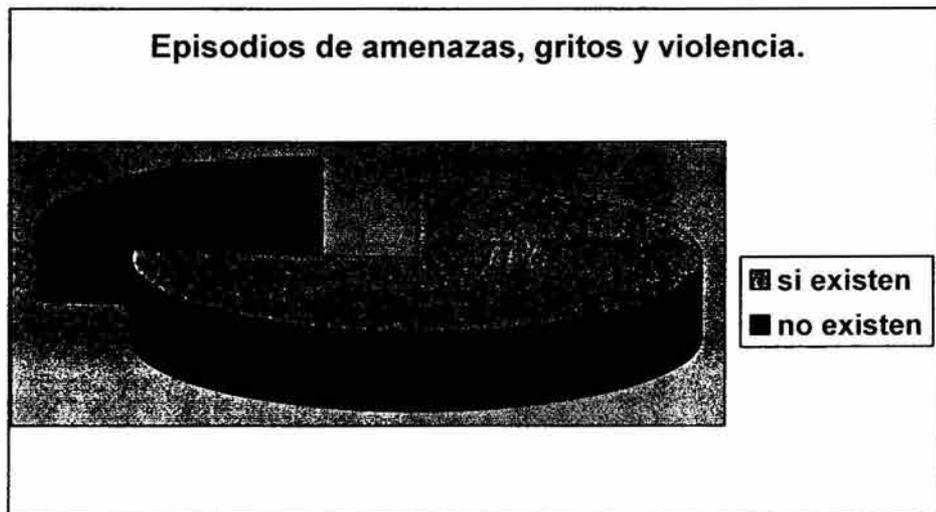
Los datos obtenidos por medio del Cuestionario de Ambiente Familiar mostraron que el grado de control que tienen los familiares en su vida diaria fue variable. El 55% reportó tener mucho control o control total dentro de su vida familiar, mientras que el 45% refirió tener poco control o estar sin control alguno (Cuadro 1.3).



Cuadro 1.3

Se mostró también que hasta en un 77 % de las familias se viven frecuentemente episodios de gritos, violencia o amenaza en relación con el familiar enfermo.

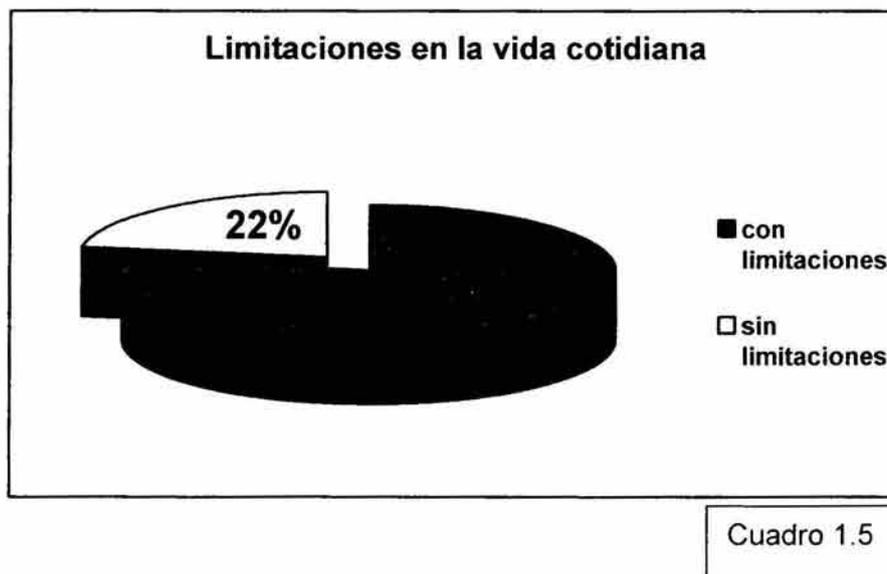
Y presentan rara vez el 23% este tipo de eventos. (cuadro 1.4)



cuadro 1.4

El reporte familiar de los trastornos y limitaciones (estrés, ansiedad, agresión física o verbal, frustración, etc) en sus vidas cotidianas se distribuyó de la siguiente manera: en forma extrema (3.4%, n=2), limitaciones frecuentes (22.4%, n=13) y

limitaciones ocasionales (31%, n=18). Las limitaciones o trastornos infrecuentes fueron reportados en un 20.7% (n=12) y el 22.4% (n=13) reportó no tener ninguna limitación secundaria al padecimiento de su familiar (cuadro 1.5).



En relación a la capacidad para enfrentar efectivamente una crisis ocasionada por la enfermedad del familiar se obtuvieron los siguientes datos: el 15.5% (n=9) reportaron una actuación totalmente eficiente, el 25.9% (n=15) refirieron que habían tenido una actuación muy eficiente; mientras que el 41.4% (n=24) consideró que había actuado de forma parcialmente eficiente, y el 13.8% (n=8) reportó que actuó de forma no muy eficiente. Tan solo el 3.4% (n=2) de los sujetos refirieron que su actuación fue totalmente ineficiente frente a una crisis.

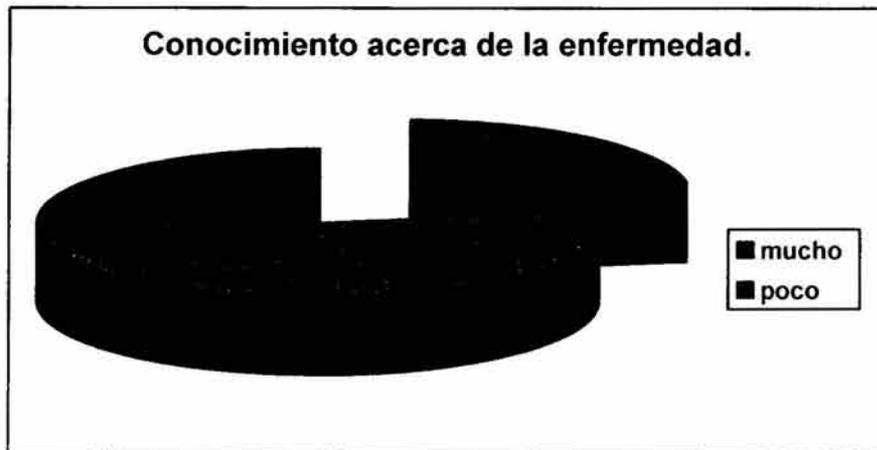
El nivel de comunicación entre el familiar enfermo y los demás familiares se muestra en la Tabla 1.

Tabl 1. Nivel de comunicación con el enfermo y con otros familiares

	Con el enfermo	Con otros familiares
	% (n)	% (n)
Extremadamente buena	22.4% (13)	12.1 % (7)
Muy buena	27.6 % (17)	32.8 % (19)
Buena	36.2 % (21)	24.1 % (14)
No muy buena	6.9% (4)	24.1 % (14)
Muy pobre	6.9% (4)	6.9 % (4)
Total	100% (58)	100% (58)

Los datos muestran que los familiares consideran que hay una buena comunicación con el enfermo.

El grado de conocimiento que tenían los participantes con respecto al trastorno y su tratamiento mostró que el 1.7% (n=1) reportó tener conocimiento absoluto sobre el trastorno, seguido por el 20.7% (n=12) con mucho conocimiento y el 72.4% (n=42) con poco conocimiento del trastorno. Solo el 5.2% (n=3) de los participantes negaron tener conocimiento alguno (cuadro 1.7).



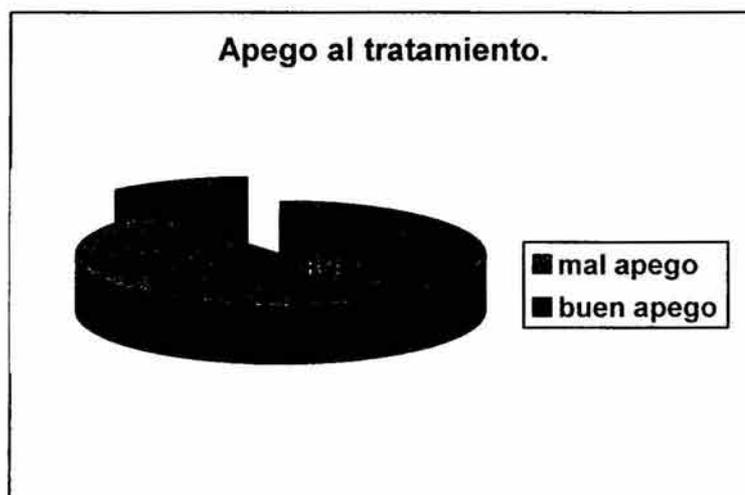
Cuadro 1.7

El grado de culpabilidad por tener un miembro de la familia enfermo fue variable. El 51.7% (n=30) reportó no tener sentimientos de culpa, el 31% (n=18) algo de culpa, y el 8.6% (n= 5) refirió sentirse muy culpable o totalmente culpable por tener un miembro de la familia con TBP.



Cuadro 1.8

En relación a la toma del medicamento, la percepción que tienen los familiares sobre el apego al tratamiento fue que existe un pobre apego al tratamiento en el 89% y un 11% que consideraron que existía un buen apego al medicamento (cuadro 1.9).



Cuadro 1.9

En la Tabla 2 se muestran los resultados relacionados al establecimiento de expectativas familiares y su cumplimiento por parte del enfermo.

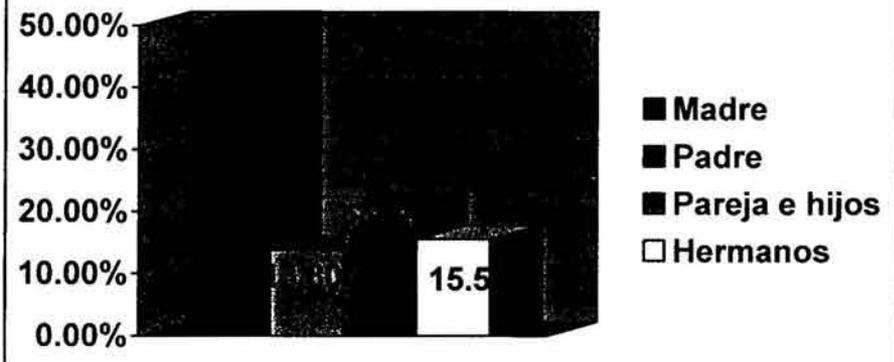
Tabla 2. Establecimiento de expectativas familiares y cumplimiento por parte del paciente.

	Establecimiento de expectativas % (n)	Cumplimiento del Paciente % (n)
Totalmente	27.6 (16)	34.5 (20)
Usualmente	29.3 (17)	36.2 (21)
A veces	25.9 (15)	17.2 (10)
Rara vez	13.8 (8)	10.3 (6)
Jamás	1.7 (1)	1.7 (1)

El promedio de hospitalizaciones del familiar enfermo fue de 0.64 (+/-0.67, 0-2 hospitalizaciones), con un promedio de 17.02 días de hospitalización (+/- 19.33, 0-60 días).

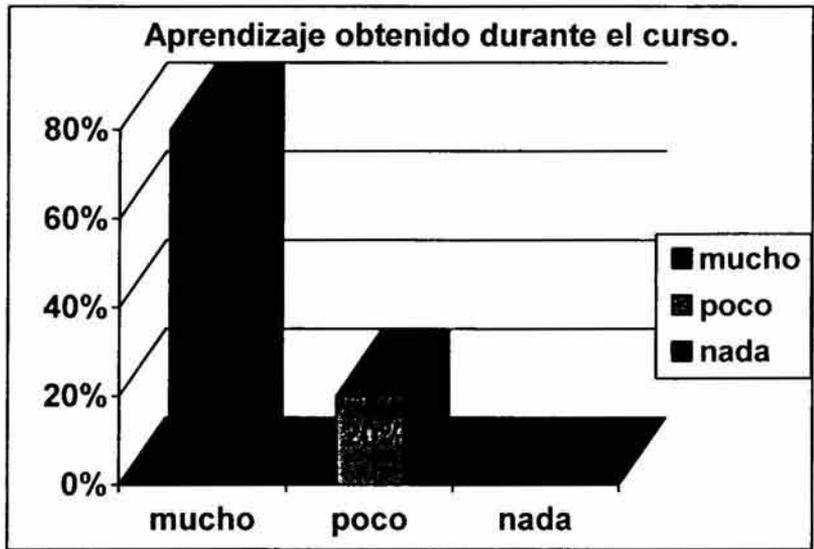
Los principales familiares afectados en sus actividades laborales fueron: la madre (50%, n=29) y la pareja o hijos del familiar enfermo (20.7%, n=12), los hermanos (15.5%, n=9), y finalmente el padre del paciente (13.8%, n=8). El número de días laborales perdidos por razones relacionadas con la enfermedad en los últimos 12 meses fue de 10.02 (+/-10.20, 0-60 días).(cuadro 1.10)

Familiares más afectados en relación a los días perdidos por la enfermedad.



Cuadro 1.10

En la Evaluación de Taller, se encontró que el 79.3% (n=46) aprendió mucho sobre los síntomas del trastorno bipolar. Ninguno de los participantes reportó no haber aprendido algo sobre la enfermedad. De igual forma, el 72.4% (n=42) refirió mucho aprendizaje en torno a la etiología y medicamentos empleados para el manejo de la enfermedad (75.9%, n=44) sin haberse encontrado reportes de carencia de aprendizaje tras el taller de psicoeducación. (cuadro 1.11)



Cuadro 1.11

Las sesiones impartidas fueron consideradas de extrema utilidad para entender la enfermedad (63.8%, n=37) y de gran ayuda para enfrentar a la enfermedad (53.5%, n=31). El poder hablar acerca de las experiencias personales fue de gran utilidad (74.2%, n=43) al igual que el escuchar las experiencias de otras personas (93.1%, n=54).

El 44.8% de los familiares reportaron la existencia de otras áreas de su vida familiar que consideran importantes y que deberían ser incluidas o ampliadas en los talleres de psicoeducación.

En la Tabla 3 se muestran las áreas identificadas por los participantes para ser incluidas en el futuro.

Tabla 3. Areas identificadas por los participantes para ser incluidas en el futuro.

Tema	n (%)
Sin temas a incluir	51 (30)
Integración social del paciente	27.5 (16)
Etiología del trastorno bipolar	8.6 (5)
Intervención familiar frente a una crisis	6.9 (4)
Apoyo psicológico a los familiares y al paciente	5.2 (3)

DISCUSION

El Trastorno Bipolar es una enfermedad de curso crónico, con episodios de depresión o de manía, que se presenta de manera cíclica y con remisiones entre episodio y episodio.

En este estudio se observa que la familia de pacientes con TBP identifica algún tipo de disfunción hasta en el 77% y un porcentaje semejante considera que su vida se encuentra con limitaciones secundarias a la enfermedad, por lo que se puede suponer que algún tipo de apoyo psicoeducativo podría colaborar para reducir esta problemática lo cuales congruente con lo reportado por otros autores (Golstein 1987; Goldberg, 1995; Tondo, 2001; Angst, 2002; Miklowitz, 2000).

Llama la atención que a pesar de que el 20 % de los familiares reportó tener cierto conocimiento acerca de los síntomas y el 55% el tener control dentro de la vida familiar, al parecer estos son insuficientes para un mayor entendimiento de la enfermedad y su manejo, dado que el 59% de los familiares se reportan con limitaciones para poder enfrentar una crisis del paciente, lo cual es un resultado curioso dado que en otros estudios es claro que a mayor conocimiento de la enfermedad mayor control dentro de la vida familiar y mejor capacidad para enfrentar una crisis del paciente (Harvey, 1991; Honing, 1997; Miklowitz, 1998; Milkowitz, 2000), lo que pudiera reflejar que esta herramienta es nueva en nuestro país sobre todo en esta enfermedad y la información que llegan a tener los familiares es rebasada por la enfermedad.

Es importante señalar que los familiares de pacientes con TBP consideran que existe una buena comunicación con el enfermo, inclusive mejor que con otros familiares, lo que puede sugerir que el entrenar a este familiar primero que al paciente, pudiera ser una vía más para ayudar al enfermo a encargarse de su enfermedad, dado que a él puede escucharlo más que al mismo terapeuta. Los programas que se revisaron para esta tesis en general utilizan la herramienta psicoeducativa al mismo tiempo (familiares y pacientes) y en algunas ocasiones en aulas separadas (Moller, 1989; Bauer, 1998; Otto 2003; Bauer, 2003). El resultado que encontramos para nuestra población podría cambiar la dinámica de cómo manejar estos programas quizá educando a los familiares primero y posteriormente involucrarlos al proceso psicoeducativo de su paciente bipolar.

En cuanto al tratamiento, la mayoría (el 81%) dijo tener un mal apego al tratamiento, lo que puede sugerir que el desconocimiento acerca del TBP y su manejo, y pudiera ser esto mismo responsable de la disfunción familiar percibida y de las limitaciones para su manejo en la enfermedad bipolar (Payton,1981; Glick, 1994; Otto, 2003).

Se considera que la presentación de una enfermedad mental en un familiar representa un estresor mayor, con una demanda de habilidades de afrontamiento y de adaptación, incremento en los costos, deterioro de la economía, disolución de relaciones de pareja, disfunción familiar. (Frank, 2001). También se ha estudiado que familia disfuncionales generan niveles altos de estrés que contribuyen a un pobre control de la enfermedad bipolar (Goldstein 1995). Para ayudar a las familias a lidiar con el impacto que representa tener un miembro enfermo y habilitar para un mejor soporte al paciente, se han diseñado programas de

psicoeducación que enseñen a los integrantes de las familias acerca del TBP, su tratamiento, la detección de indicadores clínicos de la enfermedad y a que desarrollen habilidades para el manejo y cuidado de su familiar (Callahan, 1999; Bauer, 2003). Se han realizado estudios para evaluar la eficacia de los programas de psicoeducación, en los cuales se reporta la presencia de tasas más bajas de recaída en pacientes que participaron (el paciente y su familia) en programas de educación que en quienes participaron en programas de hospital de día o solo medicación sin ningún tipo de intervención familiar. (Fristad 2003; Glick, 1994; Honing 1997; Colom, 2003).

El alto porcentaje de problemática familiar corrobora la necesidad de elaborar programas educativos para familiares y pacientes en nuestro país como parte importante del abordaje terapéutico; El trabajo en el área de la psicoeducación deberá de ser un proceso continuo para ir evaluando los problemas que se presentan durante la enfermedad y habilitar a las familias para la resolución de los mismos.

Por otro lado, además del desconocimiento que se tiene de la enfermedad y de su tratamiento, los sentimientos que se generan alrededor de la presencia de un familiar con un trastorno psiquiátrico, entre ellos, los sentimientos de culpa, pudieran contribuir a la problemática familiar referida y a las limitaciones en el manejo de la enfermedad. En este estudio, casi la mitad de los familiares reportaron sentirse culpables de la enfermedad. Los programas de psicoeducación pudieran ser útiles para disminuir estos sentimientos al proporcionar un medio en el cual se pueden externar dichas emociones . (Fristad 2003; Colom, 2003).

En estudios con pacientes esquizofrénicos, se ha visto que la disminución de la emoción expresada por parte de los familiares al realizar intervenciones familiares, lo cual mejora el pronóstico de los pacientes y esto está reportado también en pacientes bipolares, aunque en este estudio la variable de la emoción expresada aún está en estudio. (Miklowitz, 2000 ; Fresán , 2001)

Estos grupos también ayudarían a la identificación de aquellos casos en los que la psicopatología familiar contribuya a la enfermedad del paciente y su canalización a tratamiento oportuno dado que los familiares pueden así identificar algunos síntomas propios y acudirían a pedir ayuda y así se mejoraría también el ambiente familiar (Fristad 2003).

Además estos familiares desconocían las experiencias de otras familias que tenían pacientes con TBP por lo que un 93% de los que asistieron consideraron de gran utilidad saberse acompañados y entendidos por otros, y de gran beneficio para la comprensión de los síntomas y de su paciente. Como ya se mencionó, la falta de conocimiento del TBP pudiera conllevar a diversas complicaciones que dificultan el manejo de la enfermedad por parte de los familiares, como se refleja en la autopercepción de una capacidad limitada para enfrentar una crisis, el establecimiento inadecuado de expectativas claras y objetivas, y el cumplimiento de estas expectativas por parte del enfermo (Bauer, 2003).

Tener un miembro de la familia con trastorno bipolar lleva a dificultades y limitaciones en la vida cotidiana, en este caso la madre fue quién con mayor

frecuencia fungió como responsable e interesada en los cursos de psicoeducación.

Es importante que en los programas de psicoeducación se enfatice la necesidad de colaboración por parte del esposo y padre ya que ellos son los principales proveedores económicos en las familias mexicanas (Fresán, 2001).

Además el hecho de que la responsabilidad del manejo de la enfermedad esté en manos de una sola persona, pudiera contribuir a la disfunción familiar percibida. Consideramos que se debe de tener en cuenta que es necesario sensibilizar a los otros miembros de la familia para conseguir un mejor manejo del paciente.

La escolaridad es otro factor pudiera influir de manera muy importante en nuestro resultados ya que la escolaridad promedio en el grupo de los familiares, fue de 9 años. Esto quiere decir que la mayoría solo habían cursado hasta el nivel medio (secundaria), mientras que en los estudios internacionales la escolaridad rebasaba el nivel medio superior (Fristad 2003; Glick, 1994; Honing 1997; Colom, 2003; Bauer 2003 ; Vieta 2003).

Bajos índices de escolaridad pudieran ser los responsables de los resultados paradójicos en los que a pesar de que tener en apariencia un conocimiento aceptable de la enfermedad, no existe un alivio en la disfunción familiar ni un conocimiento del manejo en crisis o de la etiología de las enfermedades, a pesar de ello, el aprendizaje percibido durante el curso fue muy alto (80%).

Debido a que al identificar el bajo nivel de escolaridad, la información brindada se estandarizó y se trató de lograr un fácil y sencillo lenguaje para la explicación de cada uno de los temas para que los asistentes aprendieran algo de la enfermedad.

Se evitaron explicaciones complejas acerca de procesos neurobiológicos etiológicos y mecanismos de acción farmacológicos, lo cual permitió que el material utilizado fuera de su total comprensión. Consideramos puede servir como material tipo para otros grupos psicoeducativos en TBP y se anexan en este trabajo cada una de las sesiones que utilizamos para el programa (Ver anexos).

El aprendizaje obtenido por los familiares incluidos en este estudio preliminar fue reportada como importante y ninguno de los participantes refirió no haber aprendido sobre el TBP.

Los familiares también suelen tener pérdidas importantes adjudicadas a los síntomas y al tratamiento del TBP y estas pueden ser secundarias a las deudas después de compras excesivas en el estado de manía, las múltiples hospitalizaciones, la polifarmacia que generalmente lleva a un elevado costo en el tratamiento de estos pacientes, los días de nula productividad por los episodios depresivos, entre otros. (Fristad 2003; Colom, 2003; Vieta 2003).).

Claramente los familiares reportan días perdidos por razones relacionadas con la enfermedad que fue de 10.02 días en los últimos doce meses, encontrando que algunos familiares nos reportaban haber perdido hasta 60 días de su vida en consultas, hospitalizaciones, cuidados, entre otros, lo que restringe así mismo, su propia vida, encontramos en otros estudios que en efecto se pierden muchos días de productividad no solo por parte de los pacientes sino por parte de los familiares por todo lo que ya mencionábamos, siendo los resultados similares a los encontrados en nuestra población (Honing, 1997; Milkowitz, 2000; Bauer 2003; Colom 2003).

En esta muestra de familias de bipolares llama la atención los resultados obtenidos en lo relacionado al ambiente familiar, los porcentajes muestran limitaciones y problemas en la mayoría de las familias (77 %). En apariencia un 50 % de los familiares afirmaron tener un adecuado control de la vida familiar a pesar de lidiar con su paciente psiquiátrico lo que pudiera estar en relación con las creencias de la enfermedad mental y la estigmatización que se da incluso entre los miembros de la misma familia (Harvey, 1991). Puede resultar difícil reconocer el problema ya que en muchas ocasiones el trastorno bipolar es parte de la vida cotidiana y generalmente dado que los síntomas son crónicos o existía un funcionamiento premórbido pobre, los familiares minimizan, evaden el problema o lo consideran algo normal en la dinámica familiar no es hasta que se presenta un episodio grave (intento de suicidio, síntomas psicóticos y principalmente agresividad) cuando la familia identifica el problema y considera que se requiere un abordaje.(Frank, 1997). Abordaje que implica el no consultar como primera opción a un especialista (psiquiatra) sino buscan otras alternativas que eviten la estigmatización de su miembro enfermo, por lo que con el psiquiatra se llega después de mucho tiempo, cuando la enfermedad ya es grave y difícil de tratar (Ellicott, 1990).

El hecho de que el ambiente familiar no se considerará tan grave como lo que se reporta en la literatura (Otto, 2003), pudiera ser secundario a que aquellas familias realmente disfuncionales, que creemos fueron excluidas del estudio al haber una alto índice de deserción, de las 100 familias, solo 70 llenaron el cuestionario y 58 completaron el estudio. El alto índice de deserción a los grupos psicoeducativos, pudiera ser el reflejo de lo que ocurre generalmente con el

paciente psiquiátrico en la consulta externa que, aún teniendo ya el diagnóstico, la familia busca explicaciones y otras alternativas que impidan que su paciente sea considerado enfermo mental, lo que nuevamente conduce al abandono frecuente del tratamiento y por ende a las recaídas (Payton,1981).

Aún así los resultados encontrados evidencian un gran deterioro a nivel familiar y una dificultad para manejar este tipo de pacientes dentro de la familia.

Haciendo una comparación con los resultados obtenidos en el estudio del programa psicoeducativo de primer episodio psicótico (Fresán, 2001) corroboramos lo que se ha visto sobre la diferencia entre trastorno bipolar y esquizofrenia en relación a la funcionalidad y reinserción a la sociedad después de iniciado el padecimiento, resultando que los trastornos psicóticos crónicos traen consigo un mayor deterioro y más problemas familiares que los bipolares, por lo que concluimos también que el trastorno bipolar tiene un mejor pronóstico que la esquizofrenia también en nuestra población (Fresán, 2001).

Es necesario implementar algunas estrategias para incrementar la asistencia a los mismos, como ya se mencionó puede reflejar la falta de interés en los familiares por conocer sobre la patología mental, ocasionar la falta de cooperación en el tratamiento y manejo del enfermo bipolar mexicano pero también pudiera ser secundario a la falta de tiempo que tienen los familiares debido a su trabajo, dada la situación económica del país y a los gastos que genera tener un paciente bipolar en casa (Vieta 2003; Bauer 1999; Bauer 2003).

En el estudio se identificaron las áreas que para los familiares fueron consideradas como importantes para ser incluidas en los próximos grupos psicoeducativos:

la integración social del paciente, explicación sobre la etiología , sobre todo una explicación individual que les brinde esperanzas para la cura de esta enfermedad mental en el futuro y por qué no, que los libere de la culpa y del terror de haber contribuido con sus genes o con sus cuidados a la génesis de esta enfermedad y al miedo de transmitirla a otras generaciones .

Además se probaron dos instrumentos de evaluación que ya se habían utilizado previamente en el grupo de pacientes esquizofrénicos y sus familiares (Fresán 2001) y gracias a esto se cuenta actualmente con herramientas adecuadas para evaluar el ambiente familiar y el efecto del propio programa psicoeducativo también en pacientes bipolares.

Con estos resultados se corrobora la necesidad de cursos de psicoeducación orientados principalmente a :

1. Brindar información general acerca del padecimiento, etiología, curso, evolución y tratamiento.
2. Identificación de signos de alarma y síntomas tempranos.
3. Hacer énfasis en la importancia que juega la familia en el curso de la enfermedad, tanto para la identificación de síntomas tempranos como para el sostén económico y el bienestar psicológico de sus integrantes. Con la finalidad de lograr una disminución en la disfunción familiar percibida por los familiares de los pacientes y mejorar el manejo del paciente con TBP.

La utilidad de estos grupos solo podrá evaluarse de manera prospectiva al evaluar la evolución de los pacientes con TBP que tomen cursos psicoeducativos con aquellos pacientes cuyos familiares no acepten recibir psicoeducación.

CONCLUSION

En este estudio se describe un modelo de programa psicoeducativo que brinda a las familias un mayor conocimiento de la enfermedad y mejores estrategias de enfrentamiento. Las ventajas de este modelo son que resulta accesible para los asistentes, además es flexible y de bajo costo. Todos los familiares que asistieron al curso consideraron importante la información que se les proporcionó para lograr un mejor manejo del paciente bipolar, estos abordajes a largo plazo podrán traer mucho beneficio tal como disminución de costos de hospitalización, disminución de recaídas, mejor apego al tratamiento, los cuales deberán evaluarse en estudios.

Se establecieron las bases de un programa psicoeducativo a partir de las necesidades de la familia mexicana: El Programa de Educación para pacientes con TBP y sus familiares.

Este programa actualmente se realiza en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) es un proyecto que tiene como objetivos enseñar a pacientes y familiares sobre la enfermedad y su tratamiento y desarrollar habilidades de afrontamiento y adaptación. Se busca además contribuir al mantenimiento de la mejoría clínica del paciente y a una participación activa, adecuada de la familia en el cuidado del familiar y en modificar los factores ambientales que contribuyen o precipitan las recaídas del TBP.

Para la realización de estos objetivos la intervención y participación de las familias de los pacientes se vuelve indispensable. Por ello las familias deberán ser

incluidas en los planes de tratamiento desde el inicio de la enfermedad, y se les brindará información, educación, apoyo psicoterapéutico y el adiestramiento para conseguir nuevas habilidades en el manejo de crisis.

Se probaron dos instrumentos de evaluación y gracias a esto se cuenta actualmente con herramientas adecuadas para evaluar el ambiente familiar y el efecto del propio programa psicoeducativo también en pacientes bipolares.

La responsabilidad de educar debe empezar por nosotros, el equipo de salud mental, y la información debe de ser propagada no solo a nivel de los familiares sino a nivel incluso de nuestros colegas.

El estigma acerca de la enfermedad mental también puede resolverse con educación así como la prevención de muchas complicaciones .

Creo que este trabajo puede servir para sensibilizar a mis compañeros quienes tienen esta herramienta cada vez que el paciente o su familia los visita en el consultorio. La psicoeducación no solo se da en aulas o con grupos, la educación acerca de la enfermedad comienza cuando el paciente nos visita por primera vez, brindando confianza al temeroso paciente y a sus espantados familiares, proporcionando tranquilidad el hecho de poner palabras y significado a algo que ellos en ese momento difícilmente entienden.

La psicoeducación se debe de utilizar como instrumento para ayudar a la recuperación de los trastornos mentales haciendo frente a las habilidades tanto

de los pacientes como a los familiares frente a la enfermedad, debe formar parte del tratamiento, debe comprender la explicación sobre la naturaleza y curso de la enfermedad, los tratamientos que se le ofrecen a los pacientes y la perspectiva en relación al padecimiento mental así como lugares a donde acudir que pueden ayudar a enfrentar las crisis y entender los problemas del paciente con TBP, como las organizaciones no gubernamentales, hospitales y centros de salud mental, entre otros.

La psicoeducación debe ser un proceso continuo y formará parte tanto de la parte formal como de la informal en el proceso de recuperación.

La experiencia que tenemos con el grupo de médicos que trabajamos con pacientes bipolares nos ha enseñado que los pacientes que conocen su enfermedad sufren de menos incertidumbre y en efecto, asisten puntualmente a sus consultas, se apegan a su tratamiento farmacológico y recaen menos que aquellos que la desconocen. La investigación de todas estas variables es tema de muchos estudios que esperamos concluir.

BIBLIOGRAFIA.

1. Akiskal H: The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders : Beyond DSM-IV, *J Clin Psychopharmacol* 1996;16 (suppl 1): 4S-14S.
2. Akiskal H, Maser J: Switching from Unipolar to Bipolar II, *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52:114-123.
3. Akiskal HS. Patterns of sensitisation in the course of affective illness. A life-charting study of treatment refractory depressed patients. *J Affect Disord*. 2002.70(1):67-75.
4. Akiskal HS. Toward an understanding of bipolar disorder and its origin. *J Clin Psychiatry*. 2003;64 Suppl 6:4-8; discussion 28.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
6. Angst J. Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals?. *J Clin Psychiatry*. 2003;64 Suppl 6:18-22.
7. Angst J. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychother Psychosom*. 2002 Jan-Feb;71(1):2-10.
8. Bauer M, McBride L ,Chase C: Manual-Based Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Feasibility Study, *J Clin Psychiatry* 59:9 (2001).
9. Bauer M, McBride L : Structured Group Psychotherapy for bipolar disorder. The life goals program, second Edition. Springer Publishing Company, NY.

2003.

10. Bauer M. Rapid cycling. In R Joffe and Calabrese (Eds) Anticonvulsants in psychiatry (1-26) New York: Marcel Decker.1994.
11. Bellack A S. Social competence in schizoaffective disorder, Bipolar disorder, and negative and non negative schizophrenia. Schizophrenia Research.1989,2:391-401.
12. Benazzi F: Prevalence of bipolar II disorder in outpatient depression :a 203-case study in private practice. Journal of Affective Disorders 43 (1997) 163-166.
13. Calabrese J, Fatemi H, Kujawa M: Predictors of Response to Mood Stabilizers. J Clin Psychopharmacol 2001; 16 (suppl 1):24S-31S.
14. Callahan A, Bauer M: Psychosocial interventions for bipolar Disorders. The psychiatric clinics of North America .(1999) 22,675-689.
15. Colom F, Vieta E, Martínez A et al. What Is the Role of Psychotherapy in the Treatment of Bipolar Disorder? Psychotherapy and Psychosomatics 1998; 67: 3-9.
16. Colom F, Vieta E. A Randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry. 60 : 402-407.2003.
17. Coryell W, Endicott J, Maser J, Klerman GL. Bipolar II illness: Course and outcome over a five-year period. Psychological Medicine. 1989, 19 ;129-141.
18. Coryell W, Endicott J, Maser J, Klerman GL. Bipolar affective disorder and

- high achievement: A familial Association. *American Journal of Psychiatry*. 1989;146;983-988.
19. Coryell W, Scheftner W ,Keller M: The Enduring Psychosocial Consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150:720-727.
20. Depue R. Neurobiological aspects of affective disorders. *Annual Review of psychology* 1989; 40:457-492.
21. Dion G , Tohen M. Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 652-657.
22. Dooley L.A psychoanalytic study of manic –depressive psychoses. *Psychoanalytic Review*.1921,8,144-167.
23. Dunner D. A review of diagnostic status of bipolar II for the DSM-IV work group on mood disorders. *Depression*. 1993, 1: 2-10.
24. Ehlers C , Frank E. Social zeitgebers and biological rhythms. *Archives of general Psychiatry*.1988; 45: 948-952.
25. Ellicott A, Hammen C, Gitlin M: Life events and the course of Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147: 1194-1198.
26. Fenichel O. *The psychoanalytic theory of neuroses*. New York:Norton.1945.
27. Ferrier I, Mac Millan I, Young A. The search for the wandering thymostat: a review of some developments in bipolar disorder research. *British J of Psychiatry*. 2001,178(suppl 41): 345-349.
28. Frank E .The interpersonal psychotherapy in bipolar disorder a review. *The*

Stanley Foundation Bipolar Network. Preliminary summary of demographics, course of illness and response to novel treatments. *British J of Psychiatry*.2001,178(suppl 41) 345-349.

29. Frank E, Hlastala S, Ritenour A. Inducing Lifestyle Regularity in Recovering Bipolar Disorder Patients: Results from the maintenance Therapies in Bipolar Disorder Protocol. *Biol Psychiatry* 1997;41:1165-1173.
30. Freud. Mourning and melancholia (Collect papers 4). London: Hogarty Press. 1924.
31. Fresán A, Apiquián R. Ambiente familiar y Psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados Preliminares. *Salud Mental* 2001;24,4: 36-40.
32. Fristad M, Stephen M. Family Psychoeducation. An adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, 53: 1000-1008. 2003
33. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1635-1640.
34. Glick ID: Effectiveness in psychiatric care III. Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorders and their families. *British J Psychiatry*, 164:104-106, 1994.
35. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2001;152:379-384.
36. Goldstein M: Psychoeducation and relapse prevention. *International Clinical*

- psychopharmacology,9(suppl.5) :59-69,1995.
37. Gottschalk A, Bauer M: Evidence of Chaotic Mood Variation in Bipolar Disorder, Arch Gen Psychiatry.1995;52:947-959.
 38. Hall K, Dunner D. Bipolar illness: A prospective study of life events. Comprehensive Psychiatry 1977;18:497-502.
 39. Hammen C, Gitlin M: Stress Reactivity in Bipolar Patients and Its Relation to prior History of Disorder. Am J Psychiatry 1997; 154:856-857.
 40. Hantouche E, Akiskal H, Lancrenon S: Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder. Journal of Affective Disorders 50 (1998) 163-173.
 41. Harvey N, Peet M. Lithium Maintenance: 2. Effects of personality and Attitude on Health Information Acquisition and Compliance. British Journal of Psychiatry (1991),158, 200-204.
 42. Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psychoeducation in bipolar disorders. Effect on Expressed Emotion. Honig Psychiatry Research 1997; 72: 17-22
 43. Hogarty G, Anderson C. Family Psychoeducation, Social Skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of Schizophrenia. 1991 48: 340-347.
 44. Hogarty G, Anderson C. Family Psychoeducation, Social Skills Training, and medication in schizophrenia: the long and short of it. 1987, 23: 12-13.
 45. Honig A, Hendriks CH, Akkerhuis GW, Nolen WA. Usefulness of the retrospective life chart method manual in outpatients with a mood disorder: a feasibility study. Usefulness of the retrospective life chart method manual in

- outpatients with a mood disorder: a feasibility study. *Patient Education and Counseling* (2000, in press)
46. Honig A, Hofman A, Hilwig M, Noorthoorn E, Ponds R. Psychoeducation and expressed emotion in bipolar disorder: preliminary findings. *Psychiatry Research* 1995; 56: 299-301
47. Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psychoeducation in bipolar disorders. Effect on Expressed Emotion. *Psychiatry Research* 1997; 72: 17-22
48. Hume A, Baker P. Maniac-depressive psychosis: An alternative therapeutic model of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1988, 13; 93-98.
49. Hunt N, Bruce-Jones W, Silverstone T. Life events and relapse in bipolar affective disorder. *J Affect Disord*. 1992; 25: 13-20.
50. Johnson S, Roberts J, Life events and bipolar disorder: Implications from Biological Theories, *Psychological Bulletin*, 1995, 117 (3) 434-449.
51. Johnson SL, Miller I. Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder. *J Abnorm Psychol*. 1997; 106: 449-457.
52. Kahn D. A consensus methods in practice guideline development. A review and description of a new method. *Psychopharmacology Bulletin*. 1997. 33, 631-639.
53. Keck P, McElroy S, Strakowski S: Compliance with Maintenance treatment in bipolar disorder, *Psychopharmacology Bulletin* 33(1):87-91, 1997.
54. Keck P, McElroy S, Strakowski S: Factors Associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania, *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 292-297.

55. Keck P, McElroy S: Outcome in the pharmacologic treatment of bipolar disorders, *J clin Psychopharmacol* 1996,16 (suppl 1) 15 S-23S.
56. Kovacs M, Akiskal H, Gatsonis C : Childhood-Onset Dysthymic Disorder , *Arch Gen Psychiatry*.1994;51:365-374.
57. Kupka R, Nolen W. The Stanley Foundation Bipolar Network. Preliminary summary of demographics, course of illness and response to novel treatments. *British J of Psychiatry*.2001,178(suppl 41): 177-184.
58. Leff JP, Berkowitz R: A trial of family therapy vs a relative group for schizophrenia. Two year follow- up. *British J Psychiatry*, 157:571-577,1990.
59. Malkoff-Schwartz S, Frank E, Anderson B: Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of maniac and depressive bipolar episodes, *Arch Gen Psychiatry*.1998;55:702-707.
60. Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull*. 1987;23:68-73.
61. Manning S, Haykal F, Akiskal S. The role of bipolarity in depression in the family practice setting. *The psychiatric clinics of North America* .(1999) 22, 689- 703.
62. Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord*. 2001;67:3-19.
63. McPherson H, Herbison P, Romans S: Life events and Relapse in Established Bipolar Affective Disorder. *British Journal of Psychiatry* (1993),163,381-385.
64. Mechanic D, Aiken L. Improving the care of patients with chronic mental

- illness. *New England Journal of Medicine* 1987;317 : 1634-1638.
65. Miklowitz D ,Goldstein M, Nuechterlein K: Family Factors and the Course of Bipolar Affective Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45,225-231.
66. Miklowitz D :Psychotherapy in Combination with drug treatment for bipolar disorder, *J Clin Psychopharmacol* 1996 ;16 (suppl 1):56S-66S.
67. Miklowitz D, Frank E, George E : New psychosocial treatments for the outpatient management of bipolar disorder. *Psychopharmacology Bulletin* 1996,32(4);613-62.
68. Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*. 2000;48:582-592.
69. Miklowitz DJ. Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness. Solomon P. *Psychiatric Services* 1996; 47: 1364-70
70. Miklowitz DJ. Psychotherapy in combination with drug treatment for bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 1996;16(2 suppl 1):56S-66S.
71. Moller M. Simultaneous patient-family education regarding schizophrenia. *Archives of psychiatry nursing*. 1989,3;332-337.
72. O'Connell R, Mayo J, Jones J. Social Support and Long-Term Lithium Outcome. *British Journal of Psychiatry* (1985), 147,272-275.
73. O'Connell R, Mayo J, Flatow L. Outcome of Bipolar Disorder on Long-Term Treatment with Lithium. *British Journal of Psychiatry* (1991),159,123-129.

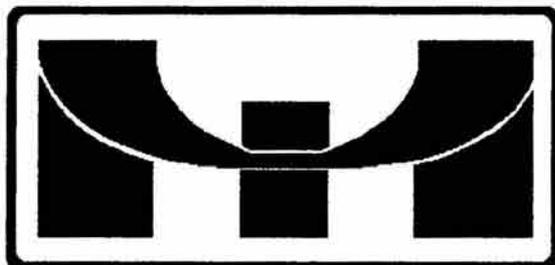
74. Otto M , Sachs G. Psychoeducational and cognitive- behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2003;73: 171-181.
75. Pardoën D, Bauwens F, Dramaix M: Life events and Primary Affective Disorders. A One Year Prospective Study. *British Journal of Psychiatry* (1996), 169, 160-166.
76. Payton O. The role of psychoeducation in allied health practice and education. *Journal of Allied Health*, 1981,10; 91-100.
77. Peet M, Harvey N. Lithium Maintenance: 1. A Standard Education Programme for patients. . *British Journal of Psychiatry*. 1991,158,197-200.
78. Perugi G, Akiskal H, Lattanzi L. The High Prevalence of "soft" bipolar (II) Features in Atypical Depression. *Comprehensive Psychiatry* ,(1998) 39:63-71.
79. Plumlee A. Biological rhythms and affective illness. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1986;24:12-17.
80. Priebe S, Wildgrube C. Lithium Prophylaxis and Expressed Emotion. *British Journal of Psychiatry* (1989),154,396-399.
81. Rapport D, Calabrese J. The Stanley Foundation Bipolar Network. Preliminary summary of demographics, course of illness and response to novel treatments. *British J of Psychiatry*. 2001,178(suppl 41):157-164.
82. Romans S, McPherson H. The social networks of bipolar affective disorder patients. *Journal of Affective Disorders*. 1992, 25; 221-228.
83. Sachs G, Bipolar Mood disorder : Practical Strategies for Acute and Maintenance Phase Treatment, *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16 (suppl 1)

:32S-47S.

84. Schou M :The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behavior: a review for clinicians. *Journal of Affective Disorders* 50 (1998) 253-259.
85. Schwartz D. Some suggestions for unitary formulation of maniac-depressive reactions,*Psychiatry*.1996, 24: 238-245.
86. Scott J, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med*. 2001;31:459-467.
87. Scott J. Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. The Stanley Foundation Bipolar Network. Preliminary summary of demographics, course of illness and response to novel treatments. *British J of Psychiatry*.2001,178(suppl 41): 164-169.
88. Sheri L , Greenhouse W. Psychosocial approaches to the treatment of bipolar disorder. *Current opinion in psychiatry*.13:68-72, 2000.
89. Shulman K ,Hermann N:The nature and management of mania in old age,*The Psychiatry Clinics of North America*.22 :3,1999
90. Simpson S, Folstein S, Meyers D: Bipolar II: The most Common Bipolar Phenotype? *.Am J Psychiatry* 1993;150: 901-903.
91. Stefos G, Bauwens F, Staner L: Psychosocial predictors of major affective recurrences in bipolar disorder:a 4-year longitudinal study of patients on prophylactic treatment.*Acta Psychiatr Scand* 1996;93:420-426.
92. Stewart A. Functional status and well-being of patients with chronic conditions,*Journal of American Medical Association*1989, 262: 907-913.

93. Tohen M, Waternaux C, Tsuang M: Outcome in Mania, Arch Gen Psychiatry. 1990;47:1106-1111.
94. Tondo L, Baldessarini J, Long term clinical effectiveness of lithium maintenance treatment in types I and II bipolar disorders, British J of Psychiatry, 2001: 178 (suppl 41):103-108.
95. Turkington D, Kingdon D, Turner T, Insight into Schizophrenia Research Group. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. Br J Psychiatry. 2002;180:523-527.
96. Vieta E. A Randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry. 60 : 402-407. 2003.

Programa Psicoeducativo Para
Pacientes con TBP y sus Familiares.



ANEXOS

EVALUACIÓN DE GRUPOS FAMILIARES

Nombre (opcional) _____.

Nos encontramos interesados en su respuesta a los grupos familiares. Sus impresiones serán de utilidad en la planeación de futuros grupos. Responda cada pregunta con un círculo alrededor del número que mejor describa su respuesta.

1. ¿Qué tan útiles fueron los grupos familiares para usted?

1	2	3	4	5
Nada	Poco	Regular	Moderadamente	Extremadamente

2. ¿Qué tan bien estuvo organizado el programa?

1	2	3	4	5
Nada	Poco	Regular	Moderadamente	Extremadamente

3. ¿Se dió el tiempo suficiente para preguntas y discusiones?

1	2	3	4	5
Nada	Poco	Regular	Moderadamente	Extremadamente

4. ¿Aprendió algo acerca de los síntomas de la enfermedad mental?

1	2	3	4	5
Nada	No mucho	Regular	Mucho	Muchísimo

5. ¿Aprendió algo acerca de las causas de la enfermedad mental?

1	2	3	4	5
Nada	No mucho	Regular	Mucho	Muchísimo

6. ¿Siente que tiene mejor entendimiento de los problemas producidos por la enfermedad mental?

1	2	3	4	5
Nada	Poco	Regular	Moderadamente	Extremadamente

7. ¿Aprendió algo acerca de los medicamentos para la enfermedad mental?

1	2	3	4	5
Nada	No mucho	Regular	Mucho	Muchísimo

8. ¿Siente que estos grupos le han ayudado a enfrentar la enfermedad?

1	2	3	4	5
Nada	Poco	Regular	Moderadamente	Extremadamente

9. ¿Siente que fue útil para usted poder hablar acerca de su experiencia con la enfermedad?

1	2	3	4	5
Nada	Poco	Regular	Moderadamente	Extremadamente

10. ¿Siente que le fue útil el escuchar las experiencias de otras personas con la enfermedad?

1	2	3	4	5
Nada	Poco	Regular	Moderadamente	Extremadamente

11. ¿Se sientes más esperanzado acerca de la enfermedad?

1	2	3	4	5
Nada	Poco	Regular	Moderadamente	Extremadamente

12. ¿Estaría interesado en participar en grupos de educación familiar?

- Si
- No
- No estoy seguro

CUESTIONARIO DE LA VIDA FAMILIAR DE NORTH-SACHAR MFG

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de su vida familiar marcando la respuesta más apropiada. Sus respuestas deberán reflejar el efecto de la enfermedad de uno de los miembros en la vida familiar.

1. ¿Cuánto control siente en su vida diaria dentro de la vida familiar?

- Totalmente en control.
- Mucho control.
- Poco control.
- No mucho control.
- Totalmente sin control.

2. ¿Qué tan frecuentes son los episodios de gritos, violencia o amenazas en relación con el familiar enfermo?

- Nunca.
- Rara vez.
- Ocasionalmente.
- Frecuentemente.
- Constantemente.

3. ¿Qué tanto éxito ha tenido al establecer claramente sus expectativas sobre la conducta del miembro de su familia enfermo?

- Totalmente.
- Usualmente.
- A veces.
- Rara vez.
- Jamás.

4. ¿En qué grado el miembro de su familia enfermo ha podido cumplir con estas expectativas?

- Totalmente.
- Usualmente.
- A veces.
- Rara vez.
- Jamás.

5. ¿Qué tantos trastornos y limitaciones han tenido los miembros de la familia en sus vidas cotidianas como resultado de tener a un familiar enfermo?

- Ninguno.
- Leves o infrecuentes.
- Moderados u ocasionales.
- Severos o frecuentes.
- Extremos o constantes.

6. ¿Qué tan eficiente se consideraría para hacer frente a una crisis ocasionada por la enfermedad de su familiar?

- Totalmente eficiente.
- Muy eficiente.
- Parcialmete eficiente.
- No muy eficiente.
- Totalmente ineficiente.

7. ¿Qué tan familiarizado se encuentra con los recursos que ofrece su comunidad, como centros sociales y hospitales, para el cuidado del enfermo?

- Totalmente familiarizado.
- Muy familiarizado.
- Poco familiarizado.
- Muy poco familiarizado.
- Nada familiarizado.

8. ¿Qué tan buena es su comunicación con el miembro de la familia enfermo?

- Extremadamente buena.
- Muy buena.
- Buena.
- No muy buena.
- Muy pobre.

9. ¿Qué tan buena es su comunicación con los demás miembros de la familia?

- Extremadamente buena.
- Muy buena.
- Buena.
- No muy buena.
- Muy pobre.

10. ¿Qué tanto sabe acerca de la enfermedad y sus tratamiento?

- Todo.
- Mucho.
- Algo.
- Poco.
- Nada.

11. ¿Qué tan culpable se sientes al tener un miembro de la familia enfermo?

- Totalmente culpable.
- Muy culpable.
- Algo culpable.
- No muy culpable.
- Sin culpa.

12. ¿Qué tan bien cumple el enfermo tomando sus medicamentos?

- Siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Rara vez.
- Nunca.

13. Existen otras partes de la vida familiar que usted siente que son importantes y deberían incluirse en este cuestionario.

Sí.

No.

Si su respuesta es afirmativa, anótelas por favor.

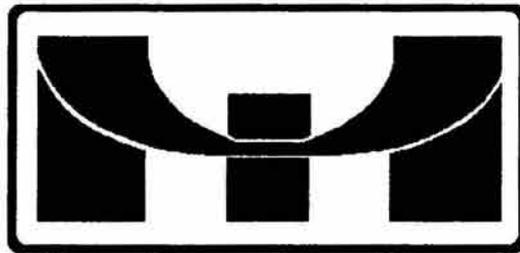
14. Por favor complete la siguiente información respecto las hospitalizaciones del enfermo durante los pasados doce meses.

- Número total de días pasados en el hospital.
- Número de hospitalizaciones separadas durante los últimos 12 meses.

15. Número de días de trabajo perdidos por cada miembro de la familia por razones relacionadas con la enfermedad los últimos doce meses.

Nombre	Posición en la Familia	Número de Días

Programa Psicoeducativo Para
Pacientes con TBP y sus Familiares.



**SESION
INTRODUCTORIA**

PSICOEDUCACION PARA EL TRASTORNO BIPOLAR

Instituto Nacional de Psiquiatría
"Ramón de la Fuente".

ANTECEDENTES TRASTORNO BIPOLAR

- o Prevalencia de 0.5 - 1 %
- o México: 1'000.000 personas con TBP
- o TBP & Abuso de sustancias: 41%
- o TBP & diagnóstico :
 - 8 años entre inicio de enfermedad y dx
 - Se consultaron 3.3 médicos
- o TBP & inicio en adolescencia: 59%
- o TBP & suicidio

• The National Depressive and BP

ANTECEDENTES TRASTORNO BIPOLAR

- o CARACTERISTICAS COMPLEJAS:
 - MULTIPLES SUBTIPOS
 - CURSO IRREGULAR
 - MULTIPLES EPISODIOS
 - COMORBILIDAD
- o TRATAMIENTO VARIABLE
- o EVALUACION
 - Agudo vs Profiláctico
 - Sindromático vs funcional

• Sachs G. NIMH Multicenter Effectiveness Trials 2001

ANTECEDENTES TRASTORNO BIPOLAR

- CARACTERISTICAS CLINICAS:
 - TBP I 88.5 %
 - EPISODIO AFECTIVO:
 - Depresión 43.1 %
 - Manía 37.7 %
 - Mixto 16.2 %
 - CICLOS RAPIDOS 36 %
 - COMORBILIDADES 73.8 %
 - HISTORIA DE PSICOSIS 43 %
 - INTENTOS DE SUICIDIO 60 %
 - HOSPITALIZACION
 - 2 a 5 32.2 %
 - 6 a 10 18.7 %
 - 11 o mas 48.7 %

• Bauer M. Principles for Effectiveness Trials. 2001

ANTECEDENTES: TRATAMIENTO & TBP

- ALGORITMOS PARA TX FARMACOLOGICO
- RECAIDAS Y RECURENCIAS AUN CON TOMA DE MEDICAMENTOS
 - Recaídas hasta 69% en 2 años
 - Rehospitalización hasta 59 & en 5 años
 - Solo 23.4 % estables en 5 años con Litio
- SINTOMAS AFECTIVOS RESIDUALES Y DISFUNCION PSICOSOCIAL
- NO CUMPLIMIENTO EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS

• Miklowitz D et al. 1996

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN TBP

- RECAIDAS
 - EMOCION EXPRESADA
 - EVENTOS DE VIDA
- REPERCUSIONES
 - COSTOS SOCIALES
 - 55 % DE LOS COSTOS SON PUBLICOS
 - 67 BILLONES DE US EN 1992
 - COSTOS PERSONALES
 - 19 % INTENTOS DE SUICIDIO
 - PERDIDA DE 14 AÑOS DE ACTIVIDAD
 - PERDIDA DE 9 AÑOS DE VIDA
 - 55 % SON DESEMPLEADOS
 - 25 % PENSIONADOS POR TBP

• Bauer M. Group Psychotherapy for Bipolar Disorder

MODELO DE PRACTICA INTEGRAL PARA TBP



Bauer M. 2001

ATENCION MEDICA.



- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO
- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ESTANDARIZADO
- INTERVENCION FAMILIAR
- PSICOEDUCACION

EDUCACION DEL PACIENTE.



- PSICOEDUCACION ESTANDARIZADA
- GRUPOS DE APOYO
- GRUPOS DE APOYO PARA FAMILIARES
- DIFUSION DETECCION TEMPRANA DESESTIGMATIZACION

**PSICOEDUCACION
DEFINICION**

- o La psicoeducación es el proceso de impartir información al paciente y a su familia convirtiéndolos en colaboradores activos en el tratamiento de su enfermedad.

• Callahan A, Bauer M. Psychiatr Clin North Am, 22,3:Sep 1999.

**PSICOEDUCACIÓN
DEFINICION**

- o Tiene como meta reducir las recaídas, mejorar el funcionamiento social y laboral del paciente, disminuir los síntomas interepisódicos y mejorar el manejo de la enfermedad.

• Callahan A, Bauer M. Psychiatr Clin North Am, 22,3:Sep 1999.

**PSICOEDUCACIÓN
DEFINICION**

- o Debe ser un proceso mutuo y bidireccional.

• Callahan A, Bauer M. Psychiatr Clin North Am, 22,3:Sep 1999.

PSICOEDUCACIÓN EN TBP

- o Debe ser una herramienta esencial en la intervención psicosocial del paciente.
- o Debe acompañar al tratamiento farmacológico pues mejora el apego.
- o Actualmente se considera que debe ser parte de un Tx psicoterapéutico y no solo un apoyo menor como antes se pensaba.
- o Forma parte de un tratamiento exitoso en el TBP
 - Coryell W, Scheffner W. Am J Psychiatry 150:720-727, 1993.

IMPORTANCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN

- o Reduce la emoción expresada en la familia.
- o Disminuye los estresores psicosociales .
- o Disminuye el riesgo de recaídas.
- o Disminuye el abandono al tratamiento.
- o Disminuye el abuso de sustancias psicoactivas.
 - Bauer M, McBride L. 1996.

IMPORTANCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN

- o Contribuye al mantenimiento del paciente y a su mejoría.
- o Aumenta la participación activa y adecuada de la familia.
- o Modifica los factores ambientales que contribuyen o precipitan las recaídas.
 - Callahan A, Bauer M. Psychiatr Clin North Am, 22,3 Sep 1999.

LOS FACTORES PSICOSOCIALES.

- o Se ha estimado que estos pueden contribuir hasta el 25-30% en la variación de la mejoría en los pacientes con TBP.
- o Los estudios muestran que solo un 40 % de los pacientes con TBP mantienen un buen funcionamiento social y laboral después del tratamiento
- o Solo 25-35 % experimentan mejoría parcial.
- o De un 25-35% muestran déficit funcional.

• Tohen M, Waternaux C. Arch Gen Psychiatry 47:1106-1111, 1990.

ANTECEDENTES

- o Después de 5 años de recuperación de un evento afectivo más de un 50 % de los pacientes continuaban con déficit en en funcionamiento social pese a la ausencia de síntomas afectivos.(Coryell W, et al 1993).
- o Se demostró que la intervención psicosocial podría mejorar el déficit tanto social como laboral en pacientes con TBP.(Miklowitz et al 1990).

ANTECEDENTES

- o Los factores psicosociales como predictores del curso del TBP.
- o Tiene implicaciones sobre el pronóstico de la enfermedad.
- o Los " eventos de vida " como precipitantes de recaídas en TBP.

• Miklowitz D J, Goldstein M. Arch Gen Psychiatry 45:225-231, 1988.

SOPORTE SOCIAL

- o O Connel (1986) estudió la presencia de soporte social en TBP, demostrando que este disminuye el estrés y disminuye la expresión de síntomas afectivos.
- o Miklowitz (1996) estudió la emoción expresada en la familia de los pac con TBP y su relación con el curso sintomático (aparición de sintomatología afectiva).

Psicoeducación en TBP

A quién se debe educar ?

- o El paciente.
- o La familia.
- o Los amigos cercanos.

TOMAR EN CUENTA LO SIGUIENTE AL INICIAR LA PSICOEDUCACIÓN ...

- o La raza.
- o El género.
- o La escolaridad.
- o El nivel socioeconómico.
- o Factores culturales.



SON CARACTERÍSTICAS PARTICULARES QUE PUEDEN MODIFICAR LA TÉCNICA DE ENSEÑANZA

CALLAHAN A, BAUER M. PSYCHIATR CLIN NORTH AM. 22, 3, SEP. 1999.

● | **Psicoeducación y psicoterapia**

○ **Puntos relevantes**

- Cumplir tx
- Eventos de vida
- Evitar uso de sust. psicoactivas
- Buenos habitos de sueño
- Manejo de estres
- Educación sobre TBP

○ **Mejorar respuesta a tx**

- Individualizar tx
- Visitas frecuentes
- Información y educación para el paciente y para su familia

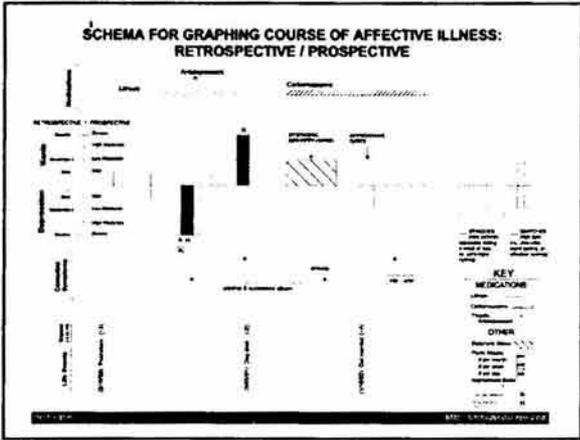
J Clin Psychiatry 1996;57 (suppl 12A)

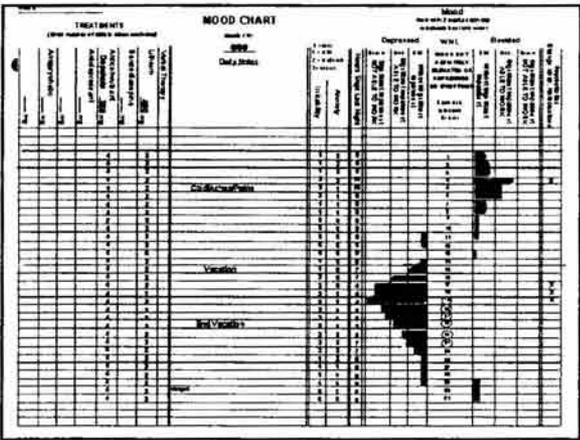
PSICOEDUCACION MODELO DE TRABAJO

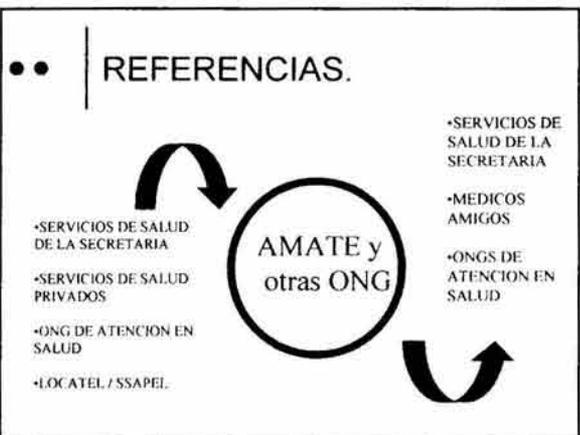


●● | **EDUCAR TANTO A LA FAMILIA COMO AL PACIENTE SOBRE:**

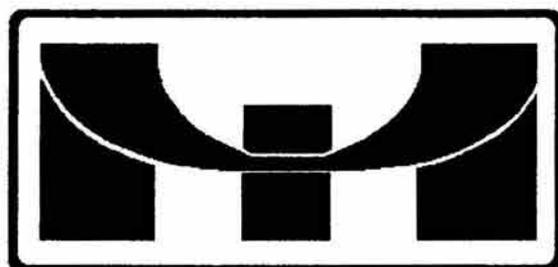
- Qué es el Trastorno Bipolar ?.
- Causas del TBP.
- Tratamiento.
- Señales de alarma.
- Intervención en crisis.







Programa Psicoeducativo Para
Pacientes con TBP y sus Familiares.



SESION # 1

TRASTORNO BIPOLAR CAUSAS

INSTITUTO NACIONAL DE
PSIQUIATRIA
"DR. RAMON DE LA FUENTE".

QUE ES EL TRASTORNO BIPOLAR?

- o Enfermedad Maniaco - Depresiva.
- o Episodios de severa depresión y de manía.
- o Cambios en el afecto:
 - Afecto alto e irritable
 - Afecto triste y sin esperanza
 - Periodos de afecto normal
- o Diagnóstico descriptivo o fenomenológico.
- o Personas con TBP estuvieron hasta 5 años con síntomas sin recibir el diagnóstico adecuado. (NDMDA).
- o Diagnóstico transversal y longitudinal:
 - Transversal: número y tipo de síntomas
 - Longitudinal: el curso de los síntomas en el tiempo, duración y recurrencia.

ETIOLOGIA

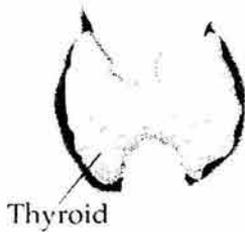
- Genética.
- Neurotransmisores.
- Alteraciones intracelulares.
- Kindling.
- Neuroanatómicos.

HIPOTESIS GENETICAS Y CONGENITAS

- o Estudios señalan:
 - TBP en familiares
- o Estudios de gemelos:
 - Estudios de adopción
- o Estudios genéticos:
 - Expresión del material genético
 - Modificación de partes del DNA:

HIPOTESIS NEUROENDOCRINAS

- o SISTEMA NEUROENDOCRINO & NEUROTRASMISORES:
 - TIROIDES:
 - No respondedores a respondedores
 - Potenciadores
 - Refractaria
 - RESPUESTA AL ESTRES



HIPOTESIS NEUROANATOMICA.

- o EVIDENCIA ANATOMICA
 - Trauma cráneo - encefálico y síntomas de manía
 - Lesiones fronto - temporales
 - Estudios con RM, TC, SPET:
 - Alteraciones en corteza frontal
 - Areas subcorticales en núcleo caudado
- o EVIDENCIA FUNCIONAL:
 - Flujo sanguíneo
 - Metabolismo de glucosa

Neuroanatomía.

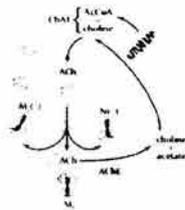
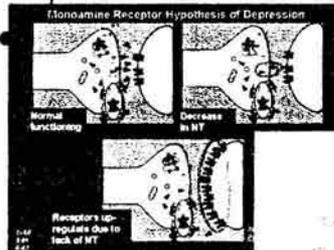
- o Experimentos con animales.
- o Neuroimagen.
 - RM, SPECT, PET.
 - Sistema límbico: núcleo accumbens
 - Talamo
 - Alargamiento de ventrículos
- o Estudios en cadáver.
- o Junto a pruebas neuropsicológicas.



- **HIPOTESIS NEUROBIOQUIMICAS**

- **NEUROTRASMISORES :**

- NOREPINEFRINA
- DOPAMINA
- SEROTONINA
- ACETILCOLINA
- GABA



- **SEROTONINA & TBP**

- **5HT MODULA**

- Sueño
- Apetito
- Control de impulsos

- **↓ 5HT**

- Ideas e intentos suicidas
- Agresividad
- Alteraciones en el sueño



Kindling.

Fenómeno de recurrencia y ciclicidad

o Modelos animales

- Cocaína & estimulación eléctrica
- Tratamiento con estabilizadores del ánimo

o Humanos

- TBP
- Eventos estresores
- Drogas

o Epilepsias no tratadas

HIPOTESIS FISIOLÓGICAS & TBP

• ALTERACIONES EN LA MEMBRANA

• ELECTROLITOS (Ca⁺, Na⁺, K⁺).

• RITMOS BIOLÓGICOS ANUALES

• RITMOS BIOLÓGICOS CIRCADIANOS.

HIPOTESIS PSICOSOCIALES

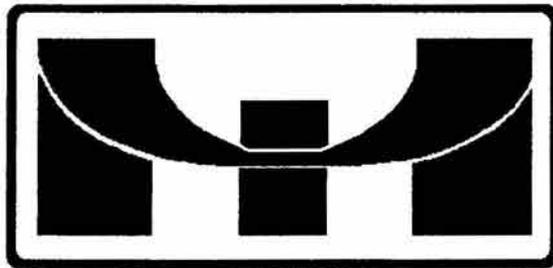
o ESTRÉS:

- Depresión & Eventos de vida
- Precipitación de episodios:
 - Problemas en el trabajo
 - Eventos de vida & manía

o PSICOSOCIAL:

- T. Conductual: baja capacidad de respuesta
- T. Cognitiva: depresión & creencias negativas
- T. Interpersonal: pérdidas personales
- Psicoanálisis: defensas maniácas

Programa Psicoeducativo Para
Pacientes con TBP y sus Familiares.



SESION # 2

Trastorno Bipolar.

Curso y pronóstico.

• CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y CULTURALES

- o TBP se presenta de manera similar en hombres y en mujeres, en los diferentes grupos de edad y en las diferentes culturas.
- o Las mujeres tienen más riesgo para:
 - Ciclos rápidos
 - Disforia
 - Asociación de otros trastornos.
- o TBP se puede presentar en niños y en adolescentes

• ANTECEDENTES

- o Prevalencia de 0.5 - 1 %
- o México: 1'000.000 personas con TBP
- o TBP & Abuso de sustancias: 41%
- o TBP & diagnóstico :
 - 8 años entre inicio de enfermedad y dx
 - Se consultaron 3.3 médicos
- o TBP & inicio en adolescencia: 59%
- o TBP & suicidio

ANTECEDENTES

- o CARACTERISTICAS COMPLEJAS:
 - MULTIPLES SUBTIPOS
 - CURSO IRREGULAR
 - MULTIPLES EPISODIOS
 - COMORBILIDAD
- o TRATAMIENTO VARIABLE
- o EVALUACION
 - Agudo vs Profiláctico
 - Sindromático vs funcional

• Sachs G. NIMH Multicenter Effectiveness Trials.2001

COMORBILIDAD

- o Comorbilidad: se refiere a las enfermedades o condiciones que se asocian con el TBP
- o TBP & Abuso de Sustancias:
 - Abuso y dependencia al Alcohol
 - TBP I 30% vs 3- 13% población general
 - Abuso y dependencia a sustancias psicoactivas
 - Riesgo de vida y abuso 25%
 - Abuso para cualquier sustancia 60%
- o Comorbilidad:
 - Mantener o regular estados afectivos
 - Inducción de estados de manía
 - Incremento de la apetencia por las sustancias

ANTECEDENTES

- o CARACTERISTICAS CLINICAS:
 - TBP I 88.5 %
 - EPISODIO AFECTIVO:
 - Depresión 43.1 %
 - Manía 37.7 %
 - Mixto 16.2 %
 - CICLOS RAPIDOS 36 %
 - COMORBILIDADES 73.8 %
 - HISTORIA DE PSICOSIS 43 %
 - INTENTOS DE SUICIDIO 60 %
 - HOSPITALIZACION
 - 2 a 5 32.2 %
 - 6 a 10 18.7 %
 - 11 o más 48.7 %

PRONOSTICO DEL TBP

- o **PX ENFERMEDAD:**
 - DURACION & INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS
- o **PX FUNCIONAL:**
 - ROL SOCIAL
 - ROL OCUPACIONAL
- o **COSTOS DE LA ENFERMEDAD:**
 - DIRECTOS
 - INDERECTOS
- o **CARACTERISTICAS:**
 - Severidad
 - Número, duración, severidad y características de los episodios.
 - Cantidad y calidad de los roles.
 - Funcionamiento laboral
 - Cuidados médicos
 - Perdida de la productividad
 - Costos legales

● FUNCIONAMIENTO

- o Pre - litio era:
 - 79% perdieron el trabajo
 - Incompleta remisión 73% decremento en estatus de trabajo.
 - 25% regreso a trabajo previo
- o TBP tratados:
 - 41% retorno a su trabajo
 - 15% desempleados
 - 45% funcionamiento familiar normal
 - 21% alteraciones en función familiar
 - 11% completa disrupción familiar
 - 57% recuperados

● TRATAMIENTO & TBP

- ALGORITMOS PARA TX FARMACOLOGICO
- RECAIDAS Y RECURENCIAS AUN CON TOMA DE MEDICAMENTOS
 - Recaidas hasta 69% en 2 años
 - Rehospitalización hasta 59 & en 5 años
 - Solo 23.4 % estables en 5 años con Litio
- SINTOMAS AFECTIVOS RESIDUALES Y DISFUNCION PSICOSOCIAL
- NO CUMPLIMIENTO EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN TBP

o VARIABLES PSICOSOCIALES

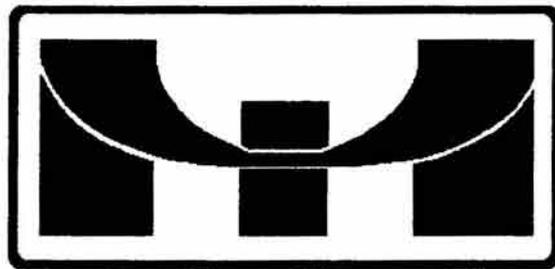
● RECAIDAS

- EMOCION EXPRESADA
- EVENTOS DE VIDA

● REPERCUSIONES

- COSTOS SOCIALES
 - 55 % DE LOS COSTOS SON PUBLICOS
 - 67 BILLONES DE US EN 1992
- COSTOS PERSONALES
 - 19 % INTENTOS DE SUICIDIO
 - PERDIDA DE 14 AÑOS DE ACTIVIDAD
 - PERDIDA DE 9 AÑOS DE VIDA
 - 55 % SON DESEMPLEADOS
 - 25 % PENSIONADOS POR TBP

Programa Psicoeducativo Para
Pacientes con TBP y sus Familiares.

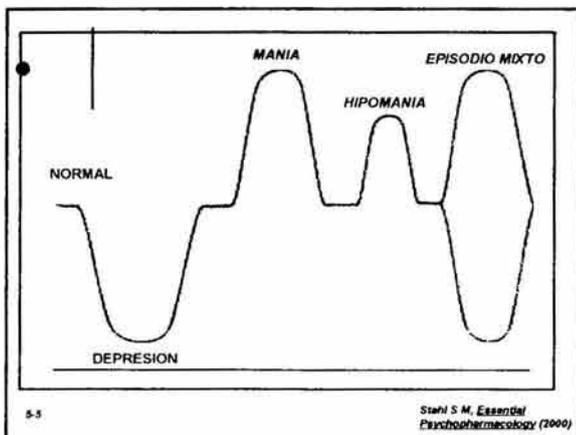


SESION # 3

Diagnóstico de TBP

• Historia.

- o Melancolía/ manía - desde los griegos.
- o Kraepelin (1921).- "psicosis maniaco depresiva".
- o Angst (1966).- unipolar vs bipolar.
- o Dunner(1976).- bipolar tipo II.
- o Akiskal (1996).- espectros esquizo-mania.
- o Angst(1998).- ciclos rápidos.
- o McElroy (1992),Perugi (1997).- estados mixtos.



DIAGNOSTICO DE TBP

- Diagnóstico descriptivo o fenomenológico.
 - Personas con TBP estuvieron hasta 5 años con síntomas sin recibir el diagnóstico adecuado.
- Diagnóstico transversal y longitudinal:
 - Transversal: número y tipo de síntomas
 - Longitudinal: el curso de los síntomas en el tiempo, duración y recurrencia.

DSM-IV

- Trastorno bipolar tipo I.
- Trastorno bipolar tipo II.
- Trastorno ciclotímico.
- Trastorno bipolar no especificado.

DSM-IV

- Último episodio? Depresivo, maniaco, hipomaniaco, mixto o no especificado.
 - Codificar: leve-moderado-grave.
 - Con o sin síntomas psicóticos.
 - En remisión parcial o total
- Especificar : de inicio en el postparto , con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos

- - - | **DSM -IV.**
 - o Especificar también:
 - Curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica).
 - Con patrón estacional.
 - Con ciclos rápidos.

- CARACTERISTICAS ASOCIADAS**
- PRESENCIA DE PSICOSIS:
 - Ideas Delirantes:
 - Paranoides
 - Persecutorias
 - Somáticas
 - Punitivas
 - Alucinaciones:
 - Auditivas
 - Visuales
 - CICLOS RAPIDOS:
 - La presencia de 4 o más episodios afectivos en 1 meses.

- • | **COMORBILIDAD**
 - TBP & Abuso de Sustancias:
 - Abuso y dependencia al Alcohol
 - TBP I 30% vs 3- 13% población general
 - Abuso y dependencia a sustancias psicoactivas
 - Riesgo de vida y abuso 25%
 - Abuso para cualquier sustancia 60%
 - Trastornos de ansiedad. (T.pánico y TOC).
 - Fobia social
 - Eje II. (T limitrofe, antisocial, otros).

SIGNOS & SINTOMAS DE MANIA

o LA MANIA INCLUYE PERIODOS CON:

- Incremento de energía y actividad, ausencia de cansancio, incremento en la velocidad del pensamiento y del habla.
- Sensación de euforia y de incremento de energía.
- Extrema irritabilidad y fácil distracción.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Creencias irreales sobre las propias habilidades y poderes.

Mania

- Pobre juicio.
- Una conducta sostenida diferente a la usual.
- Incremento en el deseo sexual.
- Abuso de sustancias como alcohol, cocaína y medicamentos para dormir
- Comportamiento provocativo, intrusivo o agresivo.
- Negación de que algo este mal.



Bipolar Bear

EPISODIO DE HIPOMANIA

- o Afecto elevado, expansivo o irritable, por lo menos 4 días, diferente al afecto normal.
- o Asociado a los cambios de afecto:
 - Incremento de autoestima o grandiosidad
 - Disminución en la necesidad de dormir
 - Fuga de ideas o sensación de que los pensamientos están muy rápidos
 - Distractibilidad
 - Incremento en el número de actividades o agitación
 - Actividades con riesgo potencial.

SIGNOS & SINTOMAS EPISODIO DEPRESIVO

- o Los episodios depresivos cursan con:
 - Persistente tristeza, ansiedad y vacío afectivo.
 - Sentimientos de desesperanza o pesimismo.
 - Sentimientos de culpa, autopunición, o desesperanza.
 - Pérdida de interés en las actividades habituales, incluido el deseo sexual.
 - Disminución de la energía, sensación de fatiga.

- Dificultad en la concentración, atención y memoria.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Cansancio e irritabilidad.
- Alteraciones en el sueño.
- Pérdida de apetito y peso o ganancia de peso.
- Dolor crónica o síntomas físicos persistentes que no son causados por enfermedad física.

••

Necesita dormir?

Depresión

DrInsomnio.com

• EPISODIO MIXTO

- Criterios para episodio de manía y para episodio depresivo mayor, que dura por lo menos 1 semana.
- La alteración del afecto es suficientemente severa que produce alteraciones en el funcionamiento laboral o en las actividades regulares.
- Los síntomas no están relacionados con causa médica o secundario a uso de sustancias psicoactivas

• T. CICLOTIMICO

- Durante por lo menos dos años, se presentan periodos con síntomas de hipomanía y periodos con síntomas depresivos que no reúnen criterios para EDM.
- La persona no ha estado libre de síntomas por más de 2 meses en un periodo de 2 años.
- No se han presentado EDM o E de manía en los 2 años de alteraciones.

EPISODIOS & TRASTORNOS

EPISODIO:	TRASTORNO:
E Depresivo Mayor	→ Episodio único
E. Depresivo Mayor & E. Depresivo Mayor	→ TDM, recurrente.
E. Depresivo Mayor & E. de Manía o Mixto	→ TBP, tipo I.
E. Depresivo Mayor & E. de Hipomanía	→ TBP, tipo II.
Fluctuaciones entre Depresión subsindromal & Hipomanía	→ T. Ciclotímico.
Depresión subsindromal crónica	→ T. Distímico.

CURSO DE LA ENFERMEDAD.

- TBP inicia hasta 75% como Episodio Depresivo Mayor y evoluciona como Trastorno Depresivo Recurrente.
- La mayoría de los pacientes experimenta episodios depresivos y de manía y de 10 a 20% sólo episodios maníacos.
- Los episodios de manía tienen un inicio rápido (en horas o días), pero suelen tardar semanas en remitir.
- Después de aproximadamente cinco episodios, el período entre episodios tiende a estabilizarse en 6 a 9 m.
- Esta el grupo de cicladores rápidos.

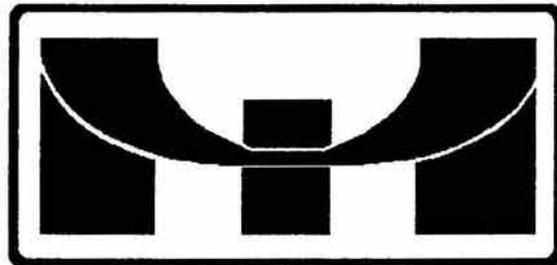
RECONOCIMIENTO DE ESTADOS INICIALES

- Reconocer los diferentes estados de ánimo es esencial para la persona que tiene TBP:
 - Le ayudara a recibir el tratamiento adecuado
 - Evitar las complicaciones de los episodios
 - Evitar la ruptura de relaciones interpersonales, pérdida de empleo y suicidio.

Los estados iniciales deben de ser reconocidos:

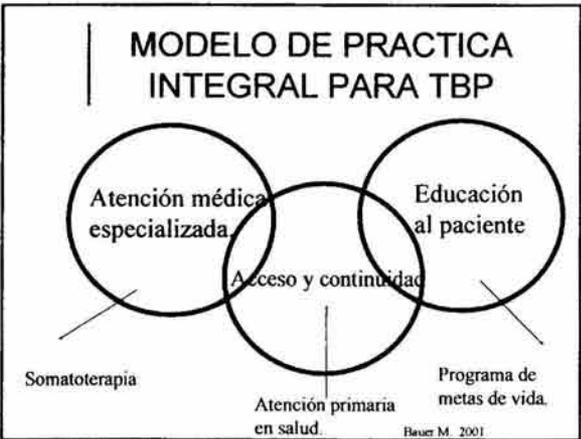
- Síntomas de hipomanía con alto nivel de energía, cambios de ánimo, irritabilidad y conductas impulsivas.
- La persona que cursa con hipomanía se puede sentir a gusto y no creer que requiere atención y tratamiento.
- Se pueden presentar asociados a abuso de sustancias.
- Si el TBP no se trata tiende a ser peor y los episodios serán más severos y frecuentes.

Programa Psicoeducativo Para
Pacientes con TBP y sus Familiares.



SESION # 4

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO





EDUCACION DEL PACIENTE.



PSICOEDUCACION
ESTANDARIZADA

GRUPOS
DE APOYO

GRUPOS DE APOYO
PARA FAMILIARES

DIFUSION
DETECCION TEMPRANA
DESESTIGMATIZACION

Diagnóstico preciso

- o Evaluación clínica
- o Entrevistas estructuradas y aplicación de escalas
- o "Life chart"
- o Diagnóstico diferencial
- o Estudios para – clínicos
- o Episodio de manía
- o Episodio mixto
- o Episodio depresivo

Propuestas de tratamiento

- o Episodio de manía
- o Episodio mixto
- o Episodio depresivo
- o Agitación
- o Síntomas psicóticos
- o Ciclos rápidos
- o Fase de estabilidad o profilaxis

● Tratamiento

Fase de manía
Fase depresiva
Síntomas asociados
Mantenimiento

TRATAMIENTO

• La mayoría puede ser ayudada con un tratamiento específico:

- Casi todas las personas con TBP, pueden obtener una estabilización de sus cambios afectivos.
- El Litio, es usualmente muy efectivo (70 %) en el control de la manía y en la prevención de episodios depresivos y de manía.
- Otros medicamentos anticonvulsivos son efectivos en el tratamiento.

TRATAMIENTO TBP

- Controlar los síntomas de manía y de depresión.
- Disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de manía y de depresión.
- Evitar las hospitalizaciones y / o disminuir el tiempo de internamiento.
- Evitar el deterioro físico, mental y social.

ESTABILIZACION DEL ANIMO

•QUE ES UN ESTABILIZADOR DEL ANIMO?

•CRITERIOS

- Efectivo en estados de manía y mixto
- Efectivo en depresión bipolar
- Reduce la frecuencia y/o severidad de recurrencias
- No empeora manía o depresión, no induce cambios ni ciclos rápidos

•PRACTICA

- Reúne por lo menos 2 criterios
- Reúne 1 de los 3 primeros

Estabilizadores del afecto

	Mania	Depresión	Profilaxis	Ciclos rápidos	Prevención suicidio
Litio	+++	+	++	+	++
CBZ	+++	+	+	+	-
AVP	+++	+	+	++	-
Lamotrig.	-	++	-	++	-
Gabapent.	-	-	-	-	-
Anp.T.	++	-	+	+	-
Anp. AT	+++	+	+	+	-
Evidencia	+++ = buena	++ = alguna	++ = limitada	-- = ninguna	

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR.

1. ASPECTOS DIAGNOSTICOS Y DE CLASIFICACION.

2. TRATAMIENTO DEL EPISODIO MANIACO AGUDO.

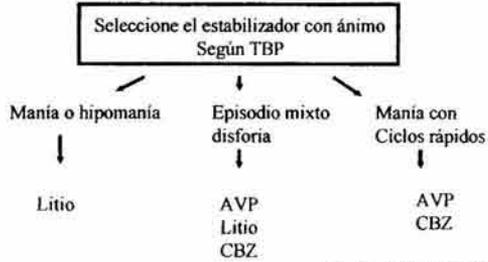
3. TRATAMIENTO DEL EPISODIO DEPRESIVO AGUDO.

4. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO PROFILACTICO.

**TRATAMIENTO:
EPISODIO MANIACO AGUDO**

- DETERMINAR CARACTERISTICAS CLINICAS: súbito, severidad, síntomas.
- DETERMINAR ETAPA DE DESARROLLO DEL PADECIMIENTO: episodio inicial, e- subsecuente (# y Frecuencia).
- DETERMINAR FORMA DEL MANEJO: hospitalización, consulta externa.
- DETERMINAR TIPO DE MANEJO: estabilizadores, antipsicóticos, bzd, etc.

**Algoritmo de tratamiento del TBP
Fase de manía**



**Algoritmo de tratamiento TBP
Fase de manía**

Medicamentos que se añaden con base en los síntomas que se agregan y su severidad



**EPISODIO DE MANIA AGUDO
TRATAMIENTO**

- ESTABILIZADORES DEL ANIMO CON EFECTO ANTIMANIACO:
 - LITIO - VALPROATO - CBZ
- MEDICACION PARA INSOMNIO, AGITACION O PSICOSIS:
 - BZD Y ANTIPSICOTICOS
- ALTERNATIVAS A LOS TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS:
 - ANTIPSICOTICOS ATIPICOS, BLOQUEADORES DE CANALES DE CA, NUEVOS ANTICONVULSIVOS.

Depresión .

- o Morbilidad del TBP asociada con depresión.
 - Suicidio.
- o Suele tener síntomas atípicos:
- o Se encuentra con mayor frecuencia síntomas psicóticos.

J Clin Psychiatry 62:3, Marzo, 2001.

**OPCIONES DE
TRATAMIENTO**

- o Solo estabilizador de ánimo
 - Litio o lamotrigina.
- o Antidepresivo + estabilizador del ánimo.
- o Solo antidepresivo.
- o Dos estabilizadores del ánimo
 - Litio + valproato

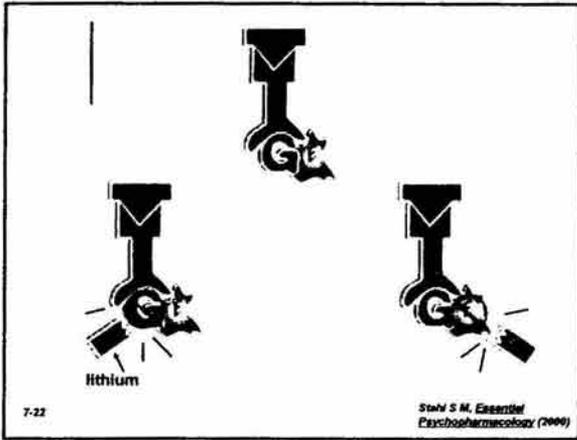
Antidepresivos.

- o Primera elección.
 - ISRS o Bupropión.
- o Segunda elección.
 - Venlafaxina.
- o Tercera elección.
 - IMAOs.

Algoritmo de tratamiento Episodio depresivo mayor



Medicamentos para el tratamiento del TBP

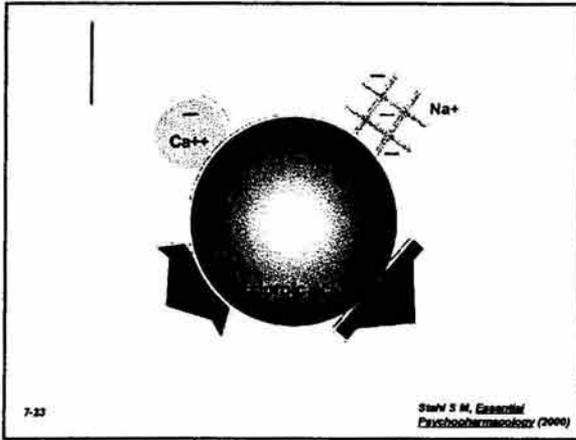


TX DE LA MANIA AGUDA
CARBONATO DE LITIO

- CLARA EFICACIA 75 - 80 %
- MAS EFICAZ EN MANIA CLASICA
- MAXIMO EFECTO DESPUES DE 2 SEMANAS.
- 75% DE LOS PACIENTES REPORTAN EFECTOS SECUNDARIOS.
- PROBLEMAS DE TOXICIDAD E INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS.

Litio en Depresión bipolar.

- o El más estudiado en depresión bipolar.
- o Efecto antidepresivo.
- o Profiláctico.
- o No como monoterapia.
- o Como potenciador. (95%)
- o Más efectivo que en depresión unipolar.



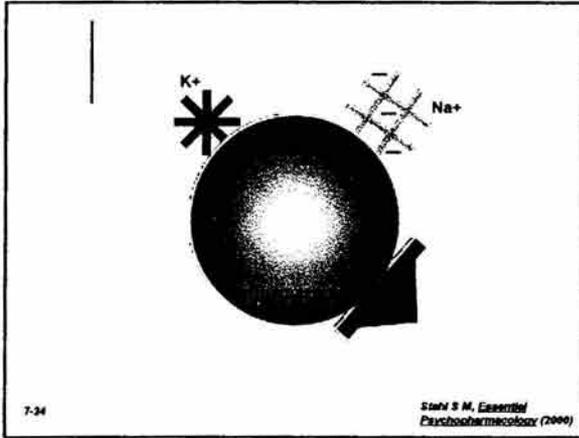
TRATAMIENTO DE LA MANIA AGUDA

VALPROATO

- EFECTO SUPERIOR A PLACEBO
- EFICACIA SIMILAR AL LITIO
- MAS EFECÁZ EN MANIA MIXTA.
- + LITIO EFICAZ EN CASOS DE RESISTENCIA A MONOTERAPIA.
- EFECTOS SECUNDARIOS: GI y SEDACION.
- NO RELACION NIVELES SERICOS Y EFECTO TERAPEUTICO.
- DOSIS DE INICIO 250 X 3.
- INCREMENTO CON BASE A RESPUESTA Y TOLERANCIA.
- CONTROL FUNCION HEPATICA Y BH.

Valproato en depresión.

- o Ha mostrado una eficacia hasta del 75% en depresión bipolar.
- o No supera aún al litio.
- o Se utiliza junto con el litio con buena respuesta.



TRATAMIENTO DE LA MANIA AGUDA
CARBAMAZEPINA

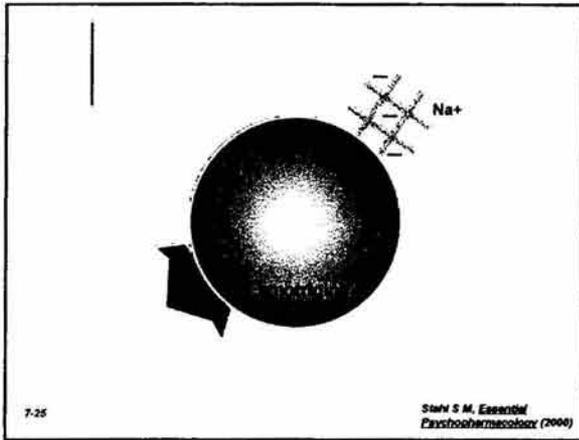
- EFICACIA EN LOS CASOS AGUDOS.
- EFICACIA COMPARADA CON LITIO.
- EFECTOS SECUNDARIOS:
 - DIPLOPIA
 - FATIGA
 - NAUSEA
 - ATAXIA
 - AGRANULOCITOSIS
 - FALLA HEPATICA
 - DERMATITIS EXFOLIATIVA

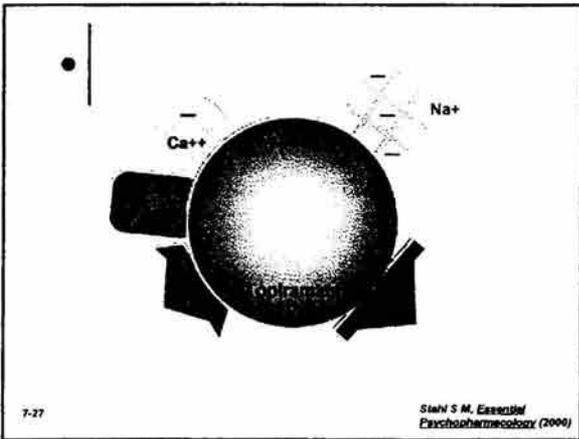
Carbamacepina en depresión bipolar.

- o Modesto efecto antidepresivo.
- o Se recomienda como tercera opción

- o No como monoterapia.

- o Cuidado con valproato y lamotrigina, algunos antipsicóticos y antidepresivos - potencian su efecto.





- • Antidepresivos.
- o Riesgo de viraje ?
 - Cuando dar ADP .
 - Factores de riesgo de viraje a mania.
- o Triciclicos (viran hasta en un 80 %).
- o Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (más seguridad).
- o Inhibidores selectivos de noradrenalina y serotonina (de primera elección).

Antipsicóticos atípicos como estabilizadores del afecto

	Mania	Depresión	Profilaxis	Ciclos rápidos	No induce cambios.
Olanzapina	+	+??	+?	?	+
Risperidona	+	+??	+?	?	+
Quetiapina	+?	+?	?	?	+
Ziprazidona	?	?	?	?	?
Clozapina	+	+?	+?	?	?

Antipsicóticos en TBP

- Pacientes agitados.
- Agresividad auto y heterodirigida.
- Psicosis.
- Efectivos para disminuir los episodios de manía.
- Siempre se darán junto con el estabilizador del estado del ánimo.

Antipsicóticos en TBP.

- Actúan rápido.
- Reducen el aumento de actividad psicomotora. (sedación)
- Reducen síntomas psicóticos.
- Más usados en manía.
- Se utilizan en combinación con el estabilizador del estado de ánimo.

Antipsicóticos en TBP.

- Se deben evitar debido a los efectos secundarios, principalmente la disquinesia tardía.
- Inducen a ciclos rápidos.
- Se sugiere que pueden empeorar los cuadros de manía después de una depresión.

Antipsicóticos en TBP.

- Se recomiendan mantener el Tx con antipsicótico por 6 meses.
- Actualmente algunos se han propuesto como estabilizadores del ánimo.
- > en manía.
- < en síntomas depresivos.

Terapia electroconvulsiva TEC

- o Tratamiento más eficaz para la depresión
- o Rápida acción
- o Efectiva en depresión severa y en manía severa
- o Tratamiento de primera elección en:
 - Depresión con síntomas psicóticos
 - Óticos
 - Catatonia
 - Riesgo de suicidio
 - Embarazo
 - Manía severa
- o Valoración previa, manejo con anestesia
- o Efectos secundarios

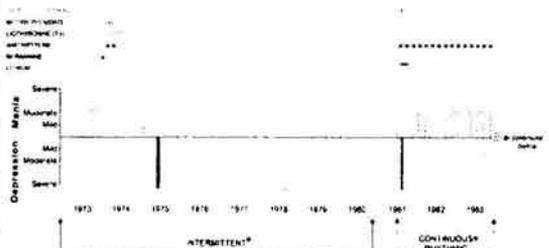
Evaluación de seguimiento

- o Evaluación clínica
- o Efectos secundarios del medicamento
- o Laboratorios de control

Evaluación de seguimiento

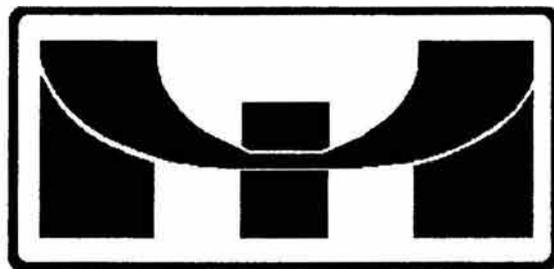
- o Evaluación clínica
- o Efectos secundarios
- o Auto - reportes y reportes de cuidadores
- o Laboratorios de control

PHASES* IN ILLNESS EVOLUTION AND TREATMENT RESPONSE IN A BIPOLAR II FEMALE



Medscape | <http://www.medscape.com>

Programa Psicoeducativo Para
Pacientes con TBP y sus Familiares.



SESION # 5

Qué podemos hacer?

● **QUE PUEDEN HACER POR SÍ MISMOS LOS PACIENTES CON TBP?**

- o Aprender sobre la enfermedad y su tratamiento.
- o Estar atento a los cambios en su estado de ánimo y reconocer los signos de alarma de las recaídas, que si se tratan en forma temprana pueden ser controlados mucho más fácilmente y evitarse sufrimiento innecesario.

QUE PUEDEN HACER POR SÍ MISMOS LOS PACIENTES CON TBP?

- o Tomar el medicamento tal como el psiquiatra tratante lo indique.
- o Recordar que el TBP en muchos casos requiere de tomar medicina durante largo tiempo para prevenir recaídas.
- o Cuando las personas se sienten bien a menudo piensan en dejar el tratamiento, y esta es la causa más frecuente de las recaídas.

**QUE PUEDEN HACER POR SI
MISMOS LOS PACIENTES CON
TBP?**

- o Estructurar su vida diaria tanto como sea posible y evitar situaciones de conflicto continuo que produzcan ansiedad.
- o Existe evidencia de que mantener una estructura regular en las actividades diarias disminuye el riesgo de recaídas.

**QUE PUEDEN HACER POR SI
MISMOS LOS PACIENTES CON
TBP ?**

- o Tener una lista de familiares y amigos cercanos que puedan ayudarlo en caso de recaída e invitar a estas personas a informarse sobre la enfermedad.
- o Participar en Grupos de Apoyo y de Autoayuda.

**QUE PUEDEN HACER POR SÍ
MISMOS LOS PACIENTES CON
TBP?**

- o Mantener un patrón de sueño regular.
- o Dormir siempre en forma suficiente.
- o Evitar estimulantes y depresores como el alcohol y las drogas, esto puede precipitar las recaídas.
- o Hacer ejercicio en forma regular. Ayuda a disminuir la ansiedad y a menudo en forma natural el estado de ánimo.

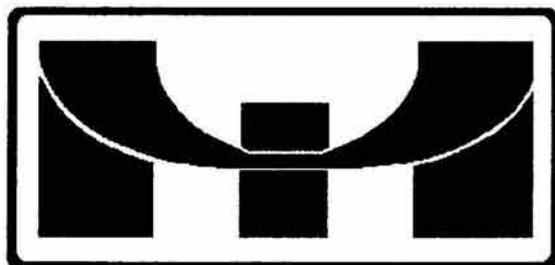
COMO AYUDAR A UN FAMILIAR O AMIGO QUE PADECE TBP?

- o Anime a su amigo a que tome el medicamento en forma continua y acuda a sus citas con el psiquiatra.
- o Aprenda a reconocer los signos y síntomas de alarma de una recaída:
 - Cambios en el patrón de sueño
 - Cambios en los niveles de energía
 - Problemas en la atención y la concentración
 - Cambios en el arreglo personal

COMO AYUDAR A UN FAMILIAR O AMIGO QUE PADECE TBP?

- Existe un mayor riesgo suicida con TBP, por lo que se debe estar atento a cualquier conducta suicida y buscar ayuda de inmediato:
 - Las personas con ideas suicidas a menudo hacen preparativos y tratan de dejar sus asuntos en orden.
 - El reconocimiento oportuno de estos signos puede salvar la vida del enfermo.
- o Ayude al paciente a prevenir gastos excesivos en caso de recaída de un episodio maniaco.
- o Acuda a Grupos de Apoyo.

Programa Psicoeducativo Para
Pacientes con TBP y sus Familiares.



SESION # 6

¿Qué hacer cuando las señales de alarma se presenten?

☺ Ponerme en contacto con mi médico tratante.

Nombre: _____

Teléfono del consultorio o radio: _____

☺ Acudir al servicio de Salud en donde recibo atención.

Nombre: _____

Dirección y teléfono: _____

☺ Medidas de higiene:

Sueño:

Alimentación:

Actividades:

☺ Indicaciones sobre mi medicamento:

Medicamento:- _____ dosis _____ horario _____.

Señales de alarma !!!!!

Nombre:

Edad:

Teléfono:

Dirección:

Familiar responsable:

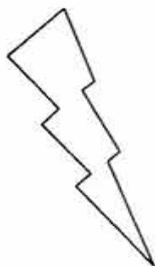
teléfono:

Dirección:

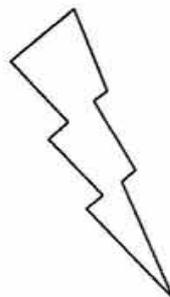
Diagnóstico:

Tratamiento:

Señales de alarma de
elevación del estado
de ánimo:



Señales de alarma de
síntomas depresivos:



Lo que no debo hacer

- No consumir alcohol.
- No consumir sustancias psicoactivas (drogas).
- Otras actividades que debo evitar:
 - 1.-
 - 2.-
 - 3.-
 - 4.-
 - 5.-
 - 6.-
 - 7.-
 - 8.-