



UNAM



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS
PROFESIONALES**

Impacto de la Psicoeducación en pacientes con Trastorno Bipolar I

Informe de Prácticas Profesionales

Alejandro González Itzel

**Directora. Dra. Blanca Elena Manófica
Gómez**





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Contenido

Resumen.....	2
Introducción.....	2
Marco teórico.....	6
Capítulo 1. Trastorno bipolar.....	6
Causas del Trastorno Bipolar.....	10
Tratamiento.....	12
Estigma psiquiátrico.....	13
Depresión.....	14
Manía e hipomanía.....	18
Capítulo 2. Psicoeducación y atención terapéutica individual.....	23
Método. Programa de intervención.....	33
Planteamiento del problema.....	33
Pregunta de investigación.....	33
Objetivo general.....	33
Hipótesis de trabajo.....	33
Variables.....	33
Muestra.....	34
Instrumentos.....	34
Escenario.....	36
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).....	36
Tipo de estudio.....	37
Diseño estadístico.....	37
Procedimiento.....	37
Fases del proyecto psicoeducativo "Metas de vida".....	37
Resultados.....	42
Discusión.....	47
Conclusión.....	49
Anexos.....	52
Referencias.....	53

Resumen.

El presente informe muestra la problemática que viven los pacientes con Trastorno Bipolar I (TBPI) de la Clínica de trastornos del afecto del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRFM) respecto al poco conocimiento de su enfermedad, lo que deriva en una pobre conciencia de enfermedad y un bajo apego al tratamiento farmacológico, esto trae consecuencias negativas, por lo que se planteó la necesidad de incluir factores psicológicos como parte de un tratamiento integral, principalmente de un proyecto psicoeducativo llamado "Metas de Vida" en el cual participaron 15 pacientes como parte del grupo control y 15 pacientes como parte del grupo experimental. Se observó una mejoría en cuanto a conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento, aunque no fue estadísticamente significativa, en cambio en el aspecto cualitativo, se encontró mejoría en aspectos como manejo de la enfermedad, prevención de recaídas, apego al tratamiento, funcionamiento social, académico y laboral.

Palabras clave: Trastorno Bipolar I, Psicoeducación, Metas de vida.

Introducción.

El presente estudio se realizó mediante el programa de prácticas profesionales llevadas a cabo en la Clínica de Trastornos del Afecto perteneciente al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) como parte del proyecto de tesis de alta especialidad del Dr. Javier Amado Lerma, bajo la dirección de la Dra. Claudia Becerra Palars, coordinadora de la clínica de trastornos del afecto y del Dr. Hiram Ortega Ortiz, médico adscrito de la misma, con la colaboración de la pasante en psicología Itzel Alejandre González, presentadora de este informe. El proyecto consistió en brindar a los pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar I, que acuden a dicha clínica para el mantenimiento y control de su enfermedad, un curso de psicoeducación, cuya finalidad fue proporcionarles información detallada sobre ¿Qué es el Trastorno Bipolar I (TBP I)?, ¿Cuáles son sus causas?, ¿Cuáles son sus síntomas?; La importancia del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, los cuidados referentes a la alimentación y hábitos de sueño, efectos de la ingesta de sustancias como bebidas energéticas, alcohol, tabaco y/o drogas, con el objetivo de que tuvieran un mejor autoconocimiento y puedan actuar en la prevención de crisis agudas, con lo cual podrían evitar la hospitalización.

El programa de Psicoeducación puede verse como una intervención de nivel terciario, ya que los pacientes ya están diagnosticados con una enfermedad, en este caso TBP I, ya han cursado con los síntomas de dicha enfermedad y se han encontrado hospitalizados y en la fase en la que se encontraban los asistentes el objetivo era ayudarles con su rehabilitación tanto física como mental; el curso realizado estuvo basado en "The Life Goals Program" del libro Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder de Mark S. Bauer y Linda McBride, el cual fue traducido al español y le dio el nombre de "Metas de vida" al proyecto psicoeducativo, éste consistió en dos fases: Fase 1, "Habilidades para el manejo de la enfermedad", dónde se proporcionó la información teórica y a través de diversas dinámicas se favoreció el autoconocimiento y adquisición de habilidades de los asistentes para afrontar el TBP I; Fase 2, "Metas de vida", en esta fase se implementaron los conocimientos y habilidades adquiridos en la fase anterior para lograr el planteamiento de metas alcanzables y realistas, además de la creación de un plan para poder lograr sus objetivos, el curso psicoeducativo fue impartido por el Dr. Javier Amado Lerma y la Pasante en psicología Itzel Alejandre González, las sesiones eran una vez a la semana con una duración por sesión de dos horas, la duración total del curso psicoeducativo fue de 13 semanas.

Durante la impartición del curso psicoeducativo se proporcionó a los asistentes un cuadernillo de trabajo en el cual se encontraban los anexos para la realización de las dinámicas en cada una de las sesiones, estos anexos incluían los temas de estigma psiquiátrico y estrategias para afrontarlo, la realización de un perfil personal de manía, desencadenantes principales del episodio de manía, perfil personal de depresión, desencadenantes principales del episodio de depresión, plan de acción para manía, plan de acción para depresión, un diario personal de actividades y rutinas de sueño, así como, costo-beneficio de la medicación.

Desde la primer sesión del curso psicoeducativo los pacientes mostraron una notable mejoría en su estado de ánimo al "descubrir" que hay más personas que viven con esta condición, a lo largo del curso fueron descubriendo que sus síntomas, si bien tienen diferencias individuales, los compartían con los miembros

del grupo, expresaron sentirse comprendidos tanto por sus compañeros como por los dirigentes del programa y obtuvieron habilidades de afrontamiento para las diversas situaciones que se presentan a lo largo de la vida comprendiendo que algunas de ellas están directamente relacionadas con su enfermedad, que pueden prevenirse o solucionarse de una forma positiva y que muchas otras pueden presentarse a todo tipo de personas tengan o no la condición de TBP I, lo cual les ayudo a darle un enfoque diferente a las problemáticas a las que se han enfrentado y a la forma de solucionarlo.

Las personas que viven con Trastorno Bipolar (TBP), al igual que todos los enfermos psiquiátricos, siguen siendo estigmatizados dentro de la sociedad en la que vivimos, esta es una de las razones principales por las que las personas que viven con alguna condición psiquiátrica tienden a aislarse y a creer que son los únicos que viven con ese padecimiento, se niegan a aceptar su enfermedad y por consiguiente no siguen el tratamiento como les es indicado. Esto trae consigo consecuencias negativas ya que comienzan a dejar de lado su crecimiento profesional y personal, sus actividades cotidianas, sus hobbies, se alejan de las personas que son importantes para ellos (as), comienzan a perder habilidades sociales, el hecho de no tomar su medicación los lleva a tener un descontrol que puede dar paso a tener episodios de manía y/o depresión que pueden conducirlos a la hospitalización, dependiendo de la gravedad del episodio.

El tratamiento farmacológico es fundamental para el mantenimiento de los pacientes con TBP ya que mediante la administración de los medicamentos se logra la regulación del estado de ánimo y por consiguiente la prevención de episodios maniacos y/o depresivos, es importante mencionar que se proporcionan las dosis adecuadas para cada paciente con la finalidad de tener un buen funcionamiento a nivel cerebral, pero como fue mencionado anteriormente, en muchas ocasiones los pacientes se niegan a llevar su tratamiento como se les indica, una de las causas es que no creen necesitarlo, otra razón es que no aceptan estar enfermos (lo cual puede traducirse en una pobre conciencia de enfermedad), o por los efectos secundarios que tienen muchos de los

medicamentos, por ejemplo, les generan hambre y puede traer como consecuencia el aumento de peso, en algunos pacientes pueden generar la aparición de acné, caída de cabello, rigidez en las articulaciones; además de esto, su autoestima tiende a disminuir a causa de la estigmatización y del sentimiento de minusvalía que ellos mismo tienen, es aquí donde el tratamiento psicológico tiene un papel muy importante ya que en conjunto con la medicación y la atención psiquiátrica se puede conseguir darle una mejor calidad de vida a los pacientes. Los estudios que comparan la eficacia de las terapias psicológicas y farmacológicas muestran que las intervenciones conductuales tienen efectos perdurables en depresión, agorafobia, pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y bulimia (Hollon, 1996). Por otra parte, estas modalidades de intervención también se han utilizado de forma complementaria o combinada en ciertos casos, por ejemplo, trastorno bipolar, en dónde la terapia psicológica va dirigida a favorecer el cumplimiento del tratamiento farmacológico (Bados , García & Fusté 2002).

Lamentablemente no todos los pacientes tienen la oportunidad de acudir a un proceso de terapia psicológica individual, es por esto que se planteó la importancia de impartir un curso psicoeducativo con la finalidad de ayudar a los pacientes en la comprensión y conocimiento de su enfermedad. De la Fuente & Heinze (2011) mencionan que la mayoría de los pacientes se benefician con una psicoeducación estandarizada, terapia cognitivo-conductual y grupos de apoyo, tanto para el paciente como para sus familiares. La evidencia ha demostrado que quienes llevan un proceso combinado de psicoterapia y farmacoterapia son los que presentan una mejor evolución durante el proceso de su enfermedad.

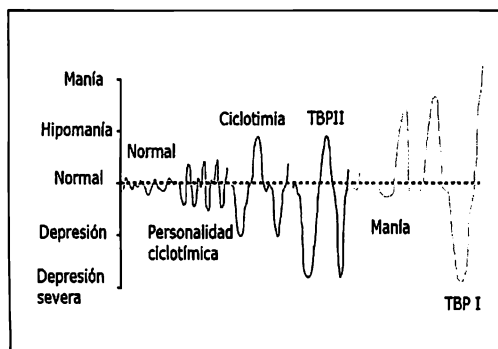
El curso psicoeducativo "Metas de vida" además de proporcionarles información teórica fue estructurado como terapia grupal ya que todos los asistentes cursaban con la misma problemática y podían compartir sus experiencias al respecto; se contaba con dos mediadores: El médico psiquiatra y la psicóloga, los cuales estaban al frente del programa, este programa buscó fomentar la adquisición de habilidades para la resolución de problemas, lo cual propicia que los pacientes

sean capaces de sobrellevar su enfermedad de una mejor manera, así como mejorar la conciencia de enfermedad, lo cual es fundamental para poder manejar de una forma más efectiva su condición médica.

Marco teórico

Capítulo 1. Trastorno bipolar.

El Trastorno Bipolar (TBP) es una condición médica que forma parte de los trastorno del estado de ánimo de acuerdo al DSM-IV-TR, o también conocidos como trastornos afectivos, el afecto hace referencia a los sentimientos y emociones, este tipo de trastornos se caracterizan por alteraciones en los sentimientos (Carlson N., 2002); consiste en la perturbación del estado emocional de una persona, la gente experimenta esta perturbación como depresión extrema, júbilo excesivo o una combinación de estos dos estados emocionales (Halgin R., Whitbourne S., 2009). El TBP se caracteriza por la presencia de episodios de manía o hipomanía y episodios de depresión, debido a estas características,



anteriormente se conocía al trastorno bipolar como enfermedad maniaco- depresiva. En 1978 Spitzer y colaboradores introdujeron en el Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales (DSM-III) los términos “trastorno depresivo”

y “trastorno bipolar” (De la Fuente & Heinze 2011).

Hay diversas variantes en la expresión del trastorno bipolar, en el DSM-IV-TR se hace una distinción fundamental entre dos tipos de TBP: el TBP I y el TBP II.

- TBP I: El individuo experimenta uno o más episodios maníacos con posibilidades, aunque no necesariamente, de haber experimentado uno o más episodios depresivos mayores.

- TBP II: El individuo ha tenido uno o más episodios depresivos mayores y por lo menos un episodio hipomaniaco.

Tanto el estado de manía e hipomanía, como la depresión, serán expuestos de manera más amplia más adelante. Cabe mencionar que dentro de los episodios del Trastorno bipolar, de manera menos frecuente, podemos encontrarnos con las siguientes variantes:

- Episodio mixto: Es un período de al menos una semana de duración en el que se mezclan alteraciones maníacas y depresivas. En escasas horas se puede pasar de estar en la cúspide a estar en el pozo. Afecta entre el 6 - 16 % de los bipolares I (índice de suicibilidad más alto) (Sevillá J., & Pastor C., et al. 2004, citado en Rams A. 2011). Vieta, Colom & Martínez (2004) nos explican que las fases mixtas consisten en una mezcla de síntomas de manía y depresión, el tipo más frecuente se manifiesta con hiperactividad, aceleración del pensamiento y, al mismo tiempo, ideas negativas y pensamientos depresivos. A menudo se acompañan de una gran ansiedad. Algunos pacientes presentan fases mixtas aisladas, pero es más frecuente que las fases mixtas sean la continuación de una fase maníaca o la transición entre una fase maníaca y una depresiva, en especial en los pacientes denominados cicladores rápidos, que a menudo pasan de manía a depresión y a la inversa.
- Cicladores rápidos: Afectan entre el 5 - 15 % de los bipolares y se caracterizan por sufrir habitualmente cuatro o más episodios en un año. Se da más en mujeres y suele asociarse a deficiencias tiroideas (Sevillá J., & Pastor C., et al. 2004, citado en Rams A. 2011).

Bauer M., & McBride L., (2003) mencionan que a menudo, los extremos en el estado de ánimo, ya sea hacia arriba o hacia abajo, significarán una alteración del sentido de la realidad. Esto a veces se vive como lo que los profesionales llaman "Psicosis". Psicosis es un término médico, en esta experiencia tal vez haya alucinaciones, que se refieren a ver o escuchar cosas que otros no pueden. Otras

personas tal vez presenten delirios o creencias inusuales, tales como que le están siendo entregados mensajes especiales. La paranoia es un ejemplo de los delirios. Paranoia significa suspicacia extrema, como creer que los demás están conspirando en su contra. Para algunas personas, las alucinaciones y delirios en particular pueden ser reconfortantes.

De la Fuente & Heinze (2011) Señalan que no hay diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres, la edad más frecuente de inicio es entre los 15 a 44 años de edad. El promedio de inicio oscila entre los 22 y 26 años.

De acuerdo con los resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México 2003 el 1.3% de la población mexicana puede padecer trastorno bipolar tipo I alguna vez en la vida, afectando más a los varones (1.6%) que a las mujeres (1.1%).

Diagnosticar el TBP es un proceso un tanto complicado, por ejemplo, una encuesta de individuos con trastorno maniaco-depresivo o trastorno bipolar llevado a cabo por la Asociación Nacional de Depresión y trastorno Maniaco Depresivo (NDMDA, por sus siglas en inglés) encontró que casi la mitad de la muestra había tenido síntomas durante al menos 5 años, pero no se diagnosticó hasta después de haber visto por lo menos a 3 profesionales de la salud mental (Lish, Dime-Meenan, Whybrow, Price, & Hirschfeld, 1944 en Bauer & McBride, 2003), esto es debido a que la mayor parte de los pacientes acuden al médico cuando comienzan a “sentirse deprimidos”, lo cual es muy notorio para ellos, debido a que comienzan a tener dificultades para dormir, lo cual los mantiene irritables, o, por el contrario pueden dormir demasiado pero a pesar de eso se sienten cansados, agotados, con falta de interés para realizar actividades que normalmente les resultaban placenteras, prefieren permanecer en casa, no convivir con sus amigos, familia, compañeros de trabajo, etc., lo cual les resulta molesto y preocupante, tanto a ellos como a las personas que están a su alrededor, esto es más evidente para quienes conviven con ellos porque notan que su comportamiento es muy diferente al habitual; al referir estos síntomas probablemente les será otorgado el diagnóstico de Trastorno depresivo, por otro

lado, cuando se encuentran en un episodio maniaco, los mismos pacientes referirán sentirse “mejor que nunca” lo cual hará que tanto ellos como las personas que viven o conviven con ellos piensen que se encuentran en un excelente estado de salud o en una etapa favorable de su vida, siendo que están cursando con un problema de salud mental, el cual les resultara preocupante hasta que el paciente comience a tener comportamientos extraños o ponga en riesgo su vida. Es por esta razón que, llegar a un diagnóstico de TBP suele resultar un tanto difícil y es de suma importancia indagar más allá de lo que refieran tanto el paciente como las personas que convivan con ellos para saber si ha cursado con síntomas que puedan dar una evidencia de haber tenido algún episodio relacionado con manía o hipomanía. Los pacientes con Trastorno bipolar, tanto I como II, presentan entre el episodio maniaco y el episodio depresivo un estado llamado eutimia (De la Fuente & Heinze 2011), el cual se puede definir como un estado de ánimo “normal” ya que no se encuentran con síntomas depresivos ni maníacos o hipomaniacos, sino que están cursando con un estado de ánimo equilibrado.

Para poder diagnosticar de manera fundamentada que una persona tiene Trastorno Bipolar I se realiza una serie de preguntas basándose en los criterios diagnósticos encontrados en el DSM-IV-TR, tomando en cuenta que quienes padecen este trastorno han experimentado por lo menos un episodio maniaco , con un posible episodio depresivo mayor (a diferencia del TBP II en el que el individuo experimenta episodios depresivos mayores recurrentes y tienen antecedentes de por lo menos un episodio hipomaniaco, pero no episodios maníacos), además de constatar que la afección no es atribuible a otro trastorno y que los síntomas ocasionan una angustia o deterioro significativos (Halgin, & Whitbourne (2009).

Teniendo en cuenta los costos humanos y financieros asociados con este trastorno y la carga para los pacientes y sus familias, el trastorno bipolar es considerado un problema de salud pública (Dunner, 2003 citado en Batista, Baes & Jurena 2011).

Causas del Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar probablemente es el resultado de una interacción entre múltiples genes que interactúan con factores epigenéticos ambientales y de desarrollo. Los últimos años han visto un aumento de las investigaciones sobre la influencia de las variables psicosociales en la expresión de la vulnerabilidad y el curso del trastorno bipolar. Una gran cantidad de investigaciones han demostrado que los factores psicosociales están relacionados con la función social, familiar, psicológica y ocupacional y pueden ser una influencia de la aparición de los trastornos del estado de ánimo (Post, 1992, 2010; Zavaschi et al, 2002; Juruena, 2004; Postal y Leverich, 2006 citado en Batista, Baes & Jurena 2011).

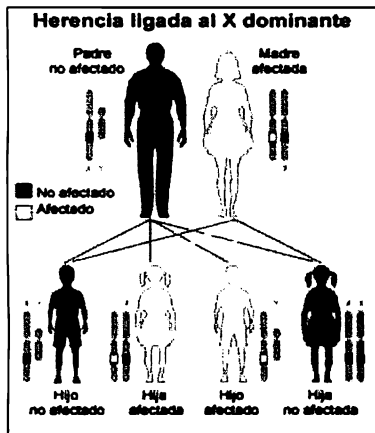
Muchas de las interrogantes acerca de las causas de la enfermedad pueden explicarse por tres factores diferentes pero relacionados entre sí: Genéticos, biológicos y ambientales.

Los factores biológicos implican alteraciones en las funciones de algunas partes del cerebro generado por un desajuste en los neurotransmisores, éstos son las sustancias químicas que regulan las funciones cerebrales. Algunos estudios han informado acerca de anomalías cerebrales en pacientes con trastorno bipolar, pero aun no son concluyentes, por ejemplo, Soares & Mann (1997, citado en Carlson, N., 2002) señalaban que observaron anomalías en el cerebelo y quizás en el lóbulo temporal. El cerebelo recibe información visual, auditiva, vestibular y somatosensorial, así como información acerca de los movimientos musculares individuales dirigidos por el cerebro. Ejerce un efecto coordinador y suavizador de los movimientos. Por otro lado Devets y cols. (1997, citado en Carlson, N., 2002) observaron una reducción del 39 % en el tamaño de una región concreta de la corteza prefrontal medial, esta estructura esta menos relacionada con el control del movimiento y más con la formulación de planes y estrategias.

Los neurotransmisores implicados en esta afección del estado del ánimo son: Dopamina, ésta crea un "terreno favorable" a la búsqueda del placer y de las emociones así como al estado de alerta. Potencia el deseo sexual. Cuando su síntesis o liberación se dificulta puede aparecer desmotivación e incluso,

depresión. Por ello los niveles altos de dopamina se relacionan con buen humor, espíritu de iniciativa, motivación y deseo sexual; Serotonina, los niveles altos de serotonina producen calma, paciencia, control de uno mismo, sociabilidad, adaptabilidad y humor estable. Los niveles bajos, en cambio, generan hiperactividad, agresividad, impulsividad, fluctuaciones del humor, irritabilidad, ansiedad, insomnio, depresión. La Noradrenalina se encarga de crear un terreno favorable a la atención, el aprendizaje, la sociabilidad, la sensibilidad frente a las señales emocionales y el deseo sexual. Al contrario, cuando la síntesis o la liberación de noradrenalina se ven perturbadas aparece la desmotivación, la depresión, la pérdida de libido y la reclusión en uno mismo. En ese respecto, los niveles altos de noradrenalina dan facilidad emocional de la memoria, vigilancia y deseo sexual. Un nivel bajo provoca falta de atención, escasa capacidad de concentración y memorización, depresión y descenso de la libido.

Por otro lado, el factor genético juega a un papel muy importante ya que desde hace tiempo se conoce que el TBP es altamente heredable. Muchos de los



pacientes refieren tener familiares directos que, al igual que ellos, viven con esta condición médica, por ejemplo, padres, abuelos e incluso tíos, esto genera que tengan dudas e incluso estén preocupados de que sus hijos puedan heredarlo. Los datos sugieren que un único gen dominante es responsable de la susceptibilidad a desarrollar un trastorno bipolar (Spence y cols., 1995 citado en Carlson, 2002). Estudios recientes

sugieren que el "gen bipolar" podría estar localizado en los cromosomas 4, 18 o 21, o en el cromosoma X (MacKinnon, Jamison y DePaulo, 1997; Berrettini, 1998 citado en Carlson, N., 2002).

Respecto al factor ambiental podemos decir que la forma de vida de cada individuo, las situaciones a las que está expuesto, la calidad de atención que

recibe así como el ambiente en el que se desenvuelve pueden intervenir en la expresión de las afecciones psiquiátricas. Un evento estresante, el consumo de alguna sustancia, la muerte de alguna persona, un accidente de cualquier índole e incluso el cambio climático pueden ser suficientes para desencadenarlo. Hay quienes durante la época invernal tienden a sentirse tristes, melancólicos, debido al clima de esta estación, hace frío, los días no están muy soleados, al contrario el cielo suele verse nublado, esto puede ser suficiente para propiciar un episodio depresivo en las personas con TBP puesto que son más sensibles a los cambios, por otro lado durante el verano podemos encontrar todo lo contrario, los días son muy soleados, el clima es caluroso, la gente se viste con colores llamativos, al atravesarse el periodo vacacional hay festejo y diversión por todos lados, esto sin lugar a dudas produce felicidad y entusiasmo en todos pero en quienes viven con TBP podía desencadenar un episodio maniaco. A este tipo de episodio se les conoce como episodios estacionales por lo anteriormente descrito.

Tratamiento.

La base del tratamiento del TBP es el tratamiento farmacológico, el cual solo puede ser establecido por un Médico Psiquiatra, los fármacos administrados tienen la función de equilibrar las funciones cerebrales por medio de la estabilización de los niveles necesarios de los neurotransmisores para un funcionamiento óptimo. Estos fármacos traen consigo efectos secundarios, al igual que la ingesta de muchas otras cosas, pero esto puede predisponer a los pacientes a cesar su consumo. Algunos pueden ocasionar pérdida de cabello, aumento de peso, reducción en la fluidez de movimiento, entre otras cosas. Ahí es donde radica la importancia de proporcionar a los pacientes la información respecto a la función de la medicación, teniendo en cuenta que el TBP es una enfermedad que no tiene cura pero llevando el tratamiento farmacológico adecuado y siguiendo las indicaciones de su médico tratante pueden tener un funcionamiento normal y una buena calidad de vida. Algunas de las indicaciones son difíciles de seguir para los pacientes ya que están acostumbrados a consumir ciertas cosas, por ejemplo, bebidas energéticas, refrescos, chocolates, cafeína, tabaco, alcohol e incluso drogas, los cuales deben restringirse para que no

interfieran con la acción de los medicamentos además de que son sustancias estimulantes que son un factor de riesgo para la aparición de una recaída, sobre todo para la aparición de un episodio maniaco.

Otro aspecto de suma importancia son los hábitos de sueño, se pide a los pacientes que procuren dormir de 7 a 9 horas diarias para que tanto su cuerpo como su cerebro puedan tener un descanso reparador, de esta manera tendrán un funcionamiento adecuado y podrán prevenir que se alteren los niveles en sus neurotransmisores. Dormir poco es malo, pero tampoco se recomienda dormir demasiado. Se ha comprobado que dormir poco favorece la manía, mientras que dormir mucho puede favorecer la depresión (Vieta, Colom & Martínez, 2004).

Una de las causas principales para la aparición de una recaída es el abandono de la medicación, en algunas ocasiones es por vergüenza, otras porque los pacientes no aceptan que están enfermos y creen que no necesitan tomar medicamentos, algunas otras personas prefieren tomar medicinas naturales o llevar a cabo otro tipo de actividades como meditación o acudir a sesiones de acupuntura pensando que eso será suficiente para estar bien, pero no es así, los medicamentos son fundamentales y no se pueden sustituir con ninguna otra cosa.

Como podemos observar el mantenimiento de un paciente con TBP implica la modificación de hábitos en distintas estancias, lo cual puede ser difícil y ocasionar que quienes viven con esta enfermedad se rehúsen a seguir las indicaciones e incluso a tomar la medicación como se los han indicado, por esta razón, la familia y amigos cercanos, tienen un papel importante, ya que son ellos quienes pueden ayudar a que se sigan las indicaciones. Un aspecto fundamental es la colaboración entre médico-paciente, si trabajan en equipo se puede tener un pronóstico favorable y mantenerse asintomáticos por un largo periodo de tiempo.

Estigma psiquiátrico

Para las personas es complicado aceptar que han sido diagnosticados con una enfermedad psiquiátrica, sobre todo por el enorme estigma que hay alrededor de ellas, los griegos usaban este término para referirse a los signos corporales que exponían algo inusual y malo acerca del estatus moral de su portador y que lo

identificaban como un esclavo o traidor; una persona marcada, contaminada, que debía ser evitada, especialmente en lugares públicos (Goffman (1963) citado en Flores, Medina, Robles, & Páez. (2012)), otros lo han definido como una “marca” o desviación del “prototipo o norma”, que liga al portador con atributos indeseables que desacreditan su identidad social ante los ojos de los demás (Jones & cols. (1984) citado en Flores & cols. 2012). A pesar de los medios de información, que actualmente son muy diversos, el hablar de enfermedades psiquiátricas para algunas personas sigue siendo un tabú, esto genera una gran desinformación al respecto, simplemente son denominados como “locos” y las personas prefieren estar alejados de ellos por temor o miedo. Esto es generado por los estereotipos establecidos en la sociedad, quienes no estén dentro de lo que la gente considera “normal” no tienen derecho a pertenecer a ciertos grupos o simplemente son ignorados, se huye de ellos, son discriminados, lo cual trae consecuencias negativas a quienes experimentan estos comportamientos por parte de los demás, en este caso, quienes viven con esta condición médica suelen sentirse socialmente rechazados, lo cual puede influir con la adherencia al tratamiento, el tomar medicamentos puede causarles vergüenza, el no poder consumir alcohol, tabaco o incluso otras sustancias debido a la medicación puede hacerlos creer que los demás ya no querrán convivir con ellos, esto puede hacer que se aislen cada vez más y puedan llegar a situaciones de marginación. La convivencia y el apoyo de los demás como ya se ha mencionado es un aspecto importante e indispensable para todos los seres humanos.

Como se mencionó anteriormente, en el TBP se cursa con episodios de manía o hipomanía y episodios de Trastorno depresivo, por lo tanto estas tres condiciones que forman parte de los trastornos anímicos serán explicadas de una manera más amplia a continuación.

Depresión

El trastorno depresivo al igual que el TBP forma parte de los trastornos del estado de ánimo o trastornos anímicos, la característica principal de los trastornos

depresivos es que el individuo siente disforia o tristeza abrumadora (Halgin & Whitbourne, 2009), se caracteriza por una disminución del estado de ánimo que afecta el contorno bio-psico-social de las personas que la padecen (De la Fuente & Heinze, 2011).

En la depresión bipolar hay una gran pérdida de fuerza de voluntad y una gran apatía. A menudo los pensamientos y los actos son más lentos. Es como la cara inversa de la manía: inactividad, tristeza, lentitud, ideas de minusvalía y un gran sufrimiento (Colom, Vieta & Martínez. 2004).

Quienes cursan con esta enfermedad suelen sentir una tristeza en un grado mayor a la que generalmente se podría experimentar por situaciones cotidianas que podrían generar este sentimiento. Si bien es completamente normal sentirse triste, decaído, sin ánimo de realizar algunas actividades o incluso de no ver a algunas personas cuando sucedió algo que nos hizo "sentir mal" esto suele ser momentáneo y desaparecerá en poco tiempo, tal vez en una horas; en cambio, quienes cursan con un episodio depresivo no pueden liberarse de este "malestar", al contrario estos sentimientos negativos comienzan a volverse más agudos. De acuerdo al DSM-IV-TR los criterios diagnósticos para un episodio depresivo son los siguientes:

- a) El paciente debe presentar cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo mínimo de dos semanas, que representen un cambio respecto al funcionamiento previo. No se deben incluir los síntomas que son claramente debidos a una enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
 - Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi a diario, según lo señala el propio paciente.
 - Disminución marcada del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, o casi todos los días.
 - Pérdida importante de peso sin hacer régimen o, por el contrario aumento de peso.

- Insomnio o hipersomnia casi a diario.
 - Agitación o retraso psicomotor casi a diario, observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar flemático (lento).
 - Fatiga o pérdida de energía casi todo el día
- b) Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto (episodio maniaco y episodio depresivo).
- c) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad de la persona.
- d) Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos producidos por el consumo de alguna sustancia (drogas, medicamentos) o de una enfermedad como el hipotiroidismo.

Como se mencionó hace un momento es completamente normal sentirnos tristes en algún momento de nuestras vidas por diversas causas, podemos encontrarnos melancólicos, decaídos y eso generará el poco o nulo deseo de hacer ciertas cosas, pero esto no indica que estemos cursando con depresión. Actualmente es muy común escuchar entre las personas que "están deprimidos", pero no es un término que pueda usarse tan a la ligera, alguien que realmente tenga depresión debe estar bajo tratamiento psiquiátrico, o sea, debe tener un tratamiento farmacológico, ¿por qué debería ser así?, porque si no se trata y se actúa a tiempo puede tener consecuencias fatales. Una persona con depresión comienza a alejarse de la gente, se aísla, tal vez logren realizar algunas actividades por tener el compromiso de hacerlas pero su rendimiento no será igual al que habitualmente tienen, esto les generara problemas en el ámbito laboral y personal, por esto, comenzaran a sentirse inútiles, hay una disminución notable en su autoestima, creerán que no saben hacer nada, así que mejor dejarán de intentarlo. La gente que atraviesa por un episodio depresivo tiene síntomas cognoscitivos que incluyen una visión personal intensamente negativa que se refleja en el sentimiento de que merecen ser castigados (Halgin & Whitbourne, (2009). Su agotamiento puede ser tal que disminuirá la velocidad y el tono para hablar, lo mismo puede suceder con su ritmo de movimiento corporal, el cual se denomina retardo psicomotor (como lo vimos en los criterios diagnósticos); tienen

alteraciones en el sueño, su apetito también se ve afectado, su consumo alimenticio es bajo o en algunos casos puede ser excesivo, sobre todo alimentos chatarra; otra manifestación que suelen tener es el auto reprocharse el actuar que han tenido en situaciones del pasado o sentir una culpa excesiva. Conforme los síntomas se van agravando se pueden presentar síntomas psicóticos, las personas comienzan a escuchar que alguien (que sólo ellos pueden escuchar) les habla, les dice que no valen nada, que no sirven para nada, incluso que sería mejor que estuvieran muertos, todo esto puede generar una ideación suicida y en el peor de los casos desencadenar un intento de suicidio o un suicidio consumado. He ahí la peligrosidad de cursar con depresión y no tener atención especializada para tratarla.

Suicidio

El suicidio es un tema totalmente relacionado con el episodio depresivo y con los episodios mixtos que pueden resultar más peligrosos; si bien, durante un episodio depresivo se tiene ideación suicida e incluso algunos intentos de suicidio y en algunos casos un suicidio consumado, es tanto el agotamiento y cansancio que experimenta la persona, que es menos probable que tenga la energía necesaria para llevarlo a cabo, en cambio, en un episodio mixto además de los síntomas característicos de la depresión se integran síntomas de manía, lo cual le proporcionara a las personas sentimientos de minusvalía excesivos y la energía necesaria para acabar con ese estado.

En el DSM IV-TR no hay un apartado en el que se incluya el suicidio pero eso no quiere decir que no sea un tema importante de abordar, la ideación, intento y conducta suicida están relacionados con los episodios de depresión mayor, debido a que para algunas personas la depresión es tan dolorosa que sus pensamientos se convierten en ideas sobre cómo escapar al tormento que caracteriza cada día (Halgin & Whitbourne, 2009).

De acuerdo a Edwin Shneidman (1984 citado en Halgin & Whitbourne, 2009) quienes tratan de suicidarse intentan comunicar necesidades psicológicas frustradas a personas importantes en su vida; por otro lado de acuerdo a lo citado

por Halgin & Whitbourne (2009), Beck propone que el suicidio es la expresión de sentimientos de desamparo que se activa por la percepción que se tiene de que el estrés es insuperable.

La ideación suicida es común en el trastorno bipolar tipo I y sobre todo en el tipo II (Jurueña et al., 2009 citado en Batista, Baes, & Jurueña, 2011). De acuerdo con Chen y Disalver (1996 citado en Batista & cols. 2011) y Jaminson (2000 citado en Batista & cols. 2011) del 25 al 50% de los pacientes con trastorno bipolar intentan suicidarse al menos una vez en su vida; del 10-19% mueren como resultado de suicidio.

Al atravesar por un episodio de depresión en el que los síntomas se han ido agudizando el riesgo de suicidio es elevado, sobre todo si quien está teniendo ideas suicidas comienza a crear un plan, esto elevaría el riesgo y sería una señal de atención psiquiátrica u hospitalización urgente.

Manía e hipomanía

Al hablar de manía o hipomanía nos estamos refiriendo al estado de ánimo contrario a la depresión ya que quienes la experimentan suelen sentirse exageradamente bien, de hecho pueden llegar a creer que están en su mejor momento pues tienen la energía suficiente para realizar una gran cantidad de actividades, repentinamente comienzan a tener un aumento en el número de amigos o de gente que conocen ya que se vuelven muy extrovertidos, tienen un mayor interés en el sexo debido a que su libido está elevada, esto puede llevarlos a contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o incluso tener embarazos no deseados; hacen nuevos planes que incluyen cosas que anteriormente no les gustaban o no eran de su interés, su seguridad y autoestima se elevan, esto hace que se sientan “invencibles” en todos los aspectos, comienzan a tener conductas de riesgo debido a que dicen ser capaces de realizar cualquier cosa, los ponga o no en peligro, creen tener conocimientos de todo, piensan que los demás no son tan inteligentes como ellos, incluso pueden confrontar a sus profesores, jefes o cualquier persona que represente una autoridad para ellos, por esta razón pueden tener problemas escolares, incluso perder su empleo, tener conflictos en sus

relaciones interpersonales, debido a que uno de los principales problemas de la manía: es la falta de conciencia de enfermedad; Colom & cols. (2004) comentan que, el paciente se siente tan bien que no debe sorprendernos que se niegue a ir al médico o que crea que la familia le fastidia innecesariamente. Por ello también muchos pacientes se niegan a tratarse o abandonan el tratamiento en curso, convencidos de que ya no lo necesitan. Además de las características mencionadas anteriormente podemos agregar que, en algunos casos, comienzan a tener síntomas psicóticos, en los que cursan con alucinaciones, lo cual se refiere a ver o escuchar cosas que solo ellos pueden como fue descrito con anterioridad, tienden a sentir que son personas famosas o sumamente importantes, tanto, que todos hablan de ellos o les mandan mensajes por distintos medios como espectaculares, programas de televisión, revistas, imágenes públicas, periódicos, etc.; pueden sentirse un ser divino con poderes supremos incluso decir que son los elegidos para salvar al mundo. El poseer este nivel de energía hace que las personas no tengan la necesidad de dormir, o que con solo hacerlo dos o tres horas sea suficiente para continuar con la larga lista de actividades a realizar, de hecho pueden pasar varios días sin dormir y a pesar de ello siguen teniendo la misma energía.

De acuerdo al DSM-IV-TR la manía e hipomanía tienen prácticamente los mismos síntomas, los cuales serán enlistados a continuación, lo que las diferencia es la gravedad de éstos:

- **Manía**
 - a) Periodo de estado anímico anormal y persistentemente elevado, amplio o irritable que dura por lo menos una semana.
 - b) Durante este periodo tres o más de los siguientes síntomas han persistido (cuatro si el estado anímico es solo irritable)por al menos dos semanas:
 - Autoestima elevada o grandiosidad
 - Menor necesidad de sueño
 - Más hablador de lo normal o verborreico.

- Vuelo de ideas o pensamiento fugaces, experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
 - Distractibilidad (la atención se desvía con mucha facilidad hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
 - Aumento en la actividad intencionada (ya sea de manera social, laboral, escolar o sexual).
 - Participación excesiva en actividades placenteras con consecuencias potencialmente graves (inmiscuirse en compras excesivas e irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).
- c) Los síntomas no forman parte de un episodio mixto (maniaco/depresivo) y no son atribuibles a una afección médica o al consumo de una sustancia.
- d) La alteración de estado de ánimo es suficientemente grave para provocar deterioro laboral, de las actividades sociales habituales, así como de las relaciones con los demás, o hay síntomas psicóticos.
- e) Los síntomas ocasionan una angustia o un deterioro significativos o necesitan hospitalización para impedir que la persona se haga daño a sí misma o a los demás.
- f) Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (como hipotiroidismo).

Quienes atraviesan por periodos de manía, al no dormir más que un par de horas o incluso no dormir durante toda una noche o más, comienzan a realizar actividades dentro de su hogar o en el sitio donde se encuentren, lo cual es una señal de alarma para quienes vivan con ellos ya que refleja que se está desatando un episodio de manía. Comienzan a hacer planes fuera de lo común y un tanto grandiosos, se corre el riesgo de que toda la energía que poseen en ese momento se transforme en irritabilidad y puedan volverse agresivos si alguien no los apoya con sus planes o simplemente les hace ver que no son realistas. Como puede verse el estar en un estado de manía puede ser riesgoso tanto para quien este cursando con ella como a quienes están a su alrededor, no solo por la agresividad,

al tener la tendencia a realizar compras excesivas pueden gastar grandes cantidades de dinero en cosas que no son necesarias, incluso pueden comprar muchos artículos iguales, simplemente porque quieren tenerlos o desean regalárselos a alguien más, si sus familiares no se percatan de estos gastos a tiempo podrían encontrarse con deudas enormes e imposibles de solventar. Por otro lado tenemos a la Hipomanía, para ser diagnosticada debe cumplir con los siguientes criterios diagnósticos.

- **Hipomanía**

- a) Periodo del estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos cuatro días que se diferencia claramente del estado de ánimo habitual y es observable por los demás.
- b) Durante este periodo han persistido tres o más de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable):
 - Autoestima exagerada o grandiosidad.
 - Disminución de la necesidad de dormir (se siente descansado tras sólo tres horas de sueño).
 - Más hablador de lo habitual o verborreico.
 - Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento esta acelerado.
 - Distractibilidad (la atención se desvía con mucha facilidad hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
 - Aumento en la actividad intencionada (ya sea de manera social, laboral, escolar o sexual) o activación psicomotora.
 - Participación excesiva en actividades placenteras con consecuencias potencialmente graves (inmiscuirse en compras excesivas e irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).
- c) El episodio está asociado con un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando esta asintomático.
- d) La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

- e) El episodio no es lo bastante grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización ni hay síntomas psicóticos.
- f) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento u otro tratamiento) ni una enfermedad médica (como el hipotiroidismo).

Como se había mencionado, los síntomas en la manía y la hipomanía son muy similares, lo que los diferencia es la gravedad que hay en ellos, en un episodio de hipomanía, a diferencia de la manía no se presentan conductas de riesgo, hay muy pocas o nulas posibilidades de que se metan o metan en problemas a los demás. En realidad quienes transitan por estos episodios suelen sentirse más creativos, tienen la capacidad de aprender muchas cosas en un menor periodo de tiempo, así como tener un mejor rendimiento escolar o laboral según sea el caso.

Algunos pacientes confunden algunos síntomas de la manía con los de la depresión. Es cierto que hay síntomas comunes, como pueden ser el insomnio o a veces la pérdida de peso y la irritabilidad, pero muchas veces la manía se acompaña de labilidad emocional, es decir, de más emotividad y sensibilidad, lo cual puede manifestarse mediante el llanto. Así, llorar o conmovirse no es siempre un síntoma de depresión; también puede ser un síntoma de manía. En la manía también pueden observarse cambios bruscos de humor, lo cual es menos frecuente en la depresión (Colom et al 2004).

Las fases mixtas consisten en una mezcla de síntomas de manía y depresión. Son difíciles de diagnosticar y causan un gran sufrimiento tanto al paciente como a su familia. El tipo más frecuente se manifiesta con hiperactividad, aceleración del pensamiento y, al mismo tiempo, ideas negativas y pensamientos depresivos. A menudo se acompañan de una gran ansiedad.

Para que pueda diagnosticarse cualquiera de los dos episodios deben cumplirse los criterios diagnósticos anteriormente mencionados por un lapso mayor a dos semanas.

Capítulo 2. Psicoeducación y atención terapéutica individual.

El tratamiento farmacológico se considera indispensable en el trastorno bipolar. Sin embargo, a pesar de los avances en esta área con el desarrollo de nuevos medicamentos con menos efectos secundarios y una mayor eficacia, el tratamiento sigue siendo sub-óptimo. Tratamientos médicos recientes se han centrado en el alivio efectivo de los síntomas, pero estos no han reducido suficientemente la carga de la enfermedad o el funcionamiento normal (Goldberg, Harrow & Grossman, 1995 citado en Batista et al 2011).

Si bien, el tratamiento farmacológico es imprescindible y no se puede sustituir con nada, una forma de brindar un tratamiento integral es proporcionando psicoeducación a los pacientes, así como intervención psicológica. De acuerdo a lo mencionado en el capítulo anterior el TBP no puede curarse pero si puede mantenerse, para esto, se necesita medicación a lo largo de la vida de los pacientes a partir del momento en que hayan sido diagnosticados, la adhesión al tratamiento es un tema importante puesto que de ello depende la estabilidad de quienes viven con esta condición. Es evidente que la adhesión a largo plazo para el tratamiento no se puede mantener, a menos que el paciente crea plenamente que es necesario, por lo tanto se necesita un puente psicoterapéutico (Sibel, Rakel, Zeynep, Olcay; 2009). Prien y Rush (1996 citado en Becoña y Lorenzo 2001) dicen que es claro que la farmacoterapia sola no permite cubrir las necesidades de muchos pacientes bipolares. Incluso con una adecuada medicación, muchos pacientes fracasan en conseguir una completa recuperación de los episodios agudos y manifiestan déficits sintomáticos y funcionales durante el período interepisodios. De hecho, hay pruebas de que las intervenciones psicológicas pueden mejorar el resultado cuando se utilizan junto con la farmacoterapia de mantenimiento (Bauer et al, 2006;.. Scott et al., 2007; Beynon et al, 2008; Miklowitz, 2008 citado en Sibel & cols. 2009).

Los pacientes bipolares presentan problemas en las dimensiones relacionadas con la calidad de vida, tales como el deterioro funcional, dificultades en la

obtención y mantenimiento del empleo y los problemas interpersonales (Dean, Gerner y Gerner, 2004 citado en Batista T., Baes C., & Juruena M., 2011). Según Judd et al. (2008 citado en Batista & cols. 2011), los pacientes con trastorno bipolar experimentan algún grado de discapacidad durante la mayor parte del seguimiento a largo plazo (54 a 59% de los meses), incluyendo 19 a 23% de los meses con moderada discapacidad y 7.9% de los meses con severa discapacidad.

Por otra parte, incluso los pacientes que reciben la dosis de la medicación requerida permanecen sin recaída durante un máximo de sólo 2 o 3 años (Solomon, Keitner, Miller, Shea y Keller, 1995 citado en Batista et al 2011). Por lo tanto, los datos sobre los pobres resultados del tratamiento farmacológico en el 50% de los pacientes con trastorno bipolar han dado lugar a una creciente conciencia de la necesidad de enfoques psicológicos combinados con medicamentos (Goldberg, Harrow & Grossman, 1995; Juruena, 2001; Calabrese et al. 2004 citado en Batista et al 2011).

Varios estudios han demostrado que las intervenciones psicoterapéuticas como coadyuvantes a la farmacoterapia puede ser beneficiosas en el cumplimiento de algunas de las necesidades no satisfechas del tratamiento a largo plazo realizadas únicamente con la farmacoterapia (Miklowitz, George Richards, Simoneau y Suddath, 2003; Sajatovic, Davies y Hrouda, 2004 ; Lam, McCrone, Wright y Kerr, 2005; Miklowitz, 2008 citado en Batista et al 2011).). De acuerdo con Batista et al. (2011) la psicoeducación también parece ser una intervención clave en la mejora de la adherencia al tratamiento y mejora de los resultados a largo plazo en varias condiciones médicas. La psicoeducación en el trastorno bipolar le da al paciente un enfoque teórico y práctico para entender la enfermedad, reconocer recaídas, y desarrollar estrategias eficaces para hacer frente a los síntomas de la enfermedad (Colom, Vieta, Martínez, Jorquera y Gastó, 1998; González-Pinto et al, 2004;. Colom y Lam, 2005; Rouget y Aubry, 2007; Colom, 2011 citado en Batista et al 2011).

La psicoeducación es un enfoque efectivo que pretende enseñar la importancia de la regularidad del estilo de vida, hábitos saludables, la detección temprana de los

signos prodrómicos y mejorar la adherencia al tratamiento (Colom y Vieta, 2006 citado en Sibel et al, 2009). En dos ensayos aleatorios controlados, se añadió en un grupo la psicoeducación a la farmacoterapia, se encontró que retrasó el tiempo de recurrencia y hospitalizaciones a lo largo de un período de 2 años (Colom et al., 2003 citado en Sibel et al, 2009). La psicoeducación es un componente esencial del tratamiento combinado para el TBP, como lo demuestra el hecho de que todas las intervenciones psicológicas probadas con éxito contienen elementos psicoeducativos clásicos, como la mejora de la conciencia enfermedad, el afrontamiento a la estigmatización, la mejora de la adherencia al tratamiento, la enseñanza al paciente y la familia para identificar signos y síntomas primarios, la promoción de hábitos saludables, la regularización del estilo de vida y evitar el abuso de sustancias.

El implementar un programa de psicoeducación tiene como objetivo, además de proporcionar conocimientos, fungir como un grupo de apoyo en el que, a través de la alianza terapéutica, los asistentes se conviertan en coparticipes activos en el manejo de su enfermedad, colaborando directamente con quienes se encarguen de dicho programa (psiquiatra y psicólogo generalmente) para mejorar la conciencia de enfermedad, la implementación del seguimiento estricto de la toma de los psicofármacos explicando la importancia y funcionamiento de éstos, proporcionar y reforzar técnicas de afrontamiento para la enfermedad y sus implicaciones, así como ayudar al reconocimiento de los síntomas tempranos y por consiguiente a la prevención de una recaída, la cual puede conducirlos a la hospitalización.

Pino A., Belenchón M., Sierra P., & Livianos L. (2008) refieren que psicoeducar no consiste únicamente en informar a los pacientes bipolares acerca de la enfermedad que padecen, puesto que, la psicoeducación está basada en el modelo biopsicosocial y proporciona al paciente un acercamiento teórico y práctico hacia la comprensión y el afrontamiento hacia las consecuencias de la enfermedad (Colom 1998 en Pino A., Belenchón M., Sierra P., & Livianos L. 2008). Por otro lado, Colom (citado en Pino A., Belenchón M., Sierra P., &

Livianos L. 2008) menciona que la psicoeducación no solamente está indicada para pacientes con mala evolución y con mala conciencia de enfermedad, sino que es una terapia útil incluso para aquéllos que no tienen problemas de adherencia y puede conformar un modelo triangular basado en estilos de vida regulares y hábitos sanos, detección de síntomas prodrómicos e intervención temprana y complementación terapéutica.

De acuerdo con Colom & Vieta (2004) los estudios pioneros en el campo de la psicoeducación se llevaron a cabo en los EE.UU. por Peet y Harvey e informaron algunos cambios en las actitudes de los pacientes que consumían litio. En Europa, los estudios de Eduard van Gent mostraron una disminución significativa de la conducta no conforme y hospitalizaciones entre los pacientes con psicoeducación.

Se ha encontrado evidencia sobre la eficacia de la psicoeducación centrada en la familia, en los estudios realizados por el grupo de Colorado guiada por David Miklowitz (2003 citado en Colom y Vieta 2004), realizaron un estudio aleatorio entre los 101 pacientes bipolares que fueron estabilizados con terapia farmacológica de mantenimiento y fueron asignados al azar para recibir 21 sesiones de tratamiento basado en el manual psicoeducativo centrado en la familia o dos sesiones de educación familiar y seguimiento de la gestión de crisis, ambos tratamientos fueron prestados a través de un período de 9 meses. Después de 2 años de seguimiento, los pacientes asignados al tratamiento psicosocial tuvieron menos recaídas y lapsos más largos entre recaídas, bajaron significativamente las tasas de falta de adherencia en comparación con los pacientes asignados a la intervención más corta e incluso algunas mejoras en ciertos síntomas del estado de ánimo. Por lo tanto, hay que destacar el gran beneficio que los profesionales pueden esperar de utilizar este enfoque integral, especialmente cuando se combina con otras terapias individuales.

Colom & Vieta (2004) mencionan cuales son los componentes esenciales de un curso psicoeducativo para pacientes con TBP y sus familiares, los cuales son los siguientes:

1. Información sobre las altas tasas de recurrencia asociadas a la enfermedad y su condición crónica.
2. Información sobre factores desencadenantes y un entrenamiento personal para ayudar a los pacientes a identificar sus desencadenantes individuales.
3. Información sobre agentes psicofarmacológicos, sus ventajas y sus efectos secundarios potenciales.
4. La formación en la detección temprana de los síntomas prodrómicos.
5. Composición de un "plan de emergencia".
6. Capacitación en gestión de los síntomas.
7. La información sobre los riesgos asociados con el uso de drogas, café y alcohol.
8. El estrés en la importancia de mantener las rutinas, especialmente hábitos de sueño.
9. La promoción de hábitos saludables.
10. Capacitación sobre el manejo del estrés.
11. Información concreta acerca de algunas cuestiones como el embarazo y los trastornos bipolares y el riesgo de suicidio.
12. Hacer frente a la estigmatización y otros problemas sociales relacionados con la enfermedad que los pacientes bipolares no pueden discutir fácilmente con sus amigos o familiares.

Cabe mencionar que el proyecto psicoeducativo "Metas de vida" cuenta con esos aspectos en su diseño e impartición.

En lo que a la intervención psicológica se refiere, Munksgaard B. (2004), nos dice que en algunas ocasiones la medicación no es suficiente para el mantenimiento de los pacientes porque día a día se enfrentan a diversos "retos" psicosociales, es por esto que su tratamiento debe ser complementado con psicoterapia, ya que los dos enfoques (farmacológico y psicológico) comparten muchas metas a pesar de tener diferente especificidad en las vías de tratamiento, entre sus objetivos comunes se encuentran la profilaxis de recaídas, la evitación del consumo de drogas, el tratamiento de la ansiedad y el insomnio, hacer frente

al deterioro funcional y la prevención del suicidio; sin embargo, la estabilización de los episodios agudos y el tratamiento de síntomas asociados, tales como la psicosis, sigue siendo del reino exclusivo del tratamiento farmacológico.

Es difícil asegurar que tipo de intervención psicológica es ideal para abordar problemáticas específicas, pero es conocido que la intervención psicológica por excelencia para el trastorno bipolar es la basada en el modelo cognitivo-conductual, debido a que una parte importante de las modificaciones en la conducta depende de los cambios en la cognición. El concepto de cognición hace referencia casi exclusivamente a las verbalizaciones conscientes o de fácil acceso a la conciencia. Las cuales constituyen la base sobre la que se asienta la experiencia humana (Tomás, Almenara, Gondón & Batlle 2007-2008).

De acuerdo a lo expuesto por Tomás & cols. (2007- 2008) los modelos cognitivo-conductuales combinan modelos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información, al integrar estos dos postulados teóricos, la teoría conductual y cognitiva integran los factores internos y externos del sujeto, es de suma importancia poder brindarle esto a los pacientes psiquiátricos y en lo que respecta a este documento a los pacientes con TBPI, ya que al modular su forma de percibir su enfermedad podrán hacerse modificaciones progresivas en su forma de actuar ante distintos aspectos, por ejemplo, la toma de sus medicamentos, así como algunas consecuencias, por llamarlo de algún modo, que trae consigo este padecimiento, como el estigma psiquiátrico y la discriminación generada por éste mismo.

En relación a aspectos psicopatológicos los modelos cognitivos plantean que las cogniciones son vías causales de un trastorno; si bien no excluyen la coexistencia de otros factores que también pueden explicar su etiopatogenia (Tomás et al 2007-2008).

En el modelo conductual se subraya la conducta individual observable, así como los factores medioambientales que pueden generar y/o mantener una conducta determinada; sosteniendo que cuando hay factores constantes lo que determina la

diferencia en las conductas entre los individuos es el aprendizaje. Por otro lado en el modelo cognitivo son más importantes los pensamientos y las sensaciones, hay un énfasis en las creencias personales, las actitudes, las expectativas, las atribuciones y otras actividades cognitivas para procurar comprender y predecir la conducta, especialmente la psicopatológica (Tomás et al 2007-2008).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto se denota la importancia y funcionalidad de integrar estos dos modelos, ya que a partir de uno se puede modificar el otro en los individuos.

Las teorías cognitivas aseguran que los individuos son participantes activos en su entorno, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos y sensaciones y aprendiendo de sus propias respuestas (Tomás et al 2007-2008). Es importante agregar que las percepciones no siempre son las correctas, lo cual puede generar interpretaciones erróneas y por ende acciones negativas. Esto es algo muy común, no solo en las personas que viven con condiciones psiquiátricas, sino en las personas en general, en ocasiones podemos mal interpretar algún evento, situación, mensaje y actuar de una forma impulsiva sin antes tomarnos el tiempo de comprenderlo y analizarlo. Es un fenómeno muy común pero las consecuencias de esto no siempre tienen el mismo impacto. En las personas que tienen TBPI el no procesar correctamente ciertas cosas puede traer consigo daños hacia su salud, de ahí la importancia de proporcionarles atención psicológica individual y, por supuesto, psicoeducación.

Tomás et al (2007-2008) mencionan la perspectiva de Beck, la cual dice que, el individuo desarrolla un esquema en el que se ve a sí mismo y a otros en el medio ambiente. Este esquema afecta lo que percibe, renombra y prioriza como importante. Cuando aparece algún síntoma de psicopatología se hipotétiza que los esquemas activados son desadaptados, como resultado una persona puede mostrar errores sistemáticamente en el proceso de información, de manera que puede generalizar, tener una atención selectiva, magnificar o minificar, personalizar o hacer arbitrariamente referencias sobre la información que se recibe.

Si bien la intervención cognitivo-conductual es de suma importancia para el tratamiento del TBP no debe excluirse a otras intervenciones psicológicas puesto que todas tienen resultados positivos, pero es bien sabido que no todas las personas son aptas o se sienten cómodas con todas las intervenciones, independientemente de si están diagnosticados con TBP o algún otro trastorno psiquiátrico o si no lo están. Algunos de los inconvenientes pueden ser el tiempo de las intervenciones, algunas son más breves que otras y en algunas ocasiones las personas prefieren acudir un menor número de veces a las sesiones puesto que esperan tener resultados rápidos, otro aspecto sería la disposición que cada persona tenga para cooperar con el terapeuta, esto hace referencia a la cantidad de información que le proporcionan.

La terapia familiar y terapia marital es otra de las intervenciones importantes para los pacientes con TBP debido a que el contexto familiar se ve afectado. Una vez que se padece el trastorno las interacciones maritales son problemáticas, si se está casado o se vive en pareja, además las relaciones familiares se complican o se hacen difíciles. En los estudios realizados ha sido de gran relevancia, igual que en la esquizofrenia, estudiar la emoción expresada, especialmente la alta emoción expresada, dado que cuando el paciente tiene un episodio bipolar ésta es característica, dado que uno o más miembros de la familia se van a mostrar hostiles, críticos o con actitudes de sobre implicación emocional. Además, la alta emoción expresada aumenta la probabilidad de recaída (Miklowitz et al., 1988 citado en Becoña & Lorenzo 2001). Ante la relevancia de esta problemática, se han desarrollado distintas intervenciones orientadas a la pareja o a la familia del paciente bipolar.

Becoña & Lorenzo (2001) mencionan la terapia interpersonal y del ritmo social (IPSRT) la cual fue desarrollada por Frank et al. (1994). Esta terapia es de tipo individual, se centra en dos aspectos básicos: las relaciones e interacciones interpersonales y establecer ciclos rítmicos (ritmos circadianos) o rutinas cotidianas. Este tipo de terapia no tiene una duración concreta por la necesidad de un tratamiento a largo plazo, dada la condición crónica de la enfermedad. Da una

gran importancia a la regulación del sueño que, como se sabe, es de gran relevancia en este trastorno. Si se regula el sueño esto incide positivamente en su estado emocional. Si además identifica adecuadamente los eventos vitales que le llevan a la ruptura de sus rutinas y las relaciones interpersonales problemáticas, todo ello conduce no sólo a una mejora de su estado emocional, sino también de su vida social.

Vera-Villarroel (2004) nos dice que en Psicología Clínica existen diversos tipos de terapias e intervenciones para la mayoría de los trastornos, principalmente en lo referente a los trastornos emocionales, y no siempre se cuenta con apoyo empírico para la mayoría de estas. De acuerdo con Bados & cols. (2002) el primer paso para determinar la eficacia de la terapia psicológica es demostrar que los tratamientos son superiores a la recuperación espontánea (no tratamiento). La recuperación espontánea, sin terapia psicológica formal, ha sido cifrada en un 30-40% de los casos, aunque los datos varían según los trastornos, plantean que es difícil y un tanto inapropiado hacer comparativos sobre la eficacia de las distintas intervenciones pero de acuerdo con algunos meta análisis que se han llevado a cabo, las terapias conductuales incluyendo las cognitivo-conductuales han arrojado resultados positivos para abordar trastornos psiquiátricos como trastorno límite, trastorno bipolar, trastornos alimenticios, trastorno obsesivo compulsivo, en comparación con intervenciones psicodinámicas. Igualmente mencionan que no tiene sentido decir que un tratamiento es eficaz para cierto problema, porque siempre se necesita más investigación para saber, por ejemplo, qué tratamiento debe ser seleccionado o cómo debe ser modificado en función de las características del cliente. Es cierto que se requiere seguir investigando, pero pasar por alto lo que se sabe hasta el momento implica privar a los pacientes de tratamientos que pueden serles útiles y coloca a los psicólogos en una posición de desventaja respecto a los psiquiatras.

El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE por sus siglas en inglés) y la Asociación Británica de Psicofarmacología (Centro Nacional de Colaboración para la Salud Mental (NCCMH), 2006, 2009; Goodwin, 2009 citado

en Candini, Buizza, Ferrari, Caldera, Ermentini, Ghilardi, Nobili, Pioli, Sabauda, Sacchetti, Saviotti, Seggioli, Zanini, Girolamo G, 2013) recomiendan una intervención psicológica a largo plazo en asociación con el tratamiento farmacológico para los pacientes con enfermedad bipolar.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado se puede decir que los componentes necesarios para un buen tratamiento psicológico serían la psicoeducación, el mejorar la adherencia a la medicación, terapia individual cognitiva-conductual o interpersonal y terapia marital o familiar (Craighead et al., 1998 citado en Becoña & Lorenzo 2001). Esto es una parte fundamental para proporcionarle a los pacientes una buena calidad de vida, la cual es posible si se les da la oportunidad de aprender más acerca de su enfermedad ya que esto les ayuda a comprenderla y poder participar activamente en conjunto con su médico tratante y su psicoterapeuta para poder tener un mejor control y poder prevenir episodios agudos; además, el adquirir habilidades que les ayuden a afrontar las situaciones difíciles les da un panorama positivo acerca de las posibilidades que tienen de realizar y llevar a cabo sus planes, esto los convierte en seres funcionales y por consiguiente aumenta su autoestima al sentirse capaces de hacer un sin número de cosas.

Método. Programa de intervención

Planteamiento del problema.

Muchas de las trabas que pueden surgir en el tratamiento de los pacientes con Trastorno Bipolar I (TBP I) son debidas a la desinformación que éstos tienen sobre su propio padecimiento, si bien, sus médicos tratantes procuran explicarles y aclarar sus dudas, en muchos casos no es suficiente para ellos. El ser parte de un grupo psicoeducativo podrá ayudarles a comprender mejor su enfermedad y de esta manera tendrán un tratamiento integral en el que tanto psiquiatras como psicólogos puedan actuar por el bienestar de los pacientes.

Pregunta de investigación.

¿Qué impacto tendrá el proyecto de psicoeducación “Metas de vida” en la conciencia de enfermedad y apego al tratamiento en pacientes con TBP I de la Clínica de Trastornos del Afecto perteneciente al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz?

Objetivo general.

Los objetivos fundamentales de la investigación realizada por el Dr. Javier Amado Lerma, en la cual participé como colaboradora, para la realización de su tesis de alta especialidad fueron: determinar si el modelo psicoeducativo “Metas de vida” generaba diferencias en los pacientes en cuanto a la conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, afrontamiento de situaciones y solución de problemas, evolución clínica y calidad de vida.

Hipótesis de trabajo.

Los pacientes con diagnóstico de TBP I que participen en el grupo psicoeducativo tendrán una notable mejoría en cuanto conciencia de enfermedad, apego o adherencia al tratamiento, comprensión general de su padecimiento, adquirirán recursos y habilidades para la solución y afrontamiento de problemas, habrá mejoría en su evolución clínica y por ende, tendrán una mejor calidad de vida.

Variables

Variable dependiente: Conciencia de enfermedad, apego al tratamiento.

Variable independiente: Programa de psicoeducación “Metas de vida”.

Muestra

El proyecto psicoeducativo “Metas de vida” fue destinado a pacientes que acuden al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz para manejo y control de su enfermedad siempre y cuando cumplieran con los siguientes criterios:

- Hombres y mujeres
- Tener entre 18 y 60 años de edad
- Acudir de forma voluntaria
- Pacientes con criterios diagnósticos para Trastorno Bipolar I, en estado de eutimia.
- Estar con tratamiento farmacológico bajo acuerdo de guías clínicas de tratamiento.
- Pacientes recién egresados de hospitalización sin antecedente de asistencia a grupo psicoeducativo.
- Pacientes que no hayan recibido psicoeducación previamente.

Fue un total de 30 pacientes, los cuales firmaron un consentimiento informado para su participación en la presente investigación, fueron divididos de la siguiente manera: 15 pacientes en grupo control y 15 pacientes en grupo experimental “Metas de vida”, de los cuales 21 eran mujeres y 8 eran hombres con diagnóstico de TBPI de acuerdo a la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).

Instrumentos

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la “Salpêtrière” en París y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998; cuyo objetivo es la orientación diagnóstica, sirve para diagnosticar depresiones, fobias, suicidios, trastornos de ansiedad generalizada, agorafobia, abuso o dependencia de sustancias tóxicas.

Para determinar si los pacientes se encontraban en estado de eutimia se realizó la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Escala de Hamilton para depresión (HDRS), desarrollada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala.
- Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) fue diseñada específicamente para evaluar el cambio en la intensidad de la sintomatología depresiva como resultado de la intervención terapéutica. Deriva de una escala de evaluación de síntomas más amplia (Comprehensive Psychopathological Rating Scale, CPRS), de la que se seleccionaron aquellos ítems que mostraban mayor sensibilidad al cambio terapéutico. Es una escala heteroaplicada de 10 ítems que evalúan sobre todo síntomas cognitivos y de alteración del estado de ánimo. Para cada ítem la escala contempla 7 niveles de intensidad / gravedad, puntuados de 0 a 6, de los cuales cuatro (0-2-4-6) están predefinidos y los tres restantes (1-3-5) se reservan para situaciones intermedias en las que no es posible asignar con claridad el grado de intensidad sintomática a alguno de los niveles anteriores.
- Escala de Young. La YMRS es una escala de 11 ítems destinada a la medición continua de la intensidad de los síntomas maníacos. Se desarrolló como un instrumento para ser usado por clínicos. Sus autores proponen que las puntuaciones se basen en una entrevista clínica de entre 15 y 30 min de duración, que se tomen en consideración los comentarios subjetivos del entrevistado, además de la observación del evaluador (Coloma F., Vietaa E., Martínez-Arána A., Garcia-Garciab M., Reinaresa M., Torrenta C., Goikoleaa J., Banúsb S., & Salameroc 2002).
- Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS II).

Una vez que la puntuación de las pruebas anteriormente mencionadas demostraba que los participantes se encontraban en estado de eutimia, formaban parte de la población de estudio ya sea en el grupo control o en el grupo experimental dependiendo de la disponibilidad de cada uno de los pacientes. Como parte de la investigación se aplicó la siguiente escala al inicio del programa "Metas de vida" y al finalizar el mismo con la finalidad de observar de forma cuantitativa si la psicoeducación generaría algún cambio en los rubros que abarca dicha escala.

- Escala de Insight de Camprubi (IS). Es una escala autoaplicable que evalúa el insight de forma multidimensional, consta de 8 ítems en los cuales se busca analizar la conciencia de tener una enfermedad mental, la correcta atribución de los síntomas de la enfermedad y la conciencia de la necesidad de recibir tratamiento. Camprubi. Et al. realizó la validación de la escala al idioma español.

Escenario.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz fue concebido por su fundador como una institución capaz de transformar nuestra manera de entender la enfermedad mental a partir de la investigación, de la traducción de los hallazgos científicos en programas, en mejores prácticas para la prevención de la enfermedad, en la atención de las personas que enferman y en recomendaciones para las políticas públicas; una parte importante de este esfuerzo ha sido la formación de profesionales de la salud mental.

El proyecto psicoeducativo se llevó a cabo en el aula de usos múltiples ubicada en el edificio de sub-especialidades al que pertenece la clínica de trastornos del afecto, dicha aula contaba con sillas, mesas, corriente eléctrica y pizarrón. Era un

espacio amplio en el que las sillas podían colocarse en media luna para favorecer la comunicación entre los asistentes y los presentadores.

Tipo de estudio.

Estudio cuantitativo-cualitativo, usando la técnica test- retest debido a la aplicación de la escala Insight de Camprubi al inicio y al término del proyecto con la finalidad de hacer un análisis comparativo.

Diseño estadístico.

Los resultados obtenidos de la aplicación de la escala insight de Camprubi fueron analizados en el programa IBM SPSS Statics.

Procedimiento.

Fases del proyecto psicoeducativo “Metas de vida”.

El proyecto psicoeducativo “Metas de vida” se llevó a cabo en dos fases, las cuales se realizaron a lo largo de 13 semanas.

Como parte complementaria de la investigación y con la finalidad de tener evidencia cuantitativa, tanto al inicio de la fase 1 como de la fase 2 se proporcionó a los pacientes la Escala de Insight de Camprubi (IS) para observar si había algún cambio y/o mejoría en la conciencia de enfermedad después de haber asistido al curso psicoeducativo “Metas de vida”.

La Fase 1 dio inicio con un total de 16 pacientes a quienes se les proporcionó un cuadernillo de trabajo que contenía material didáctico realizado con la finalidad de que el paciente trabajara en identificar las características clínicas que él/ella ha manifestado en la evolución de su padecimiento, los rubros de aprendizaje fueron: identificación de un episodio agudo, signos y síntomas tempranos, impacto del empleo de sustancias adictivas y apego al tratamiento. Dicha fase se realizó en un total de seis sesiones con una duración de 90 minutos cada una, realizándose una vez a la semana, en las cuales se desglosaron los temas de la siguiente manera:

- 1) Introducción al Trastorno Bipolar.
- 2) Perfil personal de manía.

- 3) Plan de acción de manía.
- 4) Perfil personal de depresión.
- 5) Plan de acción de depresión.
- 6) Tratamiento para Trastorno Bipolar: Higiene de sueño, relación de colaboración con el médico, tratamiento farmacológico, tratamiento psicoterapéutico.

La asistencia de los 16 pacientes permaneció a lo largo de la fase 1, quienes de forma individual tuvieron el mínimo del 80% de asistencia, a pesar de que dos pacientes presentaron un episodio de hipomanía y una paciente presentó un episodio depresivo leve.

La Fase 2 dio inicio con la asistencia de los 16 pacientes que trabajaron en la fase 1; dicha fase consistió en definir las metas individuales, que sean importantes para el paciente y permitan mejorar su calidad de vida, haciendo uso del conocimiento y las herramientas adquiridas durante la fase 1, se realizaron siete sesiones de forma semanal que tuvieron una duración de 120 minutos cada una, en las cuales se buscó describir los siguientes temas:

- 1) Sesión de orientación.
- 2) Descripción del desafío.
- 3) Identificación de la meta.
- 4) Desarrollo de sub-metas.
- 5) Modificación del comportamiento y monitoreo del progreso.
- 6) Identificación de dificultades y obstáculos.

La asistencia durante la fase 2 fue variable ya que al finalizar se contó con un total de 10 pacientes que cumplieron con el 80% de asistencia.

La duración de las sesiones de esta fase aumentó 30 minutos debido a la participación y el deseo de retroalimentación manifestado por los participantes.

Actividades realizadas

Para ambas fases 1 y 2 se proporcionó a los pacientes un cuadernillo de trabajo, cuyas actividades denominadas "Anexos" fueron traducidas al español para adecuarlas a la población a la que estaban dirigidas.

En la fase uno se realizaron las siguientes actividades por medio del cuadernillo de trabajo:

Sesión 1.

Anexo 1. Espectro del trastorno del estado de ánimo.

Anexo 2. Cerebro.

Anexo 3. Neurotransmisión.

Anexo 4A. Estigma psiquiátrico.

Anexo 4B. Estrategias para afrontar el estigma psiquiátrico.

Sesión 2.

Anexo 5. Perfil personal de manía.

Anexo 6. Desencadenantes personales del episodio de manía.

Sesión 3.

Anexo 7. Respuestas ante el episodio maniaco/ estresores que pueden desencadenar un episodio maniaco - 1: Costos y beneficios.

Anexo 8. Respuestas ante el episodio maniaco/ estresores que pueden desencadenar un episodio maniaco - 2: Costos y beneficios.



Anexo 9. Plan de acción: Esquema de estrategias de afrontamiento para la manía/ estresores que pueden desencadenar un episodio maniaco.

Anexo 10. Plan de acción para la manía.

Sesión 4.

Anexo 11. Perfil personal de depresión.

Anexo 12. Desencadenantes personales del episodio de depresión.

Sesión 5.

Anexo 13. Respuestas ante el episodio depresivo / estresores que pueden desencadenar un episodio depresivo - 1: Costos y beneficios.

Anexo 14. Respuestas ante el episodio depresivo / estresores que pueden desencadenar un episodio depresivo - 2: Costos y beneficios.

Anexo 15. Plan de acción: Esquema de estrategias de afrontamiento para la depresión / estresores que pueden desencadenar un episodio depresivo.

Anexo 16. Plan de acción para la depresión.

Sesión 6.

Anexo 17. Metas de tratamiento para Trastorno Bipolar.

Anexo 18A. Plan personal de tratamiento.

Anexo 18B. Diario personal de actividades y rutina de sueño.

Anexo 18C. Medicamentos actuales.

Anexo 18D. Costos y beneficios del tratamiento.

Anexo 18E. Plan de cuidado personal – Autoayuda y psicoterapia.

Anexo 19. Puntos esenciales para una relación colaborativa de tratamiento.

Anexo 20. Higiene de sueño.

Anexo 21. Medicamentos utilizados en el tratamiento del trastorno bipolar el nombre (sustancia química) es seguido por la (s) marca más común.

Anexo 22. Tomando decisiones informadas y evaluación del tratamiento.

Durante la fase 2 la intervención se realizó de una forma más dinámica mediante la exposición de experiencias personales de los pacientes, las cuales recibían retroalimentación basándose en los conocimientos adquiridos durante la fase 1, se proporcionó un cuadernillo de trabajo cuyas actividades tenían el objetivo de comenzar a plantear sus metas de forma individual, para poder hacerlo fueron guiados por los siguientes ejercicios contenidos en el cuadernillo:

Ejercicio 1. ¿Cómo interfiere el trastorno bipolar en distintas áreas de tu vida?

Ejercicio 2. ¿Cómo supere adversidades?

Ejercicio 3. Metas, cosas importantes y de dónde vienen / Pasos para el logro de metas.

Ejercicio 4. Construyendo tus metas de vida / Principios para el desarrollo de una meta / Planteamiento de sub-metas.

Ejercicio 5. Tus obstáculos personales.

Para complementar lo expuesto en clase se emplearon una serie de viñetas, las cuales eran experiencias de vida que servían como ejemplo para los pacientes, estos relatos están incluidos en el programa de intervención “The Life Goals Program” en el cual está basado este curso psicoeducativo.

Resultados.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la escala Insight de Camprubi, por el método test-retest, podemos decir que no hubo un cambio estadísticamente significativo en los participantes pertenecientes al grupo control y al grupo experimental debido a que la significancia de acuerdo a la prueba T realizada en el programa estadístico IBM SPSS Statics fue de .000 lo que demuestra que no hubo una diferencia significativa como se muestra en las siguientes tablas.

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Necesidad de tratamiento	23.712	28	.000	3.448	3.15	3.75
Necesidad de tratamiento	25.556	25	.000	3.538	3.25	3.82

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Conciencia de enfermedad	11.190	28	.000	2.103	1.72	2.49
Conciencia de enfermedad	10.111	25	.000	2.385	1.90	2.87

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Conciencia de síntomas	11.897	28	.000	2.793	2.31	3.27
Conciencia de síntomas	14.353	25	.000	3.154	2.70	3.61

En cuanto al grupo experimental se pudo observar una ligera mejoría (aunque no significativa estadísticamente) en cuanto a la comprensión de síntomas y la adherencia al tratamiento.

Los resultados más significativos dentro del proyecto de psicoeducación fueron totalmente cualitativos. Los pacientes comentaban sentirse mejor simplemente al saber que había más personas que vivían con la misma condición médica, a pesar de acudir a un instituto psiquiátrico, para ser más precisos a la Clínica de Trastornos Afectivos perteneciente a dicho instituto, dónde la mayoría de los pacientes que acuden a atención y control de su enfermedad son pacientes con TBP, externaban creer que nadie más vivía lo que ellos vivían, esta fue la causa principal de que formaran un fuerte lazo con sus compañeros. Durante las dinámicas realizadas en cada una de la clases del proyecto "Metas de vida" aprendieron a distinguir los síntomas de su enfermedad así como a identificar los síntomas primarios, o sea, los que aparecen primero cuando se está presentando un episodio, llegando a un acuerdo general que demostraba que el primer síntoma que aparecía tanto para episodios de manía como de depresión eran las alteraciones en el sueño. En la manía comenzaban a dormir muy poco hasta llegar al punto de no dormir durante toda la noche, pero notaban que a pesar de eso podía llevar a cabo sus actividades al día siguiente sin ningún problema; por otro lado, en los episodios depresivos comenzaban a tener dificultad para conciliar el sueño, el insomnio era el primer síntoma. Así mismo, confirmaron experimentar todos los síntomas descritos en el DSM-IV-TR para ambos episodios. El tener tantas similitudes con sus compañeros, les resultaba interesante y como se mencionó hace un momento, esto dio pie a crear relaciones más estrechas entre ellos y a aumentar su gusto por asistir al grupo de psicoeducación; mencionaban sentirse muy a gusto con la presencia del médico y la psicóloga, decían que el trato que recibían y la forma en que se les explicaba y se les planteaban los temas les gustaba mucho porque gracias a ello habían comprendido que era el TBP y se habían dado cuenta que ellos no eran los únicos que enfrentaban desafíos día a día por su enfermedad.

Respecto al estigma psiquiátrico; decían sentirse avergonzados en muchas ocasiones por haber sido diagnosticados con TBP, preferían no contárselo a los demás por temor a que se burlaran o se alejaran de ellos, incluso eso influía en la toma de sus medicamentos, a veces preferían no tomarlos si se encontraban rodeados de otras personas para no tener que explicarles por qué tomaban tantas pastillas o por no saber que inventar para no mencionar el por qué. También les incomodaba asistir a reuniones y no poder ingerir alcohol, sobre todo porque los demás les insistían para que lo hicieran y no sabían que hacer, por eso a veces preferían quedarse en casa. Ante lo cual aprendieron formas adecuadas de afrontamiento, las cuales fueron surgiendo de las sugerencias de los encargados del grupo y de la retroalimentación de los propios pacientes.

Comentaban sentirse molestos porque sus familiares siempre los estaban cuidando, no les permitían hacer muchas cosas, les insistían para que se tomarán los medicamentos, o porque a la mínima muestra de tristeza o alegría se alarmaban creyendo que iban a tener un episodio, ante lo cual, aunque les fue complicado, lograron comprenderlos y darse cuenta de que sus familiares actuaban así porque se preocupaban por ellos, porque al igual que ellos al llegar al grupo de psicoeducación, no estaban completamente enterados de ¿qué era el Trastorno Bipolar?. A pesar de esto se dieron cuenta de que ellos eran su red de apoyo más fuerte.

Respecto al tratamiento farmacológico, los asistentes referían que se sentían incómodos con los efectos secundarios, les molestaba que se le cayera el cabello, el subir de peso, sentirse un poco rígidos, esto había hecho que en algunas ocasiones dejaran de tomarlos, trayendo como consecuencia experimentar un episodio, principalmente un episodio maniaco, lo cual los había llevado a la hospitalización. Mediante la información que les fue brindada respecto a los fármacos que les habían sido administrados, entendieron la importancia de la medicación, comprendiendo que era el pilar de su mantenimiento. Incluso tuvieron el testimonio de una de las asistentes que les comentaba que tomando sus medicamentos como le habían sido indicados había permanecido en eutimia

durante cuatro años. Además de este aspecto se dieron cuenta de la importancia del trabajo en equipo con su médico tratante, si ellos ponían de su parte respecto a la ingesta de medicamentos, además de seguir las indicaciones que se les daban respecto a la alimentación y actividades a realizar podían tener una buena calidad de vida.

Externaban el querer asistir a sesiones psicológicas, decían sentirse mucho más interesados a partir de su asistencia al grupo psicoeducativo puesto que anteriormente no sabían cómo podría ser ir con un terapeuta, pero se habían dado cuenta que era algo que podía beneficiarlos, ya que se sentían comprendidos y escuchados, además de que no eran juzgados por sus acciones o comentarios sino que más bien, eran asesorados y orientados.

A partir del reconocimiento de síntomas pudieron realizar "planes de acción" tanto para la manía como para la depresión, teniendo como punto principal asistir o ponerse en contacto con su médico tratante inmediatamente al reconocer la aparición de los síntomas primarios lo cual ayudaría a prevenir un episodio mediante el ajuste de las dosis de los medicamentos. Además de descubrir la importancia de sus horarios de sueño, que también pueden ayudar a prevenir una recaída. Pero sobre todo el no suspender la ingesta de los fármacos que le correspondían a cada uno de ellos.

Cuando habían experimentado episodios de manía habían perdido trabajos, se habían visto afectadas relaciones interpersonales, habían afectado económicamente a sus familias debido a sus gastos excesivos, habían peleado con gente sin razón debido a la irritabilidad que algunos de ellos experimentaban, esto sólo trajo para ellos consecuencias negativas. En cuanto a la depresión, también se habían presentado complicaciones en el aspecto laboral, una de las asistentes refería haber permanecido con depresión a lo largo de tres años, lo cual le impedía asistir a la escuela, trabajar, incluso había terminado la relación que tenía desde hacía varios años. Algunos otros comentaban haber experimentado ideación suicida debido a síntomas psicóticos en los que escuchaban a alguien decirles que deberían estar muertos.

Analizando las consecuencias de cada uno de sus episodios y recaídas llegaron a la conclusión de que lo mejor era la prevención.

Un punto importante fue que se dieron cuenta de que el vivir con TBP no tiene por qué ser determinante respecto a sus logros académicos, laborales y personales, incluso había quienes aprovechaban sus episodios de manía, ya que les era más fácil realizar algunas actividades, sobretodo porque su creatividad aumentaba.

Una vez realizado esto se llegó a la segunda fase, durante la cual comenzó la solución de problemas y el planteamiento de metas. Esto se llevó a cabo a partir de las herramientas de afrontamiento adquiridas en la primera fase del psicoeducativo. En esta etapa la retroalimentación proporcionada a cada uno de los asistentes les fue de mucha ayuda para poder plantear sus problemas, planear la forma de solucionarlos y las acciones que debían llevar a cabo. Al finalizar esta fase comentaban haber obtenido resultados positivos en muchos aspectos de su vida, había quienes se habían atrevido a buscar un empleo sin temor a perderlo por experimentar una recaída, lo habían conseguido y decían sentirse mejor al saber que podían seguir ejerciendo su carrera o realizando actividades que les gustaban, habían mejorado sus relaciones personales, con su familia, amigos, hijos, parejas. Había quienes estaban logrando independizarse y vivir solos de nuevo.

Muchos de los problemas planteados se habían ido solucionando, algunos en su totalidad y otros ya estaban llevando a cabo sus planes para resolverlos. Esto los hacía sentirse mucho más funcionales y optimistas respecto a las actividades que querían realizar.

Discusión.

Como fue mencionado anteriormente el Trastorno Bipolar (TBP) es una enfermedad complicada de tratar, tanto por los pacientes y sus familias como por los médicos, debido a su difícil diagnóstico, pero una vez diagnosticado está muy claro que el tratamiento farmacológico es la base del mantenimiento de los pacientes con TBP, ya sea tipo I o tipo II, si no se administran los medicamentos en los tiempos y dosis que les son asignadas por el médico tratante se corre el riesgo de tener innumerables recaídas, las cuales pueden llevarlos a la hospitalización, por el contrario si se lleva al pie de la letra la toma de los fármacos pueden tener una estabilidad emocional por un largo tiempo. Si bien este es el pilar del tratamiento, con la inclusión de métodos psicológicos, como la terapia individual y la psicoeducación, se puede proporcionar a los pacientes un tratamiento integral. De acuerdo a la literatura podemos observar que, si bien no hay una gama muy amplia de investigaciones al respecto, las que fueron revisadas coinciden en que se encontró una mejoría en los pacientes que recibieron psicoeducación, en comparación con los que no la tuvieron, esto se debe a que en la psicoeducación se tiene como finalidad proporcionar a los asistentes la información necesaria para que puedan entender su padecimiento, al igual que en cualquier situación si no se tiene claro de qué se trata es difícil actuar ante ello, lo mismo sucede con el TBP, una vez comprendido se pudo obtener un mayor apego al tratamiento farmacológico y el surgimiento del interés por recibir atención psicológica individual.

En la investigación llevada a cabo por Candini & cols (2013) mencionan la confirmación de lo expuesto por Colom et al (2009), lo cual hace referencia a la efectividad de la psicoeducación como parte del tratamiento de los pacientes con TBP. De acuerdo con los resultados de dicha investigación cuyo nombre es "Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy" los pacientes se mostraron satisfechos con el programa psicoeducativo y pudieron observar mejoría en ellos.

Esto coincide con lo observado en el presente informe donde los pacientes mostraron mejoría en cuanto a la conciencia de enfermedad y la aceptación de la necesidad de tratamiento. A pesar de que aún no hay muchos estudios que corroboren la importancia y funcionalidad de las intervenciones psicológicas como parte del tratamiento en pacientes psiquiátricos los estudios revisados coinciden en que los pacientes que tienen acceso a atención psicológica individual y a psicoeducación obtienen cambios positivos en su comportamiento debido a la comprensión de su enfermedad.

Conclusión.

A partir de los resultados observados en el proyecto psicoeducativo "Metas de vida" se puede concluir que los pacientes que participaron en la investigación como parte del grupo experimental obtuvieron resultados positivos en la conciencia de enfermedad y por ende en el apego al tratamiento farmacológico en comparación con los participantes del grupo control, que al no tener acceso a la información necesaria para la adecuada comprensión y manejo de su enfermedad no tuvieron un punto de referencia para poder modificar la forma en que perciben su condición médica, por lo tanto no se pudo manejar la negativa que en su mayoría tienen hacia su diagnóstico y como resultado no hubo mejoría en el apego al tratamiento y la aceptación de la necesidad del mismo. Por otro lado los asistentes expresaban su alegría y alivio al descubrir que hay más personas que viven situaciones similares en su día a día, al conocer más a fondo su padecimiento y al poder adquirir herramientas de afrontamiento ante el mismo y las situaciones que puede generarles. Mejoró el aspecto de la ingesta de los fármacos en tiempo y forma pues ya habían comprendido la importancia de la medicación, se mostraron positivos y optimistas hacia el proyecto, descubrieron que una intervención psicológica tiene como regla primordial no juzgar lo expresado por el paciente, no dar juicios de valor y que la información brindada era confidencial, lo cual favoreció la participación activa de los participantes y la creación de vínculos significativos entre ellos pues al compartir sus experiencias obtenían retroalimentación no sólo de los titulares del grupo (médico psiquiatra y psicóloga), también de los demás asistentes, quienes podían ejemplificarlo con sus propias experiencias. A partir de esto se puede afirmar que el tratamiento farmacológico es el pilar del manejo del TBP, así como de otras enfermedades psiquiátricas, pero con la colaboración de aspectos psicológicos como la psicoeducación puede dar pie a proporcionar un tratamiento integral en el que los pacientes puedan externar sus problemas, debilidades, conflictos internos y a partir de ello se pueda trabajar para dar una mejor calidad de vida en la cual puedan desempeñar las actividades de su preferencia tanto en el aspecto académico, laboral y personal sin sentirse intimidados por vivir con una condición

psiquiátrica, si bien tiene aspectos que pueden determinarla como una enfermedad incapacitante, si se lleva un buen control pueden permanecer en estado de eutimia por un largo periodo de tiempo, pero no solo es cuestión de la toma de los medicamentos sino de seguir todas las instrucciones que les da su médico tratante y asistir con regularidad a atención psicológica. Es importante implementar la psicoeducación como parte importante del manejo de los pacientes con TBP I, puesto que el brindar los conocimientos teóricos sobre su padecimiento favorece la conciencia de enfermedad, logran comprender qué es lo que causa el TBP I, aceptan la necesidad de tratamiento y mejora el apego al mismo. Adquieren herramientas para enfrentar situaciones diversas sin temor a ser excluidos por vivir con esta condición médica, esto trae consigo una mejoría en su calidad de vida pues les demuestra que pueden ser personas independientes como muchas otras pero les se dan cuenta de la importancia de contar con una red de apoyo, ya sean familiares, amigos, pareja sentimental, compañeros de trabajo, personal médico y psicológico al que deben acudir o acercarse si necesitan ayuda. De igual manera resultaría conveniente organizar campañas de concientización social respecto a las enfermedades psiquiátricas con la finalidad de disminuir el estigma psiquiátrico para favorecer tanto a las familias, pacientes y al personal que está a cargo de ellos, ya que debido a los estereotipos muchas personas prefieren ocultar su enfermedad o simplemente no aceptan que están enfermos lo cual en lugar de beneficiarlos los perjudica en muchos aspectos. Si se rompiera con este estigma habría más pacientes contando con control médico, al estar en un estado de estabilidad podrían ser personas funcionales, además de disminuir el número de episodios, recaídas y de ser posible el riesgo de suicidio.

La discriminación derivada del estigma psiquiátrico es un aspecto importante respecto al aislamiento de las personas, por esto es considerado de suma importancia actuar para erradicarla de manera progresiva, puesto que es muy complicado lograr modificar rápidamente la percepción de la gente respecto a las enfermedades psiquiátricas.

Por ultimo considero importante mencionar que la realización de mis prácticas profesionales, así como la participación en el proyecto anteriormente expuesto fue de suma importancia para mi crecimiento profesional ya que me proporcionó la oportunidad de acercarme a pacientes con enfermedades psiquiátricas, conocer su forma de ver el padecimiento con el que viven, las dificultades con las que se encuentran en su día a día, la necesidad que tienen de saberse parte de un grupo y de tener la atención necesaria para poder sobrellevar y manejar su enfermedad, a partir de esto pude aprender a proporcionarles la atención pertinente, además de contar con la guía de los médicos especialistas, también pude formar parte de un proyecto psicoeducativo, lo cual me permitió compartir los conocimientos teóricos que tengo respecto al tema y además aprender de los pacientes, ya que, si bien cumplen con los criterios diagnósticos, sus experiencias de vida te brindan un panorama más amplio respecto al TBP I. Este aspecto fue muy positivo porque me dio la oportunidad de poner en práctica lo aprendido durante la licenciatura además de poder complementar lo teórico con lo práctico y así incrementar los conocimientos, lo cual es importante y favorecedor.

Fecha:

Iniciales:

Anexos.

ESCALA DE INSIGHT

Por favor ponga un tache en el cuadro que tenga la respuesta que más se parece a lo que usted piensa.

	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No lo sé
Algunos de los síntomas depresivos fueron producto de mi mente			
Estoy bien mentalmente			
No necesito medicación			
Mi atención en el hospital es necesaria			
El doctor tiene razón al prescribirme la medicación			
No necesito ser visto por un médico o un psiquiatra			
Si alguien dijese que he tenido una enfermedad mental o de los nervios tendría razón			
Ninguna de las cosas extrañas que he experimentado son debidas a una enfermedad			

Referencias

1. Bados A., García E., & Fusté A., (2002) Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 447-502.
2. Batista T., Baes C., & Juruena M., (2011) Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: systematic review of randomized trials, *Psychology & Neuroscience*, 4 (3), 409 – 416.
3. Bauer M., & McBride L., (2003) Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program, Second Edition, New York, Estados Unidos de América Editorial Maple-Vail Book
4. Becoña E., & Lorenzo M., (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema* 13 (3) 511-522.
5. Candini V, Buizza C, Ferrari C , Caldera M , Ermentini R, Ghilardi A, Nobili G, Pioli R, Sabauda M, Sacchetti E, Saviotti F , Seggioli G, Zanini A, Girolamo G., (2013) Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy, *Journal of Affective Disorders*, 151: 149-155.
6. Carlson N., (2002) Fisiología de la conducta. Barcelona, España. Editorial Ariel Neurociencia.
7. Colom F & Vieta E. (2002) Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation, *Rev Bras Psiquiatr*; 26 (3): 47-50.
8. Colom F., Vieta E., Martínez-Arána A., Garcia-Garciab M., Reinaresa M., Torrenta C., Goikoleaa J., Banúsb S., & Salameroc. (2002) Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina clínica*, 119 (10) pp. 366-371.
9. Correa E., & Nuñez P., (2005) Tratamientos psicológicos eficaces en Trastorno bipolar: Psicoeducación y terapia Cognitivo-Conductual. Descripción de un caso clínico. *Trastornos de estado de ánimo* 1 (1) : 80-87.
10. De la Fuente J., & Heinze G., (2011) Salud mental y medicina psicológica. México D.F. Editorial McGraw-Hill.

11. Escala de Hamilton para la Depresión. Recuperado de: www.educacion-holistica.org/.../Test-Eval.%20de%20la%20Depresion%.
12. Flores S., Medina R., Robles R., & Páez F. (2012) Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes, *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(3): 82-89.
13. Halgin R., Whitbourne S., (2009) Psicología de la anormalidad. Quinta edición. México D.F. Editorial McGraw-Hill.
14. Lobo A., Chamorro L., Luque A., Dal-Ré R., Badia X. & Baró E. (2002) Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 118 (13): 493-499.
15. Manual de Diagnóstico y DSM-IV-TR. Recuperado el 27 de abril de 2015 de <http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf>
16. Martínez R., Bourgeois M., Peyre F. & Lobo A. (1991) Estudio de validación de la escala de depresión de Montgomery y Asberg, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (36): 9-14.
17. Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología en México. *Salud Mental* 2003; 26(4):1-16.
18. Munksgaard B. (2004) Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr Scand* , 110 (422): 34–38.
19. Pino A., Belenchón M., Sierra P., & Livianos L. (2008) Trastorno bipolar y Psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos. España. Editorial Club Universitario. Recuperado de: https://scholar.google.com.mx/scholar?q=psicoeducaci%C3%B3n+en+salud+mental&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=em1FVaKvB4aHsAXGsYCAAw&ved=0CBkQgQMwAA
20. Rams A. (2011) Neuropsicología del Trastorno Bipolar: Estudio de caso. Recuperado de: <https://www.isep.es/wp.../03/Neuropsicología-del-trastorno-bipolar.pdf>.
21. Sibel C, Rakel B, Zeynep A, Olcay Y. (2009) Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder?, *Journal of Affective Disorders*, 119 (2009) 190–193.

22. Tomás J., Almenara J., Gondón N & Batlle S. (2007-2008) Enfoque cognitivo conductual, Máster en Paidopsiquiatría. Recuperado de: http://paidopsiquiatría.cat/files/enfoque_cognitivo_coductual.pdf
23. Vera-Villarroel P. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia, *Liberabit. Revista de Psicología*. 10, 4-10.