

Osateba

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

INFORME DE EVALUACIÓN

D-11-02

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES: LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN LA SOBRECARGA EXPERIMENTADA POR FAMILIARES DE PACIENTES BIPOLARES

Proyecto de Investigación Comisionada

Febrero 2011

INFORME DE EVALUACIÓN

D-11-02

**ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES:
LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN
PSICOEDUCATIVA EN LA SOBRECARGA
EXPERIMENTADA POR FAMILIARES DE
PACIENTES BIPOLARES**

Proyecto de Investigación Comisionada

Febrero 2011

Sara Barbeito Resa
Patricia Vega Pérez
Ana María González Pinto Arrillaga

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2011

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>>

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2007. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Nº Expediente 2007/04.

Este documento debe ser citado como:

Barbeito S, Vega P, González Pinto A. *Estudio de casos y controles: la eficacia de la intervención psicoeducativa en la sobrecarga experimentada por familiares de pacientes bipolares*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2011. Informe nº: Osteba D-11-02.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

Edición:	1.ª abril 2011
Tirada:	80 ejemplares
©	Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Sanidad y Consumo
Internet:	www.euskadi.net/sanidad/osteba
Edita:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Fotocomposición:	Ipar, S. Coop. Zurbaran, 2-4 – 48007 Bilbao
Impresión y encuadernación:	Grafo, S.A. Cervantes etorb., 51 – 48970 Basauri (Bizkaia)
ISBN:	978-84-457-3150-5
D.L.:	BI 1.2010-2011

Equipo de Investigación

Investigadora principal

Ana María González Pinto Arrillaga. Doctora en medicina. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Miembros del equipo de investigación

Patricia Vega Pérez. Licenciada en psicología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Sara Barbeito Resa. Licenciada en psicología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Fernando Ramírez. Doctor en medicina. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Arantxa Jimeno Caballero. Diplomada en enfermería. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Gixane González García. Licenciada en medicina. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Álvaro Iruin Sanz. Licenciado en medicina. Hospital de Donostia (Gipuzkoa).

Juan Carlos Irurzun Palacios. Licenciado en medicina. Hospital de Donostia (Gipuzkoa).

Sonia Ruiz de Azua García. Doctora en psicología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Fernando Mosquera Ulloa. Licenciado en medicina. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Susana Alberich Mesa. Licenciada en matemáticas. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Apoyo logístico y administrativo

Bioef. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitaria.

Revisores externos

Dr. José Manuel Menchón Magriñá. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Dr. Víctor Pérez Sola. Director de Unidad del Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Dr. Ángel Luis Montejo González. Universidad de Salamanca. Hospital Universitario de Salamanca. Facultad de Medicina de Salamanca.

Coordinación del Proyecto en Osteba

Marta Lopez de Argumedo. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Álava).

ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS	9
1. INTRODUCCIÓN.....	17
2. OBJETIVOS	23
3. MATERIAL Y MÉTODOS	27
4. RESULTADOS.....	35
5. CONCLUSIONES.....	43
6. RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXO: GUÍA PSICOEDUCATIVA-FAMILIAR SOBRE TRASTORNO BIPOLAR	55

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES: LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN LA SOBRECARGA EXPERIMENTADA POR FAMILIARES DE PACIENTES BIPOLARES

Autores: Barbeito S, Vega P, González Pinto A.

Tecnología: Tratamiento

Palabras clave: *Psicoterapia, psicoeducación, familias, trastorno bipolar*

Otras palabras clave: *Trastorno mental*

Fecha: Febrero 2011

Páginas: 68

Referencias: 25

Lenguaje: Castellano, resúmenes en inglés y euskera

ISBN: 978-84-457-3150-5

INTRODUCCIÓN

La carga familiar se describe como la presencia de acontecimientos negativos que afectan a las vidas de parientes significativos de los pacientes (Platt et al, 1985). El reconocimiento de los factores de riesgo que produce sentimientos de carga y su tratamiento, puede mejorar el curso de la enfermedad, y de la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares.

OBJETIVOS

1. Evaluar el nivel de sobrecarga en familiares de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar.
2. Valorar la eficacia de la psicoeducación para la reducción de la sobrecarga familiar: comparando la sobrecarga antes y después de recibir el tratamiento de psicoeducación en el grupo experimental, y comparando la sobrecarga del grupo experimental después de recibir el tratamiento de psicoeducación con la sobrecarga del grupo control que no ha recibido tratamiento.
3. Detectar variables que influyen en el nivel de sobrecarga (aumentándola o disminuyéndola).
4. Relacionar el nivel de sobrecarga del cuidador principal con la evolución del paciente.
5. Realizar una guía psicoeducativa para familiares de pacientes con trastorno bipolar.

MÉTODOS

En el estudio fueron incluidas 60 familias de pacientes. Aleatoriamente 30 fueron al grupo control y 30 al experimental. En ambos grupos se evaluó la sobrecarga experimentada por familiares de pacientes con trastorno bipolar de forma basal y a los 5 meses de la inclusión en el estudio. Al grupo experimental se le implementó un programa de psicoeducación grupal de 12 sesiones. La guía psicoeducativa ha sido realizada basandonos en la revisión de las bases de datos PUBMED, MEDLINE y OVID, hasta la actualidad.

Análisis económico: NO SI Opinión de expertos: NO SI

RESULTADOS

Se incluyeron 60 familiares, 49,2% eran hombres y el 50,8% mujeres. No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos, ni en nivel de sobrecarga experimentada Carga subjetiva: $t: -0,739$; $p: 0,464$, Carga objetiva: $t: 0,077$; $p: 0,939$, Atribución: $t: 0,724$; $p: 0,474$, Zarit: $t: -0,994$; $p: 0,327$. Tampoco hallamos diferencias respecto al estado pretest del año previo de sus familiares con trastorno bipolar, ni en recaídas ($F: 0,66$; $p: 0,42$), ni en hospitalizaciones ($F: 0,45$; $p: 0,50$), ni en consumo tóxicos ($\chi^2: 0,86$; $p: 0,35$). Por tanto, podemos observar que son grupos equivalentes. Encontramos que la carga subjetiva (GE: $t: 2,69$; $p: 0,01$) (GC: $t: 0,16$; $p: 0,87$) como la objetiva (GE: $t: 2,08$; $p: 0,049$) (GC: $t: -1,07$; $p: 0,29$) como la escala Zarit de sobrecarga (GE: $t: 2,43$; $p: 0,02$) (GC: $t: 0,67$; $p: 0,50$) se redujo en el grupo experimental y no en el control. Al analizar el cambio intragrupo encontramos que existen diferencias en carga objetiva (GE: $t: 2,13$; $p: 0,04$), subjetiva (GE: $t: 2,38$; $p: 0,027$), Zarit (GE: $t: 2,10$; $p: 0,049$). Al evaluar el momento basal en cuanto al estado de los pacientes no encontramos diferencias significativas entre los grupos control y experimental, ni en hospitalizaciones ($p: 0,039$), trabajo ($p: 0,68$), actividad social ($p: 0,43$), síntomas últimos mes ($p: 0,38$) y funcionamiento global ($p: 0,64$). En el grupo control no encontramos diferencias significativas en esas áreas entre la evaluación basal y a los cinco meses, sin embargo en el grupo experimental encontramos una reducción en hospitalizaciones ($p: 0,016$), trabajo ($p: 0,003$), Actividad social ($p: 0,075$), síntomas 1 mes previo ($p: 0,037$) y Funcionamiento global ($p: 0,061$).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El hallazgo más relevante es la importante reducción en niveles de carga familiar experimentada por los cuidadores cuando se aplica psicoeducación. Tanto los familiares como las personas afectadas por trastorno bipolar mejoran su calidad de vida, reduciéndose la sobrecarga experimentada por familiares de grupo de tratamiento, y mejorando el estado laboral, sintomatológico, social y de funcionamiento global. Por tanto, la reducción en la sintomatología tanto de familiares como de pacientes y la mejoría de la funcionalidad del paciente apoya y recomiendan la aplicación de los grupos psicoeducativos familiares.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: KASUEN ETA KONTROLEN AZTERKETA. PSIKOHEZKUNTZAZKO ESKUHAR-TZEAREN ERAGINKORTASUNA PAZIENTE BIPOLARREN SENITARTEKOEK JASANDAKO GAINKARGAN

Egileak: Barbeito S, Vega P, González Pinto A.

Teknologia: Tratamendua

Gako-hitzak: *Psikoterapia, psikohezkuntza, familiak, nahasmendu bipolarra*

Beste gako-hitz batzuk: *Buru nahastea*

Data: 2011ko otsailaren

Orrialdeak: 68

Erreferentziak: 25

Hizkuntza: Gaztelania, laburpenak ingelesez eta euskaraz

ISBN: 978-84-457-3150-5

SARRERA

Familia-zama gertakari negatiboen presentziari esaten zaio, hots, pazienten senitarteko esanguratsuei eragiten dieten gertakarien presentziari (Platt et al, 1985). Zama sentimendua eragiten duten arrisku-faktoreak ezagutu eta horiek tratatzeak hobetu dezake, bai gaixotasunaren beraren bilakaera, baita pazienteen eta bere familiakoen bizi-kalitatea ere.

HELBURUAK

1. Gainkarga-maila neurtzea nahasmen bipolar diagnostia duten pazienteen familiakoengan.
2. Neurtzea psikohezkuntzak zenbaterainoko eraginkortasuna duen familia-gainkargaren jaitsieran: Alde batetik, esperimendu-talde batek psikohezkuntza-tratamendua jaso aurretik zuen gainkarga konparatuz tratamendua jaso ondoren duen gainkargarekin; eta bestetik, psikohezkuntza-tratamendua jaso duen esperimendu-taldearen gainkarga konparatuz tratamendurik jaso ez duen kontrol-taldearen gainkargarekin.
3. Gainkarga-mailan eragiten duten (igoz edo jaitsiz) aldagaiak atzematea .
4. Ikusi zer lotura dagoen zaintzaile nagusiaren gainkarga-mailaren eta pazientearen bilakaeraren artean.
5. Psikohezkuntza-gida bat egin nahasmendu bipolardunen senitartekoentzat.

METODOAK

Pazienteen 60 senitarteko sartu ziren ikerketan. Ausaz, 30 lagun kontrol-taldean sartu ziren eta beste 30, berriz, esperimentu-taldean. Bi taldeetan, nahasmendu bipolardun pazienteen familiakoek jasandako gainkarga neurtu zen, egoera basalean, eta ikerketan sartu eta 5 hilabetera. Esperimentu-taldeari taldeko psikohezkuntza-programa bat inplementatu zitzaion 12 saiotan. Psikohezkuntza-gida egiteko PUMMED, MEDLINE eta OVID datu-baseen gaur arterainoko berrikuspenean oinarritu gara.

Ekonomia-analisia: (EZ) BAI **Adituen iritzia:** EZ (BAI)

EMAITZAK

60 senitarteko sartu ziren; % 49,2 gizonezko eta % 50,8 emakumezko. Ez genuen desberdintasun esanguratsurik aurkitu bi taldeen artean, ezta jasandako gainkarga-mailan ere. Zama subjektiboa: t: -0,739; p: 0,464, Zama objektiboa: t: 0,077; p: 0,939, Atribuzioa: t: 0,724; p: 0,474, Zarit-a: t: -0,994; p: 0,327. Ez genuen desberdintasunik aurkitu testaren aurreko egoerarekin alderatuta ere, ez senitartekoa nahasmendu bipolarduna dutenen artean, ez gaixoberritzeetan, (F: 0,66; p: 0,42) ez ospitaleratzeetan (F: 0,45; p: 0,50), ezta toxikoen kontsumoetan ere (χ^2 : 0,86; p: 0,35). Beraz, talde baliokideak direla ikusenezake. Aurkitu duguna da zama subjektiboa (GE: t: 2,69; p: 0,01) (GC: t: 0,16; p: 0,87), objektiboa bezalaxe (GE: t: 2,08; p: 0,049) (GC: t: -1,07; p: 0,29), eta Zarit gainkarga-eskala bezala (GE: t: 2,43; p: 0,02) (GC: t: 0,67; p: 0,50) esperimentu-taldean jaitsi zirela eta ez kontrol-taldean.

Talde barneko aldaketa aztertutakoan, desberdintasunik aurkitu genituen zama objektiboan (GE: t: 2,13; p: 0,04), subjektiboan (GE: t: 2,38; p: 0,027) eta Zarit-ean (GE: t: 2,10; p: 0,049). Pazienteen egoerari buruzko une basala ebaluatzerakoan, ez genuen desberdintasun esanguratsurik aurkitu kontrol-taldearen eta esperimentu-taldearen artean, ez ospitaleratzeetan (p: 0,039), ez lanean (p: 0,68), ez gizarte-jardueran (p: 0,43), ez azken hilabeteko sintometan (p: 0,38) ezta funtzionamendu orokorrean ere (p: 0,64). Kontrol-taldean, ez genuen desberdintasunik aurkitu ebaluazio basal eta 5 hilabeterakoaren arteko eremu horietan, alabaina, esperimentu-taldean jaitzira aurkitu genuen ospitaleratzeetan (p: 0,016), lanean (p: 0,003), gizarte-jardueran (p: 0,075), aurretiko hilabeteko sintometan (p: 0,037) eta funtzionamendu orokorrean (p: 0,061).

ONDORIAK ETA GOMENDIOAK

Aurkikuntzarik esanguratsuen da psikohezkuntza aplikatutakoan zaintzaileek familia-zamaren mailan beharakada garrantzitsua nabaritzen dutela. Bizi-kalitatea hobetu egiten zaie, bai senitartekoei, bai nahasmendu bipolardunei; tratamendu-taldeko senitartekoei jasandako gainkarga gutxitu egiten da, eta hobetu egiten dira beren lan-egoera, sintomatologia, gizarte-egoera eta funtzionamendu orokorra. Beraz, senitartekoen eta pazienteen sintomatologia murrizten duelako eta pazientearen funtzionaltasuna hobetzen duelako, merezi du familiako psikohezkuntza-taldeak aplikatzearen alde egitea da eta horiek gomendatzea.

STRUCTURED SUMMARY

Title: CASE AND CONTROL STUDY: EFFICIENCY OF THE PSYCHOEDUCATIONAL TREATMENT OF THE OVERLOAD EXPERIENCED BY FAMILY MEMBERS OF BIPOLAR PATIENTS

Authors: Barbeito S, Vega P, González Pinto A.

Technology: Treatment

Keywords: *Psychotherapy, psychoeducation, families, bipolar disorder*

Other keywords: *Mental disorder*

Date: February 2011

Pages: 68

References: 25

Language: Spanish, abstracts in English and Basque

ISBN: 978-84-457-3150-5

INTRODUCTION

Family burden is described as the presence of negative occurrences that affect the lives of significant members of patients' families (Platt et al, 1985). Recognition of the risk factors that produce feelings of burden and their treatment, can improve the course of the illness and of the quality of life of patients and their family members.

AIMS

1. Assess the overload level in family members of patients diagnosed with bipolar disorder.
2. Assess the efficiency of psychoeducation to reduce family overload: by comparing the overload before and after receiving psychoeducation treatment in the experimental group and by comparing the overload of the experimental group after receiving the psychoeducation treatment with the overload of the control group that did not receive any treatment.
3. Detect variables that have an influence on the level of overload (by increasing or reducing this).
4. Relate the level of overload of the main carer to the patient's progress.
5. Prepare psychoeducational guidelines for the family members of patients with bipolar disorder.

METHODS

Sixty family members of patients were included in the study. Thirty were chosen randomly for the control group and another 30 for the experimental group. In both groups, a baseline assessment was made of the overload experienced by the family members of patients with bipolar disorder and a further assessment was made 5 months after being included in the study. The experimental group was subjected to a 12-session group psychoeducation programme. The psychoeducational guidelines have been drawn up based on a review of the PUBMED, MEDLINE, OVID databases up to the present day.

Economic analysis: NO YES **Expert opinion:** NO YES

RESULTS

Sixty families were included; 49.2% were men and 50.8% women. No significant differences were found between either groups, nor in the overload level experienced. Subjective burden: $t: -0.739$; $p: 0.464$, Objective burden: $t: 0.077$; $p: 0.939$, Attribution: $t: 0.724$; $p: 0.474$, Zarit: $t: -0.994$; $p: 0.327$. No differences were found either with regard to the pre-test status of family members of persons with bipolar disorder in the year prior to the treatment, or in the number of relapses in patients due to this illness ($F: 0.66$; $p: 0.42$), or in the number of hospital admissions ($F: 0.45$; $p: 0.50$), or in the consumption of drugs ($\chi^2: 0.86$; $p: 0.35$). Therefore, we can say that they are equivalent groups. We found that the subjective burden (GE: $t: 2.69$; $p: 0.01$) (GC: $t: 0.16$; $p: 0.87$) and the objective burden (GE: $t: 2.08$; $p: 0.049$) (GC: $t: -1.07$; $p: 0.29$) and the Zarit overload scale (GE: $t: 2.43$; $p: 0.02$) (GC: $t: 0.67$; $p: 0.50$) was reduced in the experimental group but not so in the control group.

On analysing the intragroup change, we found that there are differences in the objective burden (GE: $t: 2.13$; $p: 0.04$), subjective burden (GE: $t: 2.38$; $p: 0.027$) and Zarit (GE: $t: 2.10$; $p: 0.049$). On making the baseline assessment of the status of patients, we did not find significant differences between the control and experimental groups, nor in the number of hospitalisations ($p: 0.039$), work ($p: 0.68$), social activity ($p: 0.43$), symptoms of patients during the last month ($p: 0.38$) and overall functioning ($p: 0.64$). In the control group we did not find significant differences in the areas between the baseline assessment and after five months. However, in the experimental group, we found a reduction in hospitalisations ($p: 0.016$), work ($p: 0.003$), social activity ($p: 0.075$), symptoms 1 month before ($p: 0.037$) and overall functioning ($p: 0.061$).

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The most relevant finding was the major decrease in family burden levels experienced by carers following application of the psychoeducation treatment. The quality of life of both family members and persons affected by bipolar disorder improves and the overload experienced by family members of the treatment group was reduced and their work, symptomatological, social and overall functional status improved. Therefore, the reduction in the symptomatology both of family members and patients and the improvement in patient functionality support and recommend the application of family group psychoeducational treatments.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica que produce un deterioro funcional en los pacientes que la padecen. La prevalencia, si incluimos el trastorno bipolar I y II, oscila entre el 2-4% de la población (Kessler, 1994, 2005).

Curso

Los individuos bipolares se pasan deprimidos casi el 50% de su vida y el 11% con síntomas maníacos o hipomaniacos (Post et al, 2003). Asimismo, Judd (2002) encontró resultados similares, realizando evaluaciones semanales a pacientes bipolares tipo I en un seguimiento durante 13 años. Este aspecto ha hecho que, en los últimos años, se estudie más a fondo la depresión bipolar y sus cargas. Se ha encontrado una clara relación entre la depresión bipolar y un peor funcionamiento en todas las áreas de la vida, comparado con la sintomatología maníaca (Post., 2005). De igual manera, Calabrese (2003) ha comparado la sintomatología depresiva con la maníaca en pacientes bipolares, concluyendo que los primeros provocan una mayor ruptura en el mundo laboral, familiar y en las relaciones sociales.

A todo lo mencionado hay que añadir que transcurren unos 7-12 años desde que el paciente llega a una consulta de psiquiatría y se realiza el diagnóstico, y unos 10 años hasta que recibe tratamiento desde que presenta los primeros síntomas. En el 2004, Hirschfeld, compara el impacto que tiene el trastorno bipolar antes y después de un tratamiento adecuado, y observa que tras éste, la carga experimentada disminuye considerablemente en todas las áreas evaluadas tras el tratamiento: conflictos interpersonales, problemas maritales, funcionamiento académico y laboral, dificultades económicas y abuso de alcohol o de sustancias.

Todo esto refleja el problema añadido que supone el padecimiento del trastorno bipolar. Es el sufrimiento de muchos enfermos y, por extensión, el de aquellas personas que se encuentran en estrecha relación con ellos desde que se presenta el trastorno hasta que se lo diagnostica y trata.

1.2. CARGA FAMILIAR

La carga familiar se describe como la presencia de problemas, dificultades o acontecimientos negativos que afectan a las vidas de las personas importantes para el paciente como, por ejemplo, los miembros de su hogar y/o su familia (Platt, 1985). Dicha carga experimentada por los cuidadores informales se puede dividir en dos tipos: la objetiva y la subjetiva. La primera se caracteriza, según Fadden (1987), en una ruptura de la vida familiar observable. Incluye separaciones, divorcios, estigmatización y problemas económicos. El segundo tipo incluye los sentimientos personales derivados de la carga, del estrés, de la infelicidad y del propio trastorno (Grad y Sainbury, 1963).

En 1999, Perlick menciona que el 93% de las familias de pacientes con trastorno bipolar sufren sensación de carga relacionado con el trastorno del paciente. Al cuidado de la propia persona, que indudablemente conlleva un gasto energético, se le suman dificultades económicas y sociales. Se ha comparado la carga del trastorno familiar con la de otras enfermedades.

1.3. ABORDAJES TERAPÉUTICOS

Se han utilizado diferentes procedimientos en el tratamiento del trastorno bipolar. Vieta, en el 2005, sugiere que la combinación de psicofármacos y terapia psicológica es la opción con mayor efectividad y que adicionalmente protege de las recaídas y de la recurrencia característica de este trastorno. Entre los tratamientos psicológicos más utilizados se encuentra la Psicoeducación, cuyo destinatario puede ser el paciente y/o su familia. En función de esto, nos encontramos diferentes objetivos; si la diana de nuestro tratamiento es el paciente, trataremos de ofrecerle información sobre su trastorno para enseñarle a comprender y hacer frente a lo que le ocurre, por tanto, el objetivo del tratamiento será aumentar la adherencia a los psicofármacos y a su correcta administración, enseñarle a manejar la enfermedad y a reconocer los pródromos, administrarle estrategias efectivas de afrontamiento, reducir el riesgo de suicidio, mejorar el funcionamiento social y ocu-

pacional así como la calidad de vida (Vieta et al, 2005, Colom et al, 2004). En general, mejorar el funcionamiento en todas las áreas afectadas por la enfermedad y promover estilos de vida regulares; sueño, alimentación. En caso que el núcleo de la intervención sea la familia, además de lo anteriormente mencionado, deberemos aumentar los conocimientos que posean sobre el trastorno, administrarles estrategias de solución de problemas y de afrontamiento, promover la comunicación y un estilo de interacción positivo entre el paciente bipolar y los cuidadores. Vieta (2005), asegura que la psicoeducación ha mostrado ser efectiva en diferentes estudios clínicos, sin embargo, señala que no es efectiva para todo tipo de pacientes y que posee una mayor utilidad para resolver ciertos tipos de problemas.

Lam (2003) realizó un estudio con un estudio aleatorizado y controlado con 103 pacientes trastorno bipolar tipo I (grupo control 52 y grupo experimental 51) con un seguimiento a 12 meses en el que se aplica un tratamiento de corte cognitivo de seis meses de duración al que siguen dos sesiones más durante los seis meses siguientes. A los 12 meses encuentran menos episodios y menos días de duración en los mismos. El grupo que recibió la terapia cognitiva también tuvo considerablemente menos hospitalizaciones, mejor funcionamiento social, menos síntomas afectivos y menores fluctuaciones en los síntomas maníacos y encuentran que afrontan mejor los pródromos maníacos. Posteriormente publican otro estudio (Lam et al, 2005) en el que continuaron estudiando este grupo a 30 meses tras su inclusión en el estudio, el grupo que recibió la terapia cognitiva tuvo considerablemente mejor pronóstico clínico que el grupo control.

1.4. ABORDAJES PSICOEDUCATIVOS PARA FAMILIAS

La psicoeducación tiene como objetivo la intervención desde un punto de vista teórico y práctico, se ocupa de que las personas que la reciben comprendan la enfermedad, su curso y pronóstico, enfatizando en aquellas variables que afectan a la misma, dando estrategias para

hacer frente desde una perspectiva cognitiva, conductual y emocional. La psicoeducación en familias busca ese mismo objetivo basándonos en la hipótesis que la mejora de la información y de sus actitudes y conductas influirá favorablemente no sólo en la reducción de sus propios síntomas de carga familiar, sino en la evolución favorable del trastorno bipolar. Zaretsky (2008) realiza un estudio aleatorizado en el que compara la terapia cognitivo conductual, que incluye contenidos psicoeducativos, (13 sesiones) con un tratamiento psicoeducativo (siete sesiones) en una muestra de pacientes bipolares (n 46) y concluye que los pacientes que reciben la terapia cognitivo conductual experimentaron un 50% de días menos con sintomatología depresiva en un año de seguimiento y no se les tuvo que subir la dosis de antidepresivos tanto como a los que únicamente recibieron psicoeducación. Por lo que concluyen que la terapia cognitivo conductual con contenidos psicoeducativos aporta beneficios añadidos comparando con el tratamiento psicoeducativo.

En cualquier enfermedad encontramos una repercusión de la misma en la familia. No obstante, en el trastorno bipolar se añade una característica muy importante: la familia tiene una importante influencia en el curso de esta enfermedad. Por lo que la intervención en ésta no sólo tiene como objetivo mejorar los síntomas de la carga del cuidador que afecta a estas familias, sino que también mejorar los síntomas de la persona afectada por el trastorno bipolar y la relación entre ambos mejorando la calidad de vida de unos y de otros. De hecho, Perlick (2007) señala que la sobrecarga del cuidador predice la adherencia del paciente incluso siete meses tras la evaluación de la misma y la recurrencia o continuación de un episodio afectivo mayor tras 15 meses de la primera evaluación.

En décadas anteriores las investigaciones centraban sus esfuerzos en estudiar e investigar tratamientos farmacológicos y biológicos para esta enfermedad. En la actualidad encontramos un creciente interés por los tratamientos psicológicos para personas con trastorno bipolar, ya que se ha visto que a pesar de la existencia de tratamientos farmacológicos bien estableci-

dos, un porcentaje importante de pacientes no mejora a pesar de su correcta adherencia y por otro lado debemos recordar. Diversos autores recalcan que un porcentaje muy elevado de pacientes bipolares (30- 50%) (Colom et al, 2000; Scott et al, 2005) abandona su medicación a pesar del consejo médico, lo que nos lleva a darnos cuenta de que la mayor parte de pacientes también necesitan intervenciones psicosociales para mejorar los patrones de adherencia al tratamiento. Además, el trastorno bipolar tiene una importante repercusión en la vida del paciente como de sus familiares y allegados. Scott (2005) señalan que cada vez se está destacando en mayor medida el modelo de vulnerabilidad al estrés para los trastornos mentales graves y que los problemas psicosociales pueden ser causa o consecuencia de recaídas en el trastorno bipolar y que añadir terapias psicológicas al tratamiento habitual puede mejorar el pronós-

tico de aquellos pacientes que muestran síntomas persistentes o episodios frecuentes.

Por tanto, los tratamientos psicológicos asociados a los psicofármacos parecen ser la pieza clave que puede ayudar a que estas situaciones se corrijan y mejoren. No obstante, debemos señalar que no existen muchos estudios que hayan investigado la psicoeducación familiar sin intervención focalizada en el paciente, al margen de su tratamiento farmacológico habitual, no obstante los que existen destacan por sus increíbles y prometedores resultados.

El presente estudio pretende aportar un tratamiento Psicoeducativo grupal para familiares de pacientes bipolares frente a grupo control con una metodología sistematizada, aleatorizada y con un tratamiento manualizado y estructurado tanto en contenidos como en forma de aplicación.

2. OBJETIVOS

1. Evaluar el nivel de sobrecarga en los familiares de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar.
2. Valorar la eficacia de la psicoeducación para la reducción de la sobrecarga familiar:
 - Comparando la sobrecarga antes y después de recibir el tratamiento de psicoeducación en el Grupo Experimental (GE).
 - Comparando la sobrecarga del grupo experimental después de recibir el tratamiento de psicoeducación con la sobrecarga del Grupo Control (GC) que no ha recibido tratamiento.
3. Detectar variables que influyen en el nivel de sobrecarga (aumentándola o disminuyéndola).
4. Relacionar el nivel de sobrecarga del cuidador principal con la evolución del paciente.
5. Realizar una guía psicoeducativa para familiares de pacientes con trastorno bipolar.

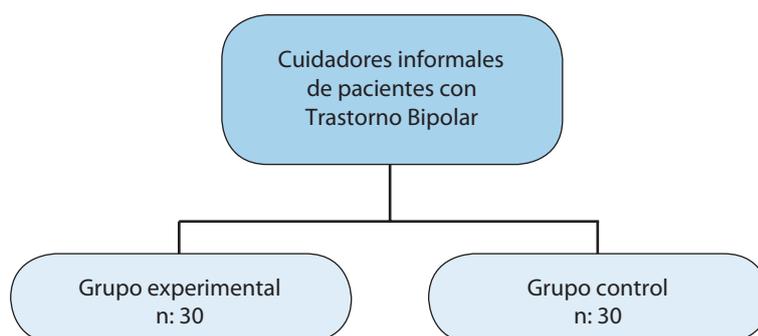
3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO Y CONDICIONES EXPERIMENTALES

El estudio que aquí se presenta utiliza un diseño experimental de dos grupos independientes (grupo de tratamiento o experimental y grupo de no tratamiento o grupo control) con medidas repetidas (pretest, posttest) con dos condiciones experimentales.

Una vez reclutada la muestra tras superar los criterios de inclusión y exclusión, así como la firma del consentimiento informado, asignamos a los sujetos aleatoriamente a una de las condiciones experimentales.

Gráfico 1. Grupo de pacientes a estudio



Un programa de tratamiento de 12 sesiones de duración durante cuatro meses con sesiones tres veces al mes, cuyo contenido, orden y forma de aplicación se aplican siempre de la misma forma. Asimismo, se realizará una tercera evaluación tanto de los pacientes como de los familiares al año de la inclusión en el estudio, sin embargo todavía nos encontramos pendientes de la realización.

Grupo control

Los familiares no pertenecientes a la rama de intervención experimental fueron asignados al grupo control que consistió en reuniones con la misma frecuencia y formato grupal que los realizados en el otro grupo. En estas reuniones se hablaba de temas lúdicos de conversación: noticias, libros, programas de radio.

Todos los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, tomaban el tratamiento farmacológico que tenían prescrito.

Durante el estudio ninguno de los participantes abandonó el estudio.

3.2. VARIABLES

3.2.1. Variable independiente

La variable independiente es la intervención psicológica, esto es, el tratamiento de familiares de personas con trastorno bipolar y sintomatología asociada a la carga familiar. Esta variable adopta dos niveles:

1. Tratamiento psicológico (grupo de tratamiento).
2. No tratamiento (grupo de tratamiento usual).

La pertenencia a uno u otro grupo se realizó aleatoriamente.

Puntualizar que estos familiares que no participaron en el programa de intervención, no recibieron ningún otro tipo de atención psicológica durante el lapso temporal entre la primera y la segunda evaluación pretratamiento.

3.2.2. Variables dependientes

- *Sintomatología de Carga familiar:*
 - Una puntuación global en la Escala autoaplicada de carga familiar (ECF) y sus tres puntuaciones específicas: carga objetiva, subjetiva y nivel de atribución.
 - Puntuación global de la Escala de sobrecarga del cuidador Zarit.
- *Sintomatología concomitante:*
 - Ansiedad.
 - Niveles de adaptación a la vida cotidiana: área laboral y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y adaptación en general.
- *Sintomatología de la persona con trastorno bipolar:*
 - Escala pronóstica Strauss Carpenter.
 - Índice de recaídas, rehospitalizaciones, episodios, acudir a urgencias.

3.2.3. Variables extrañas o contaminadoras

- *Terapeuta:* para su control se aplicó la constancia. Todos los tratamientos fueron llevados a cabo por las mismas terapeutas.
- *Evaluadores:* Las evaluaciones fueron realizadas por un evaluador enmascarado que desconocía la condición experimental a la que pertenecía cada persona.

3.3. LA MUESTRA

3.3.1. Selección de la muestra

Se obtuvo una muestra de familiares cuidadores de personas diagnosticadas de trastorno bipolar.

3.3.2. Criterios de inclusión

- El paciente debe cumplir los criterios DSM-IV (APA, 1994) de Trastorno bipolar tipo I, II, no especificado o ciclotímico.
- El familiar debe ser mayor de edad.
- Firmar consentimiento informado.
- El paciente debe convivir con el familiar o mantener un contacto diario.

3.3.3. Criterios de exclusión

- Presentar diagnóstico de trastorno bipolar.
- Familiar tener diagnóstico de trastorno bipolar.

- Psicosis.
- Retraso mental.
- Persona con trastorno bipolar: No haber recibido o estar recibiendo psicoeducación anteriormente o tratamiento psicoterapéutico estructurado.
- *Familiar*: No haber recibido psicoeducación familiar o que se encuentre recibiendo psicoeducación o tratamientos psicoterapéuticos estructurados.
- No presentar patrones de abuso o dependencia de sustancias, salvo de tabaco.

3.3.4. Cálculo del tamaño muestral

Para conseguir una potencia del 90% para detectar diferencias teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5%, una muestra de 30 controles y 30 pacientes nos permitiría encontrar diferencias de las medias, entre los grupos control y experimental a estudio (α : 0,05; β : 0,10; n : 100).

3.3.5. Descripción de la muestra

Se reclutaron 60 familiares de personas con trastorno bipolar DSM-IV (APA, 1994), reclutados del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria, de los Servicios extrahospitalarios de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, de la Asociación Vasca de Pacientes Bipolares AVASPABI y de la Asociación Alavesa de Familiares de Enfermos Mentales ASAFES.

En el apartado de resultados se describe detalladamente la muestra de familiares como la de pacientes.

3.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS

3.4.1. Medidas de evaluación

Se realizaron dos evaluaciones en las que se utilizó un extenso protocolo.

Una de ellas en el momento de la inclusión en el estudio, común a todos los familiares. En esta primera se incluyeron las siguientes medidas de evaluación: datos demográficos, clínicos del familiar y paciente como edad, estado civil, convivencia, trabajo, duración de la enfermedad, recaídas, hospitalizaciones, intentos autolíticos, psicofármacos, se aplicó la Escala autoaplicada de carga familiar (ECF), Escala pronóstica de Strauss-Carpenter, Escala Zarit de sobrecarga del cuidador y consumo de sustancias. Así mismo, incluimos una encuesta en la que preguntábamos por los perjuicios y beneficios que percibían los familiares que les había acarreado el trastorno que presentaba su familiar diagnosticados de trastorno bipolar.

La segunda evaluación se realizó a los cinco meses de la inclusión en el estudio tanto al grupo control como el grupo experimental. Ambos grupos fueron evaluados con las mismas variables que en las medidas pretratamiento, salvo el grupo experimental que se incluyó una encuesta tanto para los familiares asistentes al grupo como para sus familiares diagnosticados de trastorno bipolar en la que se les preguntaba de forma anónima sobre su opinión sobre la utilidad del tratamiento realizado.

Tenemos pendiente realizar una tercera evaluación, al año de la inclusión, más todavía no se ha cumplido este tiempo en todos los grupos, por lo en la actualidad estamos realizándola.

Tabla 1. Escalas/variables aplicadas

Escalas/variables	Momento aplicación PRE y POST	Grupo aplicación GC y GE
Demográficas, Clínicas paciente/familia	PRE y POST	GC y GE
Escala Strauss Carpenter. ¹	PRE y POST	GC y GE
Sobrecarga	PRE y POST	GC y GE
Zarit ²	PRE y POST	GC y GE
ECF ³	PRE y POST	GC y GE
Subjetivas Utilidad paciente y familias	POST	GE

¹ Escala Pronóstica de Strauss y Carpenter (Strauss-Carpenter Scale) (Strauss and Carpenter, 1972; 1974; 1974).

² Escala de sobrecarga del cuidador Zarit (Zarit et al, 1980), Validada al castellano (Martín et al, 1996).

³ Escala autoaplicada de carga familiar (ECF) (Reinares et al, 2004).

3.4.2. Cuestionarios utilizados. Procedimiento

- *Asignación aleatoria de los participantes a cada condición experimental*

Los 60 familiares participantes en el estudio fueron asignados de forma aleatoria a uno de los grupos de intervención. Para ello y previamente al comienzo del estudio se había hecho una tabla de números aleatorios, no siendo conocido ni por el investigador ni por los sujetos el grupo de tratamiento que vendrá a continuación. Cuando el paciente entraba en el estudio se le asignaba a uno u otro grupo en función de su orden de entrada y de la condición experimental a la que pertenecía en la tabla.

- *Momentos de evaluación*

Se estableció dos momentos de evaluación: una anterior a empezar el tratamiento y otra a los seis meses de la inclusión en el estudio. Paralelamente se evaluó al grupo control al mismo tiempo que al grupo experimental.

- *El programa de tratamiento*

Se realizó un pack de 12 sesiones de intervención psicoeducativa en formato grupal con una orientación cognitivo conductual. Las sesiones se presentaban a la misma hora y el mismo día tres veces al mes durante cuatro meses. Tanto los temas elegidos como el formato de las sesiones y duración de las mismas fueron seleccionadas a partir de una revisión de la literatura científica y los de principales manuales que existen sobre psicoeducación familiar, posteriormente fueron aplicados a nuestro ámbito y puesto en común con nuestra experiencia profesional.

Las sesiones se presentaron siempre en el mismo orden y cada sesión tenía una duración de 90 minutos.

- *Razones de la elección de un formato grupal*

La realización de una intervención grupal supone un beneficio añadido para los participantes al poder observar a otros familiares con los que pueden sentirse identificados y en los que puede proporcionarse un apoyo mutuo y con los que pueden compartir y aprender herramientas que los familiares utilizan con las personas diagnosticadas de trastorno bipolar y con ellos mismos de forma natural para reducir la sobrecarga y las conductas inadecuadas.

Supone un menor coste económico, ya que se rentabiliza en mayor medida el tiempo, el material empleado.

- *Características del programa*

El programa de Psicoeducación que hemos impartido ha sido el siguiente:

Sesión 1: Introducción. Presentación y normas del grupo.

Sesión 2: ¿Qué es la enfermedad bipolar? Factores etiológicos y desencadenantes.

Sesión 3: Síntomas: Manía, hipomanía, depresión y episodios mixtos.

Sesión 4: Adhesión farmacológica. Riesgos asociados a la interrupción del tratamiento.

Sesión 5: Sustancias psicoactivas. Riesgos en el trastorno bipolar.

Sesión 6: Detección precoz de nuevos episodios: señales de recaída. Conducta familia favorecer adhesión.

Sesión 7: Especialización: pródromos de los pródromos o síntomas precoces.

Detección precoz de episodios maníacos e hipomaníacos.

Detección precoz de episodios depresivos y mixtos.

Sesión 8: ¿Qué hacer cuando se detecta una nueva fase?

Sesión 9: Normas y límites en la familia.

Sesión 10: El suicidio. ¿Cómo actuar?

Sesión 11: Técnicas para el control de estrés familiar y del paciente.

Sesión 12: Despedida. Sesión recopilatoria y de solución de dudas.

- *Estructura de las sesiones*

Duración total 90 minutos:

- 15 minutos tareas casa.
- 15 minutos repaso semana y situaciones especiales y dificultosas.
- 40 minutos exposición del tema de la sesión.
- 20 minutos aplicación práctica y turno de dudas.

4. RESULTADOS

4.1. EVALUAR EL NIVEL DE SOBRECARGA EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO BIPOLAR

Reclutamos una muestra de 60 familiares de personas con trastorno bipolar, procedentes del Hospital Santiago, extrahospitalarios de Álava y asociaciones de pacientes y familiares del País Vasco. Se dividió la muestra aleatoriamente en dos, grupo experimental o de intervención (n 30) y grupo control (n 30) y se les evaluó en dos momentos, a la inclusión en el estudio y a los cinco meses de la inclusión. No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos, ni en nivel de sobrecarga experimentada (Carga subjetiva: t: -0,739, p: 0,464, Carga objetiva: t: 0,077, p: 0,939, Atribución: t: 0,724, p: 0,474, Zarit: t: -0,994, p: 0,327). Tampoco hallamos diferencias respecto al estado pretest de sus familiares con trastorno bipolar, ni en recaídas durante año previo (F: 0,66 p: 0,42), ni en hospitalizaciones año previo (F: 0,45 p: 0,50), ni en consumo tóxicos año previo (χ^2 : 0,86 p: 0,35). Por tanto, podemos observar que son grupos equivalentes. Encontramos niveles medios a moderados en carga familiar, ponemos la tabla en el apartado siguiente.

4.2. VALORAR LA EFICACIA DE LA PSICOEDUCACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA SOBRECARGA FAMILIAR

- Comparando la sobrecarga antes y después de recibir el tratamiento de psicoeducación en el grupo experimental.
- Comparando la sobrecarga del grupo experimental después de recibir el tratamiento de psicoeducación con la sobrecarga del grupo control que no ha recibido tratamiento.

4.2.1. Carga subjetiva Postest

Tabla 2. Carga subjetiva Grupo Control y Grupo Experimental

Grupo experimental	N	Media	DT	T	p
Carga subjetiva pretest	30	1,17	0,36	2,69	0,01
Carga subjetiva postest	30	1,02	0,28		

Grupo control	N	Media	DT	T	p
Carga subjetiva pretest	30	1,03	0,29	0,16	0,87
Carga subjetiva postest	30	1,04	0,28		

En la tabla 2 podemos observar los resultados de la evaluación basal y a los cinco meses del grupo experimental y control en cuanto a la carga subjetiva. Vemos como en el grupo de familiares a los que se le aplica la psicoeducación se observa una reducción significativa de la misma, mientras que en el grupo control no ocurre lo mismo.

4.2.2. Carga Objetiva Postest

Tabla 3. Carga objetiva Grupo Control y Grupo Experimental

Grupo experimental	N	Media	DT	t	P
Carga objetiva pretest	30	0,66	0,44	2,08	0,049
Carga subjetiva postest	30	0,55	0,43		

Grupo control	N	Media	DT	t	p
Carga objetiva pretest	30	0,66	0,30	-1,07	0,29
Carga objetiva postest	30	0,70	0,31		

En la tabla 3 podemos observar los resultados de la evaluación basal y a los cinco meses del grupo experimental y control en cuanto a la carga objetiva. Vemos como en el grupo de familiares a los que se le aplica la psicoeducación se observa una reducción significativa de la misma, mientras que en el grupo control no ocurre lo mismo.

4.2.3. Escala Zarit de Sobrecarga del cuidador Postest

Tabla 4. Escala Zarit de sobrecarga del cuidador Grupo Control y Grupo Experimental

Grupo experimental	N	Media	DT	t	P
Zarit total pretest	30	47,71	16,82	2,43	0,02
Zarit total postest	30	41,02	18,95		

Grupo control	N	Media	DT	t	p
Zarit total pretest	30	41,05	12,50	0,67	0,50
Zarit total postest	30	41,90	12,97		

En la tabla 4 podemos observar los resultados de la evaluación basal y a los cinco meses del grupo experimental y control en cuanto a la carga evaluada con la escala Zarit. Observamos como en el grupo de familiares a los que se le aplica la psicoeducación se observa una reducción significativa de la misma, mientras que en el grupo control no ocurre lo mismo.

4.2.4. Analizamos las cargas pre-pre y post-post

Calculamos la diferencia entre pre-post y analizamos la variable «Diferencia» para evaluar el cambio que ha habido en cada grupo.

Tabla 5. Carga Objetiva

		N	Media	DT	Error típico de la media
CO	GC	30	0,0467	0,19340	0,04325
	GE	30	-0,0991	0,24290	0,05300

t: 2,13, p: 0,040

Tabla 6. Carga Subjetiva

		N	Media	DT	Error típico de la media
CS	GC	30	0,00	0,036	0,008
	GE	30	-0,13	0,239	0,052

t: 2,38, p: 0,027

Tabla 7. Zarit

		N	Media	DT	Error típico de la media
Zarit	GC	30	-0,2353	1,03256	0,25043
	GE	30	-6,250	12,75632	2,85240

t: 2,10, p: 0,049

Encontramos diferencias significativas al analizar la diferencia de evolución entre el grupo control y grupo experimental, hallamos diferencias significativas en la carga objetiva (t: 2,13, p: 0,040), subjetiva (t: 2,38, p: 0,027) y escala zarit de sobrecarga (t: 2,10, p: 0,049) entre ambos grupos.

Tabla 8. STRAUSS PRE-TEST

		GC	GE	p
Hospitalización cinco meses previos	No	41,2%	52,9%	p: 0,49 (X2: 0,47)
	Sí	58,8%	47,1%	
Trabajo meses previos	Sí	50%	25%	p: 0,40 (Fisher)
	No	50%	75%	
Actividad social cinco meses previos	Sí	69,2%	71,4%	p: 1 (Fisher)
	No	30,8%	28,6%	
Síntomas último mes	No	54,5%	41,7%	p: 0,54 (X2: 0,38)
	Sí	45,5%	58,3%	
Funcionamiento global meses previos	Bueno	81,8%	66,7%	p: 0,64 (Fisher)
	Malo	18,2%	33,3%	

Al evaluar el momento basal no encontramos diferencias significativas entre los grupos control y experimental, ni en hospitalizaciones, trabajo, actividad social y funcionamiento global.

Tabla 9. STRAUSS POST-TEST

		GC	GE	p
Hospitalización meses previos	No	75%	100%	p: 0,039 (Fisher)
	Sí	25%	0%	
Trabajo meses previos	Sí	54,5%	66,7%	p: 0,68 (Fisher)
	No	45,5%	33,3%	
Actividad social meses previos	Sí	57,1%	75%	p: 0,43 (Fisher)
	No	42,9%	25%	
Síntomas último mes	No	50%	75%	p: 0,38 (Fisher)
	Sí	50%	25%	
Funcionamiento global meses previos	Bueno	70%	81,8%	p: 0,64 (Fisher)
	Malo	30%	18,2%	

Al analizar la evaluación post entre el grupo control y grupo experimental, encontramos diferencias significativas en cuanto a las hospitalizaciones, hallando que en el grupo experimental no se dan hospitalizaciones y en el control sí, el 25% tuvo ingresos durante los meses previos a la evaluación.

4.3. DETECTAR VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE SOBRECARGA (AUMENTÁNDOLA O DISMINUYÉNDOLA)

4.3.1. Carga familiar en función del Género

Las mujeres tenían una mayores puntuaciones tanto en la carga subjetiva ECFs (z: -2,173; p: 0,030) como en la escala Zarit (z: -2,931; p: 0,003). En el postest se sigue manteniendo como una de las variables que se relacionan con la carga (z: -2,371; p: 0,01) y la zarit (z: -2,338; p: 0,019).

4.3.2. Carga familiar en función de la Convivencia

Encontramos una relación significativa entre la convivencia continua y la carga objetiva de los familiares ECFO (z: -2,63; p: 0,008). En el postest encontramos diferencias significativas en la carga subjetiva postest entre el cuidador principal y no principal (z: -2,238; p: 0,025) y en la atribución (z: -1,992; p: 0,046).

4.3.3. Carga Familiar en función del Parentesco

Se encuentra una tendencia de relación entre carga objetiva ECFO (z: -1,68; p: 0,092) y Zarit (z: -1,801; p: 0,072) y el parentesco de padres y parejas. Postest: Encontramos diferencias significativas en atribución postest entre padres y parejas y otros cuidadores (z: -2,326 p: 0,020).

4.3.4. Carga Familiar en función del Paciente

Tabla 10. Carga pretest y variables relacionadas con el paciente bipolar

Pretest	Carga subjetiva		Carga objetiva	
	B	P	B	P
Hospitalización año anterior	0,146	0,42	0,371	0,06*
Actividad Social año anterior del paciente	-0,092	0,05*	-0,012	0,83

* $0,05 < p < 0,1$

En relación con la tabla 10 advertimos una tendencia de relación entre carga objetiva que muestran los familiares en el momento basal y las hospitalizaciones que el familiar con trastorno bipolar haya estado hospitalizado durante el año previo. Asimismo, encontramos una tendencia entre carga subjetiva que muestran los familiares en el momento de inclusión en el estudio y la ausencia de actividad social del familiar con trastorno bipolar.

Es decir encontramos que al analizar la diferencia entre el momento post y pre entre los grupos experimental y control hallamos diferencias significativas en la variable carga objetiva, subjetiva y zarit total.

Al realizar análisis multivariantes controlando por variables como sexo, convivencia, parentesco, consumo de tóxicos y grupo de tratamiento al que pertenecen, no encontramos que pertenecer a una u otra categoría de estas variables afecte a la eficacia del tratamiento en cuanto a la reducción de la carga tanto objetiva como subjetiva que presenta el familiar y de funcionalidad del paciente, por tanto encontramos que el efecto del tratamiento es el mismo en función del sexo (F: 3,084; p: 0,085), parentesco (F: 0, 201; p: 0,936), consumo tóxicos previo (F: 0,157; p: 0,216), consumo tóxicos post (F: 0,068; p: 0,976), convivencia (F: 0,177; p: 0,676), recaídas previas (F: 2,107; p: 0,096). Como conclusión, el programa es igualmente eficaz para todo tipo de pacientes sin afectar estas variables a la reducción de la carga que los familiares tienen ni a la mejora de la funcionalidad del paciente después de la intervención.

4.4. RELACIONAR EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL CON LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Evaluamos cinco áreas de la vida de los pacientes bipolares en la evaluación inicial y a los cinco meses.

4.4.1. En el grupo control

Podemos observar que no hay diferencias significativas entre la evaluación inicial y cinco meses.

- Hospitalizaciones meses previos a cada evaluación: 0,094.
- Trabajo meses previos: 0,196.
- Actividad social meses previos: 0,085.
- Síntomas 1 mes previo: 0,355.
- Funcionamiento global, meses previos: 0,202.

Es decir, no encontramos un cambio en las mismas entre las dos evaluaciones. Debemos señalar, que en tres de estas áreas: hospitalización, trabajo y síntomas, de los pacientes cuyos familiares pertenecen al grupo experimental si encontramos diferencias significativas. Asimismo podemos observar una tendencia a la significación en el funcionamiento global.

4.4.2. En el grupo experimental

- Hospitalizaciones meses previos a cada evaluación: 0,016.
- Trabajo meses previos: 0,003.
- Actividad social meses previos: 0,075.
- Síntomas 1 mes previo: 0,037.
- Funcionamiento global, meses previos: 0,061.

En el grupo experimental, debemos señalar, que en tres de estas áreas: hospitalización, trabajo y síntomas, de los pacientes cuyos familiares pertenecen al grupo experimental si encontramos diferencias significativas. Asimismo podemos observar tendencia a la significación en el funcionamiento global.

Es decir, encontramos que los pacientes cuyos familiares acudieron al grupo de intervención tuvieron una evolución mucho más favorable que los de los familiares que no acudieron a estos grupos.

4.5. REALIZAR UNA GUÍA PSICOEDUCATIVA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR

En un anexo se adjunta.

Por tanto, todos los objetivos planteados han sido realizados.

5. CONCLUSIONES

Los *resultados señalados* son parte del trabajo realizado durante estos dos años de estudio. Hemos hallado unos resultados que encontramos prometedores:

- Los familiares de pacientes bipolares presentaron niveles de medios en referencia a la carga experimentada por el trastorno que presentan sus familiares.
- El programa de intervención propuesto resultó útil a la hora de reducir esta carga.
- El tratamiento de familiares redujo la carga subjetiva que los familiares presentaron, esta carga subjetiva se refiere a los sentimientos y emociones negativos como ansiedad y depresión relacionados con el cuidado.
- La intervención en los familiares redujo la carga objetiva de los familiares, esta carga se refiere a los efectos observables de la enfermedad que repercuten en la vida del cuidador, como por ejemplo, economía, tiempo para relaciones sociales.
- La intervención rebajó la carga relacionada con el cuidado de los familiares, en áreas como la salud física y psíquica propia, las actividades sociales y los recursos económicos, que son las áreas que se encuentran incluidas en la escala Zarit.
- Los pacientes de los familiares que pertenecieron al grupo experimental, de intervención tuvo menos hospitalizaciones y mejoraron la frecuencia de sus relaciones sociales, lo mismo ocurrió con los síntomas, así mismo encontramos una mejoría del funcionamiento en general.

En cuanto a los *resultados subjetivos*:

- Los familiares a los que se les aplicó el programa de intervención señalaron en la encuesta subjetiva realizada de manera anónima que tuvieron la sensación de poseer mayores herramientas y estrategias a la hora de manejar y comprender el trastorno de su familiar, así como mayor información.
- Los pacientes con trastorno bipolar señalaron en la encuesta que tuvieron una mayor sensación tener un mayor entendimiento por parte de sus familiares y mayores estrategias para manejar el trastorno, así mismo mencionaban tener un aumento de sus conocimientos del trastorno bipolar.

6. RECOMENDACIONES

- Algunos investigadores (Nordentoft et al, 2005) han sugerido como opción más útil la realización de un tratamiento psicoterapéutico en el que se combinen estrategias de apoyo social y psicológico. Asimismo, señalan el efecto beneficioso de la terapia cognitiva como estrategia para la prevención de futuras tentativas.
- Nos parece indicado plantear programas especiales en los que se integre tanto el abordaje farmacológico y el seguimiento individual como el desarrollo de terapias psicológicas de apoyo individual y familiar.
- La sobrecarga de los familiares y los efectos que tienen sobre su salud física y psicológica, lleva a que los cuidadores sean muchas veces pacientes ocultos y que tanto a corto como a largo plazo repercuta en mayores costos sanitarios, y que la cronificación de estos estados comprometa gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a reducir la sobrecarga familiar proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos. El cuidado de los familiares repercute de forma directa e indirecta en la salud de nuestros pacientes bipolares:
 - El conocimiento de las variables relacionadas con la sobrecarga familiar permite a los profesionales de la salud prevenir y solucionar los problemas que están afectando a la calidad de vida de pacientes y familiares.
 - La evaluación la sobrecarga familiar permitirá planificación de tratamientos efectivos y eficientes. El hecho de realizar este estudio nos ha constatado la necesidad de que los pacientes y familiares participen en Tratamientos Psicoeducativos como herramienta para mejorar la enfermedad de los pacientes y como estrategia para reducir dicha sobrecarga.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1): 8-19.
2. Post RM, Denicoff KD, Leverich GS. Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(6): 680-90.
3. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 530-537.
4. Post RM. The impact of bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (Suppl 5): 5-10.
5. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Frye MA, et al. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 425-432.
6. Hirschfeld RM. Bipolar depression: the real challenge. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004; 14 (Suppl 2): S83-8. Review.
7. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol Med* 1985; 15: 383-393.
8. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Brit J Psychiatry* 1987; 150: 285-292.
9. Grad J, Sainbury M. Mental illness and the family. *Lancet* 1963; b 1: 1.
10. Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, et al. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Brit J Psychiatry* 1999; 175: 56-62.
11. Vieta E, Pacchiarotti S, Scott J et al. Evidence-based Research on the Efficacy of Psychologic Interventions in Bipolar Disorders: A Critical Review. *Curr Psychiatry Rep* 2005; 7(6): 449-55.
12. Colom F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Editorial Ars Médica 2004. Barcelona.
13. Lam DH, Watkins ER, Hayward P, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(2):145-52.
14. Lam DH, McCrone P, Wright K, Kerr N. Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *Brit J Psychiatry* 2005; 186: 500-6.
15. Zaretsky A, Lancee W, Miller C, et al. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry* 2008; 53(7): 441-8.
16. Perlick DA, Rosenheck RR, Miklowitz DJ, et al. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007; 9: 262-273.
17. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, et al. Clinical factors associated with treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(8): 549-55.
18. Scott J, Colom F. Psychosocial treatments for bipolar disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2005; 28(2): 371-84. Review.
19. American Psychiatric Association (APA). 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4^a.ed.) (DSM- IV). Washington, DC.
20. Strauss SJ, Carpenter WT. 1972. The prediction of outcome in schizophrenia: part I. Characteristics of outcome. *Arch Gen Psychiatry*; 27: 739-746.
21. Strauss JS, Carpenter WT Jr. 1974. The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variables: A report from the WHO pilot international pilot study of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*; 31: 37-42.
22. Strauss JS, Carpenter WT Jr. 1974. Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*; 30: 37-42.
23. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. 1980. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*; 20: 649-654.

24. Martín M, Salvadó I, Nadal S, et al. 1996. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de zarit. *Rev Gerontol*; 6: 338-346.
25. Reinares M, Vieta E, Colom F, et al. 2004. Evaluación de la carga familiar: una propuesta de escala autoaplicada derivada de la escala de desempeño psicosocial. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*; 31(1): 7-13.

ANEXO: GUÍA PSICOEDUCATIVA-FAMILIAR SOBRE TRASTORNO BIPOLAR

Patricia Vega Pérez
Sara Barbeito Resa
Ana María González Pinto Arrillaga

1. Presentación.....	57
2. ¿Qué es la enfermedad bipolar? Factores etiológicos y desencadenantes	57
3. Especialización: Pródromos de los pródromos o síntomas precoces.....	59
4. Sustancias Psicoactivas. Riesgos en la enfermedad bipolar.....	60
5. Adhesión farmacológica. Riesgos asociados a la interrupción del tratamiento	61
6. ¿Qué hacer cuando aparecen las ideas de suicidio?.....	64
7. ¿Cómo me afecta que mi familiar tenga trastorno bipolar?.....	66

1. PRESENTACIÓN

Introducción

Nosotros en la práctica observamos que las repercusiones del trastorno bipolar no se reflejan sólo en la persona diagnosticada sino también en su ambiente más cercano, en concreto en la familia.

La parte más positiva de este aspecto es que también observamos que con información adecuada sobre el trastorno y pautas de su manejo la familia mejora su estado de salud y también la persona afectada de trastorno bipolar.

El objetivo de esta guía es transmitir información a la familia de una persona diagnosticada de trastorno bipolar para en primer lugar conocer y a través de este conocimiento poder manejar mejor el trastorno.

2. ¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD BIPOLAR? FACTORES ETIOLÓGICOS Y DESENCADENANTES

Introducción

El objetivo principal de este capítulo es aprender sobre los síntomas del trastorno bipolar.

¿En qué consiste el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar consiste en una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo (Frank et al, 2006) esto hace que aparezcan síntomas depresivos, de manía e hipomanía que a continuación explicamos. Estos síntomas no aparecen de manera aislada si no generalmente son episodios en los que se presentan varios síntomas.

Episodios en el trastorno bipolar

• *Episodio depresivo*

- Apatía, pérdida marcada del interés por las cosas que se disfrutaban normalmente (Mitchell et al, 2001).
- Sensación de tristeza, decaimiento, melancolía o vacío (Mitchell et al, 2001).

- Problemas de sueño (Plante et al, 2008).
- Pérdida del apetito o ganas de comer demasiado (Torrent et al, 2004).
- Pérdida de energía, cansancio (Chávez-León, 2004).
- Tono de voz bajo, enlentecimiento en los movimientos, o lo contrario, inquietud motora (Mitchell et al, 2001; Chávez-León, 2004).
- Sentimientos de inutilidad o culpa (Holmgren, 2005).
- Pensamientos de muerte o suicidio (Lopez et al, 2001; González Pinto et al, 2006).
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones (Osuji et al, 2005).
- Inhibición social, aislamiento (Brown et al, 2000).
- En algunos casos aparecen delirios o alucinaciones (Mitchell et al, 2001).
- *Episodio maniaco*
- Hiperactividad que consiste, a nivel general, en llevar a cabo muchas actividades o bien incrementar las cotidianas (Callejón, 2003).
- Euforia que consiste en sentirse con un nivel de ánimo elevado, incluso puede llegar a ser irritable. En ocasiones va acompañada de sentimientos de poder, grandeza o importancia (Morken et al, 2009).
- Trastornos de sueño, en la manía tiende a disminuir el sueño: necesitar dormir muy poco o no dormir varios días seguidos (Plante et al, 2008).
- Verborrea y/ o tener pensamientos acelerados y sin control, sintiendo la persona que se le escapan (Bogousslavsky et al, 1988).
- Llevar a cabo actos arriesgados sin valorar las posibles consecuencias negativas, (gastar demasiado dinero, actividad sexual inapropiada, inversiones en negocios no seguros, compras irrefrenables...) (Lopez et al, 2001; Elbogen et al, 2009)
- En algunos casos aparecen delirios o alucinaciones (Mitchell et al, 2001).

- *Episodio mixto*

Aparecen al mismo tiempo síntomas de euforia y de depresión. Características de estos episodios son: cambios rápidos de humor que frecuentemente se alternan durante el día, hostilidad e irritabilidad, aceleración del pensamiento, inquietud, insomnio, llanto fácil y ansiedad (Bogousslavsky et al, 1988; Dilsaver et al, 2008; Plante et al, 2008, Goldberg, 2009; Colom et al, 2009).

- *Periodos de remisión o eutimia*

Periodos en los que la persona diagnosticada de trastorno bipolar no presenta sintomatología (Viola et al, 2006).

Bibliografía

1. Frank E, Gonzalez JM, Fagiolini A. The importance of routine for preventing recurrence in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163(6): 981-5.
2. González-Pinto A, Mosquera F, Alonso M, López P, Ramírez F, Vieta E, Baldessarini RJ. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disord* 2006; 8: 618-24.
3. Mitchell PB, Wilhelm K, Parker G, Austin MP, Rutgers P, Malhi GS. The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patient. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(3): 212-6.
4. Plante DT, Winkelman JW. Sleep disturbance in bipolar disorder: therapeutic implications. *Am J Psychiatry* 2008;165(7): 830-43.
5. Torrent C, Vieta E, Crespo JA, González-Pinto A, del Valle J, Olivares JM, Rodríguez A, de Arce C, Sánchez-Planell L y Colom F. Una escala autoaplicada para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar: Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS) en Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32(3): 127-31.
6. Chávez-León. Tratamiento farmacológico de la fase depresiva del trastorno bipolar. *Salud Mental* 2004; 27(5): 33-43.
7. Holmgren G, Lermenda V, Cortés C, Cárdenas I, Aguirre A y Valenzuela A. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Rev chil neuro-psiquiatr* 2005; 43(4): 275-86.
8. Lopez P, Mosquera F, de León J, Gutierrez M, Ezcurra J, Ramírez F, González-Pinto A. Suicide attempts in bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(12): 963-6.
9. Osuji IJ, Cullum CM. Cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2005; 28(2): 427-41.
10. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20 year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(3): 371-7.
11. Callejón AB. Análisis bibliométrico del trastorno bipolar. *RIPCS* 2003; 3(1): 163-76.
12. Morken G, Vaaler AE, Folden GE, Andreasen OA, Malt UP. Age at onset of first episode and time to treatment in in-patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2009; 194(6): 559-60.
13. Bogousslavsky J, Ferrazzini M, Regli F, Assal G, Tanabe H, Delaloye-Bischof A. Manic delirium and frontal-like syndrome with paramedian infarction on right thalamus. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988; 51(1): 116-9.
14. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the Nacional Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(2): 152-61.
15. Colom F, Vieta E. The road to DSM-IV, bipolar disorder episode and course specifiers. *Psychopathology* 2009; 42(4): 209-18.
16. Goldberg JF, Perlis RH, Bowden CL, Thase ME, Miklowitz DJ, Marangell LB, Calabrese JR, Nierenberg AA, Sachs GS. Manic symptoms during depressive episodes in 1380 patients with bipolar disorder findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry* 2009; 166(2): 127-30.

17. Dilsaver SC, Benazzi F. Diagnosing depressive mixed states in bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(7): 19.
18. Viola L, Prego CE. Evolucion del trastorno bipolar de inicio muy temprano y sus controversias. *Rev Psiquiatr Urug* 2006; 70(1): 53-65.

3. ESPECIALIZACIÓN: PRÓDROMOS DE LOS PRÓDROMOS O SÍNTOMAS PRECOCES

¿Pródromos?

Cuando hablamos de pródromos nos estamos refiriendo al malestar que antecede a la enfermedad o a los episodios que presentan las personas que tienen diagnóstico de trastorno bipolar. Se compone del conjunto de manifestaciones clínicas que alertan del comienzo o aproximación de un episodio de trastorno bipolar ya sea de tipo depresivo o maniaco (Altman et al, 1992; Keitner et al, 1996). La detección precoz de síntomas puede facilitar la intervención precoz o rápida y reducir el impacto de las recaídas en la persona (Joyce, 1985; Molnar et al, 1988).

En el caso de las personas que padecen un trastorno bipolar existen una serie de pródromos comunes entre los afectados pero también existen una serie de pródromos individuales que se repiten a lo largo de la evolución del trastorno.

Pródromo de recaída o nuevo episodio

Determinados signos y síntomas pueden indicarnos que se acerca una crisis. Saber identificarlos puede llevarnos a evitar una recaída (Joyce, 1985).

Los familiares tienen un papel importantísimo a la hora de reconocer estos síntomas para comunicárselos al psiquiatra, psicólogo y a su propio familiar y así poder tratarlos de manera precoz antes de que el episodio se desencadene (Sierra et al, 2007).

La detección de pródromos es más eficaz en la manía que en la depresión. Ya que la auto observación excesiva de la depresión puede hacer que el estado de ánimo bajo fisiológicos se confunda con la enfermedad.

• *Pródromos de depresión*¹

- Se dan variaciones en el estado de ánimo de la persona (Sierra et al, 2007) (Jackson et al, 2003).
- Cambios en el apetito (Jackson et al, 2003).
- Aparecen alteraciones del sueño (duerme mucho o muy poco) (Jackson et al, 2003).
- Variaciones psicomotoras (Sierra et al, 2007).
- Aumento de ansiedad (Sierra et al, 2007) (Jackson et al, 2003).
- Se encuentra más aislado que de costumbre.
- Muestra pérdida de interés por las cosas de alrededor.
- Puede encontrarse más inquieto o más preocupado de lo normal.
- Ideas o planes suicidas (Jackson et al, 2003).
- Bebe más alcohol de lo habitual o sospechamos de un consumo drogas.

• *Pródromos de manía*²

- Es reacio a tomar la medicación (piensa que no la necesita que se encuentra estupendamente, mejor que nunca).
- Se encuentra muy irritable o excitado.
- Hace gastos excesivos y nada habituales.
- Duerme poco (síntoma más significativo) (Sierra et al, 2007) (Jackson et al, 2003).
- Cambios de apetito (Jackson et al, 2003).
- Puede mostrar un exagerado entusiasmo por proyectos o ideas que aparecen de manera repentina.
- Toma más alcohol o abusa de drogas.
- Se muestra impaciente, intolerante.
- Habla mucho, verborrea.
- Presenta cambios del estado de ánimo sin razón concreta (Sierra et al, 2007).
- Síntomas psicóticos (Sierra et al, 2007) (Jackson et al, 2003).

¹ Su duración es inferior a 20 días (Jackson et al, 2003).

² Su duración es mayor de 20 días (Jackson et al, 2003).

- También es frecuente que aparezcan cambios de carácter: personas generalmente introvertidas se muestran bromistas, habladoras y exageradamente extrovertidas, incluso entrometidas.

Bibliografía

1. Altman ES, Rea MM, Mintz J, et al. Prodromal symptoms and signs of bipolar relapse: A report based on prospectively collected data. *Psychiatry Res* 1992; 41(1): 1-8.
2. Jackson A, Cavanagh J, Scott J. A systematic review of manic and depressive prodromes. *J Affect Disord* 2003; 74(3): 209-17. Review.
3. Joyce PR. Illness behaviour and rehospitalisation in bipolar affective disorder. *Psychol Med* 1985; 15: 521-5.
4. Keitner GI, Solomon DA, Ryan CE, et al. Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 362-7.
5. Molnar G, Feeney MG, Fava GA. Duration and symptoms of bipolar prodromes. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1576-8.
6. Sierra P, Livianos L, Arques S, et al. Prodromal symptoms to relapse in bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41(5): 385-91

4. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. RIESGOS EN LA ENFERMEDAD BIPOLAR

Introducción

El consumo de sustancias aparece en un alto porcentaje de la población general. En el trastorno bipolar hay también un alto porcentaje de abuso de sustancias (Cerullo et al, 2007). La prevalencia alta de abuso de alcohol y de drogas en personas que padecen trastorno bipolar se sitúa en un promedio de 3 a 9 veces mayor que en la población general (Regier et al, 1990; Bauer et al 2005; Merikangas et al, 2007).

Además en nuestra experiencia clínica, en ocasiones, nos encontramos que la persona con trastorno bipolar cree erróneamente que estas sustancias no tienen repercusión en su estado de salud, si bien precisamente en estas per-

sonas puede tener peores efectos que en una persona sin el diagnóstico.

Efectos del consumo de alcohol y sustancias en el trastorno bipolar

Algunas investigaciones asocian el consumo de sustancias, sobre todo de cannabis con la aparición de enfermedades psiquiátricas como la depresión, ansiedad, psicosis, trastorno bipolar y síndrome amotivacional (Reece, 2009). De hecho en algunos estudios consideran que es el cannabis la sustancia con mayor asociación de inicio con la psicosis (Addington et al, 2007; González-Pinto et al, 2008; Ongür et al, 2009).

Los efectos que el consumo de alcohol y sustancias tienen en la persona con trastorno bipolar son:

- Peor respuesta a los antipsicóticos tanto típicos como atípicos (González-Pinto et al, 2008).
- Aumento de las recurrencias y hospitalizaciones por episodios (Medina et al, 2008; van Rossum et al, 2009).
- Efectos en la atención y capacidad cognitiva (Rosselló et al, 1998).
- Incremento de los rasgos impulsivos y agresivos, aumento de intentos de suicidio o de suicidios consumados, esto ocurre mayormente cuando consumen cocaína o estimulantes (González-Pinto et al, 2008; Medina et al, 2008; Sherwood Brown et al, 2001; Kilbourne et al, 2005; Meade et al, 2008).
- Menor o peor adherencia al tratamiento (Sherwood Brown et al, 2001; Kilbourne et al, 2005; Meade et al, 2008).

Bibliografía

1. Cerullo MA, Strakowski SM. The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007; 1: 2-29.
2. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK, 1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other

- drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264(19): 2511-8.
3. Merikangas KR., Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(5): 543-52.
 4. Bauer MS, Altshuler L, Evans DR, Beresford T, Williford WO, Hauger R, VA Cooperative Study # 430 Team. Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2005; 85(3): 301-15.
 5. Reece AS. Chronic toxicology of cannabis. *Clin Toxicol (Phila)* 2009; 47(6): 517-24.
 6. Addington J, Addington D. Patterns predictors and impact of substance use in early psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115(4): 304-9.
 7. González-Pinto A, Vega P, Ibañez B, Mosquera F, Barbeito S, Gutierrez M, Ruiz de Azúa S, Ruiz I, Vieta E. Impact of cannabis and other drugs on age at onset of psychosis. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(8): 1210-6.
 8. Ongür D, Lin L, Cohen BM. Clinical characteristics influencing age at onset in psychotic disorders. *Compr Psychiatry* 2009;50(1):13.9.
 9. Medina E, Molina H, Sánchez SE. Efecto del consumo de alcohol en la evolución del paciente bipolar. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2008; 25(3): 279-84.
 10. van Rossum I, Boomsma M, Tenback D, Reed C, van Os j, EMBLEM Advisory Board. Does cannabis use affect treatment outcome in bipolar disorder? A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 2009;197(1): 35-40.
 11. Rosselló J, Munar E, Justo S, Arias R. Efectos del alcohol sobre la atención dividida y la precisión del cambio atencional. *Psicothema* 1998;10(1): 65-73.
 12. Sherwood Brown E, Suppes T, Adinoff B, Rajan Thomas N. Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis. *J Affect Disord* 2001; 65(2): 105-15.
 13. Kilbourne AM, Bauer MS, Pincus H, Williford WO, Kirk GF, Beresford T, Veterans Administration (VA) Cooperative Study # 430 Team. Clinical psychosocial and treatment differences in minority patients with bipolar. *Bipolar Disord* 2005; 7(1): 89-97.
 14. Meade CS, Graff FS, Griffin ML, Weiss RD. HIV risk behaviour among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: associations with mania and drug abuse. *Drug Alcohol Depend* 2008; 92(1-3): 296-300.

5. ADHESIÓN FARMACOLÓGICA. RIESGOS ASOCIADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Introducción

La falta de adherencia al tratamiento, o *incumplimiento terapéutico*, está considerado como un importante problema en cualquier enfermedad, y se ha identificado como uno de los principales factores de riesgo de recaída en el trastorno bipolar.

Diversos autores recalcan que un porcentaje muy elevado de afectados por el trastorno bipolar presentan una mala o incorrecta adherencia (30- 50%) (Colom et al, 2000; Scott et al, 2005).

Por el contrario, la *adherencia al tratamiento* es asociada con mayores índices de *recuperación* y con recuperaciones más rápidas en el tiempo. Los resultados obtenidos demuestran que un buen cumplimiento terapéutico se asocia a la reducción de conductas autolíticas de forma significativa e independiente (González-Pinto et al, 2006).

A continuación haremos un breve resumen de los psicofarmacos más utilizados y de los efectos secundarios que pueden producir.

No obstante señalar que siempre y ante cualquier duda hay que consultar con su médico-psiquiatra de referencia y seguir las indicaciones dadas por éste.

Litio

- Tratamiento de primera línea en el trastorno bipolar.
- Efectivo en el tratamiento en la manía pura, como profilaxis de mantenimiento en trastorno bipolar y en trastornos depresivos recurrentes (Marmol F et al, 2006).
- En las fases mixtas del trastorno bipolar, en cicladores rápidos. Se debe asociar con frecuencia a otros tratamientos (González et al, 2007).
- Para tener ajustada la dosis de Litio se tienen en cuenta actividades cotidianas (ej. ejercicio o una dieta pobre en sal, que aumenta los niveles de Litio).
- Es el mejor profiláctico para el suicidio (Tondo et al, 1997; Cipriani et al, 2005).
- Necesario hacer controles periódicos por parte médico (Marmol et al, 2006).

Ácido Valproico

Indicado en los episodios maníacos agudos del trastorno bipolar como fármaco de segunda elección después del Litio, tanto en monoterapia, como en combinación con el mismo cuando éste no es suficiente para controlar las crisis.

Olanzapina

- Tratamiento de los síntomas psicóticos del trastorno bipolar.
- Tratamiento agudo en episodio maniaco, asociado al Litio o al Ácido valproico.
- Algunos autores lo recomiendan para la depresión bipolar y para la fase estable (Tohen et al, 1999; 2000, 2002; 2003; 2006).
- En cicladores rápidos que no se controlan con Litio y/o Ácido Valproico se puede combinar con uno de ellos.
- No ha mostrado eficacia para prevención de recaídas depresivas (García M et al, 2006)

Carbamacepina

- Tratamiento en episodios maníacos o mixtos añadida al tratamiento de elección, cuando este no logre controlar los síntomas.

- Como alternativa al Litio y al Ácido valproico, en la fase de mantenimiento.
- Los indicios apuntan a su efectividad como tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar (Yatham LN et al, 2004).

Lamotrigina

- Prevención de episodios depresivos en pacientes con trastorno bipolar (Keck et al, 1998).
- La lamotrigina ha sido recientemente aprobada para la prevención de recaídas depresivas en pacientes con trastorno bipolar.
- Estudios apoyan su eficacia en las ciclaciones rápidas (Calabresse et al, 2000).

Quetiapina

- Único tratamiento probado para la depresión bipolar.
- Eficaz en el tratamiento de la manía y en el mantenimiento del trastorno.

Consecuencias del abandono del tratamiento

Existen y se conocen una serie de consecuencias que habitualmente han estado asociadas al abandono de la medicación sin prescripción médica (Hassan M et al, 2009; González Pinto et al, 2007).

Entre las más graves se encuentran las siguientes:

- Recaídas.
- Rehospitalizaciones.
- Pérdida de eficacia de los tratamientos.
- Peor evolución.
- Comorbilidad.
- Deterioro de las relaciones personales.
- Conflictos familiares.
- Problemas de trabajo.
- Problemas económicos.
- Violencia, agresividad.
- Problemas jurídicos, legales.

¿Qué hacer ante las ganas de dejar el tratamiento?

- Comentarle al médico las incomodidades o dificultades que se está experimentando.
- La familia puede recordar a la persona los beneficios que experimenta a consecuencia de la medicación y las dificultades cuando se abandona, podemos utilizar la lista anterior de consecuencias.
- Los allegados deben mostrar una actitud favorable hacia la medicación, animar a tomarla.
- Es muy importante que tanto la familia como la persona afectada vea y comprenda el deseo de abandono de medicación como un síntoma de la enfermedad.

Bibliografía

1. Calabresse JR, Suppes T, Bowden CL et al. A double blind, placebo controlled, prophylaxis study of lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 841-50.
2. Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A, et al. Clinical factors associated with treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(8): 549-55.
3. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, et al. Lithium in the prevention of suicidal behaviour and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1805-19.
4. Cochran SD. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52: 873-8.
5. Craig TJ, Grossman S, Mojtabai R, et al. Medication use patterns and 2-year outcome in first-admission bipolar disorders with psychotic features. *Bipolar Disord* 2004; 6: 406-15.
6. Garcia M, Alonso M, Karim M. Aspectos esenciales del tratamiento: tratamiento de la depresión bipolar. En: Plan de formación sobre trastorno bipolar. Editorial Elsevier 2006: 55-65.
7. González Pinto A, Mosquera F, Alonso M, et al. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long- term lithium treatment. *Bipolar Disord* 2006; 8: 618-24.
8. González-Pinto A, Aldama A, González C, Mosquera F, Arrasate M, Vieta E. Predictors of suicide in first-episode affective and nonaffective psychotic inpatients: five-year follow-up of patients from a catchment area in Vitoria, Spain. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(2): 242-7.
9. Hassan M, Lage MJ. Risk of rehospitalization among bipolar disorder patients who are nonadherent to antipsychotic therapy after hospital discharge. *Am J Health Syst Pharm* 2009 Feb 15; 66(4): 358-65.
10. Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, et al. Factors associated with pharmacological noncompliance in patients with mania. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 292-7.
11. Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM. Anti-convulsant and antipsychotics in the treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(6): 74-81.
12. Mármol F. Lithium: 55 years of history in the therapy of bipolar affective disorder. *Med Clin (Barc)* 2006; 1;127(5): 189-95.
13. Scott J, Colom F. Psychosocial treatments for bipolar disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2005; 28(2): 371-84. Review.
14. Tohen M, Sanger TM, McElroy SM, et al. Olanzapine versus placebo in the treatment of acute mania. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 702-9.
15. Tohen M, Jacobs TG, Grundy SL, et al. Efficacy of olanzapine in acute bipolar mania: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 841-9.
16. Tohen M, Marneros A, Bowden CL, et al. Olanzapine versus lithium in relapse prevention in bipolar disorder: a randomized double blind controlled 12 month trial. *Bipolar Disord* 2002; 4 Supl 1: 135.

17. Tohen M, Goldberg JF, González-Pinto AM, et al. A 12-week double-blind comparison of olanzapine versus haloperidol in the treatment of acute mania. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 1218-26.
18. Tohen M, Calabrese JR, Sachs GS et al. Randomized, placebo-controlled trial of olanzapine as maintenance therapy in patient with bipolar I disorder responding to acute treatment with olanzapine. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 247-56.
19. Tondo L, Jamison KR, Baldessarini RJ. Effect of lithium maintenance on suicidal behavior in major mood disorders. *Ann NY Acad Sci* 1997; 836: 339-51.
20. Yatham LN, Calabrese JR, Kusumakar V. Depresión bipolar: criterios para la selección de un tratamiento, definición de refractariedad y opciones terapéuticas. *Bipolar Disorder (Ed Esp)* 2004; 2: 9-21.

6. ¿QUÉ HACER CUANDO APARECEN LAS IDEAS DE SUICIDIO?

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el *acto suicida* como toda acción por la que un individuo se causa a si mismo un daño, con independencia del grado de intención de hacerse y de que se conozcan o no los verdaderos motivos y define el *suicidio* como la muerte que es producto de un acto suicida (Pascual, 2005).

En el trastorno bipolar la ideación suicida y las conductas suicidas son características típicas, sobre todo como un síntoma del episodio depresivo (Hawton et al, 2005; Baldessarini et al, 2006; Keks et al, 2009; Sanchez-Gistau et al, 2009).

De hecho en ausencia de trastorno bipolar, el suicidio también aparece en episodios y trastornos depresivos (Trivedi et al, 2008; Pompili et al, 2008).

Los estudios confirman que el mejor tratamiento del suicidio es la prevención, si bien todavía falta mucho por estudiar en relación a este

tema (Fountouglakis et al, 2009). La toma de tratamiento farmacológico junto a la información es una de las formas de prevención más eficaces (González-Pinto et al, 2006; Hawton et al, 2005). Además la familia puede estar atenta a determinadas señales que pueden estar avisando de que la persona está pensando en el suicidio (Pérez-Barrero, 1999).

Señales que nos pueden decir que quizá el paciente esté pensando en el suicidio

- Habla a menudo de suicidio o la muerte (Luoma et al, 2002).
- Ha experimentado cambios drásticos últimamente (Basile, 2005).
- Se muestra retirada de sus familiares, amigos y/o las actividades sociales. Pierde interés en sus hobbies, trabajo, escuela, etc. (Maris et al, 1997; Basile, 2005; Azorin et al, 2009).
- Tiene actitudes relacionadas con la muerte, como hacer «testamentos anticipados», o arreglos finales. Familiares de personas que llevaron a cabo el suicidio relatan que antes de hacerlo regalaron posesiones muy preciadas (Basile, 2005).
- Tiene problemas para dormir o comer (Harvey et al, 2009).
- Toma riesgos innecesarios (Pompili et al, 2008).
- Pierde interés en su apariencia personal (Basile, 2005).
- Aumenta el uso alcohol o drogas (López et al, 2001).
- Tiene episodios de accidentes graves o a repetición (Pompili et al, 2008).

Recomendaciones ante las ideas de suicidio

Varias investigaciones estudian la manera de prevenir el suicidio. En el caso de que la persona diagnosticada de trastorno bipolar notifique que está pensando en llevar a cabo el suicidio las recomendaciones de profesionales más importantes son estas (Pérez-Barrero SA, 1999; Pérez-Barrero SA, 2005):

- Ponerse en contacto con el médico tratante lo antes posible.
 - Intentar no dejar solo a la persona con ideas autolíticas.
 - Retirar del alcance de la persona elementos potencialmente letales (ejemplo: retirar el acceso a la medicación).
 - Escuchar sin llevar la contraria o intentar convencerle de algo. Reconocer la importancia del sufrimiento del paciente. No ser crítico debido a que no es momento de discutir si no de escuchar.
 - Intentar transmitir positividad y esperanza. A menudo el que dice que no quiere vivir realmente está diciendo que no quiere vivir de esa manera.
 - Estar alerta (no continuamente asustado): las ideas de suicidio son muy frecuentes en la depresión y desaparecen cuando el ánimo mejora.
 - Ser directo, hablar abiertamente y sin tabúes sobre los pensamientos de la persona enferma.
 - Tratar de implicarse. Mostrarse disponible y con interés por saber de qué manera podría ayudarle a salir de su problema.
 - No tratar al enfermo como alguien que te amenaza. No mostrarse «impactado», esta actitud preocupa a las personas enfermas y muchas veces se callan sus deseos de morir porque saben que hacen sufrir a la familia.
 - Conseguir ayuda de las personas o de las instituciones que especializadas en la intervención de crisis y prevención del suicidio.
3. Pompili M, Innamorati M, Raja M, Falcone I, Ducci G, Angeletti G, Lester D, Girardi P, Tatarelli R, De Pisa E. Suicide risk in depresión and bipolar disorder: do impulsiveness-agressiveness an pharmacotherapy predict suicidal intent? *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008; 4(1): 247-55.
 4. Trivedi MH, Hollander E, Nutt D, Blier P. Clinical evidence and potential neurobiological underpinnings of unresolved symptoms of depression. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(2): 246-58.
 5. González-Pinto A, Mosquera F, Alonso M, López P, Ramírez F, Vieta E, Baldessarini RJ. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherente to long-term lithium treatment. *Bipolar Disord* 2006; 8(5): 618-24.
 6. Pérez-Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Trop* 1999; 15(2): 196-217.
 7. Maris RW. Social and familial risk factors in suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20(3): 519-50.
 8. Pascual P. «El paciente suicida». *Guías Clínicas* [en línea]. 2005, 5 (39). [ref.de 14 de junio 2006]. Disponible en Internet: <http://fisterra.com/guias2/suicida.asp>.
 9. Keks Na, Hill C, Sundram S, Graham A, Bellingham K, Dean B, Opeskin K, Dorissa A, Copolov DL. Evaluation of treatment in 35 cases of bipolar suicide. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43(6): 503-8.
 10. Sanchez-Gistau V, Colom F, Mané A, Romero S, Sugranyes G, Vieta E. Atypical depression is associated with suicide attempt in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120(1): 30-6.
 11. Fountoulakis KN, Gonda X, Siamouli M, Rihmer Z. Psychotherapeutic intervention and suicide risk reduction in bipolar disorder: a review of the evidence. *J Affect Disord* 2009; 113(1-2): 21-9.
 12. Azorin JM, Aubrun E, Bertsch J, Reed C, Gerard S, Lukasiewicz M. Mixed states vs. pure mania in the French sample of the

Bibliografía

1. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord* 2006; 8(5): 625-39.
2. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(6): 693-704.

- EMBLEM study: results at baseline and 24 months--European mania in bipolar longitudinal evaluation of medication. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 33.
13. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909-16.
 14. Harvey AG. The adverse consequences of sleep disturbance in pediatric bipolar disorder: implications for intervention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18(2): 321-38.
 15. Basile H. El suicidio de los adolescentes en Argentina. *ALCMEON* 2005; 12(3): 211-31.
 16. Pérez-Barrero SA. Recomendaciones para una estrategia de prevención del suicidio. *Rev de Neuro-Psiquiatría* 2005; 68(3-4): 222-7.

7. ¿CÓMO ME AFECTA QUE MI FAMILIAR TENGA TRASTORNO BIPOLAR?

Introducción

Hoy en día se considera que el trastorno bipolar es una enfermedad neurobiológica. Sin embargo, existen factores que pueden llevar a que la persona con trastorno bipolar tenga recaídas, algunos de ellos dependen del ambiente y ejercen un papel fundamental en el inicio y evolución del mismo. Éstas variables ambientales se han asociado al curso y número de recaídas de las personas diagnosticadas de trastorno bipolar, no obstante, no se descarta que la existencia de eventos vitales negativos puedan encontrarse desarrollados y precedidos por la propia sintomatología del trastorno (Kessing et al, 2004).

Carga familiar

La carga familiar se describe como la presencia de problemas, dificultades o eventos negativos que afectan a las vidas de las personas importantes para el afectado, como por ejemplo los miembros de su hogar y/o su familia (Platt,

1985). Dicha carga experimentada por los cuidadores informales se puede dividir en dos tipos; la objetiva y la subjetiva. La primera se caracteriza, según Fadden (1987), en una ruptura de la vida familiar observable, incluye separaciones, divorcios, estigmatización y problemas económicos. El segundo tipo incluye los sentimientos personales derivados de la carga, del estrés, de la infelicidad y del propio trastorno (Grad and Sainbury, 1963; Hoening y Hamilton, 1966, 1969; Platt, 1985; Fadden et al, 1987). Perlick (1999) menciona que el 93% de las familias de personas con trastorno bipolar sufren sensación de carga relacionado con el trastorno del afectado. Al cuidado de la propia persona, que indudablemente conlleva un gasto energético, se le suman dificultades económicas y sociales. Esta carga se ve claramente en el caso de enfermos mentales y más concretamente en el trastorno bipolar.

Estrés

En la actualidad, el trastorno bipolar se considera una enfermedad de base endógena pero en la que existen toda una serie de factores, tanto predisponentes como precipitantes, que ejercen un papel fundamental en el inicio y evolución del mismo. El papel del estrés en el trastorno bipolar está ampliamente aceptado y numerosas investigaciones han asociado el curso y número de recaídas con los sucesos vitales estresantes, sin embargo, otros autores no descartan que la existencia de estos eventos vitales negativos puedan encontrarse desarrollados y precedidos por la propia sintomatología del trastorno (Kessing et al, 2004).

El estrés familiar

Las emociones forman parte del ser humano, no debemos rechazarlas, huir o culpabilizarnos. El estrés que sufre el cuidador no es algo puntual sino más bien algo mantenido con picos de mayor tensión.

La activación de determinados sistemas cerebrales en respuesta a una situación de estrés mantenida e intensa parece incidir de mane-

ra especial y selectiva en personas que no disponen de estrategias adecuadas o comportamientos de afrontamiento y no tienen más remedio que soportar el estrés. Los cuidadores con estrés continuo y sin estrategias terminan convirtiéndose en «pacientes ocultos».

Técnicas de control de estrés familiar

Podemos trabajar la reducción del estrés desde cuatro perspectivas; a nivel fisiológico, a nivel conductual y a nivel cognitivo y emocional.

- *Mantener estilo de vida saludable:* Alimentarnos de forma equilibrada, correcta y mantener regularidad horaria.
- *Ejercicio físico:* El ejercicio físico es una estrategia útil tanto para paliar los síntomas de estrés como para evitarlos. El ejercicio nos proporciona un momento de respiro, para nosotros mismos, pero también provoca la liberación de endorfinas, sustancia que libera nuestro cerebro y que nos ayuda a relajarnos y a sentirnos mejor.
- *Favorecer la conducta asertiva:* Se trata de una habilidad para expresar deseos, sentimientos, opiniones, respetando los derechos de los demás, pero respetando a la vez los nuestros.
- *Relajación:* Identificar estados de tensión en nuestro organismo. Procedimiento más utilizado y más aconsejable. Útil control activación fisiológica.
- *Organización del tiempo:* Consiste en organizar las actividades que realizamos a lo largo de la semana, dividiendo las actividades entre aquellas que son prioritarias y otras que son susceptibles de ser pospuestas.
- *Distracción cognitiva:* Consiste en la idea de si conseguimos no prestar atención a los pensamientos y síntomas de ansiedad, terminaran desapareciendo.
- *Tiempo para pensar:* Cuando nos vemos invadidos por pensamientos constantes que no dejan de aparecer en todo el día podemos utilizar esta técnica que consiste en dejar un tiempo al día para ello, por ejemplo 20 minu-

tos en los que deberemos escribir esas ideas que nos vienen a la cabeza y las plasmaremos allí.

- *Búsqueda de ayuda:* Es importante que los cuidadores no realicen el cuidado de manera exclusiva, si es posible hay que tratar de buscar alianzas con otros miembros de la familia o de la comunidad. Existen asociaciones o servicios sociales que pueden proporcionarnos ideas o ayudas al respecto, por lo que es importante contactar con los mismos en busca de esas ayudas.
- *Algunas ideas más:*
 - Buscarnos un tiempo al día para nosotros mismos.
 - No debemos dejar de lado nuestro autocuidado.
 - El trastorno bipolar afecta a la vida del afectado y de los familiares. Ésta relación influirá al curso y pronóstico del trastorno de la enfermedad.
 - Es imprescindible mostrar una mayor atención a los cuidadores, ya que son la mayor fuente de apoyo de la persona que tiene el trastorno.
 - La educación de estos llevará a un menor número de recaídas, mejor evolución, menor carga familiar y mejor calidad de vida.

Conclusión

La ansiedad se trata de una respuesta adaptativa del organismo ante sucesos, tanto internos como externos, potencialmente peligrosos para el ser humano. Sin embargo, cuando pierde esta función, se convierte en patológica. Las recaídas en las personas con trastorno bipolar tiene una relación directa con los acontecimientos estresantes vitales, pero se ha demostrado que la edad y la fase de la enfermedad tiene mucho que ver en la percepción que estos hacen del estímulo estresante, dado que se ha apreciado un aumento de la sensibilización ante acontecimientos vitales estresantes con el aumento de la edad.

Bibliografía

1. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Brit J Psychiatry* 1987; 150: 285-92.
2. Grad J, Sainbury M: Mental illness and the family. *Lancet* 1963; b; 1, 1.
3. Hoening J, Hamilton M. *The Desegregation of the Mentally Ill*. Routledge and Keegan-Paul 1969; London.
4. Hoening J, Hamilton M. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc.Psychiatry* 1966; 12: 165-76.
5. Kessing LV, Agerbi E, Mortensen PB. Major stressful life events and other risk factors for first admission with mania. *Bipolar Disord* 2004; 6: 122-9.
6. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol Med* 1985; 15: 383-93.
7. Perlick D, Clarkin JF, Sirey J. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 1999;175: 56-62.

