



ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

Ana María González-Pinto Arrillaga^{1,2}, Sara Barbeito Resa^{1,2}, Patricia Vega Pérez^{1,2,3}

1. Hospital Santiago Apóstol de Vitoria
2. Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERSAM)
3. *Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Gobierno Vasco.*

PATRICIA.VEGAPEREZ@osakidetza.net

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El trastorno bipolar es una enfermedad que aparece con mayor frecuencia en la adolescencia, interfiriendo en el desarrollo social y laboral. La detección y tratamiento temprano son cruciales para mejorar el curso de la enfermedad. La estrategia terapéutica habitual es la farmacológica, además, se está investigando los posibles beneficios añadidos al combinarlo con el tratamiento psicológico. El objetivo es focalizar la atención terapéutica en el trastorno bipolar en las fases iniciales, y dar el mejor tratamiento farmacológico y psicológico desde el primer momento. Así podremos prevenir recaídas, que generan alteraciones en factores neurotróficos, y atrofias cerebrales que probablemente podrían ser evitadas.

OBJETIVOS: Difundir la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicológicos en el tratamiento del trastorno bipolar de inicio temprano, y dar a conocer la metodología utilizada.

MATERIAL Y METODOS: - Presentación de metodología de tratamiento psicológico: psicoeducación y tratamiento familiar. - Descripción del impacto del tratamiento familiar sobre la salud de la familia y del paciente. - Los módulos psicoeducativos se organizan en 12 sesiones para el paciente y 8 para los familiares. Cada una de ellas da información, y herramientas para afrontar la enfermedad desde

el inicio.

RESULTADOS: La psicoeducación y el tratamiento familiar mejoran la sobrecarga familiar objetiva y subjetiva, y disminuyen las rehospitalizaciones en los pacientes.

CONCLUSIONES: El tratamiento psicológico es eficaz para la mejora de los pacientes y sus familiares.

Introducción

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

Los individuos bipolares se pasan deprimidos casi el 50% de su vida y el 11% con síntomas maníacos o hipomaniacos (Post et al., 2003). En el 2004, Hirschfeld, compara el impacto que tiene el trastorno bipolar antes y después de un tratamiento adecuado, y observa que tras un tratamiento adecuado, 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.

El trastorno bipolar es una enfermedad que aparece con mayor frecuencia en la adolescencia, interfiriendo en el desarrollo social y laboral de la persona que lo padece. La detección y tratamiento temprano son cruciales para mejorar el curso de la enfermedad. La estrategia terapéutica habitual es la farmacológica, además, se está investigando los posibles beneficios añadidos al combinarlo con el tratamiento psicológico. El objetivo es focalizar la atención terapéutica en el trastorno bipolar en las fases iniciales, y dar el mejor tratamiento farmacológico y psicológico desde el primer momento.

Así podremos prevenir recaídas, que generan alteraciones en factores neurotróficos, y atrofiaciones cerebrales que probablemente podrían ser evitadas y que empeoran la evolución de la persona que padece el trastorno.

¿Por qué añadir un tratamiento psicológico?

El tratamiento farmacológico es básico y necesario para pacientes con trastorno bipolar, no obstante, los tratamientos psicológicos, lo son de igual manera para mejorar el curso del trastorno de una manera integral.

No debemos olvidar que el trastorno bipolar afecta y produce oscilaciones en el estado de ánimo del paciente, pero esto produce una afectación en todos los niveles de la vida de la persona:

- Problemas psicosociales.
- Dificultades laborales.
- Resistencia al tratamiento.
- Mala adhesión terapéutica.
- Estilo de vida irregular (en muchas ocasiones).
- Abuso de sustancias.
- Problemas familiares y de pareja.

Vieta y su equipo (2005), sugieren 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.

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 establecidos, un porcentaje importante de pacientes no mejora a pesar de su correcta adherencia. 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

Influencia de la familia en el trastorno bipolar ¿Por qué añadir un tratamiento para familiares?

En 1999, Perlick y su equipo menciona que el 93% de las familias de pacientes con trastorno bipolar sufren sensación de carga relacionado con el trastorno del paciente.

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 et al., 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; Hoening y Hamilton, 1966, 1969; Platt, 1985; Fadden et al., 1987).

Las expectativas de los cuidadores acerca de la capacidad de control de los síntomas por parte del paciente, llevan a éstos a experimentar una mayor carga y conducen al paciente a un peor pronóstico (Perlick et al., 1999). Por tanto, hacer que los allegados entiendan que la conducta de su

familiar está causada por la enfermedad y no por la personalidad del paciente lleva a una disminución en la carga experimentada (Heru et al., 2004). +

En el 2001, Perlick apunta que el grado de carga referido por los cuidadores del paciente bipolar influye en el curso del trastorno del paciente, dependiendo de la fase en la que se encuentre. Aunque hay pocos estudios con pacientes bipolares, también se ha investigado la influencia de la Emoción Expresada (EE) en la evolución del paciente.

Abordajes terapéuticos

Psicoeducación individual

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. Zaretsky et al. 2008, realizan un estudio aleatorizado en el que compara la terapia cognitivo conductual, que incluye contenidos psicoeducativos (13 sesiones) con un tratamiento psicoeducativo (7 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.

Psicoeducación familiar

La psicoeducación en familias 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, se basa 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.

Tratamiento integrado: fármacos + tratamiento individual+ tratamiento familiar

Cuando hablamos de tratamiento integral nos estamos refiriendo a la intervención con el paciente desde una perspectiva biológica, psicológica y social. El tratamiento consiste en la aplicación de estrategias desde una perspectiva multidisciplinar y enfocada en todas las áreas que conforman la vida de la persona.

Es decir, trabajar de manera conjunta la parte biológica con el tratamiento farmacológico, la parte individual con la psicoeducación enfocada en el paciente y la familiar con la psicoeducación centrada en las personas que conviven con el afectado o que tienen una relación muy estrecha con el mismo.

Estudio realizado por el servicio de Investigación del Hospital Santiago Apóstol (Vitoria)

Los estudios realizados anteriormente con psicoeducación de pacientes bipolares han contado con muestras pequeñas, normalmente muchos de ellos han carecido de grupo control de comparación y la muestra no ha sido aleatorizada a los grupos. Además nuestro estudio se realiza de una manera en la que el evaluador es ciego al grupo de pertenencia. Además el presente estudio cuenta con otra fortaleza que es que las sesiones psicoeducativas se han realizado de manera sistematizada, es decir, creamos un manual de aplicación para garantizar que las sesiones son aplicadas de igual manera en todos los grupos.

Objetivos

Difundir la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicológicos en el tratamiento del trastorno bipolar de inicio temprano, y dar a conocer la metodología utilizada.

Método

El tratamiento propuesto consiste en un: ensayo clínico aleatorizado simple ciego en el que los pacientes que hayan sufrido trastorno bipolar sean asignados de forma aleatoria a uno de los siguientes grupos de tratamiento:

- *Grupo control*: tratamiento farmacológico + sesiones periódicas con su psiquiatra (tratamiento habitual).
- *Grupo de intervención*: tratamiento habitual + intervención psicoeducativa grupal (12 sesiones) + intervención psicoeducativa familiar (8 sesiones).

En ambos grupos se realizaron 2 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 y pacientes. 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) (Reinares et al., 2004)), Escala pronóstica de Strauss-Carpenter (Strauss and Carpenter., 1972; 1974; 1974).

, Escala Zarit de sobrecarga del cuidador (Zarit et al., 1980) y consumo de sustancias.

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.

El programa de tratamiento

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 e individual, 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 y eran realizadas una semana sí y otra no.

Programa de tratamiento psicoeducativo individual

Se realizaron 12 sesiones de intervención psicoeducativa en con orientación cognitivo conductual.

Programa de tratamiento psicoeducativo familiar

Se realizó un pack de 8 sesiones de intervención grupal psicoeducativa en con orientación cognitivo conductual. Las sesiones se presentaban a la misma hora y el mismo día 2 veces al mes durante 4 meses.

El programa de psicoeducación impartido es el siguiente:

Sesión 1: Introducción. Presentación y normas del grupo. ¿Qué es la enfermedad bipolar? Factores etiológicos y desencadenantes.

Sesión 2: Síntomas: Manía, hipomanía, depresión y episodios mixtos. Adhesión farmacológica. Riesgos asociados a la interrupción del tratamiento.

Sesión 3: Sustancias psicoactivas. Riesgos en el trastorno bipolar.

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

Sesión 4: Especialización: pródromos de los pródromos o síntomas precoces. Detección precoz de episodios maníacos e hipomaníacos.

Detección precoz de episodios depresivos y mixtos.

Sesión 5: ¿Qué hacer cuando se detecta una nueva fase?.

Sesión 6: Normas y límites en la familia.

Sesión 7: El suicidio. ¿Cómo actuar?.

Sesión 8: Técnicas para el control de estrés familiar y del paciente.

Resultados psicoeducación familiar

Se reclutaron 46 familiares de personas con trastorno bipolar DSM-IV (APA, 1994), reclutados del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria, de los Servicios extrahospitalarios de Álava en los años 2007-2009.

De forma aleatoria, 24 familiares fueron al grupo control y 22 al experimental.

ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

Datos demográficos de los Familiares

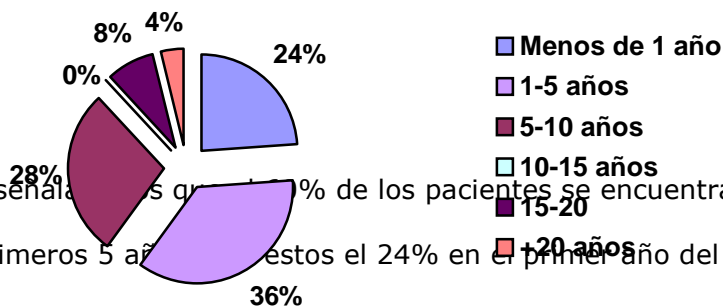
En cuanto a los datos de toda la muestra de familiares objeto del estudio (46) en lo referente a la edad se sitúa en 50.55 con DT 12.47. El 46% de los familiares eran hombres y el 54% mujeres. De ellos el 64% convivían con el paciente y el 36% tenían un contacto frecuente con el mismo. El 42% eran progenitores, el 28% eran las parejas, el 17% eran hermanos y el 13% representaban a otros familiares. De los familiares, el 60% se encontraban casados, el 33% solteros y el 7% separados o divorciados.

Datos demográficos y clínicos de los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar

EL 72% eran hombres, siendo el 17% mujeres.

Edad media de los pacientes bipolares 48,8 años, con una DT 17,2.

Gráfico 1. Tiempo diagnóstico pacientes bipolares



En el Gráfico 2 señalamos que el 36% de los pacientes se encuentran en el periodo crítico de la enfermedad (primeros 5 años) de estos el 24% en el primer año del diagnóstico del trastorno bipolar.

Escalas

Los pacientes con trastorno bipolar mostraban los siguientes resultados:

Tabla 1. Características clínicas basales muestra total y por grupos

Pretest		Toda muestra	Grupo control	Grupo experimental	Estadísticos
Recaídas en año previo	No	20,5%	25%	15,8%	F=0,66 P=0,42
	1-4	71,7%	65%	78,9%	
	4 ^o más	7,7%	10%	5,3%	
Hospitalizaciones en año previo	No	17,5%	15%	20%	F= 0,45 P=0,50
	1-4	55%	50%	60%	
	4 ^o más	27,5%	35%	20%	
Consumo habitual de tóxicos en año previo	No	52,8%	47,1%	57,9%	$\chi^2 = 0,86,$ P=0,35
	Si	47,2%	52,9%	42,1%	

En la *Tabla 3* podemos observar las características basales de todos los pacientes con trastorno bipolar, en cuanto a recaídas, hospitalizaciones y consumo de tóxicos habitual, definido por el consumo habitual durante el año previo a la inclusión en el estudio. Se puede observar que no existen diferencias significativas entre los grupos.

Carga pretest y variables relacionadas con el paciente

Tabla 2. 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 *Tabla 4 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.

Resultados intragrupo

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 (para evitar el efecto de que al principio los experimentales tenían valores mayores que los controles por lo que al final no había diferencias aunque bajaran bastante las puntuaciones).

Carga objetiva

ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

		N	Media	DT.	Error típ. de la media
CO	GC	20	0,0467	0,19340	,04325
	GE	21	-0,0991	0,24290	,05300

t= 2,13, p= 0,040

Carga subjetiva

		N	Media	DT.	Error típ. de la media
CS	GC	20	0,00	,036	,008
	GE	21	-0,13	,239	,052

t= 2,38, p= 0,027

Zarit

		N	Media	DT	Error típ. de la media
Zarit	GC	17	-,2353	1,03256	,25043
	GE	20	-6,2500	12,75632	2,85240

t= 2,10, p= 0,049

Encontramos diferencias significativas al analizar al 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.

ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

Strauss pre-test:

		GC	GE	p
Hospitalización 5 meses previos	No	41,2%	52,9%	p= 0,49 (X2= 0,47)
	Si	58,8%	47,1%	
Trabajo 5 meses previos	Si	50%	25%	p= 0,40 (Fisher)
	No	50%	75%	
Actividad social 5 meses previos	Si	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)
	Si	45,5%	58,3%	
Funcionamiento global 5 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.

Strauss post-test:

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

ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

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 5 meses previos a la evaluación.

Resultados postest en toda la muestra

Áreas vida personas afectas por trastorno bipolar evaluación pre y post

Tabla 3. Strauss Carpenter de pacientes con trastorno bipolar. Evaluación pre y post: Grupo Control.

Grupo Control		Pre intervención	Post intervención	P
Hospitalización 5 meses previos	Más 3 meses	50%	28,6%	0,094
	No ingresados	50%	71,4%	
Trabajo 5 meses previos	No capacitados	16,7%	25%	0,196
	En paro, pero capacitados	16,7%	12,5%	
	Trabajo media jornada	16,7%	62,5%	
	Jornada completa	49,9%	0%	
Actividad social 5 meses previos	No relaciones	16,7%		0,085
	Sólo en trabajo	16,7%	12,5%	
	Una vez semana	66,6%	87,5%	
Síntomas	Continuados o severos	16,7%	37,5 %	0,355

ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

	En alguna ocasión o moderados	33,3%	12,5%	
	Moderados en alguna ocasión	33,3%	25%	
	Ligeros mayoría tiempo o moderados muy de vez en cuando	16,7%	25%	
	No signos ni síntomas			
Funcionamiento Global	Trastorno importante	33,3%	37,5%	
5 meses previos	Trastorno ligero	66,7%	37,5%	0,202
	No hay trastorno		25%	

ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

Tabla 4. Strauss Carpenter de pacientes con trastorno bipolar. Evaluación pre y post: Grupo Experimental.

Grupo Experimental		Pre intervención	Post intervención	P
Hospitalización 5 meses previos	Más 3 meses	60%		0,016
	Ingresados menos 3 meses		20%	
	No ingresados	40%	80%	
Trabajo 5 meses previos	No capacitados	10%	13,3%	0,003
	En paro, pero capacitados	50%		
	Trabajo media jornada	20%	13,3%	
	Jornada completa	20%	53,3%	
Actividad social 5 meses previos	No relaciones	20 %	20%	0,075
	Sólo en trabajo	16,7%		
	Cada 2 semana	20%	20%	
	Una vez semana	60%	60 %	
	Continuados o severos	27,3%	13,3%	
Síntomas: último mes	En alguna ocasión o moderados	45,5%	20%	0,037
	Moderados en alguna ocasión		6,7%.	
	Ligeros mayoría tiempo o moderados muy de vez en cuando	27,3%	33,3%	

ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

	Trastorno importante	9%	13,3%	
Funcionamiento global	Trastorno moderado	36,4%	6,7%	0,061*
	Trastorno ligero	45,5%	53,3%	
5 meses previos	No hay trastorno	9%	26,7%	

*0,05 < p < 0,1

En las *Tablas 5 y 6* mostramos 5 áreas de la vida de los pacientes bipolares en la evaluación inicial y a los 5 meses. En el grupo control podemos observar que las puntuaciones no son significativas. Es decir, no encontramos un cambio en las mismas entre las 2 evaluaciones. Debemos señalar, que en 3 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.

Carga posttest percibida por familiares (ECF) y variables relacionadas con el paciente

Tabla 5. Carga familiar y variables relacionadas con el paciente. Posttest.

Posttest	Carga subjetiva		Carga objetiva	
	B	P	B	P
Hospitalización año anterior	0,24	0,304	0,58	0,03
Actividad Social año anterior	-0,10	0,08*	-0,08	0,31

*0,05 < p < 0,1

En relación a la *Tabla 7* se puede observar una relación significativa a que en la carga objetiva que muestran los familiares en el momento de la evaluación post y las hospitalizaciones durante el año anterior a la inclusión en el estudio. Asimismo, encontramos una tendencia entre carga subjetiva que muestran los familiares en la evaluación a los 5 meses de la inclusión en el estudio y la ausencia

de actividad social del familiar con trastorno bipolar.

Resultados postest carga familiar: eficacia de la intervención psicoeducativa

Carga subjetiva Postest

Tabla 6. Carga subjetiva Grupo Control y Grupo Experimental.

Grupo experimental	N	Media	DT	T	p
Carga subjetiva pretest	22	1,17	0,36	2,69	0,01
Carga subjetiva postest	22	1,02	0,28		
Grupo control	N	Media	DT	T	p
Carga subjetiva pretest	24	1,03	0,29	0,16	0,87
Carga subjetiva postest	24	1,04	0,28		

En la *Tabla 8.* podemos observar los resultados de la evaluación basal y a los 5 meses del grupo experimental y control en cuanto a la carga subjetiva y 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.

Carga Objetiva Postest

Tabla 7. Carga objetiva Grupo Control y Grupo Experimental.

Grupo experimental	N	Media	DT	t	P
Carga objetiva pretest	22	0,66	0,44	2,08	0,049
Carga subjetiva postest	22	0,55	0,43		
Grupo control	N	Media	DT	t	P
Carga objetiva pretest	24	0,66	0,30	-1,07	0,29
Carga objetiva postest	24	0,70	0,31		

En la *Tabla 9* podemos observar los resultados de la evaluación basal y a los 5 meses del grupo experimental y control en cuanto a la carga objetiva y 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.

Escala Zarit de Sobrecarga del cuidador Postest

Tabla 8. Escala Zarit de sobrecarga del cuidador Grupo Control y Grupo Experimental.

Grupo experimental	N	Media	DT	t	P
Zarit total pretest	22	47,71	16,82	2,43	0,02
Zarit total postest	22	41,02	18,95		
Grupo control	N	Media	DT	t	P
Zarit total pretest	24	41,05	12,50	0,67	0,50
Zarit total postest	24	41,90	12,97		

En la *Tabla 10* podemos observar los resultados de la evaluación basal y a los 5 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.

Conclusiones

- 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.

Recomendaciones

- La intervención de forma precoz y preventiva tratando de desarrollar habilidades, actitudes correctas y positivas hacia la medicación puede llevar a la prevención de una peor evolución de la enfermedad al mejorar la adherencia.

- El tratamiento precoz e integrado permitirá mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares.

- El tratamiento psicológico es eficaz para la mejora de los pacientes y sus familiares.

Bibliografía

American Psychiatric Association (APA). 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4^a.ed.) (DSM- IV). Washington, DC.

Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, et al. 2000. Clinical factors associated with treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry*; 61(8):549-55.

Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. 1987. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient`s family. *Brit J Psychiatry*; 150, 285-292.

Grad J, Sainbury M. 1963. Mental illness and the family. *Lancet*; b; 1, 1.

Heru AM, Ryan CE. 2004. Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *J Affect Disord*; 83(2- 3):221-5.

Hirschfeld RM. 2004. Bipolar depression: the real challenge. *Eur Neuropsychopharmacol*; 14 (Suppl 2):S83-8. Review.

Hoening J, Hamilton M.1966. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry*; 12, 165-176.

Hoening J, Hamilton M.1969. *The Desegregation of the Mentally Ill*. Routledge and Keegan- Paul, London.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. 1994. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 51(1):8-19.

ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. 2005. Lifetime prevalence and age-of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*; 62(7):768.
- Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, et al. 1999. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Brit J Psychiatry*; 175:56-62
- Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, et al. 2001. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis*; 189(1):31-7.
- Platt S. 1985. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol Med*; 15: 383-393.
- Post RM, Denicoff KD, Leverich GS. 2003. Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *J Clin Psychiatry*; 64(6):680-90.
- 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.
- Scott J, Colom F. 2005. Psychosocial treatments for bipolar disorders. *Psychiatr Clin North Am*; 28(2):371-84. Review.
- Strauss SJ, Carpenter WT. 1972. The prediction of outcome in schizophrenia: part I. Characteristics of outcome. *Arch Gen Psychiatry*; 27: 739- 746.
- 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.
- Strauss JS, Carpenter WT Jr. 1974. Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*; 30: 37-42.
- Vieta E, Pacchiarotti I, Scott J et al. 2005. Evidence-based Research on the Efficacy of Psychologic

ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

Interventions in Bipolar Disorders: A Critical Review. *Curr Psychiatry Rep*; 7(6): 449-55.

Zaretsky A, Lancee W, Miller C, et al. 2008. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder?. *Can J Psychiatry*; 53(7):441-8.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J.1980. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*; 20:649