

**COMPARACIÓN DEL EFECTO DE UNA GUÍA CLÍNICA
COGNITIVO CONDUCTUAL COMBINADA CON
FARMACOTERAPIA VS. TERAPIA FARMACOLÓGICA COMO
ÚNICO TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR**

COLOMBIA

Exponentes: Ángela María Méndez Vargas; Claudia Ivonne Gaitán Canasto

Autoras: Ángela María Méndez Vargas, Claudia Ivonne Gaitán Canasto; Myriam Rodríguez Páez

Investigación

FUNDACION UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ

BOGOTÁ D.C, COLOMBIA

Se comparó el efecto de la aplicación de una guía clínica que combina la terapia cognitivo conductual con farmacoterapia y la terapia farmacológica como única intervención en pacientes con trastorno bipolar (TB) que asisten a la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva. Se incluyeron en el estudio 29 personas adultas con edades entre los 20 y 45 años, medicadas con carbonato de litio. Se utilizó un diseño cuasi-experimental con 2 grupos (control y experimental), con medidas pretest y postest. Los síntomas fueron evaluados a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI- II) y la Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN). Se aplicó a los participantes del grupo experimental un procedimiento que incluyó técnicas cognitivas y conductuales. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el SPSS 15.01. Los resultados indican que el grupo experimental presentó una disminución significativa de la sintomatología que se mantuvo incluso un mes después del tratamiento en tanto que en el grupo control no se encontraron diferencias significativas entre las mediciones pre y post.

PALABRAS CLAVE: Trastorno bipolar, guía clínica cognitivo conductual, farmacoterapia.

ABSTRACT

The comparative effect of administering a clinical guideline that combined cognitive behavioral therapy with pharmacotherapy, and pharmacotherapy as the only treatment in patients with bipolar disorder (TB) attending the Mental Health Unit of the University Hospital at Neiva, Colombia, was assessed. Participants in the study were 29 adults aged between 20 and 45, medicated with lithium carbonate. A quasi-experimental design with 2 groups (experimental and control) with pretest and posttest measures was used. Symptoms were evaluated through the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Scale for Mania of the National University of Colombia (EMUN). A procedure that included cognitive and behavioral techniques was administered to the participants in the experimental group. Statistical analysis of data was performed using SPSS 15.01. Results indicate that the experimental group showed a significant decrease in symptoms which was maintained even one month after treatment ended, whereas in the control group no significant differences between pre and post measurements were found.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades mentales son consideradas como prio-ritarias en salud pública debido a su alta incidencia en la población y al gran impacto que generan a nivel personal, familiar y social. Aunque muchas de estas enfermedades presentan un alto componente genético, es indudable que existen una serie de factores que pueden desencadenar la aparición de tales problemas. Por ello, si una persona presenta esta predisposición genética y a lo largo de su vida se ve enfrentada a situaciones adversas puede presentar con más facilidad un trastorno.

Para la definición del trastorno bipolar (TB), Kraepelin (1921) observó las características clínicas y el curso de la enfermedad. Él en su momento describió la heterogeneidad de los diferentes tipos de síntomas, el patrón evolutivo de los episodios y el nivel de funcionamiento de los pacientes; esta descripción de los síntomas coincide con los términos que actualmente se incluyen como criterios diagnósticos de TB según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2001).

El trastorno bipolar es un trastorno orgánico crónico que, de no ser tratado adecuadamente, puede resultar altamente incapacitante. Este trastorno está asociado con altas tasas de desempleo, educación inconclusa, soltería, problemas de vivienda y otras condiciones negativas para la calidad de vida de quienes lo padecen (Abood, Z. y cols. 2002). Dentro de las diez primeras causas de discapacidad a nivel mundial en la población de 15 a 44 años de edad, el 50 por ciento se relaciona con problemas de salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), el trastorno bipolar afecta a dos de cada 100 personas y es la sexta causa de discapacidad en el mundo. Un informe de esta organización señala que en el año 2020 morirán aproximadamente 1,53 millones de personas en el mundo por suicidio y añade que el número de tentativas será entre 10 y 20 veces superior, y un alto porcentaje serán personas con TB. La OMS, teniendo en cuenta

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

estos datos recomienda “formar a los profesionales de la atención primaria y fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación”.

En el último estudio de salud mental en Colombia realizado por el Ministerio de la Protección Social en el año 2003, se estima que la prevalencia para el trastorno bipolar I es de 1.2%, con mayor frecuencia en los hombres y de 0.5% para el trastorno bipolar II. Si bien la prevalencia de este trastorno es menor que la de otros trastornos anímicos, la alta incapacidad que puede causar ha motivado cada vez más el interés de los profesionales de la salud.

Esta situación ha hecho que dichos profesionales se preocupen cada vez más por encontrar tratamientos eficaces para esta problemática, orientados no solamente a combatir los síntomas manifiestos sino también a prevenir su aparición con la implementación de estrategias que permitan a los pacientes identificar situaciones o circunstancias que facilitan la aparición de dichos síntomas, lo que a su vez repercute en una mejor calidad de vida. La psicología clínica tiene el gran reto de implementar tratamientos con apoyo empírico que beneficien a los pacientes en la medida en que garanticen efectividad y, por consiguiente, den respuesta a sus necesidades.

Aunque los tratamientos para el TB han sido principalmente farma-cológicos, en los últimos años los hallazgos sobre el impacto en la calidad de vida y el funcionamiento social, cognitivo y ocupacional obliga a cambiar los objetivos de recuperación sintomática por los de recuperación funcional; esta última será, por tanto, el nuevo objetivo terapéutico (Johnson y Leahy 2004). Los avances de la investigación clínica en las últimas décadas han permitido el desarrollo de tratamientos, especialmente cognitivo conductuales, con resultados bastante alentadores, en los que se ha encontrado que esta aproximación terapéutica parece ser la más eficaz de las intervenciones psicosociales para pacientes con desorden bipolar, en pruebas tanto abiertas como controladas (Zaretsky, 2003). En la actualidad, la mayor parte de los tratamientos psicológicos para el trastorno bipolar se dirigen a aliviar los síntomas agudos, mejorar la adherencia a la medicación, restablecer el funcionamiento psicosocial, y prevenir recaídas.

En este documento se presenta una integración de los referentes teóricos y empíricos del trastorno bipolar, en la que se hace referencia a la naturaleza del trastorno, los subtipos, prevalencia, hipótesis de las causas, curso, sintomatología, comorbilidad, y los tratamientos farmacológicos y psicológicos utilizados.

El objetivo principal de esta investigación es comparar el efecto de la aplicación de una guía clínica cognitivo conductual más farmacoterapia y terapia farmacológica sola en la disminución de los síntomas depresivos y maníacos en pacientes con trastorno bipolar.

Los resultados de la presente investigación pretenden brindar a la psicología un conocimiento empírico actualizado, incrementar la efectividad terapéutica y proporcionar una herramienta útil en la intervención cognitivo conductual del trastorno bipolar, al enriquecer el tratamiento y plantear un procedimiento sistemático, secuencial, estructurado

y práctico, aplicado a población colombiana; pues aunque se han desarrollado varios tratamientos para el trastorno bipolar, no existe evidencia de ello en nuestro contexto.

JUSTIFICACIÓN

El trastorno bipolar es una entidad que compromete seriamente la vida emocional del individuo que lo presenta; este trastorno tiene una amplia gama de expresiones y muy diversas presentaciones y subtipos. Hay pacientes cuyos síntomas pasan desapercibidos por años hasta que se dan cuenta de que algo pasa, de que su vida es inestable y que con los años su estado empeora y deteriora su vida funcional.

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios de incremento y descenso en el estado de ánimo, el pensamiento y la actividad. La gravedad, duración y frecuencia de los episodios son variables. Además, en un mismo episodio pueden coexistir síntomas de polaridad opuesta, lo que se denomina episodio mixto. Los trastornos bipolares se distinguen de otros trastornos del estado de ánimo sobre todo por una historia de episodios maníacos mixtos o hipomaniacos (Newman y cols, 2002).

El estudio de Kessler (2005) un trabajo epidemiológico clásico, mostró que la prevalencia del TB en la población general, en adultos es de 1.0 a 1.6%, y en el grupo de 9-17 años es de 1.2%; en estudios posteriores realizados por Akiskal y colaboradores se revela que esta prevalencia puede ir de 2.6 a 7.8% cuando se considera el espectro bipolar completo (Rihmer y Angst, 2005). Los datos preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental desarrollado en Colombia durante el año 2003, muestran que la probabilidad para el Trastorno bipolar I (TB-I) es de 0.8% y de 0.2% para el Trastorno bipolar II (TB-II). El episodio depresivo mayor se presenta en un 8.6% en hombres y un 14.9% en mujeres, y el episodio maníaco con un 2.1% en hombres y 1.5% en mujeres.

El aumento de la tasa refleja la necesidad de una mayor atención en prácticas de evaluación que permitan una precisión diagnóstica y el desarrollo de tratamientos efectivos respaldados con apoyo empírico. Si bien la tasa de prevalencia del trastorno bipolar es menor que la de otros trastornos anímicos, es una causa importante de discapacidad (Thomas, 2004). La carga económica para la familia, los programas de salud y la industria es enorme. Algunos autores sostienen que el trastorno bipolar puede ser el trastorno psiquiátrico más costoso en Estados Unidos (Peele, Xu y Kupfer, 2003). La carga psicológica en familiares y amigos de pacientes bipolares reviste también una gran importancia; las tensiones económicas y emocionales de soportar los problemas propios de estos individuos crecen tanto, que ellos también se sienten abrumados. Se calcula que un 25 a 50% de los pacientes bipolares comete al menos un intento médicamente serio de quitarse la vida y, un 10 a 20%, lo logra (Post y Altshuler, 2005).

A diferencia de la depresión unipolar, en la cual el trastorno se manifiesta con una frecuencia cercana al doble en mujeres que en varones, la tasa de prevalencia del trastorno bipolar es más o menos la misma en ambos géneros cuando se consideran todos los subtipos.

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Considerando que las complicaciones pueden ser medidas a través de diversos parámetros, el TB es responsable del 5% al 15% de las nuevas admisiones psiquiátricas hospitalarias, por tiempo prolongado, con gasto considerable de recursos para los sistemas de salud. Se estima que el tratamiento inadecuado es responsable de la mayor parte de los costos para este tipo de trastornos. (Inocenti, De Bortol y Pedrao., 2008)

En la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido entre los años 2006 a Julio de 2009, según las bases de datos de la oficina de sistemas, se atendieron aproximadamente 782 casos de personas que presentan trastorno bipolar, a los cuales en su mayoría se les brinda tratamiento médico psiquiátrico únicamente, por lo que se considera altamente necesario incluir el trabajo psicológico para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Aunque el abordaje del trastorno afectivo bipolar ha sido clásicamente farmacológico, en los últimos años se ha demostrado que su combinación con terapia psicológica, especialmente de tipo cognitivo-conductual, permite una mayor recuperación en estas personas. Estos tratamientos van dirigidos especialmente a mejorar la adherencia a la medicación y prevenir las recaídas mediante técnicas de entrenamiento. Con cada vez más pruebas de la eficacia de varios tipos de tratamientos para este trastorno, hay una oportunidad significativa de profundizar en el tratamiento clínico del trastorno bipolar mediante el uso de herramientas psicológicas, que cobran cada vez mayor relevancia, dados los resultados, en términos del bienestar del paciente. (Reiser R., Thompson, L., 2006)

Un tratamiento cognitivo-conductual es importante en este trastorno por diversas razones: resulta significativo informar al paciente y a sus familiares sobre las características del trastorno, fomentar la adherencia o compromiso al tratamiento farmacológico y con frecuencia se requiere una intervención sobre otras conductas problema que según la evidencia pueden ser abordadas efectivamente con técnicas cognitivo conductuales.

Apoyada en terapias con evidencia empírica, la guía está diseñada para proporcionar un tratamiento y apoyo a los individuos que estén recibiendo atención y medicación psiquiátrica tradicional. Un tratamiento en curso junto con un estabilizador del estado de ánimo reconocido deben ser requisitos de participación en todo programa de tratamiento psicológico para este tipo de trastorno.

Con esta investigación se pretende proveer a los profesionales de la psicología de una guía sistemática, secuencial, estructurada y práctica, para el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno bipolar. Por su contenido y rigor empírico, se espera que se convierta en una herramienta importante para el trabajo clínico, orientado a que el paciente recobre su funcionamiento habitual en cada una de sus áreas de ajuste, mejorando su calidad de vida.

Vale la pena mencionar, además, que la mayor parte de las intervenciones llevadas a cabo hasta el momento, incluyen tratamientos bastante largos; tal es el caso de Lam (2003), cuyo tratamiento consta de 20 sesiones con una duración de 6 meses; o la guía para la gestión del trastorno bipolar de Otto, Reilly, Kogan, Henin, Knauz y Sachs (2008), que incluye 30 sesiones. La guía propuesta en la presente investigación está diseñada para

brindar un tratamiento y apoyo complementario a las personas que estén recibiendo atención y medicación psiquiátrica. Presenta un tratamiento psicológico corto (12 sesiones) con procedimientos sencillos, e intenta proporcionar al terapeuta un abordaje integrado de carácter práctico para el tratamiento del trastorno bipolar, que sea accesible y de rápida aplicación en la práctica clínica. Todo esto sugiere la utilidad y necesidad de aplicar junto a la medicación en el trastorno bipolar, un tratamiento psicológico que favorezca el manejo de estos pacientes, con técnicas que aunque con evidencia empírica favorable, no han sido probadas en nuestro contexto.

Aunque en la actualidad existe una cantidad de información a partir de estudios de investigación, reseñas sistemáticas de bibliografía y algunos manuales de tratamiento, al hacer una exhaustiva revisión bibliográfica se encontró que aunque en los últimos años varios estudios han demostrado que la TCC es eficaz para mejorar el cumplimiento terapéutico, existe evidencia que señala los problemas metodológicos que se encuentran en la mayoría de ellos, en gran parte debido a las dificultades que hay para hacer investigaciones con este trastorno (Calabrese, Rapport, Shelton y Kimmel, 2001). Algunos, por el carácter de asignación aleatoria de los pacientes al tratamiento, sin grupo control o grupo de comparación; en ocasiones por pobre descripción del tratamiento, o por quien aplica el tratamiento, entre otros. Esto se viene repitiendo, al menos en los últimos diez años. Hay otra cuestión que a veces se olvida, y es la dificultad que existe para realizar adecuados estudios con este trastorno. A diferencia de otros, es difícil conseguir pacientes debido al tipo, complejidad y variedad del trastorno. Esto explica en gran parte las limitaciones metodológicas. Por suerte, hay autores como Craighead y cols. (2002), que son optimistas en este sentido y afirman que en los próximos años se publicarán distintos estudios con un adecuado control metodológico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La aparición del trastorno bipolar tiende a manifestarse alrededor de los 20 años de edad, y más o menos el 50% de los pacientes padece su primer episodio antes de este momento. Esto es cerca de diez años más pronto que la aparición de la depresión unipolar. Casi nunca se da la aparición inicial en individuos mayores de 60 años. Se pensó que sucedía lo mismo con el trastorno bipolar prepuberal y adolescente temprano.

En fechas más recientes, se acumulan pruebas de que es adecuado este fenotipo diagnóstico, y mientras comparte algunos síntomas con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), hay suficientes diferencias para sostener que debe considerarse una clasificación diagnóstica distinta del TDAH (Tillman, Geller, Bolhofner, Craney, Williams y Zimmerman, 2003). No obstante, otros estudios revelan que la manía preadolescente no se halla en un continuo con la manía adulta, y se afirma que se necesitan más investigaciones antes de establecer alguna conclusión (Harrington y Myatt, 2003).

Los pacientes con una historia familiar positiva de trastornos anímicos, por lo general manifiestan su primer episodio a una edad más temprana, y los episodios se precipitan con menores factores de estrés que en los pacientes sin historia familiar de trastornos anímicos

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

(Rihmer y Angst, 2005). Suele aceptarse que los factores culturales pueden afectar el modelo sintomático, tanto de la depresión como de la manía. Sin embargo, algunos estudios epide-miológicos en Estados Unidos sugieren que las diferencias observadas en trastornos bipolares entre caucásicos, hispanoestadounidenses y, afroestadounidenses pueden deberse a factores socioeconómicos. Hay una relación clara entre condiciones ambientales difíciles y la frecuencia e intensidad de los episodios, pero puede darse el caso de que los episodios más graves, en particular maníacos, provoquen pérdida del empleo, bajos ingresos, divorcio, pérdida de sistemas de apoyo emocional e instrumental, y menos oportunidades para una capacitación educativa y profesional.

Es evidente el potencial de una interacción recíproca entre el trastorno y las condiciones ambientales estresantes en pacientes diagnosticados con trastorno bipolar I; en los pacientes bipolares II, los episodios hipomaniacos pueden ser menos perturbadores, y esto quizá contribuya a su mejor posición socioeconómica (Rihmer y Angst, 2005).

Los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar por lo general tienen episodios recurrentes a lo largo de su vida, incluso con tratamiento farma-cológico, según lo indica la American Psychiatric Association (APA, 2002). Dichos pacientes continúan experimentando implacables incidencias de agitación emocional que a menudo interfieren con su funcionamiento coti-diano. Sin tratamiento, este trastorno es devastador, pues genera perturbaciones importantes en el funcionamiento del individuo, junto con pérdidas sustanciales de las amistades, la familia y los ingresos. El alto grado de comorbilidad asociado a este trastorno empeora el pronóstico.

La magnitud de los problemas se ilustra bien en los hallazgos de la Stanley Foundation Bipolar Network (Post y cols., 2003). Este programa de tratamiento en varias instituciones aplica estrategias de farmacoterapia intensivas y muy flexibles para abordar los trastornos anímicos y otros padecimientos co-mórbidos. La NI MH-Life Chart Methodology (Denticoff y cols, 2000), realizó un seguimiento a más de 600 pacientes en tratamiento durante un periodo de 30 meses. Los resultados indicaron que dos tercios de los pacientes bipolares externos continuaron pade-ciendo su enfermedad. En un conjunto de 549 pacientes que tomaban anti-depresivos, sólo a cerca del 15% se le catalogó en buen estado de salud por un periodo de dos meses; otros en el estudio no respondieron o cambiaron a un episodio maníaco. Mientras queda claro que algunos pacientes respondieron bien en este estudio "modelo", los resultados dejan mucho que desear.

Hallazgos como éstos destacan que si bien la farmacoterapia es esencial, como se practica en la actualidad, no basta para eliminar por completo los síntomas, o para generar un funcionamiento significativamente mejor por largos periodos. La combinación con psicoterapia, diseñada para ayudar a los pacientes a que enfrenten problemas cotidianos, puede mejorar el curso de esta enfermedad.

Aunque el trastorno bipolar presenta una alta incidencia en Colombia, ha sido poco estudiado en este contexto y en la actualidad no se cuenta con una guía que suministre un conocimiento empírico actualizado que fundamente el ejercicio profesional del psicólogo

para el tratamiento de este trastorno. Surgió entonces la necesidad de llevar a cabo un estudio en el que se planteara el siguiente interrogante:

¿Cuál es el efecto comparativo de una intervención terapéutica basada en la aplicación de una guía clínica cognitivo conductual combinada con farmacoterapia Vs. terapia farmacológica utilizada como único tratamiento, en la disminución de los síntomas depresivos y maníacos en pacientes con trastorno bipolar?

OBJETIVO

El propósito de esta investigación fue el de comparar el efecto de una intervención terapéutica basada en la aplicación de una guía clínica cognitivo conductual combinada con farmacoterapia, y de la terapia farmacológica como único tratamiento, en la disminución de los síntomas depresivos y maníacos de pacientes con trastorno bipolar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Diseñar y validar por jueces expertos una guía clínica de intervención cognitivo conductual para pacientes con trastorno bipolar.

Determinar el efecto de la farmacoterapia como única intervención, para disminuir los síntomas depresivos y maníacos en pacientes con trastorno bipolar, que asisten a la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo.

Determinar el efecto de la aplicación de una guía clínica de intervención cognitivo conductual en combinación con farmacoterapia en pacientes con trastorno bipolar que asisten a la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo.

Comparar el efecto de una guía clínica cognitivo conductual combinada con farmacoterapia y la terapia farmacológica como única intervención en la disminución de los síntomas depresivos y maníacos en pacientes con trastorno bipolar.

MÉTODO

DISEÑO

Se utilizó un estudio cuasi-experimental con 2 grupos (control y experimental) asignados al azar, cuyos participantes estaban recibiendo terapia farmacológica. En el grupo experimental se realizó una medición pretest. Seguidamente se aplicó la guía clínica

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

cognitivo conductual y una medida postest, mientras que al grupo control se le realizó una medición pretest sin aplicación de la guía y una medida postest, con el fin de comparar el efecto de cada una de las intervenciones. Según Balluerca (2002), este diseño pretende establecer relaciones de causalidad entre la variable independiente y la variable dependiente; además, su estructura implica tanto la manipulación de una o más variables independientes como la medida de la variable dependiente.

Los tratamientos asignados fueron: Guía clínica cognitivo conductual en pacientes con trastorno bipolar, más farmacoterapia (GCC + FT) y farmacoterapia solamente (FT).

PARTICIPANTES

Universo. Sujetos que presentan trastorno bipolar que fueron atendidos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva en el periodo comprendido desde Enero de 2006 hasta Julio de 2009 con un total de 782.

Criterios de inclusión. Personas de cualquier género con edades entre los 20 y 45 años, atendidas por consulta externa en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva, diagnosticadas con trastorno bipolar por parte de un psiquiatra con base en criterios DSM-IV TR, o consenso de mínimo dos expertos (psicólogo clínico o psiquiatra) respecto al diagnóstico. Fue necesario que los participantes supieran leer y escribir. Los sujetos aprobaron su participación voluntaria en la investigación mediante el consentimiento informado después de recibir la explicación acerca de las fases e implicaciones de la intervención. Todos los participantes estaban recibiendo terapia farmacológica con carbonato de litio con dosis entre 900 a 1.500 mg/ 24 horas; prescrita con un mínimo de tres semanas antes de ser incluidos en el estudio teniendo en cuenta la farmacodinamia del medicamento.

Criterios de exclusión. No fueron incluidas en la investigación personas que presentaran comorbilidad con otras condiciones psiquiátricas en el momento de la intervención, ni personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

Población. El grupo de sujetos que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión fue calculado en 29 personas.

Muestra: Debido a que el número de sujetos de la población era reducido, se tomó la totalidad de esta como muestra. Se incluyeron en el estudio 29 personas adultas con edades entre los 20 y 45 años, que se encuentran en control por consulta externa en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva, diagnosticadas con trastorno bipolar por parte de un psiquiatra con base en criterios DSM-IV TR, o en el consenso de mínimo dos expertos (psicólogo clínico o psiquiatra) respecto al diagnóstico.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia debido a que la población que cumplió con los criterios de inclusión es reducida y no fue factible aplicar muestreo de tipo probabilístico.

Se utilizó el principio de azar, que requiere: que cada condición experimental sea aplicada de forma independiente a cada uno de los grupos y que la selección de los sujetos para la formación de los respectivos grupos se realice también con un criterio aleatorio.

En el grupo experimental, la edad promedio fue 32.7 años; el 33.3% eran hombres y el 66.7% mujeres; con relación a la escolaridad, el 33.3% había cursado primaria, 53.3% secundaria y 13.3% había realizado estudios universitarios; en cuanto al estrato socioeconómico, 53.3% pertenecía al estrato 1, 33.3% al estrato 2 y 13.3% al estrato 3; respecto al estado civil el 53.3% se encontraban solteros, 40% casados y el 6.7% separados. El 46.7% tenía hijos y el 53.3% no tenía hijos; con relación a la ocupación, los participantes desempleados y que trabajaban informalmente representaban cada uno 40%, un 13.3% tenía empleos formales y 6.7% se encontraba realizando estudios universitarios.

En el grupo control la edad promedio fue 30.1 años; el 42.9% eran hombres y el 57.1% mujeres; en cuanto a la escolaridad, el 57.1% había cursado primaria, 35.7% secundaria y el 7.2% había realizado estudios universitarios; con relación al estrato socioeconómico, 64.3% pertenecía al estrato 1, 21.4% al estrato 2 y 14.3 al estrato 3; respecto al estado civil el 57.1% se encontraban solteros, 35.7% casados y el 7.2% separados. El 42.9% tenía hijos y el 57.1% no tenía hijos; en cuanto a la ocupación, existe un porcentaje igual (42.9%) de participantes desempleados y que trabajaba informalmente, y un 14.3% de personas que tienen empleos formales.

INSTRUMENTOS

El Inventario de Depresión de Beck (BDI- II) fue creado en 1961 basándose en descripciones de los pacientes sobre las manifestaciones de la depresión. Los factores que evalúa son: estado de ánimo, síntomas somáticos, pensamiento depresivo e ideaciones suicidas.

Los temas de las preguntas están relacionados con estado de ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, disgusto consigo mismo, castigo, acusaciones a sí mismo, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad en el trabajo, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, de peso, de la libido y preocupación somática.

En el año 2004 se llevó a cabo en la ciudad de Cali un estudio sobre las características psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II, versión en español que demostró que los factores subyacentes de depresión que experimentan los colombianos son similares a los factores identificados en el grupo con el cual se estandarizó el BDI-II, versión en inglés. Con valores alfa de Cronbach de 0,82, la investigación sugiere que es un buen instrumento de tamizaje para la población hispano-parlante en aras de evaluar la severidad de los

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

síntomas depresivos. Además, hay consistencia en la identificación de tres componentes o factores principales en la depresión. La identificación del factor que más contribuye a los síntomas de depresión en cada paciente, es importante para seleccionar el plan de tratamiento y direccionarlo de acuerdo con las necesidades de cada individuo. (Carmody, Lega y Paredes, 2004)

La Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN) fue elaborada por Sánchez, Gómez y Jaramillo en 2008. Hasta donde se tiene conocimiento, la EMUN es la primera escala desarrollada en español para medir síntomas maníacos. El instrumento desarrollado busca suplir deficiencias encontradas en instrumentos anteriores: incorpora todas las dimensiones del síndrome, incluye guías de entrevista semiestructurada para evaluar aspectos clínicos de una manera sistemática y considera todos los procedimientos y componentes estadísticos recomendados en un análisis de validación.

La escala está compuesta por 16 ítems que tienen una adecuada validez de contenido, pues define cuatro dominios (factor de activación psíquica, factor de activación física, factor de activación autonómica y sus efectos, factor de polaridad depresión-megalomanía) que quedan adecuadamente representados por los ítems (afecto eufórico, afecto irritable, afecto depresivo, urgencia del pensamiento, fuga de ideas, intensidad de la voz, grandiosidad, ideas depresivas, hiperactividad motora, excesiva energía, excesivo involucramiento en actividades, disminución de la necesidad de dormir, incremento de energía sexual, distractibilidad, excesiva sociabilidad y juicio pobre). Los valores en las mediciones de correlación y concordancia entre diferentes evaluadores, o entre evaluaciones sucesivas con relativa estabilidad de la condición clínica, muestran que la EMUN es un instrumento válido y confiable para medir la severidad de la manía y que se desempeña consistentemente a lo largo del tiempo. La escala desarrollada detecta adecuadamente los cambios en la condición clínica derivados del tratamiento y muestra muy buena correlación con un patrón de referencia. Presenta un coeficiente alfa de Cronbach, de 0,86.

De acuerdo con los resultados de la validación, es una herramienta útil, no sólo para evaluar la condición de los pacientes en la práctica clínica psiquiátrica, sino también para efectuar estudios en los cuales se analice la eficacia de intervenciones terapéuticas en este tipo de trastornos psiquiátricos.

Guía de manejo clínico para el trastorno bipolar (Manual para el terapeuta – Manual para el cliente) Esta guía, elaborada por las autoras de la presente investigación y apoyada en terapias con evidencia empírica, está diseñada para proporcionar un tratamiento y apoyo a los individuos que estén recibiendo atención y medicación psiquiátrica tradicional. Un tratamiento en curso junto con un estabilizador del estado de ánimo reconocido deben ser requisitos de participación en todo programa de tratamiento psicológico para este tipo de trastorno.

Esta guía no constituye un tratamiento estándar, solo intenta proporcionar un proceso integrado de carácter práctico para el tratamiento del trastorno bipolar, que debe ser desarrollado por profesionales con conocimientos suficientes para realizar intervención a individuos con trastornos mentales graves. Estos tratamientos van dirigidos especialmente a

mejorar la adherencia a la medicación y prevenir las recaídas mediante técnicas de entrenamiento que se encuentran descritas en cada una de las guías, según el caso (terapeuta – cliente).

La guía clínica consta de 12 sesiones estructuradas de la siguiente manera:

Sesión 0: Establecimiento de la relación terapéutica y encuadre del proceso.

Los objetivos de esta sesión son: 1) desarrollar empatía, 2) operacionalizar la problemática actual del paciente, 3) identificar el nivel de actividad del paciente, y 4) explorar los objetivos del paciente con respecto al tratamiento.

Sesión 1: Psicoeducación.

En esta sesión el terapeuta proporciona la información relativa a la definición y la etiología del trastorno bipolar. Este proceso ayudará a aclarar conceptos erróneos que los pacientes puedan tener con respecto a la naturaleza de la enfermedad bipolar. Brindará a los pacientes una justificación para el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno bipolar y una visión general del proceso de tratamiento, incluidos los objetivos de la terapia. Proporcionar información sobre los procedimientos de tratamiento ayudará a los pacientes a prepararse para las siguientes sesiones.

Sesión 2: Compromiso con los medicamentos.

En esta sesión se aborda la importancia del compromiso con el tratamiento. Dejar de tomar la medicación recetada es un problema significativo para los pacientes con trastorno bipolar; plantea riesgos adicionales sustanciales, como un aumento del riesgo de suicidio, hospitalización, y las consecuencias sociales y financieras en potencia devastadoras asociadas a un episodio maniaco o depresivo agudo. Hay varias estrategias que particularmente parecen ser útiles para mejorar el apego a la medicación en esta población. Por lo anterior, en esta sesión el terapeuta discute el uso de los medicamentos. Los pacientes pueden tener preguntas y preocupaciones sobre el uso de éstos y sus efectos a largo plazo.

Sesión 3: Supervisando el estado de ánimo.

El propósito de esta sesión es ayudar a los pacientes a comprender cómo sus experiencias cotidianas con los síntomas de la enfermedad bipolar son compartidas por miles de personas. Además, el terapeuta empezará a enseñar a los pacientes y sus familiares cómo distinguir las variaciones normales del estado de ánimo y los síntomas característicos de la enfermedad.

Gráfica anímica adaptada de Basco y Rush (2005): Una tarea básica inicial en el tratamiento del trastorno bipolar es la supervisión anímica diaria. Con la supervisión del estado de ánimo de síntomas tempranos se han demostrado sustanciales mejorías en varios resultados relacionados con la recurrencia de episodios bipolares (Colom y cols., 2003 y

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Lam y cols., 2003). La supervisión proporciona información al paciente, lo que posibilita adquirir conciencia de contingencias importantes relacionadas con la sintomatología.

Sesión 4: Identificando los signos de alerta.

El propósito de esta sesión es educar a los pacientes para que identifiquen las primeras alarmas de un episodio inminente. Una identificación anticipada puede dar lugar a la intervención temprana y puede "desactivar" un verdadero episodio de manía o depresión. La detección temprana requiere que el paciente y las personas que hay a su alrededor (familia) sean conscientes de los signos y síntomas de la enfermedad.

Sesión 5 y 6: Pensamientos negativos y cambios cognitivos.

El propósito de esta sesión es enseñar a los pacientes las técnicas de terapia cognitiva para reducir los pensamientos negativos automáticos y la intensidad de los cambios de ánimo asociados y comenzar el entrenamiento para controlar estos pensamientos. Los cambios cognitivos asociados con el inicio de la depresión y la manía son a menudo sutiles al principio. El entrenamiento de los pacientes para controlar estos pensamientos y examinar la evolución de los síntomas es un elemento clínicamente relevante.

Sesión 7: Cambios de comportamiento durante los episodios depresivos.

El propósito de esta sesión es enseñar a los pacientes habilidades para hacer frente a las consecuencias de sus comportamiento comunes durante la depresión. Se trabaja sobre dos técnicas: la asignación graduada de tareas (AGT) y el aumento de la destreza y el placer.

Sesión 8: Cambios de comportamiento en la manía.

La finalidad de esta sesión es orientar al paciente en la utilización de las fluctuaciones en su nivel de actividad, como señales de la aparición de manía o hipomanía y enseñar un método para limitar el aumento de actividad.

Sesión 9: Problemas psicosociales

En esta sesión se cambia el foco de la terapia, de los síntomas de la enfermedad bipolar a la discusión de sus consecuencias psicosociales. Se incluye la evaluación de las intervenciones para la resolución de dificultades psicosociales, incluidos los problemas interpersonales. El plan para este período de sesiones es comenzar a examinar algunas de las dificultades psicosociales que el paciente puede estar experimentando como consecuencia directa o indirecta de la enfermedad bipolar.

Sesiones 10 y 11: Resolución de los problemas psicosociales

El propósito de las sesiones de resolución de problemas es tratar de resolver las dificultades psicosociales (estresores) identificadas en la fase de evaluación. Pueden ser necesarias múltiples sesiones para hacer frente a un problema complicado. Para facilitar el

proceso, se puede dividir el objetivo de tratamiento principal en sub objetivos y tomar cada uno de forma individual utilizando el procedimiento de resolución de problemas.

Sesión12: Evaluación y cierre

El propósito de esta sesión es evaluar el cambio que tuvo el paciente a partir de la intervención, la efectividad de la puesta en marcha de las acciones propuestas en consulta para la solución de sus problemas personales y psicosociales. Motivar al paciente para que continúe con el proceso, aunque no esté asistiendo a la consulta.

Planillas de calificación (Juicio de expertos). Para evaluar la validez de contenido, los jueces expertos utilizaron unas planillas (Escobar y Cuervo, 2008) que incluyen las categorías de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de cada una de las sesiones constitutivas de las guías de manejo clínico, (Manual para el terapeuta – Manual para el cliente) en las que debían calificar en una escala de 1 a 4 los aspectos antes mencionados en cada una de las guías.

PROCEDIMIENTO

Se estructuró la guía de manejo clínico, teniendo en cuenta los estudios de autores como Ramírez, Basco, M y Rush, A.J. (1996), Lam, D.H., Bright, J., Jones, S.H. y Hayward, P. (2000), Post, R. M. y Altshuler, L.L. (2005) y Reiser, R y Thompson, L. (2006), quienes han investigado durante muchos años sobre TB. Finalmente la guía quedó estructurada con 12 sesiones. Para llevar a cabo la validación de contenido de las guías de manejo clínico, se realizó una valoración por expertos que básicamente consistió en un juicio. Se solicitó a un grupo de jueces expertos, realizar una evaluación que incluía las categorías de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de cada una de las sesiones constitutivas de la guía. Los expertos debían utilizar unas planillas para calificar en una escala de 1 a 4 los aspectos mencionados. Se impartieron instrucciones específicas para realizar los juicios, así como las especificaciones que debían juzgar entre las cuales se encontraba la forma de calificar; donde 1 indicaba que la característica se cumplía en bajo grado y 4 indicaba que se cumplía en alto grado.

En cuanto a la evaluación de suficiencia y claridad para el total de la guía del terapeuta, el promedio fue 3,5 y para el indicador de coherencia fue de 4. Los promedios de calificación en el manual para el cliente fueron de 3 para suficiencia y claridad y 4 para coherencia. Las principales sugerencias que llevaron a realizar algunas modificaciones estuvieron relacionadas con el lenguaje utilizado, que en el caso del manual para el cliente, en algunos casos, era muy técnico, tener en cuenta los conocimientos previos y creencias de los pacientes y trabajar aspectos relacionados con la estigmatización.

Posteriormente, se llevó a cabo un estudio piloto con dos pacientes, a los cuales se les realizó el procedimiento descrito en la guía, por parte de las dos investigadoras, con el fin de unificar pautas para el desarrollo de las sesiones posteriores. A pesar de reiterados llamados, no se logró que los partici-pantes asistieran con un familiar o acompañante, por

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

lo que se tomó la decisión de iniciar el proceso solamente con los pacientes. Con este estudio, se vio la necesidad de incluir dentro del tratamiento el entrenamiento en respiración y se precisó adicionar una sesión para trabajar el aspecto cognitivo.

Ya con las guías debidamente ajustadas, se solicitó la autorización de las directivas de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva para tener acceso a la población objeto de estudio (sujetos con trastorno bipolar). Se solicitó la base de datos de los pacientes atendidos durante el periodo comprendido desde enero de 2006 hasta Julio de 2009 con un total de 782. Esta se empezó a depurar, según la edad, (entre 20 y 45 años) y el lugar de residencia; se excluyeron además pacientes que tuvieran comorbilidad con otras condiciones psiquiátricas y personas que dentro de la historia clínica tuvieran reporte de consumo de sustancias psicoactivas.

Finalmente, un total de 36 personas asistieron a la convocatoria, que se realizó vía telefónica. Se les explicó el objetivo de la reunión y se programaron citas con cada uno para realizar la entrevista inicial que incluía una historia clínica completa en la que se tuvieron en cuenta los criterios DSM – IV para corroborar el diagnóstico.

En la siguiente sesión se dio retroalimentación de la evaluación y se orientó a las personas no aptas para el estudio acerca de los lugares a los que podían recurrir y se informó a la Unidad de Salud Mental sobre los hallazgos. Así se afinaron los criterios de inclusión, a partir de lo cual se obtuvo un total de 29 personas para iniciar el estudio.

A las personas que finalmente cumplieron con todos los criterios de inclusión y por lo tanto eran aptas para participar en la investigación se les solicitó diligenciar y firmar el consentimiento informado, donde manifestaron el interés de colaborar voluntariamente con la investigación. También se les dieron a conocer las características del estudio y los aspectos éticos. Estas personas fueron asignadas al azar a cada uno de los grupos (control y experimental).

Inicialmente quedaron 15 personas en el grupo experimental y 14 personas en el grupo control, pero entre la primera y segunda semana de intervención desertaron 4 personas del grupo experimental, tres de ellas manifestaron no poder continuar por motivos laborales y de viaje; otra, aunque durante el seguimiento manifestó su interés por continuar, no regresó. En el grupo control, no se realizó la medición posttest a dos personas, ya que a pesar de varios intentos por ubicarlas no fue posible contactarlas.

Procedimiento con el grupo experimental.

Se llevó a cabo la aplicación pretest con el Inventario de Depresión de Beck y la Escala para Manía de la Universidad Nacional y se programaron las citas con cada uno de los pacientes con los que se llevó a cabo el tratamiento descrito en la guía por parte de las dos investigadoras. El procedimiento se llevó a cabo bajo las mismas condiciones de la prueba piloto y consistió básicamente en lo siguiente:

- 1) psicoeducación, donde básicamente se proporcionó información relativa a la definición, etiología y características generales del trastorno bipolar;
- 2) compromiso con los medicamentos, para destacar la gran importancia del compromiso con el tratamiento farmacológico;
- 3) supervisión del estado de ánimo para ayudar a los pacientes a distinguir las variaciones normales del estado de ánimo y los síntomas característicos de la enfermedad;
- 4) identificación de los signos de alerta cuyo propósito fue educar a los pacientes para que identificaran las primeras alarmas de un episodio inminente;
- 5) pensamientos negativos y cambios cognitivos, en donde se incluyeron técnicas de terapia cognitiva para reducir los pensamientos negativos automáticos;
- 6) cambios de comportamiento durante los episodios depresivos, para enseñar a los pacientes habilidades para hacer frente a las consecuencias de sus comportamientos durante la depresión;
- 7) cambios de comportamiento en la manía, cuyo propósito fue enseñar que las fluctuaciones en el nivel de actividad pueden señalar la aparición de manía o hipomanía y enseñar un método para limitar el aumento de actividad;
- 8) problemas psicosociales, que incluía dos aspectos: el primero consistía en examinar algunas de las dificultades psicosociales que los pacientes podrían experimentar como consecuencia directa o indirecta de la enfermedad bipolar. El segundo incluía la resolución de dichos problemas; y
- 9) evaluación y cierre, para estimar el cambio que tuvo el paciente a partir de la intervención y motivarlo para continuar con el proceso, aunque el tratamiento hubiese terminado.

Se realizaron 2 sesiones por semana con cada paciente, con una duración aproximada de hora y media cada una. Las sesiones se llevaron a cabo cumpliendo una estructura como la siguiente: a) bienvenida, b) revisión de tareas, c) presentación de los objetivos de la sesión, d) desarrollo de la sesión, e) resumen de la sesión y f) asignación de tareas.

A partir de la segunda sesión se orientó sobre el diligenciamiento de la gráfica anímica que tenía como objetivo la identificación de las variaciones en el estado de ánimo; inicialmente fue difícil para algunos identificar dichas variaciones, pero a partir de la segunda y tercera semana, se llevó a cabo sin inconvenientes.

La revisión de tareas permitió a su vez realizar retroalimentación sobre los conceptos y estrategias aprendidas en la sesión anterior. Aunque para algunos fue más complicado llevar a cabo algunas de las actividades propuestas en la guía, se reforzaron algunos conceptos y se les dio nuevamente la orientación para complementar información que en algunos casos era necesaria para la sesión que se estaba llevando a cabo. Sin embargo, esto no generó inconvenientes.

Finalizado el tratamiento se realizaron dos mediciones con los mismos instrumentos (BDI y EMUN). En la sesión de evaluación y cierre se llevó a cabo la medición post 1 y un mes después se repitió la medición.

Procedimiento con el grupo control.

Con este grupo, se realizó la primera medición, mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck y la Escala para Manía de la Universidad Nacional; se les indicó que debían continuar tomando su medicación y asistir a los controles programados por su psiquiatra. Posteriormente se les informó la fecha en que serían citados nuevamente. Seis semanas después se realizó la medición posttest con los mismos instrumentos utilizados en el pretest.

RESULTADOS

Inicialmente se realizará una descripción de las características sociodemográficas de la muestra.

En cuanto al subtipo de TB que presentan los participantes del estudio, 19 corresponden al subtipo TB-I y 4 al TB-II, el mayor número de participantes corresponde al género femenino, de los cuales 8 pertenecen al grupo experimental y 8 al grupo control, en tanto que el número total de participantes del género masculino fue de 7. El estado civil soltero, es el que se presenta con mayor frecuencia dentro de los participantes en el estudio con 13 casos; un total de 10 personas desempeña trabajos informales, de los cuales 4 pertenecen al grupo experimental y 6 al grupo control; mientras que 10 de los participantes estaban desempleados y solamente 3 personas tenían un trabajo formal.

La mayor parte de participantes se encuentran en el rango de edad de 26 a 30 años con una frecuencia de 10, seguidos por el rango de 36 a 40 años con una frecuencia de 7 personas. En cuanto al nivel de escolaridad, la mayoría ha llevado a cabo estudios secundarios y de primaria.

Antes de realizar el análisis de resultados se efectuaron análisis preliminares que permitieran controlar algunas variables intervinientes y brindaran mayor claridad en los resultados obtenidos. Para tal efecto se realizó la prueba de Levene con el fin de comprobar la igualdad de varianzas entre los grupos control y experimental con lo que se pudo asegurar dicha igualdad y afirmar por lo tanto, que no se encontraban datos atípicos.

Se realizó también un análisis mediante la prueba t que permitió establecer, con un intervalo de confianza del 95%, que los dos grupos eran homogéneos en cuanto a la variable dependiente.

Los datos obtenidos en relación con la influencia de la variable independiente permitieron rechazar la hipótesis nula que planteaba la no existencia de diferencias significativas en los

resultados post de los grupos control y experimental. De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba t para muestras relacionadas, se puede afirmar que existe una diferencia significativa, ($P > 0,05$) entre los resultados de las pruebas BDI y EMUN en las medidas pre y post en el grupo experimental. Esto sugiere que finalizado el tratamiento, los puntajes de las pruebas bajaron, lo que indica una disminución de los síntomas depresivos y maníacos.

Los resultados de la segunda medición (post) y tercera medición (post 2) del BDI en el grupo experimental indican que no existe una diferencia significativa entre dichas mediciones ($P = 0,195$). Lo mismo ocurre con los resultados obtenidos en la prueba t en las 2 mediciones post de la EMUN con una $P = 0,816$, lo cual pone de manifiesto que un mes después de finalizado el tratamiento los resultados se mantienen.

En relación con el grupo control, los resultados obtenidos en la prueba t, indican que no existen diferencias significativas, entre los resultados pre y post de las pruebas. Estos datos señalan que los participantes del grupo control no mostraron cambios en la sintomatología evaluada por los instrumentos en las mediciones pre y post.

Al analizar los datos globales de la intervención, los resultados de la prueba t en la medición post del Inventario de Depresión de Beck (BDI), entre el grupo control y el experimental, estadísticamente se encontraron diferencias significativas con una $P = 0,013$. Esto indica que el grupo que recibió el tratamiento cognitivo conductual más farmacoterapia, presentó una reducción significativa en los síntomas depresivos, lo que no ocurrió con los integrantes del grupo control que recibieron farmacoterapia como única intervención.

Comparación BDI medidas post en grupo control y experimental

	Grupo	N	Medi a	Desvia- ción típ.
BDI	Experimental	11	6,27	3,38
	Control	12	14,33	9,15

Adicionalmente, al comparar los resultados de la prueba t en la medición post de la Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN), entre el grupo control y el experimental, estadísticamente se encontraron diferencias significativas con una $P = 0,000$. Estos datos señalan que el grupo experimental, presentó una reducción significativa en los síntomas maníacos; mientras que en los integrantes del grupo control no se presentó esta diferencia.

Comparación EMUN medidas post en grupo control y experimental

	Grupo	N	Media	Desvia- ción típ.
EMUN	Experimental	11	8,36	5,95
	Control	12	21,25	8,09

Si bien el grupo experimental y el grupo control comenzaron igualados en términos estadísticos, luego de finalizado el tratamiento los niveles de depresión y manía disminuyeron, a diferencia de lo que ocurrió en el grupo control donde no se observan cambios significativos. En el seguimiento realizado un mes después se observa que los resultados se mantienen en el grupo experimental.

Para evaluar el grado de asociación entre pertenecer a alguno de los grupos y la disminución del puntaje de las pruebas, (lo que indicaría una mejora en los síntomas del trastorno bipolar) se utilizó la prueba Chi cuadrado y se encontró que al comparar los grupos control y experimental en la medición posttest del BDI y la EMUN, los resultados de la prueba Chi cuadrado indican que hay una relación significativa ($P=0,00$) entre recibir el tratamiento cognitivo conductual más farmacoterapia y mejorar. Esto se evidencia en la reducción de la sintomatología depresiva y maniaca en el grupo experimental.

Se comparó también, mediante la prueba Chi –cuadrado, si existía algún tipo de relación entre mejorar en los síntomas depresivos y mejorar los síntomas de manía; sin embargo, se encontró que no existe este tipo de relación, pues algunos de los participantes presentaron una reducción significativa en los síntomas depresivos, pero no en los maniacos y viceversa.

Para tratar de establecer si en el grupo experimental existía alguna relación entre las variables socio-demográficas y presentar disminución en los puntajes de los instrumentos utilizados en el estudio se realizó un análisis mediante la prueba Chi cuadrado, pero tampoco se halló relación; es decir, que independientemente de las variables sociodemográficas de los participantes, la intervención cognitivo conductual más farmacoterapia influye en la disminución de los síntomas del trastorno bipolar.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se comparó el efecto de la utilización de una guía clínica cognitivo conductual combinada con farmacoterapia y de la terapia farmacológica empleada como única intervención en la disminución de los síntomas depresivos y maniacos en pacientes con trastorno bipolar. En razón a que éste es un trastorno orgánico crónico, era necesario que los pacientes estuvieran medicados. De acuerdo con Reiser y Thompson (2006), un tratamiento en curso junto con un estabilizador del estado de ánimo reconocido, deben ser

requisitos de participación en todo programa de tratamiento psicológico para este tipo de trastorno.

Los participantes de la presente investigación se encontraban en el rango de edad comprendido entre los 20 y 45 años, ya que es una enfermedad que se inicia tempranamente (promedio 21 años), su frecuencia aumenta hasta los 35 años y luego disminuye (Toro y Yepes, 2004). De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental del Ministerio de la Protección Social (2003) estas edades son las de mayor prevalencia en los trastornos mentales; los datos preliminares de este estudio muestran que la probabilidad para el trastorno bipolar I es de 0,8% y de 0,2% para el trastorno bipolar II. Estos datos guardan correspondencia con la distribución del subtipo dentro de la muestra del presente estudio; un 81.5% presentan TB-I y 18.5% TB-II.

Con relación al género, datos internacionales indican que la tasa de prevalencia de trastorno bipolar es más o menos la misma en ambos géneros cuando se consideran todos los subtipos. (Thomas, 2004). En Colombia, el TB-I y la ciclotimia son igualmente frecuentes en hombres y mujeres. No así el bipolar II, que parece ser más frecuente en mujeres (Toro y Yepes, 2004). De los participantes en esta investigación, 16 eran mujeres, 12 con TB-I y 4 con TB-II, y 7 hombres que presentaban TB-I; aunque el número de mujeres duplica el de los hombres, la población que presentaba TB-II, estaba conformada solamente por mujeres. Por tratarse de una institución de carácter público, el Hospital Universitario de Neiva, es una entidad que ofrece sus servicios a población que generalmente corresponde a los estratos 1 y 2; lo que se refleja en la mayor proporción de participantes en la investigación.

En cuanto al estado civil, 2 sujetos de la muestra se encuentran separados y 13 solteros. En la literatura se menciona además que el TB es más frecuente en divorciados o personas que nunca se han casado y es también más prevalente en individuos con múltiples divorcios (Toro y Yepes, 2004). Lo anterior también se reflejó durante el transcurso de las sesiones, cuando los sujetos manifestaban tener relaciones complicadas y de poca duración debido a las variaciones de su estado de ánimo.

También existe una clara relación entre condiciones ambientales difíciles y la frecuencia e intensidad de los episodios, pero puede darse el caso de que los episodios más graves, en particular maníacos, provoquen pérdida del empleo, bajos ingresos, divorcio, pérdida de sistemas de apoyo emocional e instrumental, y menos oportunidades para una capacitación educativa y profesional (Rihmer y Angst, 2005). La última variable mencionada por estos autores guarda estrecha relación con los datos obtenidos, pues se encontró que sólo 3 sujetos han realizado estudios universitarios. Aunque dadas las características de la muestra, el estrato socioeconómico puede ser un aspecto determinante de las oportunidades educativas y laborales, algunos participantes reportaron haber abandonado los estudios o sentirse limitados para acceder a ellos debido a su enfermedad.

En relación con la ocupación de los participantes, es de resaltar que un buen número de ellos trabaja, lo que corresponde a 13 personas; en tanto que 10 no lo hacen. Sin embargo, es de destacar que de los primeros, 10 realizan trabajos informales. Estos resultados se asemejan a los del estudio realizado por Suppes y cols., (2001), con 253 pacientes bipolares

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

I y II, el cual revela que sólo el 33% de los pacientes trabajaba tiempo completo y sólo el 9% trabajaba tiempo parcial fuera de la casa y que 57% de los pacientes no trabajan o trabajan solos y en malas condiciones. Aunque esto también puede deberse a que en nuestro medio, buena parte de la población tiene que trabajar para sobrevivir y muchas personas se emplean sin importar las condiciones.

No hay evidencia empírica de que los tratamientos psicológicos no estructurados ni directivos sean eficaces al tratar el trastorno bipolar. Al contrario, todo protocolo de tratamiento eficaz que se presenta en la bibliografía para el trastorno bipolar requiere un enfoque muy organizado, directivo y estructurado (Mueser y cols., 2002). Por lo tanto, cobra relevancia el interés central de este trabajo, que consistía en probar el efecto de un tratamiento cognitivo conductual combinado con farmacoterapia. La guía diseñada incluye varias estrategias que se han encontrado eficaces para el trastorno bipolar.

Autores como Miklowitz, Simoneau y George (2000), destacan la participación de la familia en el tratamiento del TB, y afirman que esto brinda la posibilidad de aprender estrategias de afrontamiento para poder ayudar a sus familiares en el manejo del TB. Dentro de las limitaciones de este estudio se puede mencionar que, aunque la guía diseñada por las autoras incluye en algunas sesiones la participación de la familia, no fue posible contar con este acompañamiento desde el estudio piloto, por lo que se tomó la decisión de trabajar solamente con los pacientes, teniendo en cuenta que el procedimiento descrito en la guía es un procedimiento estructurado, pero no rígido. Por esta razón se recomienda realizar estudios en los que se implemente este tratamiento, pero con la participación activa de la familia.

Uno de los principales factores que influyó en el número de la muestra dados los criterios de inclusión y exclusión, fue la alta comorbilidad que presenta este trastorno con el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se sugiere realizar estudios en los que se incluya a pacientes que presenten esta condición, pues como lo refiere Goldberg, (2001) no sólo se debe tener en cuenta su alta comorbilidad, sino también el papel que tiene el abuso y dependencia de sustancias en el curso del TB a largo plazo.

Es de resaltar la fortaleza de los instrumentos utilizados en esta investigación. En primer lugar, la guía clínica fue diseñada por las investigadoras y validada por jueces durante el proceso de investigación; el inventario de Beck, validado en población colombiana y la escala EMUN diseñada y validada también en Colombia.

Se confirmó la hipótesis de trabajo (H1) que planteaba diferencias significativas entre los puntajes del Inventario de Depresión de Beck (síntomas depresivos) y de la Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia –EMUN– (síntomas maníacos) entre los grupos control y experimental, que se manifiesta en la disminución de los puntajes postest de estos últimos. En los resultados pretest del Inventario de Depresión de Beck (BDI), se obtuvo un promedio de 11.5 en el grupo experimental y de 11.4 en el grupo control, lo que indica, según el rango de puntuación, que se encontraban en un nivel de depresión leve, mientras que los datos de la medición pos-test fueron 6.2 para el grupo experimental y 14.3 para el grupo control. Esto evidencia la disminución de los puntajes en el grupo que recibió

la intervención cognitivo conductual más farmacoterapia, que lo ubica en el rango de no depresión, en tanto que el grupo que sólo recibió la farmacoterapia se mantuvo en el rango de depresión leve. Es de destacar que en el grupo al que se aplicó la guía clínica más farmacoterapia, hubo una disminución estadísticamente significativa en los resultados de las mediciones post, con relación al pretest.

Los resultados arrojados por la Escala para Manía EMUN, también indican una reducción significativa en la sintomatología; esto se puede extraer de los puntajes promedio obtenidos en cada uno de los momentos de medición. Los resultados fueron 23,5 y 22,6 en el pre test y en el postest 8,4 y 21,3 para los grupos experimental y control respectivamente. De acuerdo con Sánchez y colaboradores, (2008) autores de la escala, no se han establecido puntos de corte para gravedad y la utilidad del instrumento radica en la posibilidad de hacer seguimiento clínico; a menor puntaje, mayor mejoría.

En el presente estudio se midió el efecto de la variable independiente a partir de los puntajes globales de cada uno de los instrumentos, sin tener en cuenta sus ítems o dominios, por lo que se sugiere realizar estudios en los que se discriminen diferencias, según estos factores. Lo anterior puede complementarse con una evaluación de resultados parciales, que permita medir el impacto de cada uno de los componentes de la guía, teniendo en cuenta que dentro de estos, se encuentra por ejemplo, la adherencia a la medicación, lo que puede constituirse en un factor altamente influyente en la mejora de los síntomas. También es importante destacar que el proceso de intervención permitió identificar elementos relevantes y que podrían tener mayor impacto en el proceso terapéutico como lo son el componente cognitivo y la supervisión del estado de ánimo.

Además, se sugiere evaluar en posteriores estudios, las implicaciones que puede tener el tiempo de uso de la terapia farmacológica en relación con el tratamiento cognitivo conductual.

Los hallazgos de esta investigación guardan estrecha relación con la evidencia empírica existente, como lo sugieren estudios como el de Lam y colaboradores (2003), quienes compararon el tratamiento común con otro consistente en 12 a 18 sesiones de terapia cognitivo conductual para 103 pacientes bipolares en una prueba clínica aleatoria. La terapia cognitivo conductual (TCC) especializada abarcó información y educación, identificación de síntomas tempranos y elaboración de planes de afrontamiento, así como manejo de sueño y de rutinas. Los pacientes asignados a la TCC tras un periodo de 12 meses tuvieron significativamente menos episodios bipolares, menos hospitalizaciones, mejora en su funcionamiento psicosocial y reportaron menos síntomas anímicos.

Vale la pena mencionar que en las sesiones en las que se llevó a cabo la aplicación de las post pruebas se encontró que uno de los participantes del grupo control había presentado una crisis maniaca que requirió hospitalización por 12 días, a diferencia de los participantes del grupo experimental que no presentaron ninguna recaída. Este hallazgo pone de manifiesto que la farmacoterapia como única intervención no permite cubrir las necesidades de muchos pacientes con trastorno bipolar. Incluso con una adecuada medicación, muchos de ellos fracasan en conseguir una completa recuperación de los

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

episodios agudos y manifiestan déficit sintomáticos y funcionales entre los episodios. (Prien y Rush, 1996).

Adicionalmente se realizó un análisis estadístico, mediante la prueba Chi cuadrado, con el que se pretendía establecer la existencia de algún tipo de relación entre las variables socio-demográficas y la disminución en los resultados de las pruebas BDI y EMUN en la medición post del grupo experimental. Esto se realizó teniendo en cuenta que en la literatura no existe evidencia de este tipo de relaciones; sin embargo, se encontró que no hay una relación significativa entre las características sociodemográficas y mejorar en los resultados de las pruebas.

En el seguimiento realizado un mes después de finalizado el tratamiento se encontró que no existen diferencias significativas entre los resultados de las post pruebas y los resultados obtenidos en dicho seguimiento. Aunque los resultados son positivos, se considera que este es un periodo relativamente corto si se tienen en cuenta investigaciones en las que se sugieren varias mediciones con periodos más prolongados (entre 6 y 12 meses). (Lam y cols, 2003).

Para la presente investigación, los parámetros estadísticos permitieron aplicar la prueba paramétrica *t* de student, la cual proporciona resultados altamente confiables por la consistencia estadística que presentan. Esto permite que los resultados se extrapolen a la población objeto de estudio y a otras poblaciones que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

Es importante destacar las contri-buciones que ofrece esta investigación a nivel clínico, tecnológico y social. En relación al primero, se corroboran los hallazgos que demuestran que la combinación de la farmacoterapia con terapia psicológica, especialmente de tipo cognitivo-conductual, permite una mayor recuperación en estas personas, con lo que se destaca que aunque se trate de un trastorno orgánico crónico, el psicólogo clínico desempeña un papel crucial en el tratamiento. En este sentido, se hace imperiosa la necesidad de capacitar a los psicólogos y psiquiatras de la región y de otras regiones del país en la utilización del enfoque cognitivo-conductual para el trabajo con este tipo de pacientes.

Con relación a los aportes tecnológicos, se ofrece a los profesionales de la psicología una herramienta importante para el trabajo clínico, basada en un procedimiento sistemático, estructurado y práctico, para el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno bipolar. Es importante destacar que aunque las terapias basadas en la evidencia presentan un alto grado de generalización, esta guía no constituye un tratamiento estándar.

Finalmente, las contribuciones de tipo social y económico, se reflejan por una parte, en la promoción del conocimiento de los trastornos mentales y de las oportunidades de tratamiento efectivos y eficaces, rehabilitación e inclusión social que se establecen en los Lineamientos de la Política de Salud Mental para Colombia del Ministerio de la Protección Social (2005), que en este caso se encuentran enfocados al manejo del trastorno bipolar. En segundo lugar, el incluir este tipo de tratamientos, puede significar una disminución en la

carga económica para la familia, la salud y la industria. De acuerdo con Peele, Xu y Kupfer, (2003) el trastorno bipolar puede ser el trastorno psiquiátrico más costoso en Estados Unidos y se considera que el costo económico equivale en los países desarrollados al 3% o 4% del PIB. Si bien existen algunos pocos estudios que analizan el impacto económico que producen los trastornos afectivos, y más específicamente la enfermedad bipolar, se requieren mayores investigaciones que amplíen los conocimientos acerca de las consecuencias económicas que provoca el TB a nivel del sistema de salud y en la sociedad, específicamente en nuestro contexto.

Este es el primer estudio sobre el tema realizado en el Departamento del Huila, lo que constituye un aporte importante para la investigación en salud mental en nuestro país, dado que las instituciones de salud, no cuentan con recursos de esta naturaleza, que permitan ofrecer un tratamiento oportuno y eficaz para las personas con TB.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abood, Z. Sharkey, A. Webb, M.K. Kelly, A. Gill, M. (2002). Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disord.*

American Psychiatric Association. (2001). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. (4ta. Edición revisada). DSM- IV- TR. Barcelona: Toray-Masson.

American Psychiatric Association. (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159 (suppl.4).

Balluerca, N. y Vergara, A.I. (2002). Diseños de investigación experimental en Psicología. Madrid: Prentice-Hall.

Basco, M.R. y Rush, A.J. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. 2nd Edition. New York: Guilford Press.

Calabrese, J.R., Rapport, D.J., Shelton, M.D. y Kimmel, S.E. (2001). Evolving methodologies in bipolar disorder maintenance research. *British Journal of Psychiatry*, 178 (Suppl. 41).

Carmody, D; Lega, L; y Paredes, M. (2004). Depresión en Cali: Un estudio de las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck, Versión II, edición en español. Cali- Colombia.

Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, JM., Benabarre, A., et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*.

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Craighead, W.W. Miklowitz, D.J., Vajk, F.C. y Frank, E. (2002). Psychosocial treatments for bipolar disorder. New York: Oxford University Press.

Denticoff, K. D., Leverich, G.S., Nolen, W. A J, McElroy, S. L., Keck, P. E. y Suppes, X. Y. (2000). Validation of the prospective NIMH-Life-Chart Method for Longitudinal assessment of bipolar illness, *Psychological Medicine*.

Escobar, J y Cuervo. (2008). Material inédito. Elementos para el juicio de expertos. Universidad Nacional.

Goldberg, J.F. (2001). Bipolar disorder with comorbid substance abuse: Diagnosis, prognosis, and treatment. *Journal of psychiatric practice*, 7, 109-122.

Harrington, R. y Myatt, T. (2003). Is preadolescent mania the same conditions ask adult mania? A British Perspective, *Biological Psychiatry*.

Inocenti, A., De Bortol, S., Pedrão, L., (2008). Trastorno afectivo bipolar y por terapia medicamentoso: identificación de barreras. *Revista Latinoamericana Enfermagem*; 16.

Johnson, S y Leahy, R.L. (2004). Psychological treatment of bipolar disorder. New York: The Guilford Press.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*.

Lam, D.H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D. y Sham, P. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness. A pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24.

Lam, D. H., Watkins, E., Hayward, P., et al (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*.

Miklowitz, D.J., Simoneau T.L., George E.L. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psycho-educational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*.

Ministerio de la Protección Social. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (2005). Lineamientos de la Política de Salud Mental Colombia.

Mueser, K. T; Corrigan, P. W; Hilton, D. W; Tanzman, B; Schaub, A; Gingerich, S; et al. (2002). Illness management and recovery: A review of the research, *Psychiatric services*, 53-10.

Newman, C.F., Leahy, R. L., Beck, A.T., Reilly-Harrington, N.A y Gyulai, L. (2002). Bipolar disorder: A cognitive therapy approach. Washington: APA.

OMS. (2008). The global burden of disease. Ginebra - Suiza.

Otto, M., Reilly-Harrington, N., Kogan, J.N., Henin, A., Knauz, R.O y Sachs, G.S. (2008). Managing Bipolar Disorder: A Cognitive Behavior Treatment Program Therapist Guide. Oxford: University Press.

Peele, P. B., Xu, Y. y Kupfer, D.J. (2003). Insurance expenditures on bipolar disorder: Clinical and parity implications. American journal of Psychiatric, 160 (7).

Post, R. M. y Altshuler. (2005). Mood disorders: Treatment of bipolar disorders. Filadelfia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Post, R.M., Leverich, G.S., Altshuler, L. L., Frye, M.A., Suppes, T., Keck, P.E. et al. (2003). An overview of recent findings of the Stanley Foundation Bipolar Network (Part I), Bipolar Disorders, 5.

Prien, R. y Rush, A. (1996). National Institute of Mental Health workshop report on the treatment of bipolar disorder. Biological Psychiatry, 40.

Ramírez, Basco, M y Rush, A.J. (1996). Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. Nueva York: Guilford.

Reiser, R; y Thompson, L. (2006). Bipolar disorder. Hogrefe y Huber Publishers. Germany.

Sánchez, R; Gómez, C y Jaramillo, L (2008). Desarrollo y validación de una escala para medir síntomas maníacos: Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN). Bogotá- Colombia.

Thomas, P. (2004). The many forms of bipolar disorder: A modern look at an old illness, Journal of Affective Disorders.

Tillman, R., Geller, B., Bolhofner, K., Craney, J. L., Williams, M. y Zimmerman, B. (2003). Ages of onset and rates of syndromal and subsyndromal comórbido DSM IV diagnoses in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatric, 42(12).

Toro, RJ y Yepes LE. (2004). Fundamentos de medicina. Psiquiatría, cuarta edición. Medellín, corporación para Investigaciones Biológicas.

Rihmer, Z y Angst, J. (2005). Mood disorders: Epidemiology. En: B.J. Sadock y V.A. Sadock (Eds.), Kaplan y Sadocks comprehensive textbook of Psychiatric (8ª ed., vol. I. Filadelfia: Lippincott, Williams & Wilkins.

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Nolen, W. A., Denticoff, K. D., Altshuler, L. L., et al. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 67, 45-59.

Zaretsky, A. (2003). Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder, *Bipolar Disorders*, 5 (supl.2), 80-87.

RESEÑA AUTORAS Y EXPONENTES

ÁNGELA MARÍA MÉNDEZ VARGAS

Psicóloga de la Universidad Surcolombiana (Neiva-Huila), Especialista en Psicología de la Salud de la Universidad El Bosque (Bogotá D.C.), Especialista en Evaluación y tratamiento de trastornos emocionales y afectivos de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Bogotá D.C) y candidata a Magíster en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Docente del Programa de psicología de la Universidad Surcolombiana en las asignaturas de Psicopatología, Clínica cognitivo-conductual y Psicología de la Salud. Miembro activo del grupo de Investigación en Psicología Positiva.

CLAUDIA IVONNE GAITÁN CANASTO

Psicóloga de la Universidad Cooperativa de Colombia (Neiva-Huila), Especialista en Psicología Jurídica de la Universidad Católica de Colombia (Bogotá D.C.), Especialista en Evaluación y tratamiento de trastornos emocionales y afectivos de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Bogotá D.C) y candidata a Magíster en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Docente del Programa de psicología de la Universidad Surcolombiana en las asignaturas de Psicología Jurídica y Clínica cognitivo-conductual. Miembro activo del grupo de Investigación en Psicología Positiva.

PSYCHOLOGY INVESTIGATION

