

¿QUÉ, CÓMO Y CUÁNTO DE LA PSICOEDUCACIÓN DEL PACIENTE BIPOLAR EN CHILE ?

¿WHAT, HOW AND HOW MANY OF THE PSYCHOEDUCATION IN THE BIPOLAR PATIENT IN CHILE?

Benjamín Icekson M., Pedro Torres G¹. Luis Risco N²., Luis Mena³

RESUMEN:

Hoy se acepta que la psicoeducación es una herramienta esencial para el manejo adecuado del trastorno bipolar. La combinación de farmacología moderna con técnicas de psicoeducación, han demostrado ser determinantes en la evolución de estos pacientes. Este artículo incluye una breve reseña de los trabajos más importantes sobre psicoeducación en el paciente bipolar y pretende mostrar una panorámica acerca del “*qué, cómo y cuánto*” se hace en psicoeducación en los centros psiquiátricos más importantes del país. Finalmente, se proponen algunas sugerencias para mejorar esta actividad.

Palabras claves: psicoeducación – depresión – bipolaridad - programa

¹ Diplomado “Trastornos del Animo” Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile

² Clínica Psiquiátrica Universitaria Universidad de Chile

³ Universidad Mariano Egaña

Introducción

Si el hombre es fundamentalmente un ser social, la educación es el proceso que permite a cada individuo ser parte constitutiva de la sociedad, proceso que empieza en la familia, continúa en la escuela y se prolonga durante toda su existencia. Se define como educación un proceso intencional que pretende el perfeccionamiento del individuo como persona y la inserción de éste en el mundo cultural y social en el que se desenvuelve. La educación afecta a la totalidad de la persona, por lo que se distingue de la mera instrucción y de la formación. La instrucción, entre cuyas fases se hayan la enseñanza y el aprendizaje, afecta sobretodo a la inteligencia y a la adquisición de conocimientos, y la formación hace referencia a la instrucción ya asimilada e integrada por el individuo, en algún aspecto de la persona. La educación, sin embargo, atañe a todas las facetas de la personalidad y exige un proceso de permanente perfeccionamiento (1).

Enmarcamos la intervención psicoeducativa en el ámbito de la educación especial, es decir, acciones que se realizan con individuos que presentan características claramente distintas de las consideradas normales. Psicoeducación por lo tanto, se refiere a procesos intencionales de instrucción, formación y perfeccionamiento psicológico del individuo, en conjunto con el médico, la familia y la comunidad, en el conocimiento y autocuidado permanente de aquellos aspectos más relevantes de su enfermedad.

En nuestro país la depresión es la segunda causa de años de vida saludable perdidos por discapacidad y muerte prematura en mujeres. Esta patología es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y tiene elevados costos directos e indirectos. Es responsable de un tercio de los días de trabajo perdidos debidos a enfermedad, concentrando más del 40% de las licencias médicas y representa al menos un 25% de las consultas de médicos generales

en la tensión primaria. Uno de los criterios de derivación al nivel secundario de atención es la depresión bipolar.

En Chile según el Programa de Tratamiento Integral de la Depresión de Ministerio de Salud se consideran dentro de las intervenciones psicosociales individuales y grupales a la psicoeducación, tanto en el nivel primario como secundario de atención, cuyo objetivo es reforzar adherencia al tratamiento, incentivar comportamientos de autoayuda a través de las acciones de apoyo emocional, entrenamiento en habilidades de resolución de conflictos, identificación de relaciones de apoyo en la familia y/o red social y estimulación en la vinculación y participación. Estos planteamientos aparecen relacionados en este programa con el tratamiento global de la depresión no siendo específicamente intervenciones destinadas a pacientes bipolares y suponemos que estos enfermos estarían incluidos en este programa (2).

La última década ha estado marcada por los avances en la neurobiología y psicofarmacología de los trastornos bipolares. No obstante, a pesar de estos avances, el trastorno bipolar continúa siendo una enfermedad de difícil tratamiento. Muchos de los pacientes tratados no alcanzan un buen funcionamiento global y persisten con recaídas y re-hospitalizaciones a pesar de tratamientos bien llevados (3).

En el marco del tratamiento integral del paciente bipolar, se ha tratado de plantear la psicoeducación desde múltiples miradas, todas a nuestro juicio muy aportadoras, teniendo un lugar destacado el enfoque cognitivo, la terapia cognitivo conductual, familiar y de parejas, interpersonal, del ritmo social, terapia para el consumo co-mórbido de sustancias, psicoeducación basada en el modelo médico, terapia individual de psicoeducación breve y algunas formas de terapia grupal estructurada (4-5-6-7)

Todas las intervenciones psicoeducativas para el trastorno bipolar, revisadas por nosotros, comparten los mismos objetivos:

- Incrementar la conciencia de enfermedad
- Retirar el estigma psicosocial
- Prevenir o mitigar recurrencias
- Aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico
- Disminuir el número de hospitalizaciones
- Evitar el uso y abuso de alcohol y sustancias psicoactivas
- Identificar los síntomas prodrómicos
- Fomentar el adecuado manejo de stress
- Prevenir conductas suicidas
- Mejorar el funcionamiento social interepisódico
- Promover el adecuado afrontamiento de los síntomas subsindrómicos y residuales
- Mejorar la calidad de vida del paciente y sus cercanos.

La experiencia acumulada muestra que la medicación por sí misma no es suficiente para lograr la mejoría deseada en estos pacientes. Se observa que hasta un 60% de los pacientes bipolares experimentan una recaída en el período de 2 años siguientes a un episodio agudo; entre un 30 y 60% de los pacientes no logra recuperar totalmente el funcionamiento social y ocupacional después de haber padecido la sintomatología de este trastorno debido, probablemente, a una merma en el funcionamiento neuropsicológico, aún en los períodos de eutimia (6).

Lo mencionado ratifica la necesidad ineludible de abordar estos pacientes de una manera integral, usando intervenciones psicosociales (psicoterapia en todas las modalidades y psicoeducación), además de las estrategias farmacológicas actualmente en uso.

Entendemos por psicoeducación un proceso destinado a dotar al paciente de herramientas conductuales, emocionales y cognitivas para lograr un mejor funcionamiento global respecto del manejo de su enfermedad, en especial durante los períodos intercríticos, que permita prevenir recaídas; fomentar el autocuidado y la auto responsabilidad del paciente a través de acciones de autoprotección, tales como psicohigiene del sueño, evitar el consumo de alcohol y drogas; manejar adecuadamente el stress y las dificultades interpersonales de la vida diaria. Finalmente aminorar los déficit y sus consecuencias, una vez gatillada la crisis.

Es deseable que la psicoeducación del enfermo bipolar como acción psicosocial de ayuda, tienda en general, a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, por medio de la mayor autoconciencia de los síntomas prodrómicos, mejoría de la adhesividad a los tratamientos psicofarmacológicos y fomento de un estilo de vida saludable que se traduzca en reducir tasas de recaídas, tiempos de hospitalización y mejoría del funcionamiento social.

No obstante de tratarse de métodos de intervención psicosocial, son muchos los clínicos que la han utilizado por décadas, pero sólo en años recientes se han comunicado algunos de sus resultados, entre lo cuales destacan por su relevancia los siguientes:

Perry y cols., desarrollan una terapia breve individual con un promedio de siete sesiones donde se trabaja en el reconocimiento de los síntomas prodrómicos, principalmente maníacos, previniendo recaídas. En su estudio simple ciego, randomizado y controlado evidencia gran disminución de crisis maníacas así como mejoramiento del funcionamiento social y vocacional (8).

Bauer y cols., desarrollan un programa que denominan *Programa para objetivos vitales*, en el cual utilizan psicoeducación destinada a la comprensión del trastorno bipolar unido al

aprendizaje de técnicas de resolución de problemas en el contexto social, vocacional y familiar. En seguimientos a doce meses reportan menos episodios depresivos y maníacos comparados con el grupo control (9).

Frank y cols., desarrollan la *Terapia interpersonal de ritmos sociales* que se caracteriza por combinar intervenciones ambientales con énfasis en el manejo de los ciclos circadianos y las rutinas diarias, además de otorgar herramientas para superar los conflictos interpersonales. Este tipo de trabajo ha demostrado ser de ayuda para reducir síntomas de manía y depresión e incrementa días de eutimia (10).

Sin embargo parecen ser los investigadores del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico de la Universidad de Barcelona, liderados por Francesc Colom y Edward Vieta, los primeros en comunicar estudios doble ciego, randomizados, de comprobada eficacia clínica de la psicoeducación, en donde demuestran que un programa psicoeducativo de 21 sesiones con frecuencia semanal, aplicado a un grupo de pacientes bipolares, muestran menores índices de recaídas y un menor tiempo de hospitalización, en relación a un grupo control, sin dicha intervención (11-12)

Partiendo de la base que las intervenciones psicoeducativas individuales que ofrecen mayores resultados son aquellas relacionadas con la detección precoz de síntomas prodrómicos, la mejoría de la adhesividad al tratamiento y la inducción de un estilo de vida saludable, estos autores realizan un programa de 21 sesiones de 90 minutos cada una, para grupos de entre 8 a 12 pacientes y los temas a tratar están enmarcados en general en los siguientes tópicos:

- Estar más autoconscientes de su enfermedad
- Adhesividad al tratamiento
- Detección precoz de síntomas prodrómicos y recurrencias

-Búsqueda de un estilo de vida saludable.

Respecto de cómo se realizan –concretamente- las sesiones, estas constan de un primer momento de conversación informal no necesariamente relacionado con el trastorno bipolar, y a continuación, se hace una clase expositiva sobre un tema específico de la enfermedad, que dura aproximadamente 40 minutos. Posteriormente se dejan 30 minutos para discutir abiertamente el tema abordado en la sesión, animando a los pacientes a participar activamente en una rueda de comentarios que permite asegurar la comprensión del tema específico tratado en clases. En todas las sesiones se entrega un material educativo de 2 o 3 páginas con el tema tratado en sesión, incluyendo además ejercicios de confección de cartas de vida personal o inventada que son discutidas posteriormente en el grupo (11).

El programa se desarrolla una vez por semana y consta de 5 bloques, cada uno con su objetivo específico:

El primer bloque, de 6 sesiones, aborda el tema de la conciencia de enfermedad. Se explica qué es la enfermedad bipolar, los factores etiológicos y desencadenantes, el curso y el pronóstico. El segundo, también de 6 sesiones, aborda el tema de la farmacología y la adhesión farmacológica, incluyendo información sobre eutimizantes, antidepresivos, antimaniacos, uso de niveles plasmáticos, de fármacos durante el embarazo y consejo genético. Hay un tercer bloque de una sola sesión, donde se analizan los riesgos del uso de sustancias psicoactivas en la enfermedad bipolar. Luego viene un cuarto bloque de 3 sesiones, donde se trabaja en la detección precoz de nuevas fases, finalizando el programa con una quinta unidad de 4 sesiones en donde el tema central es la regularidad de hábitos y el aprendizaje de técnicas para controlar el estrés (11).

Los autores mencionados, son los primeros en llevar a cabo ensayos clínicos de doble ciego, randomizados, que comparan la eficacia del grupo de psicoeducación en relación a

un grupo con tratamiento estándar (tratamiento farmacológico más 20 sesiones no estructuradas de conversación con dos psicólogos).

El tratamiento evalúa 3 intervenciones que han demostrado eficacia a nivel individual: Detección precoz de síntomas prodrómicos; mejoría de la adhesividad de tratamiento e inducción de estilo de vida saludable. La intervención psicoeducativa se realiza en pacientes bipolares eutímicos, no hospitalizados que están recibiendo psicofarmacoterapia.

Este estudio, con seguimiento a dos años, al comparar el grupo de pacientes que recibió psicoeducación (N=60), presentó una tasa de recurrencia de un 67% en comparación al 92% de los pacientes del grupo control (N=60) ($p < .001$). En la fase de intervención psicoeducativa, durante los 6, 12 y 24 meses de seguimiento, el número promedio acumulativo de hospitalizaciones por paciente fue significativamente menor para el grupo que recibió psicoeducación. El número promedio de días de hospitalización por paciente fue claramente menor en el grupo de tratamiento psicoeducativo ($p < 0.05$) (11)

Estos hallazgos permitieron concluir, en un trabajo posterior de los mismos autores, que la eficacia de la psicoeducación fomenta la adhesividad a los tratamientos médicos, no sólo en el sentido tradicional de *compliance* psicofarmacológica, sino reforzando el modelo tridimensional de mejoría de la adhesividad basado en la regularidad del estilo de vida y hábitos saludables; detección temprana de síntomas prodrómicos y una pronta intervención farmacológica; y finalmente la adhesividad al tratamiento propiamente tal (12-13)

La revisión de estos trabajos muestra que todas estas modalidades de intervención comparten un patrón común que se acerca mucho al modelo médico tradicional, caracterizado por la presencia de un experto que toma el rol de educar, informar al paciente en torno a la enfermedad y su prevención, tal como ocurre en la pedagogía tradicional donde el profesor tiene el rol de enseñar y el alumno de aprender. Además, en todas las

intervenciones mencionadas el énfasis está puesto en el privilegio del lenguaje verbal; comprender y prevenir la enfermedad a través de la conversación y por ende, de la palabra.

El propósito en este trabajo es conocer *qué, cómo y cuánto* se hace en psicoeducación del paciente bipolar en Chile, con el objetivo de generar un marco de referencia para la comunidad de salud mental, que permita tener una visión global a partir de las respuestas de estas preguntas, obtenidas de los médicos psiquiatras encargados de algunos centros públicos de atención de pacientes bipolares más importantes de nuestro país.

Ello facilitaría la posibilidad de nuevos aportes que enriquezcan esta área fundamental de intervención en estos pacientes.

Material y método

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, a través de la aplicación de un cuestionario a los Jefes de Servicios de Psiquiatría, de los algunos establecimientos de Salud Mental del país, acerca del *qué, cómo y cuánto* se hace en psicoeducación, en sus respectivas unidades de atención de pacientes bipolares.

El diseño del cuestionario se realizó en cuatro momentos:

Fase 1: Conceptualización, en donde definimos las preguntas a efectuar

Fase 2: Evaluación de preguntas bajo criterio de expertos. El instrumento se aplicó en una fase piloto, a un mínimo de 8 expertos, lo cuales nos señalaron dificultades en la comprensión de algunas preguntas, sugerencias con respecto a ampliar, formular o agregar otras, en relación a la realidad asistencial de cada centro en particular.

Realización de correcciones y ajustes de las preguntas definitivas.

Fase 3: Aplicación definitiva del instrumento corregido a los Jefes de Servicio de algunos establecimientos de la región Metropolitana y diferentes regiones del país

Fase 4: Tabulación y análisis de resultados obtenidos por medio de procesamientos cualitativos de la información

La encuesta aplicada se presenta en el anexo I.

Resultados:

Se enviaron encuestas a los centros psiquiátricos más importantes del país, previo contacto telefónico con cada director de servicio, haciendo énfasis en la importancia de contar con información detallada y fidedigna, para tener un panorama nacional en este tema. Nos fijamos un plazo de 6 semanas para recibir las respuestas solicitadas, volviendo a recordar vía telefónica o e-mail a los que tardaban en responder. De las 13 encuestas enviadas obtuvimos 10 respondidas, lo que a nuestro juicio, es suficiente para hacer una aproximación diagnóstica preliminar, de lo que se hace en psicoeducación en Chile, aunque, no nos permite elaborar una visión acabada de cómo se está abordando el tema.

De las 10 encuestas respondidas hay 5 de regiones y 5 de la Región Metropolitana:

-VIII: Chillán, Los Ángeles

-IX: Temuco

-X: Osorno

-V: Hospital Naval Almirante Neff

-Región Metropolitana: Hospital El Peral, Hospital San Juan de Dios, Hospital Salvador, Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile y Unidad de Trastornos Bipolares de la Universidad Católica.

En casi la totalidad de los centros encuestados se efectúa psicoeducación para pacientes depresivos dentro del programa de depresión en el nivel secundario de atención del Minsal.

Esta se lleva a cabo en sesiones individuales o grupales, sin ser un programa estructurado con evaluación y seguimiento de estas intervenciones.

Con respecto a intervenciones para pacientes bipolares específicamente, la mayoría manifiesta hacer psicoeducación en el marco de una psicoterapia individual o grupal, y en algunos centros, complementan lo anterior con actividades educativas independientes tanto a nivel individual como grupal, efectuadas por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales.

Hay 3 centros que incluyen grupos de autoayuda liderados por monitores externos y pacientes capacitados (Temuco, Osorno y Hospital Salvador de Santiago).

En un centro hay becados de psiquiatría participando en esta actividad (UC).

Los métodos utilizados más frecuentemente son las charlas explicativas y conversaciones grupales abordando temas específicos del trastorno bipolar.

En 3 centros se entrega algún material escrito sobre la enfermedad.

Casi la totalidad de los centros encuestados coinciden en que esta actividad no se ciñe a un método estructurado, en términos de secuencia de temas a tratar, número y frecuencia de sesiones, y en ningún centro se hace evaluación y seguimiento de esta actividad.

Se solicitó que autoevaluaran la gestión psicoeducativa en sus respectivos servicios y la nota promedio fue de: 4,5, en escala de 1 a 7.

Se preguntó sobre cómo mejorar estas intervenciones en sus respectivos centros, y las sugerencias fueron las siguientes:

- Incrementar recursos profesionales y horas disponibles exclusivamente para esta actividad.
- Capacitar a los equipos en la forma de llevar a cabo estas acciones.
- Existe la necesidad de contar con material escrito de buena calidad para los pacientes y sus familiares.

-Es importante diseñar y estructurar programas específicos de psicoeducación que puedan ser perdurables y evaluables en el tiempo .

-En lo posible efectuar trabajos con grupos controles que permitieran medir el impacto de estas intervenciones.

Conclusiones:

En nuestros encuestados, todos coinciden en que esta herramienta terapéutica se utiliza. Sin embargo al analizar cada encuesta en forma independiente nos damos cuenta de que no son homologables entre sí, puesto que, por un lado, cada servicio cuenta con poblaciones asignadas de consultantes muy distintas en términos numéricos y no existen criterios uniformes acerca de contenidos y formas de ejecución de programas psicoeducativos. También hay disparidad acerca de en qué unidad asistencial se realizan estas intervenciones como por ejemplo régimen de internación, hospital diurno, consultorio externo, u otras. Además no se hacen distinciones diagnósticas respecto de si estos pacientes son bipolares, unipolares u otros tipos de trastornos del ánimo. Una restricción de nuestro estudio es el intento de procesar la información vertida en cada encuesta como una totalidad dado que al analizar cada una de ellas, la información obtenida nos orienta a estudiarlas en forma separada, en concordancia con las disparidades antes señaladas.

Respecto del cómo se hace la psicoeducación, hay un franco predominio de actividades psicoeducativas en pacientes depresivos en el marco del programa de depresión de Minsal.

Estas intervenciones son básicamente charlas verbales explicativas y conversaciones grupales temáticas efectuadas por miembros del equipo de salud mental. Tienen la característica de estar enmarcadas en un modelo psicoeducativo vertical en donde un profesional “ experto”, educa a pacientes “no expertos” en el manejo de su enfermedad, lo

cual es concordante con el modelo médico de intervención. Nos parece interesante ampliar la perspectiva hacia formas de psicoeducación más horizontales, colaborativas y de fomento de la autorresponsabilidad, el autocuidado y la génesis de grupos de autoayuda.

También la alternativa de combinar la conversación psicoeducativa con otras modalidades de intervención grupal, tales como diversas técnicas de acción, role playing, dramatizaciones, esculturas, escenificaciones, psicodrama y otras.

Pensamos, a diferencia de Colom y Vieta, que la psicoeducación tradicional y los grupos de autoayuda comparten más similitudes que divergencias. Desde el modelo médico de enseñanza vertical se debería transitar necesariamente hacia un modelo de autoeducación y autoperfeccionamiento permanente del paciente, su familia y su comunidad respecto del control de su enfermedad, con el fin de lograr autonomía e independencia. Esto puede significar en el futuro una descompresión de los servicios de asistencia sanitaria al contar con pacientes más autorresponsables y autoeficaces en el control permanente de su patología.

Tratándose de un método de probada eficacia, bajo costo, fácil de implementar, con pocos efectos colaterales y en el cual el factor humano es relevante en su aplicación, nos llama la atención que en nuestro medio no goce del prestigio de los psicofármacos, y sea relegado a una intervención secundaria que deben asumir otros profesionales del equipo de salud mental, aparte de los médicos, no obstante que lo óptimo es que sea considerada al mismo nivel que los medicamentos y asumida como una oportunidad de integración multidisciplinaria del equipo de salud mental, el paciente, su familia y su comunidad.

ANEXO I. CUESTIONARIO DE PSICOEDUCACIÓN

Referencias bibliográficas

- 1.-Enciclopedia Hispanica. Encyclopedia Británica Publishers, Inc., USA, 1995-1996
- 2.-Minsal (2004) Programa Nacional de Depresión www.minsal.cl
- 3.-Johson SL., Leahy R.L Psychological treatment of bipolar disorder. New York, Guilford, 2004
- 4.-Correa E., Nuñez P. Tratamientos psicológicos eficaces en el trastorno bipolar: Psicoeducación y terapia cognitivo conductual. Descripción de un caso clínico. Trastor. Animo 2005 Vol. 1 (1):80-87
- 5.-Luna I. Papel de la terapia cognitiva en el manejo integral de los trastornos bipolares. Trastor. Animo 2005 Vol. 1 (2): 1157-169
- 6.-Otto MW., Telly- Harrington N., Sachs GS. Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. Review J Affect Disord 2003 (73): 171-.181
- 7-Colom F., Vieta E. Uso de la psicoeducacion, terapia cognitivo conductual y terapia interpersonal en los pacientes bipolares. Revisión. Bipolar Disorders (Ed Esp) 2005 Vol. 2 : 146-152
- 8.-Perry A., et al. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. Br Med J 1999 318: 149-153
- 9-Bauer MS., et al. Structured group therapy for bipolar disorder: The life goals program. 2nd, Ed., New York, Springer, 2003
- 10.-Frank E. Et al. Two years outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 2005 62: 996-1004

11.-Colom F., Vieta E., Martinez-Arán A., Reinares M., y cols. A randomized trial on the efficacy of groups psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 402-407

12.-Colom F., Vieta E., Reinares M., Martinez-Arán A., y Cols. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. J Clin Psychiatry 2003, 64: 9 (1101-1105)

13.-Colom F., Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Ars Medica, Barcelona, 2004

Dr. Benjamín Ickson bickson@yahoo.com

Dr Pedro Torres esdrama@gmail.com