

PSICOEDUCACION GRUPAL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR ASOCIADO A DEPENDENCIA DE TOXICOS EN ABSTINENCIA

GROUP PSYCHO-EDUCATION IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER ASSOCIATED WITH A DEPENDENCY OF TOXIC SUBSTANCES IN PATIENTS WHO ARE IN ABSTINENCE

Autor: Patricia González Alegre.

Dirección de contacto: patrola82@hotmail.com

Cómo citar este artículo: *González Alegre P. Psicoeducación grupal en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar asociado a dependencia de tóxicos en abstinencia. NURE Inv. [Revista en Internet] 2009 Ene-Feb. [fecha acceso]; 6 (38): [aprox 8 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/psigr_u_proyecto_38.pdf*

Fecha recepción: 28/05/2007

Aceptado para su publicación: 20/06/08

Resumen: Es relevante la alta comorbidad que existe entre trastornos psiquiátricos y adictivos, en los últimos años se está produciendo un aumento de la sensibilización respecto a esta problemática, y gran parte es debido a la demanda de los servicios de Salud Mental y de drogodependencias, por la falta de un abordaje integrado. Por ello, ante la citada demanda creo pertinente desarrollar un proyecto de investigación para poder comprobar si la realización de un programa psicoeducativo preventivo grupal en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar con historia de abuso y/o dependencia de tóxicos en abstinencia actualmente, influirá de forma positiva en el curso del número de recaídas en el consumo de tóxicos durante al menos seis meses posteriores a la intervención, y de esta forma estos pacientes adquirirán mayor conciencia de la importancia de unos hábitos saludables en el trastorno bipolar y la recuperación en el abuso de sustancias.

El programa se desarrollará dentro de un estudio experimental donde los sujetos serán asignados de forma aleatoria en grupo control y experimental, la intervención tendrá lugar durante veinte sesiones de una hora y media semanalmente, se tratarán temas relacionados con el trastorno psiquiátrico y el consumo de tóxicos, a su vez en algunas de las sesiones apostaremos por el desarrollo de talleres prácticos de relajación, facilitando un recurso ante situaciones de estrés.

Palabras clave: Psicoeducación grupal, Trastorno bipolar, Dependencia de tóxicos, Abstinencia, Prevención de recaídas.

Abstract: The high comorbidity that exists among psychiatric disorders and addictive is important. In the latest years it is produced an increase of the sensibility related to this problem. A great deal it is due to the demand of Mental Health Services and also due to drug dependency, as a consequence of the lack of an integral approach. Because of this fact and because of the mentioned demand, we though it should be pertinent developing a research project in order to check if the carrying the psycho-educative preventive group project out in patients with a diagnose of bipolar disorder with an abuse of drugs history and/or dependency of toxic substance in abstinence at the moment influents in a positive way in the course of the number of relapses in the toxic consumption during at least six months subsequent to the intervention. And at this way, these patients will purchase a greater consciousness of the important of healthy habits in the bipolar disorder and the recovery in the toxic substance abuse.

Patricia González Alegre

The program will be developed in an experimental research where the patients will be randomly assigned in group control/ experimentally, the intervention will last twenty sessions, each session will be an hour and a half long and will be held weekly. In these sessions we will deal with topics related to the psychiatric disorder and the toxic consume. At the same time we will bank on the development of practical relaxation workshops on in some of the sessions with the object of providing a resource in view of stress situations.

Key words: Group psycho-education, Bipolar disorder, Toxic dependence, Abstinence, Relapse contingency plans.

Centro de Trabajo: Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid, España).

INTRODUCCIÓN

Los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, presentan un alto riesgo de comorbidad con el abuso de sustancias tóxicas. De hecho, existen dos estudios realizados en Estados Unidos con una muestra relevante de población, el Epidemiologic Catchment Area (1) y el National Comorbidity Survey (2), donde se demuestra que el trastorno bipolar es la patología psiquiátrica que con mayor frecuencia se asocia a drogodependencias. El estudio de Regier (1), indica que el 61% de la pacientes con trastorno bipolar consume tóxicos. A su vez, el estudio National Comorbidity Survey (2) indica que en los pacientes que abusan de sustancias tienen un trastorno bipolar de 5 a 8 veces más que la población general.

En España recientemente se ha realizado un estudio epidemiológico (3), donde se indica que la Patología Dual afecta a casi un 55% de la población de la Comunidad de Madrid que se encuentra en tratamiento de Salud Mental o en dispositivos de drogodependencias, dicha investigación fue promovida por la Asociación Española de Patología Dual (AEPD). A su vez, los problemas de personalidad como el antisocial y el trastorno límite de personalidad, trastorno bipolar o el déficit de atención e hiperactividad presentan patología dual en más del 60% de los casos, pero también se dan porcentajes elevados en esquizofrenia, con un 47 por ciento, depresión -un 23 por ciento-, trastorno obsesivo compulsivo -un 30 por ciento- y en otras patologías vinculadas con la ansiedad.

La Organización Mundial de la Salud confirma que, de las enfermedades neuropsiquiátricas, el trastorno bipolar afectivo es la cuarta causa de discapacidad en el mundo (Organización Mundial de la Salud 2002). Si le sumásemos a esta patología mental, un problema de abuso de sustancias, la situación adquiere proporciones mayores.

En los dispositivos de salud mental, con frecuencia se puede observar que no se abordan ambos problemas. Por lo general, se ofrecen tratamientos para personas que sufren de enfermedades mentales en una entidad y servicios de alcoholismo y farmacodependencia en otro, por ello considero emergente un abordaje integral de ambas situaciones.

Ante la citada demanda asistencial y la alta comorbidad de ambos problemas, me planteo un abordaje preventivo educativo y grupal para intentar prevenir el consumo, de esta forma incidir en el número de recaídas.

A su vez, me gustaría mencionar las diferentes fases que se pueden dar en el cuidado de pacientes con patología dual según su situación clínica (4):

- Fase aguda: se trata de dar una respuesta rápida a las manifestaciones que presenta el paciente, ya sea a niveles físicos, psiquiátricos o relacionados con la intoxicación o abstinencia de la droga.
- Fase de estabilización subaguda: suele ser necesario atender problemas como ansiedad, insomnio, alteraciones del estado de ánimo y manifestaciones tardías del síndrome de abstinencia.
- Fase de estabilización a largo plazo: puede hacerse en régimen ambulatorio y está orientada a mejorar el cumplimiento terapéutico, disminuir las recaídas del trastorno por uso de sustancias.

Dicho esto, mi intervención se situará en la fase de estabilización a largo plazo para disminuir el número de recaídas en el consumo de tóxicos a nivel ambulatorio.

Resulta pertinente el desarrollo de la citada actuación, ya que ayudará a prevenir recaídas en pacientes bipolares con problemas en el consumo de tóxicos. De hecho, ante una comorbidad de ambas variables empeora el curso y pronóstico de la enfermedad (5,6), con un aumento del número de hospitalizaciones más ideas/intentos de suicidio, manías mixtas, edad de inicio precoz (7), policonsumo, y en general, el tratamiento se hace mucho más difícil. Todo lo citado es especialmente relevante para plantearse una actuación eficaz donde la enfermería especialista en Salud Mental tiene mucho que aportar.

Patricia González Alegre

Otra cuestión relevante es analizar la relación existente entre la citada comorbidad, ya que existen diferentes direccionalidades, en concreto en este estudio voy a tratar “el camino de la psicopatología hacia la adicción y viceversa”.

Sin embargo, me gustaría comentar las cuatro hipótesis planteadas por Strakowski y Delbello (8,9) sobre dicha relación:

- El abuso de sustancias ocurre como un síntoma del trastorno bipolar.
- El abuso de sustancias es un intento por parte de los pacientes bipolares de automedicarse eligiendo sustancias concretas para contrarrestar por un lado los efectos secundarios de los psicofármacos y, por otro lado, para eliminar o aliviar determinados síntomas psicopatológicos como la ansiedad o la tristeza. Por ejemplo, el efecto ansiolítico en el caso del alcohol, al menos a corto plazo.
- El abuso de sustancias causa el trastorno bipolar.
- El consumo de sustancias y los trastornos bipolares son parte de un factor de riesgo común, ambos trastornos son concomitantes.

En dicha revisión, Strakowski y Delbello, concluyen que “a pesar de que el abuso de sustancias y el trastorno bipolar concurren de modo más común que lo esperado, la razón para esto es desconocida”.

Antes de continuar me gustaría comentar que otro de los factores que en ocasiones puede favorecer el uso y abuso de drogas es la necesidad de los enfermos mentales crónicos por encontrarse menos estigmatizados entre quienes consumen drogas, propiciando el uso de sustancias. A su vez, el consumo de sustancias puede constituir un mecanismo de afrontamiento, aunque éste pueda ser desadaptativo.

En relación con el consumo de sustancias, el trastorno psicológico que más se relaciona con el alcohol es el trastorno afectivo bipolar (10), a esto tenemos que sumarle el hecho de que entre todas las drogas, el alcohol es la más accesible, debido a su bajo coste, fácil ingesta, efectos inmediatos, tráfico legal, etc..., y además socialmente no está tan rechazado.

La revisión de Brown et al. (11) relaciona el consumo de alcohol y opiáceos con la depresión y en cambio, el cannabis y la cocaína con la manía. Además en dicha revisión, se puede encontrar que la prevalencia del abuso de drogas en personas con trastorno bipolar tipo I era del 61% y del 48% en el tipo II.

En las búsquedas bibliográficas realizadas, se desarrollan diferentes formas de hacer frente a esta situación. Weiss et al. (12,13), planteaba un tratamiento integrado para aquellas personas que tienen al mismo tiempo un trastorno por abuso de sustancias y un trastorno bipolar, se trata de un abordaje manualizado en forma de grupo, donde los temas centrales son los pensamientos de recuperación contrapuesto a un pensamiento de recaída. Para ello plantean objetivos muy claros como: educar sobre la naturaleza y tratamiento de los dos trastornos, mayor aceptación de sus trastornos, ayudarles a recibir apoyo social, cumplir régimen de medicación entre otros.

A su vez, también se han desarrollado manuales que utilizan un modelo *cognitivo-conductual*, para el tratamiento del trastorno bipolar y para el abordaje específico del subgrupo de bipolares con diagnóstico comórbido de abuso o dependencia de drogas, su finalidad es prevenir las recaídas a través de las estrategias de autocontrol y a su vez, también se trabaja el entrenamiento de habilidades sociales, control de impulsos y cambios en el estilo de vida (15).

Un ensayo clínico de un nuevo tratamiento conductista para el abuso de la droga en los pacientes con enfermedad mental severa y persistente, ha sido desarrollado por Alan S.B. en Baltimore (16), asignaron los pacientes aleatoriamente para tratamiento durante seis meses. Dicho estudio resultó ser más eficaz en comparación con otro estudio donde se desarrollaba un tratamiento de

apoyo para la recuperación de la adicción. Se motorizó el porcentaje de los resultados limpios del análisis de orina, la supervivencia en el tratamiento, y la atención en las sesiones.

BIBLIOGRAFIA

1. Regier D, Farmer DE, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264:2511-2518.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*.1994; 51:8-19.
3. Lasdrogas.info (sede web). Madrid: Instituto para el estudio de las adicciones; 2008 (actualizado el 30 de Mayo del 2008; acceso el 2 de Octubre del 2008). Patología dual afecta a 50% atendidos por trastorno psiquiátrico o adictivo. Disponible en: <http://www.ieanet.com/index.php?op=InfoNoticia&idNoticia=26333>.
4. Martínez MR, Rubio GV. Manual de drogodependencias para enfermería. Madrid: Díaz de Santos; 2002.
5. Dalton EJ, Cate-Carter TD, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. Suicide risk in bipolar patients: the role of comorbid substance use disorders. *Bipolar Disord*. 2003; 5 (1):58-61.
6. Sanchez J, Martínez A, Vieta E. Comorbidad en el trastorno bipolar. *Revisión Psiquiatría Facultad de Medicina Barcelona*. 2005; 32:77-88.
7. Sonne SC, Brady KT. Bipolar Disorder and Alcoholism. *Alcohol Research & Health*. 2002; 26:103-108.
8. Strakowski SM, DelBello MP, Fleco DE. The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*.2000; 48: 477-485.
9. Strakowski SM, DelBello MP. The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*. 2000; 20: 191-206.
10. Pérez JL, González A, Ramírez M, Imaz A, Ruiz J. Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. *Trastornos Adictivos*. 2001; 3: 19-24.
11. Brown, ES, Suppes T, Adinoff B, Thomas NR. Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *Journal of Affective Disorders*. 2001; 65 :105-115.
12. Weiss RD, Najavits LM, Greenfield SF. A relapse prevention group for patients with bipolar and substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*. 1999;16 :47-54.
13. Weiss RD, Griffin ML, Greenfield SF, Najavits LM, Wyner D, Soto JA. Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000; 61: 361-367.
14. Weiss RD. Treating patients with bipolar disorder and substance dependence : Lessons learned. *Journal of substance abuse treatment*. 2004; 27: 307-312.
15. Basco MR, Rush AJ. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. New York: The Guilford Press. 1996; 291.

16. Bellack AS, Bennet ME, Gearon JS, Brown CH. A Randomized Clinical Trial of a New Behavioral treatment for Drug Abuse in People with Severe and Persistent Mental Illness. Arch Gen Psychiatry. 2006; 63:426-432.

17. Chengappa KN, Levine J, Gershon S, Kupfer DJ. Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry. Bipolar Disord .2000; 2: 191-195.

18. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA . A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1918;133: 429-435.

19. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness.Br J Soc Clin Psicho.1967;6(4): 278-96.

20. García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica.4ª ed. Barcelona: Ars Médica; 2005.

21. Madalena FV, Del Porto J. Seasonality of admissions for mania in a psychiatric hospital of Belo Horizonte, Brazil. Journal affective disorder. 2006; 94.

HIPOTESIS

Un abordaje preventivo psicoeducativo grupal en pacientes diagnosticados en su historia clínica de trastorno bipolar tipo I y II con historia vital de abuso y/o dependencia de sustancias en abstinencia disminuirá el número de recaídas en el consumo de tóxicos.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar si un abordaje psicoeducativo grupal en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tipo I y II con historia de abuso de sustancias en abstinencia actualmente, disminuye el número de recaídas en el consumo de tóxicos durante los seis meses posteriores a la intervención.

Objetivos específicos:

- Conocer si durante los seis meses posteriores a la intervención psicoeducativa disminuye el número de resultados positivos de análisis de orina y del alcoholímetro.
- Conocer si una intervención psicoeducativa disminuye la gravedad de la adicción (conductas adictivas en el consumo de tóxicos).
- Conocer el número de recaídas en pacientes del grupo experimental en relación con el grupo control.

METODOLOGIA

Diseño del estudio: Estudio experimental.

Patricia González Alegre

Asignación aleatoria simple de grupos:

- Grupo control: tratamiento estándar rutinario.
- Grupo experimental: intervención psicoeducativa grupal.

Evaluación ciega de resultados.

Población diana: Pacientes que pertenezcan a las áreas que abarca el “Instituto Psiquiátrico José Germain” (Área 8, 9 y 10), que estén en tratamiento actualmente y diagnosticados según los criterios del DSM-IV y CIE-10 de trastorno bipolar tipo I y II, y a su vez tengan historia de dependencia de tóxicos en abstinencia actualmente.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que cumplieran los criterios del DSM-IV o bien del CIE-10 para trastorno bipolar tipo I o II.
- Historia de consumo de tóxicos como causa de descompensación, abuso y/o dependencia según los criterios del DSM-IV o bien del CIE-10. Actualmente se encuentran en abstinencia o bien en tratamiento de deshabitación, ambas situaciones mantenidas al menos en seis meses para facilitar una intervención psicoeducativa lo más efectiva posible.
- Además, para participar en el programa psicoeducativo será necesario tener una puntuación total de gravedad en el ASI-6 (Anexo II) comprendida entre 1 y 5. (17 y 20)
- Respecto a los tóxicos, se incluirán los pacientes que hayan consumido una o varias sustancias psicoactivas incluidas en la Clasificación de la OMS (Anexo I).
- Edad de los integrantes de 18 a 55 años.
- Recomendable estado eutímico al menos durante tres meses.
- Estar tomando estabilizador del humor.
- Capacidad para dar el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Evaluación previa de: Evaluación de la Manía de Young (YMRS) (18) < 10 y una puntuación de la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (HAMD) (19) < 14 (Anexo II).

Criterios de exclusión:

- Exclusión de pacientes en episodio maniaco. A su vez, si un paciente se incorpora al grupo eutímico y vira a manía durante el curso del grupo también se excluirá.
- Exclusión también de pacientes con sintomatología hipomaniaca. En el caso de virar en el curso del programa, se valorará si la conducta es constructiva o no respecto al grupo.
- No inclusión a pacientes severamente deprimidos.
- Exclusión ante síntomas psicóticos.
- Retraso mental, falta de concentración-atención y una enfermedad no psiquiátrica no estabilizada.

Tamaño muestral: No contamos con estudios previos, similares al propuesto, que nos indiquen cuál puede ser el efecto esperado de la intervención. Por ello, realizaremos un estudio piloto sobre 100 personas, de manera que serán 50 asignados aleatoriamente a cada grupo (control y experimental), para determinar el efecto de la intervención psicoeducativa. Con este dato, asumiendo un poder de 0.80 y un α 0.05, calcularemos el tamaño muestral dimensionado.

Los grupos psicoeducativos estarán formados por 15 sujetos, ya que, aunque el tamaño ideal de un grupo psicoeducativo está entre 8 y 12 pacientes, debido al número de abandonos y al grado de compromiso de cada paciente para participar en dichas sesiones, puesto que tiene que cumplir unos mínimos de asistencia, hemos determinado un total de 15 pacientes en cada grupo psicoeducativo.

Variables:

- Variable independiente: Psicoeducación grupal. Los talleres psicoeducativos se llevarán a cabo en 20 sesiones (Anexo III) tras haber firmado el consentimiento informado por parte de los pacientes. La duración será de hora y media, además se realizará a la hora de comer, a las 14 horas, para facilitar la asistencia a pacientes que estén trabajando o estudiando. En cada sesión se repartirá un folleto informativo con lenguaje sencillo y accesible, sobre lo tratado durante la sesión.

Cada taller psicoeducativo lo desarrollarán dos Enfermeras Especialistas en Salud Mental como coterapeutas, cuya función será llevar a cabo una adecuada dinámica de grupo y educativa. Además contaremos con la colaboración de los diferentes Psiquiatras y Psicólogos del CSM para la derivación de los pacientes y el seguimiento rutinario a lo largo del desarrollo del programa.

Los talleres se desarrollarán en los meses de Septiembre a Marzo, la razón por la que concreto dichos meses, es porqué numerosos estudios (21) analizan la influencia de la estacionalidad con la manía durante primavera-verano, y concluyen diciendo que el número de ingresos es mayor, correlacionado con variables climática, especialmente con las horas de luz solar.

En el desarrollo del programa, partiremos de un primer nivel, este nivel es el más importante ya que, una ausencia o errónea conciencia de enfermedad se acompaña de un mal cumplimiento, y a su vez, un mayor riesgo de consumir tóxicos. Se tratarán unas nociones básicas sobre el trastorno bipolar, aquí abarcaremos tanto la conciencia de enfermedad como la adhesión farmacológica, a su vez haremos especial hincapié al carácter biológico del trastorno, tratando de hacer frente a la estigmatización social.

Tras haber abarcado la parte elemental del programa pasaremos a un segundo nivel, donde trabajaremos las sustancias psicoactivas, efectos indeseables que provocan y su uso como método de automedicación, ante todo concienciaremos del riesgo potencial que existe de descompensación.

En un tercer nivel, trataremos la regularidad de hábitos y el control del estrés con la ayuda de talleres prácticos de relajación durante algunas de las sesiones del programa.

En cada una de las sesiones comenzaremos con un "check-in", se trata de un primer trabajo en forma de rueda, de paciente a paciente, en la que propondremos a los pacientes pero sin forzar, a comentar alguna incidencia relevante de la semana en relación con el uso de drogas y alcohol, algún cambio en el estado de ánimo, dificultades en la toma de medicación, situaciones de riesgo y las habilidades que utilizan para hacer frente.

A su vez, durante las sesiones se permitirán a los pacientes intervenir libremente cuando lo consideren necesario, permitiendo a su vez resolución de dudas sobre sesiones anteriores. Además, se facilitará la comprensión sobre temas relacionados con las sesiones con ejercicios de grupos, ruedas de comentarios... asegurando la participación de todos los pacientes.

Para confeccionar el diseño de las sesiones nos ayudaremos de soporte bibliográfico: Vieta E. *¿Qué es el trastorno bipolar?*. Barcelona. 2001; Colom F, Vieta E. *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona. 2004.

- Variable dependiente: Número de recaídas en el consumo de sustancias. Durante el desarrollo de las evaluaciones en el consumo de sustancias psicoactivas consideraremos recaída, según los siguientes indicadores:
 - o Alcohólímetro con resultados por encima de 0,15 mg /litro (tasa en aire espirado).
 - o Detección de drogas en orina, para ello utilizaremos la prueba de DRUGCHECK® donde podremos detectar las siguientes drogas: cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas, metanfetamina, marihuana, anfetaminas, barbitúricos, éxtasis, opiáceos, antidepresivos

- triciclitos (ADT), fenciclidina, metadona. Consideraremos recaída cuando de positivo a cualquiera de las sustancias anteriormente descritas, a su vez contrastaremos resultados con la medicación prescrita por el paciente como en el caso de los ADT y las benzodiazepinas, para evitar falsos positivos de recaída.
- Autoinforme del paciente con la utilización del Índice de gravedad de la Adicción-6, consideraremos recaída cuando la puntuación total de gravedad este comprendida entre 6 y 9, ambos inclusive.

El paciente según lo dicho tendrá una recaída cuando alguna de los indicadores de positivo al consumo de una o varias sustancias psicoactivas, sin necesidad de dar positivo en las tres mediciones.

La frecuencia de la entrevista será mensual, en cambio la detección de tóxicos en orina y aire espirado se realizará aleatoriamente y con frecuencia semanal/quincenal según cada caso.

- Variables intervinientes:

- Los pacientes incluidos estarán en tratamiento actualmente (estabilizador del humor).
- Estado de abstinencia o bien en tratamiento deshabituación, ambas situaciones mantenidas durante seis meses.
- Estado eutímico lo más posible, durante tres meses, ajustado a las escalas YMRS y HAMD.
- Edad de los integrantes de 18 a 55 años.

Recogida y análisis de los datos:

Antes de comenzar la intervención realizaremos una evaluación de los pacientes, ajustada a los criterios de exclusión e inclusión descritos anteriormente.

Después de la puesta en práctica del programa psicoeducativo, durante los seis meses posteriores, evaluaremos a los pacientes para detectar recaídas en el consumo de tóxicos tanto en el grupo experimental como en el control, para ello nos basaremos en lo descrito en la variable dependiente. De esta forma podremos comparar los resultados obtenidos de los integrantes del grupo experimental donde han recibido la intervención psicoeducativa y los del grupo control que no la recibieron.

Cabe destacar, qué en las evaluaciones que realicemos tras la intervención psicoeducativa contaremos con aquellos pacientes que hayan asistido al menos al 80% de las sesiones.

Asimismo, se utilizarán técnicas de enmascaramiento para que el investigador no conozca la identidad de cada grupo, de forma que los resultados no se sepa a qué grupo pertenecen: experimental o control. Se empleará la t de Student al tratarse de variables cuantitativas (número de recaídas mediante comparación de proporciones) y la Chi cuadrado en la comparación de variables dicotómicas (grupo control/experimental), y todo ello se realizará mediante el paquete informático estadístico SPSS.

Limitaciones del estudio:

Para el desarrollo de este estudio tenemos que contar con las siguientes dificultades y limitaciones:

- Posibles sesgos de selección por la dificultad para la captación de la población diagnosticada con trastorno bipolar I y II y con trastorno adictivo en el Instituto Psiquiátrico José Germain, y a su vez dentro de esta población elegir al subgrupo de pacientes con estado de abstinencia o en tratamiento de deshabituación durante seis meses.

Patricia González Alegre

- Posibilidad de sesgo de atención, por el hecho de saber que están participando en un estudio donde están siendo evaluados, lo cual puede dar a respuestas falsas en los cuestionarios para no levantar sospechas de los evaluadores sobre pensamientos y/o conductas indeseables respecto al consumo de tóxicos de los participantes.
- Al tratarse de un estudio limitado por un “espectro” de la muestra particular, por las condiciones del estudio (las variables de estudio descritas, criterios de selección...), los resultados del estudio no se podrían extrapolar a otros estudios donde las variables difieran del nuestro, limitando así la validez externa del estudio.
- A su vez, el hecho de utilizar en varias ocasiones a lo largo del estudio el mismo instrumento evaluador (ASI-6), puede condicionar las respuestas del cuestionario.
- Otra limitación a considerar, es que uno de los criterios de selección al estudio es estar en abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas durante seis meses, por ello no sería equiparable a intervenciones realizadas en pacientes con consumo activo.
- Colaboración insuficiente de los participantes, falta de compromiso y motivación provocando posibles abandonos.

Duración total del estudio: tres años.

- Captación de la población sujeta a los criterios de la intervención: seis meses.
- Programa psicoeducativo: un año y medio.
- Seguimiento y evaluación de los resultados a medio–largo plazo: un año.

UTILIDAD PRACTICA DE LOS RESULTADOS

En el caso de que la hipótesis planteada se cumpliera, sería beneficioso utilizar la psicoeducación grupal en este tipo de población con patología dual.

Es un método sencillo, barato, eficaz y bien tolerado para mejorar el curso en las recaídas del consumo de tóxicos de pacientes con trastorno bipolar y así, poder evitar ingresos hospitalarios y disminuir los costes sanitarios que puedan derivarse. Por todo ello, espero que este estudio facilite sí procede, la progresiva incorporación de la psicoeducación en la práctica diaria de la Enfermería de Salud Mental en los Servicios de Salud Mental.

A su vez, el desarrollo de este estudio dentro del campo de la Enfermería podría significar una mejora de la calidad asistencial percibida por nuestros pacientes y además una herramienta muy útil para ir creando competencias dentro del campo de la Enfermería Especialista en Salud Mental integrada en el campo asistencial.

RECURSOS DISPONIBLES Y PRESUPUESTO SOLICITADO PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO

- Recursos humanos para el equipo investigador:
 - o Cuatro enfermeras especialistas en Salud Mental.
 - o Colaboración de los psiquiatras y psicólogos para la derivación de los pacientes al programa.

Patricia González Alegre

- Recursos materiales disponibles:
 - o Sala habilitada en el CSM, con adecuadas condiciones ambientales (temperatura, sin ruidos...) con espacio suficiente para realizar psicoeducación.
 - o Dos despachos de enfermería.
 - o Pizarra, borrador y tizas.

- Recursos materiales solicitados:
 - o Material formativo necesario para el desarrollo del programa (libros de consulta, folletos informativos...) ----- 1.200 euros
 - o DRUGCHECK® ----- 800 euros
 - o Alcoholímetro ----- 1.000 euros
 - o Ordenador ----- 1.000 euros
 - o Cañón para proyectar y Pantalla en la pared ----- 2.000 euros
 - TOTAL ----- 6.000 euros**

ANEXO I

Clasificación de las drogas según la organización mundial de la salud

- Tipo de alcohol: bebidas alcohólicas de cualquier clase.
- Tipo de Anfetamina: anfetamina, dexanfetamina, metamfetamina, metilfenidato y fenmetracina.
- Tipo de Barbitúrico: barbitúricos y algunos otros fármacos de efectos sedantes como el hidrato de cloral, el clordiacepóxido, el diacepam, el meprobamato y metacualona.
- Tipo de cannabis: preparación de cannabis sativa, como marihuana (bhang, daggam, kif, maconha) ganja y hachís (Charas).
- Tipo de Cocaína: cocaína y hojas de coca.
- Tipo de Alucinógeno: dimetilriptamina (DMT), lisérgida(LSD), mescalina, peyote, psilocibina y estramonio.
- Tipo de Khat (*): preparaciones de Catha Edulis Forsk.
- Tipo de Opiáceo: opio, morfina, heroína, codeína y productos sintéticos con efectos morfínicos como la metadona y la petidina.
- Tipo de solventes Volátiles (producto de inhalación): tolueno, acetona, gasolina y tetracloruro de carbono, e igualmente ciertos agentes anestésicos como el éter, cloroformo y el óxido nitroso.

(*) Arbusto de Arabia y Etiopía. Masticada como la cocaína, produce una agradable excitación que permite combatir la fatiga, el sueño y el hambre. Íntimamente unida a la religión.

ANEXO II

Índice de gravedad de la adicción-6

Gracias a esta entrevista podremos conocer la historia, frecuencia, consecuencias del uso del alcohol y otras drogas. Cabe destacar que adaptaremos la individualidad en cada entrevista según el perfil de cada paciente en relación con el tipo de drogas consumida.

Consta de 257 ítems que se agrupan en ocho secciones:

- Sección 1: información general (15 ítems).
- Sección 2: alojamiento restringido o supervisado a los seis meses (12 ítems).

Tanto en la sección 1 como en la 2 se recoge información general del paciente.

- Sección 3: salud física (28 ítems).
- Sección 4: empleo y apoyos (36 ítems).
- Sección 5: drogas y alcohol (59 ítems).
- Sección 6: aspectos legales (32 ítems).
- Sección 7: familia/social (54 ítems).
- Sección 8: estatus psiquiátrico (21 ítems).

Para cada una de las seis secciones que constituyen la escala se obtienen tres puntuaciones:

Objetiva: gravedad del paciente, entendido como necesidad de tratamiento.

0-1: no problema real, tratamiento no indicado (ayuda, diagnóstico).

2-3: problema leve, no es necesario tratamiento (ayuda, diagnóstico).

4-5: problema moderado, indicado algún tratamiento (ayuda, diagnóstico).

6-7: problema considerable, tratamiento necesario (ayuda, diagnóstico).

8-9: problema extremo, tratamiento absolutamente necesario (ayuda, diagnóstico).

Subjetivo: Proporcionada por el propio paciente sobre las molestias que le causan los problemas que presenta en cada una de las secciones y sobre la importancia que para él tiene el tratamiento actual o adicional para los problemas de esa área.

Para ello, cuenta con escala de autoevaluación que oscila entre cero, ninguna y 4, extremo.

Puntuación total de gravedad: evaluador ajusta su puntuación inicial de gravedad en función de la puntuación proporcionada por el paciente.

ESCALA DE YOUNG PARA EVALUACIÓN DE LA MANÍA:

Puntuación total: 0-60 puntos.

- < o igual 6: eutimia.
- 7 - 20: episodio mixto.
- >20: episodio maniaco.

ESCALA DE HAMILTON:

- 0 - 7: sin depresión.
- 8 - 14: Distimia.
- > o igual a 15: depresión de moderada a grave.

ANEXO III:

Sesión 1. Apertura del grupo y normas del grupo

Objetivo:

Realizar una primera toma de contacto con el grupo e informar a los participantes sobre las normas básicas para facilitar un buen funcionamiento del grupo.

Desarrollo:

- Habilitaremos una sala colocando las sillas en círculo.
- Comenzaremos presentándonos diciendo nuestro nombre y profesión, seguidamente presentaremos el programa, duración, sesiones...
- Por último, destacaremos las normas del grupo con seriedad, explicando la importancia que significa cada una de ellas:
 1. Confidencialidad.
 2. Asistencia.
 3. Puntualidad.
 4. Respeto.
 5. Participación.

Sesión 2. ¿Qué conoces del trastorno bipolar?

Objetivos:

- Adquirir conocimientos básicos sobre su enfermedad enfatizando el carácter biológico del trastorno, aumentando la conciencia de enfermedad.
- Desmitificar mitos populares sobre la enfermedad, tratando de vencer el estigma social.

Desarrollo:

- Comenzaremos con un "check-in", que se desarrollará de forma rutinaria en cada una de las sesiones como hemos comentado anteriormente.
- Continuaremos con una rueda de opiniones sobre los conocimientos que tienen los pacientes y las carencias. En base a esto, explicaremos conceptos básicos sobre el trastorno bipolar (prevalencia, carácter biológico de la enfermedad, manía, depresión, hipomanía, evolución...).

Patricia González Alegre

- “El termostato o barómetro emocional” (Anexo IV) con esta diapositiva mostraremos como se regula el estado de ánimo a nivel cerebral, por el sistema límbico y neurotransmisores.
- Gráficos vitales: mostraremos gráficamente en la pizarra las distintas fases, de la manía a la depresión y nos aseguraremos de que todo el mundo lo entiende bien con casos prácticos dedicando el tiempo que sea necesario, en caso de dificultad repetiremos esta parte en la próxima sesión.
- Otro ejercicio que se realizara en esta sesión, es pedir a los pacientes que recuerden mitos culpabilizadores, frases de la sociedad en relación con la enfermedad mental. Anotaremos cada uno de los comentarios en una pizarra y posteriormente los analizaremos.

En esta parte nos ayudaremos también de:

“Las diez mentiras podridas” con esta diapositiva abordaremos estigmas y creencias erróneas.

- Para finalizar utilizaremos un apoyo literario: “Historia de los tres cerditos bipolares” (Anexo IV) donde enfatizaremos la importancia de nuestra actitud frente a la enfermedad sin caer en una actitud de victimismo e indefensión por el carácter biológico. Cerraremos con turno de preguntas y cerraremos la sesión.
- Entregaremos a cada uno de los pacientes como material de apoyo para el programa psicoeducativo, el libro: “Convivir con el trastorno bipolar” (Vieta E. et al, 2003) que les ayudará a responder dudas sobre su enfermedad y a su vez pueden ser temas de discusión en posteriores sesiones.

Sesión 3. Factores causales

Objetivos:

- Conocer la distinción entre causa biológica de la enfermedad y desencadenante.
- Asumir la responsabilidad pero sin culpabilizarse en el consumo de tóxicos como posible desencadenante, así como en otros posibles desencadenantes reducción de horas de sueño, estrés.
- Aumentar la conciencia de enfermedad.

Desarrollo:

- Comenzaremos con la diapositiva del sistema límbico (Anexo IV), donde destacaremos el carácter biológico-hereditario de la causa, la cronicidad y la recurrencia de la enfermedad.
- Rueda de opiniones sobre posibles causas y desencadenantes de la enfermedad separándolos en la pizarra en dos columnas, y posteriormente se analizará la correcta colocación y repercusión.
- Debate para fomentar la integración grupal y la adherencia al taller, donde se tratará el consumo de tóxicos como posible desencadenante y desestabilizador del trastorno bipolar. A su vez daremos especial énfasis a la paralización que provocan los pensamientos de culpabilidad y en la gran utilidad, por el contrario, de una actitud responsable.

Sesión 4. Síntomas: manía – hipomanía

Objetivos:

- Reconocer los distintos síntomas de un episodio maniaco o bien hipomaniaco.
- Reforzar los conocimientos adquiridos hasta el momento.

Desarrollo:

- Clarificación de conceptos en base a lo que los pacientes entienden por la palabra “manía” y como lo han vivido ellos cuando han pasado por una fase maniaca o hipomaniaca.
- Continuaremos con nuestra explicación sobre los síntomas que caracterizan a un episodio maniaco o hipomaniaco, pidiendo colaboración a los pacientes para anotar en la pizarra los distintos síntomas, realizando correcciones si fuesen necesarias (Anexo IV).
- Tiempo de preguntas y debate limitado según el tiempo que dispongamos.

Sesión 5. Síntomas: depresión.

Objetivos:

- Reconocer los distintos síntomas de un episodio depresivo y mixto.
- Distinguir entre emociones normales de las patológicas.
- Facilitar la adherencia al programa y una adecuada integración grupal.

Desarrollo:

- Iniciaremos la sesión con una rueda de opiniones sobre el uso propio y social que se tiene del término “depresión”, de esta forma reconduciremos la sesión dando un sentido de enfermedad a la depresión que no necesita de la presencia de factores ambientales (ejem: problemas de relación familiar, laborales...) desencadenantes para aparecer.
- A su vez, incidiremos en la importancia de acudir a un profesional para su valoración y tratamiento sin banalizar los síntomas tomando medidas propias.
- Continuaremos con nuestra explicación sobre los síntomas que caracterizan a un episodio depresivo y mixto diferenciándolos de estados emocionales no patológicos. Pediremos colaboración a los pacientes para anotar en la pizarra los distintos síntomas, realizando correcciones si fuesen necesarias (Anexo IV).
- En este punto, abordaremos las ideas de suicidio de forma abierta como un síntoma de la enfermedad.
- Finalizaremos con una representación de las distintas fases y situaciones de su enfermedad mediante role – playing para trabajar los conceptos adquiridos en las dos últimas sesiones.

Sesión 6. Aprender la detección precoz de nuevos episodios depresivos o maniacos

Objetivos:

- Enseñar a identificar las señales de recaída más habituales para poder prevenirla precozmente.
- Concienciar del riesgo potencial de descompensación, ante la presencia de señales prodrómicas tanto en la depresión como en la manía/hipomanía.

Desarrollo:

- Comenzaremos con una rueda de opiniones sobre posibles síntomas prodrómicos de depresión y manía, los anotaremos en la pizarra enfatizando en los más frecuentes (disminución en las horas de sueño, taquipsia, pensamiento ideofugaz, necesidad de automedicación con sustancias tóxicas para aliviar síntomas, irritabilidad, inquietud o bien disminución motora...) una vez confeccionada la lista pediremos a los pacientes que elijan los síntomas que pueden actuar como señales de recaída y lo debatiremos en el grupo.
- Turno de preguntas y se cerrará la sesión.

Sesión 7. ¿Qué debo hacer cuando detecto un nuevo episodio?

Objetivos:

- Elaboración de un plan de emergencia estructurado en caso de inicio de cualquier descompensación.
- Concienciar de las consecuencias que puede tener el banalizar las señales de una recaída.
- Desarrollar habilidades y adquirir recursos para prevenir futuras descompensaciones.

Desarrollo:

- Confeccionaremos un plan de actuación estructurado junto con los pacientes ante la presencia de señales de alarma, separando la sesión en dos bloques uno para la manía y otro para la depresión. Lo apuntaremos secuencialmente en la pizarra, dando pie a la discusión de cada paso.
- Representación situacional mediante role-playing donde se plantearán diferentes situaciones de posible recaída, y plantearemos a los pacientes como actuarían ellos (Ejemplo: "ante posible fase maniaca, aumentar el número de horas de sueño hasta un mínimo de 10 horas, reducir los estímulos rodeándose de ambientes relajados, evitar consumo de bebidas excitantes...").
- Resolución de dudas y se cerrará la sesión.

Sesión 8. Tratamiento: eutimizantes, antimaníacos, antidepresivos

Objetivos:

- Conocer y distinguir los distintos estabilizadores del humor.
- Conocer su indicación en cada fase.
- Detección de efectos secundarios y ventajas de una buena adherencia terapéutica.

Desarrollo:

- Comenzaremos aclarando con ayuda de los pacientes los falsos mitos que existen respecto a los psicofármacos.
- Continuaremos pidiendo colaboración de forma voluntaria a alguno de los integrantes para conocer el tratamiento de su historia vital mediante un gráfico vital, lo iremos anotando en la pizarra.

Patricia González Alegre

- Con las anotaciones apuntadas, iremos agrupando cada fármaco en los tres grupos farmacológicos y daremos nociones básicas, y pondremos un énfasis especial en las propiedades preventivas de los estabilizadores.
- Turno de preguntas y discusión.

Sesión 9. ¿Para que es necesario medicarme?, ¿Qué ocurre si abandono la medicación?

Objetivos:

- Concienciar de los riesgos derivados del abandono de la medicación.
- Fomentar adhesión al tratamiento.

Desarrollo:

- Comenzaremos la sesión con una historia anecdótica en relación con el descubrimiento de las sales de litio en el tratamiento del trastorno bipolar (“La receta de la abuela” Tratamientos recibidos por Fernando VI, Anexo IV), de esta forma los pacientes valorarán la importancia de encontrarse en un momento en el que la enfermedad se puede tratar.
- Continuaremos con una lluvia de ideas sobre posibles causas de abandono del tratamiento (sensación de bienestar, efectos secundarios...) y los analizaremos en el grupo.
- Explicaremos los diferentes tipos de mal cumplimiento farmacológico que se pueden dar (Anexo IV). Pediremos colaboración para que se identifiquen en uno u otro grupo y se plantearán alternativas según cada caso facilitando la interacción de grupo y fomentando si los hubiese la intervención de pacientes con buena adherencia al tratamiento y a su vez pacientes con historia vital de recaída por abandono del tratamiento.

Sesión 10. Incompatibilidad tóxico - fármaco

Objetivos:

- Concienciar de la incompatibilidad tóxico – enfermedad.
- Aclarar dudas relacionadas con el tratamiento.

Desarrollo:

- Dejaremos una primera parte para comentar las dudas que puedan tener del tratamiento y su cumplimiento.

Patricia González Alegre

- Rueda de opiniones sobre las consecuencias y beneficios de la administración comórbida de psicofármacos y a su vez tóxicos. Una vez recogidos estos datos explicaremos las interacciones fármaco -tóxico que se producen a nivel neuronal y su repercusión a corto y largo plazo.

Sesión 11. ¿Sabes lo que has consumido? Sustancias psicoactivas: opiáceos, alcohol, cocaína, cannabis

Objetivos:

- Conocer las sustancias psicoactivas.
- Conciencia del riesgo que existe tanto en la toma de drogas duras como del uso de sustancias cotidianas como el café, vino, tabaco, sustancias de cola...

Desarrollo:

- Comenzaremos elaborando una lista en la pizarra con la colaboración de los pacientes sobre sustancias psicoactivas, donde se incluirán las de uso más cotidiano, y incidiremos en el efecto tóxico de "todas" las sustancias de la lista, con potencial riesgo de abuso y dependencia .
- En una segunda parte profundizaremos sobre aquellas drogas de mayor consumo en especial: alcohol, cannabis, cocaína, opiáceos.
- Turno de preguntas y cierre.

Sesión 12. Conductas derivadas del consumo de tóxicos (dependencia, intoxicación, abuso, abstinencia...)

Objetivos:

- Incidir sobre la conducta de consumo más que sobre el abuso o dependencia del tóxico.
- Prevenir el consumo de tóxicos para controlar un potencial factor desencadenante.

Desarrollo:

- Preguntaremos en una rueda de opiniones a los pacientes que es lo que entienden ellos por consumo, abuso y dependencia, con la intención de que ellos se vean reflejados.
- Posteriormente pasaremos a una explicación más profunda de los diferentes términos derivados del consumo diferenciando entre hábito y adicción. Además, los signos y síntomas que acompañan a cada uno de ellos.

Patricia González Alegre

- Para facilitar la comprensión de los pacientes en esta última parte, realizaremos un role – playing representando las conductas derivadas del consumo de tóxicos (intoxicación, abstinencia, dependencia, etc.).

Sesión 13. Efectos deseables e indeseables experimentados por los tóxicos

Objetivos:

- Conocer efectos deseables e indeseables de las drogas.

Desarrollo:

- Utilizaremos para esta sesión un DVD interactivo de información sobre drogas y conceptos básicos del consumo. (“Todo sobre las drogas” Fundación de ayuda contra la drogadicción), se realizarán las paradas oportunas de la película adaptándonos a la comprensión de los pacientes, sobre los temas a tratar.
- Tras la información se resolverán las dudas que hayan surgido.

Sesión 14. ¿Por qué has consumido? Concepto de automedicación

Objetivos:

- Ayudar a nuestros pacientes a comprender mejor su problema de consumo.

Desarrollo:

- Plantearemos en forma de rueda de opiniones la pregunta que da nombre a la sesión, y lo recogeremos en la pizarra.
- Para facilitar a nuestros pacientes una mayor comprensión de su problema de consumo, explicaremos una causa de consumo como forma de “automedicación”, buscando alivio de alguno de los síntomas (Ejemplo: alcohol o cannabis para la ansiedad, cocaína para la apatía depresiva...).
- Turno de preguntas y cerraremos la sesión.

Sesión 15. ¿Cómo crees que puede afectar a tu enfermedad bipolar? Riesgo de descompensación

Objetivos:

- Concienciar del riesgo potencial de descompensación.
- Conocer la interferencia que existe entre consumo de sustancias y trastorno bipolar.

Desarrollo:

- Realizar una rueda de opiniones sobre lo que opinan los pacientes respecto al tema de la sesión.
- Posteriormente abriremos un grupo de debate donde plantearemos tres temas fundamentales:
 - o El consumo de tóxicos es un potente desencadenante de nuevos episodios.
 - o Los tóxicos pueden, a su vez, enmascarar los síntomas afectivos.
 - o Incidir en el empeoramiento del curso de la enfermedad a medio plazo.

Sesión 16. ¿Qué hacemos cuando nos encontramos nerviosos y/o estresados?

Objetivos:

- Asumir responsabilidad sobre la importancia del estrés como desencadenante de recaídas.
- Manejar el deseo de consumo, en una situación de riesgo de recaída.

Desarrollo:

- Comenzaremos con una rueda de opiniones sobre desencadenantes personales de estrés y ansiedad, enfatizando los momentos vividos durante el síndrome de abstinencia de tóxicos, el deseo de consumo y habilidades necesarias para hacer frente a esta situación.
Simultáneamente iremos explicando el concepto de estrés con los ejemplos de los pacientes, tanto en el exceso de estimulación positiva como negativa del entorno y su relación con los episodios depresivos y maníacos.
En una segunda parte, integraremos todos los datos recogidos durante la sesión, y conduciremos la sesión hacia factores más bioquímicos que inciden en el estrés y en un posible inicio de descompensación, como es el cortisol.
- Turno de preguntas y cierre de la sesión.

Sesión 17 y 18. Taller práctico: Técnicas de actuación ante el estrés y resolución de problemas

Objetivos:

- Conocer y practicar algunas técnicas psicológicas para manejar mejor el estrés y la ansiedad.
- Utilizar respiración controlada ante aparición de deseo y/o impulso de volver a consumir algún tóxico.

Desarrollo:

- La sesión la dividiremos en tres bloques:
 - o Relajación: técnica de relajación muscular de Jacobson y la técnica de Schulz, centrada más en el control del pensamiento. En este bloque daremos nociones básicas y animaremos a los pacientes a poder aprender esta técnica en talleres prácticos organizados el CSM. Sesión 17 (30 minutos).
 - o Respiración controlada: aprender una respiración controlada o diafragmática ante situaciones estresantes que no se pueda practicar la relajación muscular. Esta parte la centraremos durante el resto de la sesión 17 y 30 minutos de la sesión 18.
 - o Racionalización y resolución en los problemas: herramientas para encauzar nuestros pensamientos en relación con nuestras preocupaciones cotidianas sin sobrevalorar las cosas. Este bloque lo colocaremos en la sesión 18 empleando role-playing con casos prácticos propios de los pacientes, planteando conjuntamente alternativas recogiendo en la pizarra los pasos en la toma de decisiones. Resto de la sesión 18.

Sesión 19. Hábitos saludables como prevención de recaídas

Objetivos:

- Concienciar con la necesidad de regularidad de hábitos.
- Fomento de los hábitos saludables para prevenir las recaídas.

Desarrollo:

- Comenzaremos leyendo una historia recogida en la búsqueda bibliográfica (“Historia de una apuesta”, Anexo IV), facilitaremos la reflexión a nuestros pacientes sobre la importancia de llevar unos buenos hábitos y facilitar una mayor calidad de vida. Recogeremos en la pizarra los diferentes factores de riesgo que hayan detectado en ambas historias y los contrastaremos generando debate entre los pacientes en especial los hábitos recogidos en relación con el consumo de tóxicos.
- Continuaremos con una rueda de opiniones sobre los hábitos que consideren ellos beneficiosos. En base a esto, introduciremos el material de la sesión dando consejos regularidad de hábitos (Ejemplo: higiene del sueño, abstinencia a tóxicos, beneficios de practicar deporte en estados eutímicos o depresivos, control del sodio en la dieta en pacientes con litio...)

Sesión 20. Clausura

Objetivos:

- Resolución de dudas sobre contenidos del programa.
- Informar sobre próximos talleres de relajación del CSM en los casos más oportunos.
- Realizar cierre del grupo adecuadamente.

Desarrollo:

- La primera parte la dedicaremos para resolución de dudas de los contenidos del programa.
- A continuación plantearemos una serie de cuestiones al grupo sobre su paso por el grupo:
 - o ¿Qué opináis sobre el contenido del programa? ¿os ha parecido escaso? ¿qué contenidos aumentaríais o disminuiríais?
 - o Después del grupo ¿qué? ¿Os proponéis cambios constructivos?
 - o Y en relación con el consumo de tóxicos, ¿Cómo replanteas el futuro? ¿Te sientes con más fuerza y seguridad para afrontarlo? ¿Cambiarías algo en el programa en relación con este aspecto?
- Finalmente despediremos al grupo.

ANEXO IV

Material de algunas de las sesiones

LAS DIEZ MENTIRAS PODRIDAS

1. Es una invención de los médicos.
2. Es una enfermedad de occidente.
3. Es una enfermedad de este siglo.
4. Lo padecen los débiles.
5. Es una enfermedad contagiosa.
6. El psicoanálisis y la homeopatía son útiles.
7. Es un don divino.
8. Se lo provoca uno mismo.
9. Se puede controlar sin medicación
10. Es una enfermedad incapacitante.

HISTORIA DE LOS TRES CERDITOS BIPOLARES

“Todos conocemos perfectamente el cuento infantil de tres cerditos que, sabiéndose amenazados por un malvado lobo que al parecer les había incluido en su menú sin previa consulta, tomaron distintas medidas preventivas con resultados bastante dispares. El primer cerdito no tomó en serio las amenazas del voraz lobo y, a pesar de las advertencias de éste y contra el sentido común, pensó que a él nunca le podía suceder nada malo y que todo eso del lobo era un cuento para niños, así que construyó su casa de paja y vivió engañado hasta que llegó el lobo y, con un simple soplido, derribó la choza del cerdito confiado, que sólo se dio cuenta del peligro cuando ya estaba siendo digerido por el lobo tras haber sido debidamente aliñado, troceado y horneado. El segundo cerdito únicamente creía a medias en la llegada del lobo; se decía: «de acuerdo, hay lobos, pero no deben ser tan feroces», así que decidió tomar algunas precauciones, pero no todas las que estaban en sus manos, en sus pezuñas, perdón.

Construyó una casa de madera, sin duda más segura que la de paja, pero desestimó la idea de construirla con un material más sólido, ya que significaba demasiado sacrificio. Contraviniendo las indicaciones de su médico de cabecera, que le había advertido que tenía el colesterol por las nubes y que debía dejar de comer tocino inmediatamente y practicar algo de ejercicio, el lobo acudió a casa del segundo cerdito con perversas y culinarias intenciones. Parece ser que, esta vez, al malvado lobo no le bastó con un simple soplido y tuvo que esforzarse algo más, aunque el resultado fue el mismo: el cerdo número dos pasó de la condición de ciudadano a la condición de

guiso, lo mismo que le había ocurrido a su colega de la casa de paja. El tercer cerdo estaba perfectamente informado por las autoridades acerca del peligro que representaba el lobo, tanto para los cerdos como para las niñas que cruzaban el bosque con un cesto cargado de repostería para su abuelita. Es verdad que a los otros dos cerdos también se les había informado .el bando municipal era claro al respecto, pero el tercer cerdo se caracterizaba por su inteligencia, su prudencia y su espíritu de supervivencia. Así que él sí se tomó seriamente las advertencias municipales, y lo hizo con esfuerzo y sacrificio pero también con ilusión, porque era consciente que estaba haciendo algo que le beneficiaba sobre todo a él. Así que construyó una bonita y sólida vivienda de ladrillos, con un sistema de seguridad adecuado, canal satélite y agua corriente. Cuando el lobo, otra vez hambriento, trató de derribar la puerta con un soplido, la casa resistió. Y también resistió perfectamente otras embestidas más concienzudas del lobo, que lo intentó todo: soplar más fuerte, golpear la puerta con un mazo y hacerse pasar por un vendedor de enciclopedias. Todo fue en vano: gracias a su prudencia e inteligencia, el tercer cerdo no fue nunca devorado por el lobo y tuvo una vida feliz en compañía de una atractiva marrana. Tuvo siete preciosos cerditos y envejeció tranquilamente hasta que un infarto cerebral acabó con él a la edad de 87 años.

Podemos contar una historia similar acerca de tres cerditos que padecían un trastorno bipolar. El primero sencillamente no creyó las indicaciones de su veterinario, y pensó que el trastorno bipolar era una invención de los psiquiatras o un cuento para niños, así que no cambió ninguna de sus pautas de conducta: salía por las noches hasta altas horas, consumía tóxicos siempre que tenía oportunidad, desoía a sus compañeros cuando éstos le advertían que estaba demasiado alterado y, por supuesto, no tomaba ninguna de las medicaciones que se le habían pautado. El resultado de esta actitud ante su enfermedad fue ron constantes recaídas, incluso varias al año, y está situación le llevó a ingresar en múltiples ocasiones en el hospital. Perdió su trabajo, sus compañeros se alejaron de él porque en ocasiones estaba realmente muy irritable y en otras decía cosas extrañas sobre la posibilidad de ser en realidad una gallina y no un cerdo, e incluso fue detenido en una ocasión acusado de desorden público cuando estaba intentando poner un huevo en la granja avícola de la localidad. El segundo cerdito de la historia aceptó tomar la medicación que le propuso su psiquiatra, sobre todo debido a la insistencia de su familia, y consideró la posibilidad de tener realmente un trastorno bipolar. Su error fue pensar que únicamente con la medicación podría mantener su estado de ánimo estable, así que la tomaba correctamente. Sin embargo, llevaba una vida desordenada, en contra de lo que le había indicado su psicólogo: dormía poco, a veces porque estaba estudiando y a veces porque dedicaba su energía a bailar salsa, bebía alcohol en cantidades suficientes para alterar su estado de ánimo y solía fumar porros, a pesar de la dificultad obvia de liar un cigarrillo cuando en lugar de dedos tienes pezuñas. Todo ello hizo que sufriera también varias recaídas, a pesar de tomar correctamente la medicación. El tercer cerdo participó en un grupo psicoeducativo para cerditos bipolares. Esta actividad, unida a su carácter prudente y a su gran motivación para no recaer (sabía que disfrutaba mucho más de la vida en los períodos en que

Patricia González Alegre

estaba eutímico), le llevó a tomar todas las precauciones necesarias para evitar las temidas recaídas: tomó su medicación e hizo caso de las indicaciones de su médico y su psicólogo. Salía algunas noches, pero se aseguraba de dormir lo suficiente. Nunca tomaba tóxicos de ninguna clase, siempre hacía caso de las observaciones de su esposa cuando ésta le encontraba más nervioso que de costumbre e incluso aprendió él mismo a identificar a tiempo las señales de una recaída.

Era consciente que esta actitud implicaba un sacrificio, pero como era un cerdo inteligente comprendió que valía la pena llevar una vida moderada a cambio de algo tan importante como su felicidad y estabilidad personales. De todos los cerdos de este cuento, él es el cerdo más listo, y hay quien dice que algunos cerdos son más listos que los humanos”.

TIPOS DE MAL CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO

Mal cumplimiento absoluto:

Se refiere a la negligencia completa del paciente en el seguimiento de las indicaciones dictadas por su médico, o a la negativa a visitarle.

Probablemente se trata de la forma menos estudiada de mal cumplimiento, debido a su propia naturaleza: el paciente que no toma la medicación en absoluto raramente cumplirá debidamente con las visitas programadas con el psiquiatra, lo que dificulta el seguimiento y valoración del impacto real de esos casos, Si únicamente aplicamos de forma restrictiva los criterios de mal cumplimiento absoluto a aquellos pacientes que rechazan un tratamiento pero continúan acudiendo a las visitas con su psiquiatra, obtendremos un porcentaje superior al 10 % (Colom y cols., 2000) de pacientes bipolares que proceden de este modo, incluso cuando están estables.

Cumplimiento parcial selectivo:

Algunos pacientes rechazan de forma selectiva un determinado tipo de tratamiento pero no otro. Cuando existe un problema de conciencia parcial de enfermedad (es el caso de los pacientes que no creen realmente en la cronicidad y en el carácter recurrente de su trastorno bipolar), algunos pacientes proponen a sus psiquiatras que les mediquen sólo con antidepresivos durante las descompensaciones, en lugar de tratar la enfermedad de forma longitudinal. Otros pacientes aceptan cualquier tipo de tratamiento para la fase aguda, incluyendo antipsicóticos, pero rechazan el tratamiento profiláctico.

En el otro extremo estarían aquellos que acoplan tomar carbonato de litio por considerarlo algo natural, pero rechazan tomar otros fármacos. La conciencia de enfermedad acerca de la misma y el miedo a los efectos secundarios son fundamentales para entender este tipo de conductas.

Los pacientes parcialmente cumplidores constituyen una variable de confusión respecto a las tasas de no respondedores en cualquier estudio de eficacia de un fármaco. Los aspectos relacionados con el cumplimiento pueden explicar las diferencias existentes entre la eficacia del litio en estudios clínicos controlados y su efectividad en la práctica clínica o en estudios naturalísticos.

Cumplimiento intermitente:

Sin lugar a dudas, el cumplimiento discontinuo es la regla entre pacientes que toman litio, más que la excepción. Muchos pacientes no abandonan por completo el tratamiento pero tampoco lo toman tal y como se les ha prescrito. Los pacientes con cumplimiento intermitente se permiten a sí mismos períodos variables de «vacaciones del tratamiento»; durante estos períodos, largos a veces, el paciente abandona parcial o completamente todos o algunos de los fármacos que tiene prescrito, con frecuencia aduciendo razones tan explícitas como «quería descansar de la medicación». Algunos de estos pacientes aprenden incluso a disimular su mal cumplimiento tomando altas dosis de eutimizantes días antes de que se revisen sus niveles séricos, con el riesgo que ello implica.

Cumplimiento tardío:

Parece que este patrón, descrito por Goodwin y Jamison (1990), es muy común, porque algunos pacientes muestran una resistencia inicial a admitir la necesidad de recibir tratamiento y deciden empezar a tomar el medicamento prescrito después de algunas recaídas.

Mal cumplimiento tardío:

Tras 2 o 3 años de buen cumplimiento, algunos pacientes empiezan a abandonar su tratamiento eutimizante sin razón aparente. Este fenómeno ha sido descrito tanto con el litio como con los anticonvulsivos.

Abuso:

Contrariamente a lo que se suele considerar, el mal cumplimiento no se reduce a tomar menos medicación de la prescrita. Tomar más medicación es también una forma de mal cumplimiento bastante común entre los pacientes bipolares, sobre todo si padecen también una toxicodependencia (Weiss y cols, 1998), pero es sólo la punta del iceberg: existen casos de abuso de antidepresivos, neurolépticos e incluso antipsicóticos atípicos nuevos anticonvulsivos prescritos con intención eutimizante. Es interesante destacar que algunos pacientes toman más medicación de la prescrita debido a la impaciencia por mejorar (Weiss y cols., 1998).

Mal cumplimiento conductual:

El término “mal cumplimiento” no se refiere únicamente a la adhesión farmacológica (que consiste, entre otras cosas, en respetar las tomas y los horarios de la mismas y cumplir correctamente con la titulación prevista), sino que incluye aspectos relativos a la actitud y comportamiento del

paciente durante las visitas: acudir a las visitas concertadas, darle al médico información relevante y suficiente acerca del caso, obedecer directrices del clínico en cuanto a la regularidad de hábitos de sueño y otras conductas aconsejables que pueden facilitar la eutimia, tales como no consumir alcohol u otros tóxicos. Algunos pacientes toman correctamente la medicación prescrita pero no cumplen con las indicaciones conductuales, quizás llevados por una visión excesivamente biologicista de su enfermedad o simplemente por comodidad; esto también tiene una íntima relación con una forma de falta de conciencia de enfermedad, porque el paciente no está dispuesto a sacrificar parte de sus rutinas por una enfermedad que no considera suficientemente grave, y explicaría por qué los tratamientos conductuales centrados en la enfermedad pueden mejorar el curso de los pacientes bipolares, incluso de aquellos que toman correctamente el tratamiento farmacológico.

LA RECETA DE LA ABUELA

Tratamientos ensayados o propuestos a su majestad Fernando VI (1713-1759) por su médico de cámara, el Dr. Andreu Piquer Arrufat:

- Leche de burra.
- Jarabe de cochelaria y becabunga.
- Caldos de galápago, ranas, ternera y víboras.
- Lavativas.
- Agua tibia y cerezas.
- Polvos de madreperla.
- Fumaria.
- Baños de cabeza.
- Gelatina de asta de ciervo con víboras tiernas.
- Flor de violeta.
- Dieta.
- Jarabe de borraja y escorzonera.
- Pimpinela.
- Agrimonia.

HISTORIA DE UNA APUESTA:

Alberto y Juan se habían encontrado por casualidad en los grandes almacenes. Al principio casi no se vieron, porque todo el mundo realizaba sus últimas compras de Navidad y el centro de la ciudad estaba abarrotado a las siete de la tarde. Fue una gran alegría encontrarse después de haber perdido el contacto durante algunos meses. Se sentaron en el café. Alberto pidió una tónica y Juan un cortado. Recordaron cuando se conocieron, en una sala de psiquiatría en la que Alberto ingresó involuntariamente en un estado maniaco y psicótico, mientras que Juan llevaba ya varios días ingresado debido a un grave episodio depresivo del que estaba ya recuperándose. Enseguida hicieron buenas migas, quizás porque eran los únicos bipolares de aquella sala en tono jocoso, algunos pacientes les habían empezado a llamar en “uno” y “el dos” en referencia a su subtipo diagnóstico y en referencia también a la forma en que les habían llamado un médico muy joven durante una conversación con un veterano enfermero. Ambos rieron recordando estas anécdotas. Alberto contó que tras recibir el alta había estado muy fatigado durante varias semanas, pero progresivamente se fue encontrando mejor y toleraba bien su tratamiento con litio; eso le había permitido volver a su trabajo en el Registro Civil y arreglar la relación con su mujer, que fue mejorando a medida que ella fue entendiendo la enfermedad. Ahora llevaba una vida tranquila: jugaba al fútbol los miércoles por la tarde y dedicaba los fines de semana a cuidar a su mujer, embarazada de siete meses. Todo le iba sobre ruedas. Juan pidió otro cortado y contó su historia. A él tampoco le iba mal: se había recuperado de su depresión y desde entonces tomaba regularmente su medicación. Los sábados por la noche salía, pero para no mezclar la medicación con el alcohol que consumía en alguna ocasión dejaba la toma de medicación de ese día. Trabajaba de camarero por la noche, que le permitía ganar más dinero en este turno. Ambos se alegraron de poder hablar de sus vidas y de ver que sus vidas habían vuelto a la normalidad tras el ingreso, aunque el médico les había dejado muy claro que seguían expuestos al riesgo de recaída. Tras bromear sobre el tema, se permitieron incluso apostar: se encontrarían cada primer viernes de mes en esta cafetería y comentarían como reencontraban. El primero que sufriera una recaída invitaría al otro al cine. Se despidieron con un fuerte abrazo, ambos esperando perder la apuesta o, por lo menos, tardar mucho tiempo en ir al cine junto.

Pregunta: Es imposible leer el futuro pero, ... ¿cuál de ellos acumula más factores de riesgo?