

Acompañando al paciente con trastorno bipolar: aportes a la psicoeducación

Doris Ospina M.⁽¹⁾, Fernando Ivanovic-Zuvic R.⁽²⁾ y Fernando Lolás S.⁽³⁾

Accompanying the patient with bipolar disorder: contribute the psychoeducation

Objective: Identify, from a perspective of family caretakers, elements that contribute to the psycho-education programs for bipolar patients and their families. **Materials and Methods:** Qualitative study, based on the theory founded. **Instrument used:** Semi structured interview and sociodemographic file. With previous informed consent, the realization of an in depth interview thirteen family caretakers of patients with bipolar disorder. The interviews were taped, codified and marked with false names in order to protect the confidentiality. The information was analyzed, and relevant aspects of the information were discussed with the participants. **Results:** Facing the caring for a bipolar patient generates difficulties to the family caretakers especially in relation to the elaboration of the mourning of the patient, identifying the sentiments of guilt that interfere with taking care, identify the traumatic experiences that could hinder the capacity for taking care and the fear of talking about the illness. **Conclusions:** It is necessary to implement programs of family psycho-education parallel to the treatment of the bipolar patient, in this way the family anxiety can be contained, preventing the psychological uneasiness in the caretakers and gain in the caretaking and auto-caretaking of the patients as well as the caregivers. The programs of psycho-education, apart from offering information should transcend towards the seeing of psychodynamic aspects of the care giving, together with offering education about the rights of the patients and the mental health system.

Key words: Family caretakers, bipolar disorder, psycho-education.

Resumen

Objetivo: Identificar, desde la vivencia de los cuidadores familiares, elementos que contribuyen a los programas de psicoeducación para pacientes bipolares y sus familias. **Material y Métodos:** estudio cualitativo, basado en Teoría Fundada. **Instrumentos utilizados:** Entrevista semiestructurada y ficha sociodemográfica. Previo consentimiento informado, se entrevistaron en profundidad trece cuidadores familiares de pacientes con Trastorno Bipolar. Las entrevistas fueron grabadas, codificadas y marcadas con nombres ficticios para proteger la confidencialidad. Analizada la información, se discutió con los participantes aspectos relevantes de los datos. **Resultados:** Enfrentar el tratamiento de un paciente bipolar genera dificultades a los cuidadores familiares especialmente relacionadas con la elaboración del duelo sobre el paciente, sentimientos

⁽¹⁾ Psicóloga, Docente Asistente Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia. Participante en el Programa de Formación: Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial; Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética-CIEB-, Universidad de Chile.

⁽²⁾ Psiquiatra, Facultad de Medicina, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

⁽³⁾ Psiquiatra, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Director del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética-CIEB-, Universidad de Chile.

de culpa que interfieren en el cuidado, experiencias traumáticas que minan la capacidad de cuidado y el temor a hablar sobre la enfermedad. Conclusiones: Es conveniente implementar programas de psicoeducación familiar paralelamente al tratamiento del paciente bipolar, de tal manera que pueda contenerse la angustia familiar, prevenir el malestar psicológico en los cuidadores y abonar el terreno para el cuidado y el autocuidado tanto de los pacientes como de los familiares. Los programas de psicoeducación, además de ofrecer información deben trascender hacia el abordaje de aspectos psicodinámicos del cuidado, junto a ofrecer educación sobre los derechos de los pacientes y el sistema de salud mental.

Palabras claves: cuidadores familiares, trastorno bipolar, psicoeducación.

Introducción

Los estudios sobre eficacia de los tratamientos en pacientes bipolares señalan la conveniencia de seguir un tratamiento bimodal, es decir, combinar tratamiento farmacológico con alguna actividad psicoterapéutica, psicoterapia de apoyo, psicoeducación grupal o psicoeducación estructurada¹⁻⁴. La evidencia científica menciona porcentajes del 50% de recuperación en la Esquizofrenia y en el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), tanto en el control de los síntomas, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida⁵⁻⁷. Además hay evidencia que la psicoeducación es efectiva en las depresiones, trastornos de la alimentación y abuso de sustancias⁸. Estas psicoterapias incluyen no sólo el apoyo al paciente y a sus familias para el tratamiento farmacológico, sino también una atención específica a los problemas que surgen de la propia enfermedad⁹⁻¹¹.

La asistencia de los familiares a las actividades de psicoeducación se justifica ya que para las familias que atienden a las personas afectadas mentalmente no es fácil aceptar el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico. Debido a las cargas del cuidado, se colapsan los sistemas de relaciones entre los miembros de una familia, disgregándose y en ocasiones expulsando al pariente enfermo^{12,13}.

Existen diversas versiones de los programas de psicoeducación familiar⁸. De manera general, estos programas pueden entenderse como un método de cuidado, apoyo y educación que se lleva a cabo mediante actividades sostenidas en el tiempo según las fases de evolución de la enfermedad participando de manera conjunta el paciente y sus familiares¹⁴. Se trata de un método que

proporciona información específica y concreta sobre la enfermedad mental y sugiere actitudes, conductas y técnicas para enfrentar los problemas que provocan los síntomas en la convivencia, favoreciendo la recuperación y la reinserción social. Forma al paciente y a su familia, como un factor complementario a los tratamientos médicos, psicológicos y de rehabilitación¹⁵, considerando a la familia como un sistema afectado por la enfermedad^{16,17}.

La inclusión de la familia en el tratamiento de las patologías mentales se vincula a la progresiva desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, ya que la familia debe hacerse cargo de aquellos, en la mayoría de los casos sin los recursos económicos y emocionales necesarios para ello. A partir de esta situación, ha surgido el concepto de carga familiar o del cuidador. El evaluar dicha carga cobra importancia en los programas de intervención, dado que éstos no sólo guardan relación con la salud y la calidad de vida de los familiares, sino también con la evolución de los pacientes^{18,19}. Diversos autores han analizado la carga familiar, entendida como la repercusión que la convivencia con un paciente psiquiátrico puede tener sobre el cuidador, observándose que las áreas sociales, de ocio y económicas son las más afectadas²⁰. En este sentido, la psicoeducación a la familia ha mostrado no sólo ser beneficiosa para el paciente sino también para los cuidadores. Luego de la intervención, los familiares que asisten al grupo psicoeducativo mejoran su nivel de conocimientos sobre el TAB, reducen la carga subjetiva, así como el nivel de atribución que relacionaban al paciente con las alteraciones en la vida familiar, mejorando su propia autoestima y logrando una mayor autosuficiencia²¹⁻²³.

A pesar de que las ventajas de la

psicoeducación parecen estar suficientemente informadas en la literatura, aún persisten algunos interrogantes. Por ejemplo, se dice que los asistentes a los programas de psicoeducación consiguen un mayor conocimiento de la enfermedad, pero ninguno proporciona un beneficio importante con un impacto suficiente en la reducción de las recaídas. También se afirma que el programa psicoeducativo por sí solo no logra modificar las estrategias inadecuadas del manejo de la enfermedad y que este elemento tomado aisladamente no es especialmente eficaz, fuera del aumento de conocimientos que los familiares adquieren sobre la enfermedad mental y de la satisfacción mostrada por éstos por el trato recibido en los Servicios de Salud Mental. Por otro lado, también se afirma que la psicoeducación provoca efectos diferentes dependiendo del tiempo de evolución de la enfermedad y el miembro de la familia que participa en ella. Por ejemplo: las intervenciones psicoeducativas suelen tener peores resultados en familias de pacientes que han presentado escasos episodios, mientras que muestra mejores resultados en familias que llevan más tiempo lidiando con la enfermedad. De igual forma, las intervenciones psicoeducativas podrían tener diferentes efectos en los padres o en las madres de los pacientes, siendo estas últimas las que parecen obtener un mayor beneficio y aprovechamiento de este tipo de intervención. También se menciona que la psicoeducación familiar complejiza la relación médico paciente, particularmente en los aspectos vinculados con el manejo de la confidencialidad y la autonomía del paciente. Estas limitaciones sugieren la necesidad de mejorar los programas de psicoeducación, recogiendo las características específicas del contexto familiar y cultural en los que tiene lugar el cuidado de la enfermedad mental²⁴.

Desde esta perspectiva, diversos aspectos pueden ser considerados para mejorar la salud mental en Chile. En este país la situación de salud mental se considera deficiente. La comisión nacional de defensa de los derechos de las personas afectadas en la salud mental del Ministerio de Salud, describe un sistema deteriorado donde Santiago presenta una de las cifras mundiales más altas de mala calidad de salud mental^{25,26}. Un estudio de la superintendencia de Isapres²⁷, en una muestra

representativa de la población que atiende, encontró que la media de la salud mental de la población es peor que la media estándar. Por otro lado, en una muestra de 1.514 estudiantes universitarios se encontró que un 34,8% de los universitarios presentó malestar psíquico y probable trastorno mental²⁸.

Estos estudios permiten afirmar que en Chile los trastornos psiquiátricos constituyen un problema de salud de relevancia y su importancia será creciente en el futuro²⁹. Sin embargo, no se cuenta con programas especializados de atención lo que tiene repercusiones importantes no sólo en la salud de los pacientes, sino también en la productividad del país³⁰.

El sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas -AUGE- ha diseñado programas solo para la depresión y esquizofrenia. Dichos protocolos determinan que la educación del paciente y su familia optimizarán la efectividad del tratamiento y pueden ayudar a evitar nuevas recaídas^{31,32}. Esta recomendación es coherente con las dificultades por parte de los afectados y también de los familiares al momento de aceptar la enfermedad, pues ignoran el diagnóstico o no se informan al respecto, manteniendo los hábitos que facilitan la aparición de nuevas crisis^{33,34}. La situación de los pacientes diagnosticados con TAB es diferente, pues aún no se diseñan protocolos de intervención para esta enfermedad.

Teniendo en cuenta lo señalado y con el propósito de avanzar en la comprensión del TAB, en su tratamiento y cuidado, la actual investigación se planteó identificar desde la vivencia de los cuidadores familiares, elementos que puedan contribuir a los programas de psicoeducación para pacientes bipolares y sus familias.

Material y Métodos

Estudio de tipo cualitativo, basado en la Teoría Fundada³⁵. Los instrumentos utilizados fueron una ficha sociodemográfica y entrevista semiestructurada³⁶. Previo consentimiento informado, se entrevistó en profundidad a trece cuidadores familiares de pacientes bipolares. Las entrevistas fueron grabadas, codificadas y marcadas con nombres ficticios para proteger la confidencialidad³⁷. La ficha sociodemográfica

se aplicó con el fin de obtener una caracterización de los participantes en el estudio y de los pacientes a quienes se proveía cuidado. Una vez analizada la información se discutieron, con los participantes, los aspectos relevantes de los datos obtenidos.

Limitaciones del estudio

No fue posible alcanzar puntos de confiabilidad y validez tales como muestreo y saturación teórica³⁸ debido al número de participantes y a las diferencias clínicas entre los pacientes relacionadas con la personalidad, sexo, edad y rol social que diversifican las experiencias de los cuidadores. En consecuencia, este informe sólo presenta aspectos relevantes de la experiencia de los cuidadores familiares de paciente bipolares en general y que se atienden en un centro universitario como la Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile. Futuros estudios podrían afinar criterios de inclusión en relación con las características de los pacientes.

Resultados

1. Caracterización de los participantes

Se entrevistaron trece cuidadores, familiares de paciente bipolares, que dijeron pertenecer a la clase socioeconómica media. De ellos, 8 eran mujeres que tenían entre 34 y 57 años, 5 eran hombres entre 51 y 57 años. De las mujeres, 5 eran madres, 2 esposas y 1 cuñada. De los hombres, 3 eran padres y 2 esposos. De las mujeres, 3 poseían educación superior, el resto educación media completa o incompleta. De los hombres, 1 tenía educación superior y 4 tenían educación media completa. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico de bipolaridad y la entrevista fue de 8 meses a 20 años.

2. Caracterización de los pacientes

Los cuidadores entrevistados se corresponden con 10 pacientes bipolares: 7 hombres entre 18 y 42 años y 3 mujeres entre 24 y 43 años. Dos de ellos eran profesionales, 4 eran estudiantes universitarios, 2 tenían educación media completa, uno tenía formación técnica, y otro formación básica completa. Tres de los pacientes eligieron a dos personas como sus cuidadores. En dos

casos fueron el padre y la madre, en otro, esposo y cuñada. En estos casos se aceptó entrevistar a ambos de forma individual y privada.

3. Aportes a la psicoeducación: del suministro de información a los aspectos psicodinámicos

A partir de los relatos de los participantes en el estudio, cinco temas parecen requerir atención especial en el trabajo con familias de pacientes bipolares: elaboración del duelo referido al paciente enfermo, clarificar las experiencias traumáticas que se vuelven a actualizar al enfrentar la enfermedad, identificar los sentimientos de culpa, aprender a hablar sin temor de la enfermedad y aprender a reducir el impacto del estigma social.

El esfuerzo de los cuidadores por adaptarse al paciente y a la enfermedad parece ser importante, pues en los trastornos bipolares el paciente es cambiante, surgen recaídas y la interacción con ellos se hace inestable³⁹. Según Azucena, *hasta hace algunos años no podía hablar de él sin llorar... llorar..., angustiada total... o sea, horrible... Fueron 20 años, más o menos, de martirio para mí [ríe.... Lloro]... ay! Mira como me dan ganas de llorar otra vez...*

Los cuidadores sienten que están frente a otra persona, desconocida para ellos. Luisa, p.e., dice:

cuando estábamos en la consulta con el doctor... era un hijo que yo no conocía, me enteré de cosas que yo nunca imagine de mi hijo... entonces ya no es el mismo hijo de antes, ya no es la misma confianza... hasta yo llego a desconfiar porque yo no sé realmente que puede pasar en su mente.

Las dificultades para asimilar el diagnóstico se relacionan con el vínculo que mantenían con el paciente previo al diagnóstico de bipolaridad. Los pacientes de este estudio mostraban un buen desempeño en sus funciones sociales y gozaban de reconocimiento familiar. En general eran personas destacadas y admiradas por su inteligencia y forma de ser. Para Margarita, p.e., su hijo siempre se destacó en los deportes y estudio. Azucena, antes del diagnóstico, veía a su esposo como un hombre maravilloso, *era un hombre tan alegre para trabajar*. Para Rocío, la enfermedad de su esposo le ha significado

perder a un buen padre para sus hijos: *presente al 100%, presente en el jugar, al educar, al acompañar, al regalar, al ser papá, al ser amigo.... Súper, súper buen papa.*

Todo esto cambia a la hora de enfrentar el diagnóstico, pues adaptarse a la enfermedad no es fácil. Este es un proceso que se ve afectado por el carácter intermitente y recurrente del TAB. Tanto los pacientes como los cuidadores tienden a olvidar la enfermedad durante los períodos en que el paciente permanece estable y acostumbran a considerar la enfermedad separada del paciente, por fuera de él, como un elemento externo que tiene efectos negativos sobre su vida y por tanto hay que aprender a controlarla. Este asunto es, a veces, reforzado por la educación que reciben. Por ejemplo, durante la realización de este estudio un médico psiquiatra, dirigiéndose a un grupo de pacientes bipolares dijo: *ustedes tienen que saber que durante la fase depresiva es la enfermedad la que piensa, no son ustedes, entonces hay que aprender a contrarrestar esos pensamientos.*

El proceso de adaptación a la enfermedad también se relaciona con los recuerdos dolorosos del pasado de la vida del cuidador que afectan su estabilidad emocional y minan su capacidad para interactuar con el paciente. Dentro de estos recuerdos están los sentimientos de culpa por lo hecho o dejado de hacer en relación con el cuidado del paciente en etapas tempranas del desarrollo y las experiencias traumáticas de la vida del cuidador vinculada con el cuidado de otros familiares enfermos. En el primer caso, surge la vivencia, especialmente en el caso de los padres y de las madres, de que algo de lo hecho no fue correcto o no se hizo, en el momento oportuno, lo necesario para proteger la salud del familiar enfermo. Así se evidencia, p.e., en el relato de Jazmín: *yo siempre he tenido la duda de... me huele que salí ese día del hospital... yo iba pa'l negocio, era feo ese día... y yo iba caminando y me resbalé... íbamos los tres y a él le pegué en la cabecita, siempre me ha quedado eso, eso, eso....*

Generalmente, los sentimientos de culpa derivan en sobreprotección o victimización del paciente de tal manera que la interacción cuidador-paciente no resulta favorable para ambos. Pablo, por la experiencia que tiene con la enfermedad, sabe que los sentimientos de

culpa y lástima no ayudan al manejo de la situación.

Para mi sería muy complicado que por la enfermedad que ella sufre tener que tratarla así con algodones... cuando ella empezó a asimilar la enfermedad ella me decía, yo tengo que aprender a vivir con mi enfermedad y seguir el tratamiento... entonces con eso ella me ayudo... porque somos una familia que tenemos que estar marchando a la par.

Los recuerdos traumáticos de la vida del cuidador parecen agregar un elemento más de tensión emocional a la situación de cuidado, pues en general se trata de situaciones emocionales no resueltas que se actualizan. Violeta, p.e., recuerda como desde pequeña acompañaba a su madre en los cuidados de su padre trastornado: *me acordé de mi papá po!, me acordé de eso... yo viví con mi mamá eso, yo permanecía con mi mamá cuidando a mi papá, era terrible [llora....].* Para Rocío, enfrentar la enfermedad de su esposo le ha significado mantener presente que ella tiene su "arrastre" con el alcoholismo de su padre y tíos. Asunto que ahora interfiere en el cuidado que puede ofrecerle a su esposo alcohólico. Por su parte, para Margarita es doloroso observar como en el contenido de los delirios de su hijo están presentes algunas referencias a momentos en que ella sufrió agresiones por parte de su esposo.

Los sentimientos de culpa y el desconocimiento de la enfermedad justifican el temor de los familiares a hablar abiertamente de la enfermedad, especialmente con las personas menores de la familia. Saben que la enfermedad, por su carácter genético o hereditario, aspecto permanentemente mencionado en la literatura, es un riesgo familiar que hay que enfrentar pero no saben qué hacer para prevenirla o hablar de ella sin temor.

Con los niños no, no porque no podíamos interpretar mucho lo que es... porque ellos saben que el papá... eh... engordó mucho y después bajo de peso, y... tuvo que venir a la clínica para poder alimentarlo, para que le dieran los medicamentos bien...pero no más (Rocío).

A Pablo le preocupa el hecho de que "a las niñas les cuesta bastante integrarse al colegio, tener amigos, les complica integrarse a los grupos, entonces me preocupa que no vaya a haber una participación de la enfermedad de

la mamá... y entonces tocamos poco el tema, porque a ella no le gusta.

Mientras tanto, quisiera saber si sus hijas pueden tener una enfermedad como la de su mamá.

El temor a hablar abiertamente sobre la enfermedad también provoca que los cuidadores y los pacientes oculten información a otros familiares, amigos y en el ambiente laboral. Temen sufrir discriminación o despidos que agravarían la economía familiar. Esto reduce las oportunidades de consolidar una red de apoyo social más efectiva que contribuya a llevar la situación de manera más adecuada.

Juan encuentra que *“aquí en Chile y creo que en todas partes del mundo... no puedes llegar diciendo soy bipolar, déme trabajo... eso es algo que se tiene en secreto y en realidad no tienen por qué saberlo.* Luisa, observa que *“desgraciadamente, somos las mamás las que asumimos la responsabilidad de las cosas malas que hacen los hijos. A mi no me da vergüenza de lo que ha pasado con mi hijo pero mi marido tiene su orgullo herido y eso lo llevó al psiquiatra.*

De las observaciones anteriores se desprende que un programa de psicoeducación para familiares de pacientes bipolares puede resultar efectivo si logra superar el tradicional modelo de suministro de información para prevenir los abandonos de tratamiento, las recaídas, las re-hospitalizaciones y se orienta hacia el abordaje integral de los factores psicosociales que constituyen el contexto de la enfermedad. Esta parece ser una necesidad importante debido a que los problemas de acceso a la información pueden resolverse de distintas maneras, como lo hace ver Margarita:

“ahora yendo a las charlas... en el fondo le dicen lo mismo que nosotros hemos sacado de Internet... porque después él me cuenta y es lo mismo que hemos leído, lo mismo que yo le he contado, entonces como nuevo en las charlas... yo noto que no hay mucho.

No parece ocurrir lo mismo con los aspectos psicodinámicos y sociales que rodean la enfermedad. Pablo, ahora que su esposa asiste a un programa de psicoeducación para pacientes bipolares, se siente *más apoyado:*

porque antes no!... antes realmente... sabíamos que ella estaba enferma, que había que traerla al doctor y que con los medicamentos ella iba a empezar a

recuperarse... pero nunca habíamos logrado entender la enfermedad... ahora con las terapias [psicoeducación] tratamos de investigar más... porque antes éramos como con los brazos cruzados.

Discusión

La anterior descripción de los aspectos más relevantes que subyacen en la manera cómo los familiares de pacientes bipolares enfrentan el cuidado de la enfermedad bipolar, puede resultar útil para los programas de psicoeducación. Preparar el entorno familiar y capacitar a los familiares para aprender a convivir con la enfermedad puede resultar beneficioso. Sin embargo, es necesario tener cuidado con la instrumentalización que algunos programas de psicoeducación hacen de la familia en pro del bienestar del paciente. Es sabido que las familias que atienden a personas afectadas mentalmente, también necesitan atención y que las cargas del cuidado hacen colapsar su sistema de comunicación. Por lo tanto, planear intervenciones psicosociales o psicoeducativas que sólo tengan como objetivo informar sobre las características de la enfermedad, su tratamiento y prevención, a fin de lograr la menor tasa de recaídas, puede constituir una negación de las necesidades de la familia.

Así, los diseñadores de programas de psicoeducación deberían considerar a la familia como un sistema afectado por la carga de la enfermedad, con sus propias necesidades de atención. De este modo, se debería favorecer la creación de sistemas de cuidados continuos no sólo para el paciente sino también para la familia¹³ buscando, al menos, reducir la carga subjetiva del cuidador y fortalecer las redes de apoyo social para estos pacientes⁸.

Respecto a la autonomía del paciente bipolar, también es importante considerar que mientras no exista claridad sobre su nivel de autonomía, las intervenciones que faciliten la participación de los familiares en el tratamiento pueden hacer que la relación medico-paciente se complejice de manera importante⁴⁰⁻⁴².

En algunos casos es difícil cumplir con los criterios de confidencialidad y generar alianzas terapéuticas eficaces⁴³. Al respecto, la teoría psicoética plantea que las terapias que incluyen a la familia deben esforzarse en clarificar los

objetivos que se proponen y los métodos para lograrlo. Para esto resulta útil identificar el sistema de valores que subyace al programa que se ofrece a las familias. En el caso de la terapia de grupos, la psicoética sugiere un proceso de selección cuidadoso de los posibles integrantes del grupo, buscar en lo posible afinidad en los objetivos; favorecer la participación voluntaria, garantizar el libre retiro; informar sobre los objetivos, riesgos y beneficios; sensibilizar al grupo sobre la importancia de la confidencialidad y garantizar el bienestar y el logro de los participantes en la experiencia grupal⁴⁴.

Conclusiones

Podría concluirse que los programas de psicoeducación para las familias de pacientes bipolares son útiles y necesarios. Estos programas además de ocuparse de suministrar información relacionada con la etiología y fenomenología de la enfermedad, su tratamiento y prevención de las recaídas deberían inducir ajustes metodológicos que favorezcan el aprendizaje colectivo acerca del cuidado de la enfermedad, la exploración de los aspectos psicodinámicos, sociales y culturales que rodean el cuidado, como la elaboración del duelo, los sentimientos de culpa, el temor a hablar de la enfermedad con los integrantes menores de la familia, la importancia de las redes de apoyo y reducir el impacto de la estigmatización social. Respecto a este último punto, los programas de psicoeducación podrían incluir la temática referida a los derechos de los pacientes mentales y la legislación vigente sobre el tema.

Se hace necesario diseñar investigaciones e intervenciones en el TAB con mayor participación de los cuidadores para conocer su impacto sobre el manejo del TAB en vistas a su mejor implementación en la planificación de los servicios de salud mental.

Promover la organización de los cuidadores de pacientes con TAB puede ser una estrategia que contribuya a disminuir las cargas de la enfermedad tanto en los aspectos económicos como emocionales.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los familiares de

los pacientes con trastorno bipolar, por haber aceptado compartir sus experiencias, a los pacientes que permitieron que sus familiares hablaran sobre ellos y a los funcionarios de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, secretarías y vigilantes, quienes amablemente dispusieron los lugares adecuados para realizar las entrevistas.

Este artículo es producto de la investigación *Trastorno Bipolar y Psicoeducación*, realizada durante el segundo semestre de 2006 en La Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile. Recibió financiación del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética-CIEB, Universidad de Chile.

Referencias

- 1.- Franco Porras C. Reseña: Psychological Treatment of bipolar disorder. Autores: Sheri L. Johnson y Robert L. Leahy. New York, The Guilford Press, año 2004, 338p. Rev Internacional de Psicoanálisis: aperturas psicoanalíticas [Sede Web] 2006; 23 [Acceso: Octubre 24 de 2006]. Disponible en URL: <http://www.aperturas.org/23franco.html>
- 2.- Urrego Mendoza Z. Evaluación de una consulta externa de psiquiatría para pacientes crónicos en el primer nivel de atención. Hospital del Sur E.S.E. 1999 - 2000. Bogotá: Colombia. Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina [Sitio Web] 2006. [Acceso: Junio 26 de 2006]. Disponible en: <http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/año2002/consultaxternapsiquiatria.htm>
- 3.- Rodríguez A, Fernández A. Psicoterapia y fármacos: ¿por fin juntos? Nuevos datos sobre la combinación. Rev Psiquiatría Pública [Revista en línea] 2000; 12 (3):285-88. [Acceso: Junio 26 de 2006]. Disponible en URL: http://www.dinarte.es/salud-mental/v12_n3.htm
- 4.- Vieta E, Martínez-Arán A, Nieto E, Colom F, Reinares M, Benabarre A, et al. Tratamiento complementario del trastorno bipolar con gabapentina. Eur Psychiatry Ed Esp 2001; 8: 48-53
- 5.- Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Vieta E. Comorbilidad en el trastorno bipolar. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2005; 32(2): 77-88
- 6.- Holmgren D, Lermarda V, Correa E. La perspectiva biopsicosocial desde la neurobiología de los trastornos del ánimo. Trastornos del Ánimo 2005; 1: 28-36
- 7.- Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Benabarre A, Salamero M. Neuropsicología del Trastorno Bipolar. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2000; 27(4): 202-14
- 8.- Johnson DL. Educación familiar o Psicoeducación conductual familiar: tomando una decisión. Asociación Mundial para la Esquizofrenia y Trastornos Relacionados [Sede Web] [Acceso 31 de octubre de 2006]. Disponible en URL: <http://>

- espanol.world-schizophrenia.org/alianza/members/johnson.spanish.pdf
- 9.- Mitchell P, Malhi G, Ball J. Major advances in bipolar disorder. *The Medical Journal of Australia*. [Revista en línea] 2004; 181 (4): 207-210. [Acceso el 31 octubre 2006] Disponible en URL: http://www.mja.com.au/public/issues/181_04_160804/mit10278_fm.html
 - 10.- Del Álamo Jiménez C. Formación continuada: La terapia personal de Hogarty. *Rev Psiquiatría Pública* [Revista en línea] 1998; 10(4): 242-45. [Acceso el 31 octubre 2006] Disponible en URL: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/formacio.pdf>
 - 11.- Perry A, Tarrrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999; 318: 149-53
 - 12.- Scott J. Psychotherapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 581-88
 - 13.- Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de Psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986
 - 14.- Miklowitz DJ. Un acercamiento al trastorno bipolar. Centro De Psicología Y Logopedia Logpsic [Sede Web] Acceso 26 de Junio de 2006. Disponible en URL: <http://www.centrologpsic.com/TRASTORNO%20BIPOLAR.html>
 - 15.- Belloso JJ, García B, de Prado E. Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2000; 20(73): 23-40
 - 16.- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. Caring and its burdens: a study of the spouses of depressed patients. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 660-7
 - 17.- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 285-92
 - 18.- Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. Evaluación de la carga familiar: una propuesta de escala autoaplicada derivada de la escala de desempeño psicosocial. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2004; 31(1): 7-13
 - 19.- Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002; 29(2): 97-105
 - 20.- Arduini L, Kalyvoka A, Stratta P, Rinaldi O, Daneluzzo E, Rossi A. Insight and Neuropsychological Function in Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder With Psychotic Features. *Can J Psychiatry* 2003; 48(5): 338-41
 - 21.- Holmgren D, Lermarda V, Cortes C, Cardenas I, Aguirre K, Valenzuela A. Alteración Del Funcionamiento Familiar En El Trastorno Bipolar. *Rev Chil Neuro-psiquiatr* 2005; (3): 15-24
 - 22.- Correa E, Holmgren D. Trastorno bipolar en el período reproductivo. *Avances en Psiquiatría Biológica* [Revista en línea] 2005; 6: 32-48. Disponible en: www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol6/articulos/3%20transtorno.pdf
 - 23.- Callejón Aliaga AB. Análisis bibliométrico del trastorno bipolar (1995-2001). *RIPCS/IJCHP* 2003, 3(1): 163-176
 - 24.- Belloso JJ, García B, de Prado E. Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2000; 20(73): 23-40
 - 25.- Organización Mundial de la Salud. (OMS). Atlas Mundial de la salud 2005. Chile. [Sede Web] Acceso 31 de octubre de 2006. Disponible en URL: http://globalatlas.who.int/globalatlas/predefinedReports/MentalHealth/Files/CL_Mental_Health_Profile.pdf Acceso verificado el 12 de junio de 2007
 - 26.- Vicente B, Riosco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP) *Rev Méd Chile* 2002; 130(5): 527-36
 - 27.- Inostroza M. Estudio Estado de Salud población Isapre 2004 – 2005. Gobierno de Chile. Superintendencia de Salud. [Sede Web] 2006 May [Acceso el 31 octubre 2006] Disponible en URL: www.supersalud.cl/568/articles-548_recurso_1.ppt
 - 28.- López Maturana B. Programa de Autocuidado en Salud Mental. Red de Vida Saludable 2006 (REVISA). Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la Universidad de Chile [Sede Web] 2006 Sep [Acceso el 31 de octubre 2006] Disponible en URL: http://www.uchile.cl/uchile.portal?_nfpb=true&_pageLabel=not&url=32224
 - 29.- Albornoz G. Salud mental de los chilenos en estado crítico. Radio Universidad de Chile [Diario Electrónico] Publicado 19 de mayo de 2005. [Acceso el 31 octubre de 2006] Disponible en URL: <http://www.radio.uchile.cl/notas.aspx?idNota=20232>
 - 30.- Silva H. Presente y futuro de la Psiquiatría. *Rev Hospital Clínico Universidad de Chile* 2003; 14(3): 235-41
 - 31.- Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica. Tratamiento de personas con depresión. Acceso 31 de octubre de 2006. Disponible en URL: http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas_ges2006/GUIA_CLINICA_GES_DEPRESION_OK_8_febrero_cls1.pdf Acceso verificado el 12 de junio de 2007
 - 32.- Gobierno de Chile. Ministerio De Salud. Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia 2005. Acceso 31 de octubre de 2006. Disponible en URL: www.minsal.cl/ici/guias_clinicas/EsquizofreniaR_Mayo10.pdf Acceso verificado el 12 de junio de 2007
 - 33.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Mental health care law: ten basic principles 1996. Acceso 31 de octubre de 2006. Disponible en URL: http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf Acceso verificado el 12 junio 2007
 - 34.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Legislación sobre salud mental y derechos humanos 2003. Acceso 31 de octubre de 2006. Disponible en URL: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf Acceso verificado el 12 de junio de 2007
 - 35.- Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós, 1992: 35-46
 - 36.- Strauss A, Corbin J. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para

- desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia: Medellín, 2002: 341
- 37.- Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. 2ed. Granada: Ediciones Aljibe 1999; 167-73
- 38.- De la Cuesta C. Mujeres y salud: Un estudio cualitativo. Medellín: Dirección Seccional de salud de Antioquia. Sección programas y proyectos. 1995; 20-5
- 39.- De la Cuesta Benjumea C. Cuidado Artesanal. La invención ante la adversidad. Medellín: Universidad de Antioquia. 2004: 223
- 40.- National Heart: Lung and Blood Institute Working Group on patient compliance -N.H.L.B.I Management of patient compliance in the treatment of hipertensión. Hypertension 1982; 4(3): 415-23
- 41.- Casarotti H. Reflexiones sobre responsabilidad médica en Psiquiatría. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68(2): 181-93
- 42.- Barrantes M, Montoya G. Confidencialidad en salud e investigación. En: Lolas F, Quezada A, Rodríguez E (eds) Investigación en salud. Dimensión ética. Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile 2006: 217-29
- 43.- Montoya Montoya G. Poblaciones especiales en investigación biomédica. En: Lolas F, Quezada A, Rodríguez E (eds) Investigación en salud. Dimensión ética. Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile 2006: 191-215
- 44.- Franca Tarrago O. Introducción a la psicoética. Uruguay: Universidad Católica del Uruguay Damasco A Larrañaga. Instituto de ética y bioética. Tomos I y II. Ubicado en Centro de Documentación: Programa Regional de Bioética, Avenida Providencia 1017, Santiago de Chile