

Cómo citar este documento

Fernández Parrado, Carmen; Zahíno López, Vanessa; Sieso Sevil, Ana Isabel. Influencia del entrenamiento en habilidades de comunicación/actuación en familiares de personas con trastorno bipolar. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0607.php>

**INFLUENCIA DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE
COMUNICACIÓN/ACTUACIÓN EN FAMILIARES DE PERSONAS
CON TRASTORNO BIPOLAR**

Carmen Fernández Parrado¹ Vanessa Zahíno López¹; Ana Isabel Sieso Sevil²

1. DUE especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla (España)
2. DUE especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España)

Resumen

El Trastorno Afectivo Bipolar es una enfermedad mental grave, provoca una carga importante para las familias, lo que les supone una dificultad para la dinámica diaria. Al mismo tiempo la familia tiene un papel primordial en el apoyo al paciente, facilitando un entorno adecuado, de calma y contención. En la práctica diaria se observa que una gran parte de las familias se ve desbordadas por los acontecimientos, refiriendo cansancio y desesperanza. En este contexto nos planteamos la posibilidad de introducir a la familia en el tratamiento mediante un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación/actuación, dirigido por la enfermera especialista en salud mental. Se trata de un estudio experimental, de series temporales. Para la selección y distribución de la muestra en dos grupos aleatorios independientes y equilibrados se procederá a muestreo aleatorio sistemático con arranque al azar en proporción 1:1. En este diseño, los familiares serán asignados aleatoriamente a un grupo experimental (recibe psicoeducación) y a un grupo control (recibe atención estándar sin psicoeducación).

Mediante el diseño, implantación y posterior valoración del Programa se pretende conocer si la intervención familiar:

Disminuye:

- El número de episodios recurrentes
- La tasa de hospitalización.
- La emoción expresada en el núcleo familiar.
- La carga del cuidador.

Mejora:

- La calidad de vida tanto de los pacientes como de los familiares.

- La adherencia al tratamiento.
- Las estrategias de afrontamiento de problemas.
- La interacción (comunicación) en el núcleo familiar.

Palabras clave: Psicoeducación familiar; Trastorno bipolar; Terapia familiar enfocada; Emoción expresada; Enfermería de salud mental; Cuidados psicosociales

Abstract

Bipolar Affective Disorder is serious a mental disease, brings about an important load for the families, which supposes a difficulty to them for daily dynamics. At the same time the family has a fundamental paper in the support to the patient, facilitating suitable surroundings, of calm and containment. Actually daily she is observed that a great part of the families is overflowed by the events, referring fatigue and hopelessness. Against this background we considered the possibility of introducing to the family in the treatment by means of a program of training in abilities of communication/action, directed by the specialistic nurse in mental health. One is an experimental study, of temporary series. For the selection and distribution of the sample in two independent random groups and balances 1:1 will be come at random to systematic random sampling with starting in proportion. In this design, the relatives will be assigned randomly to an experimental group (receives psicoeducación) and to a group control (he receives standard attention without psicoeducación). By means of the design, implantation and later valuation of the Program are tried to know if the familiar intervention:

It falls:

- The number of episodes appellants
- The rate of hospitalization.
- The emotion expressed in the familiar nucleus.
- The load of the caretaker.

Improvement:

- The quality of life as much of the patients as of the relatives.
- The adhesion to the treatment.
- The strategies of facing of problems.
- The interaction (communication) in the familiar nucleus.

Key words: Family psychoeducation, bipolar disorder, family focused therapy, expressed emotion, mental health nursing, psychosocial care

Antecedentes y estado actual del tema

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una enfermedad mental grave, crónica y recurrente caracterizada por oscilaciones del estado de ánimo en forma de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos que se alternan habitualmente con episodios depresivos^{1,2,3}. Actualmente el TAB tiene una incidencia de casi el 4% en el mundo y una prevalencia del 2%^{4,5}. Es la sexta causa de discapacidad laboral en el mundo⁶ y por su gravedad y cronicidad comporta un gran gasto económico y social, tanto directo –ingresos hospitalarios, utilización de recursos sociales y médicos – como indirectos –constantes bajas laborales, pérdida de productividad³. Se estima que el 15% fallecen por suicidio aunque el índice de intentos fallidos es mucho más elevado³.

Existe el consenso general de que el trastorno bipolar afecta las relaciones en las familias y que las relaciones familiares también afectan el curso del trastorno bipolar. Puede representar una carga psicológica significativa para los miembros de la familia ya que los síntomas del desorden bipolar llevan con frecuencia a la debilitación de la unidad familiar al suponer sobrecargas emocionales, económicas y pragmáticas (situación comunicativa, relaciones interpersonales) en el sistema familiar que les conduce a dificultades para la dinámica diaria. La convivencia con un paciente psiquiátrico genera en las personas con las que convive una sensación de carga, ésta hace referencia a aquellas alteraciones que se han producido en la vida de los familiares como consecuencia de la enfermedad. El concepto de carga familiar cobra fuerza principalmente a partir de la progresiva desinstitucionalización de las patologías psiquiátricas fomentadas por los avances farmacológicos, que supuso para muchas familias la adopción de un nuevo rol, la función de cuidadores¹.

En un estudio⁷ con familias de 266 sujeto bipolares o esquizoafectivos, concluyeron que el 93% de familiares referían estrés moderado o elevado asociado a los síntomas del paciente, la disfunción del funcionamiento diario o los efectos de la enfermedad del paciente sobre la actividad laboral o de ocio de los familiares. La influencia de las atribuciones en la percepción de la carga constituye una razón más para remarcar la importancia de las intervenciones de tipo psicoeducativo que pretenden instruir a los familiares sobre la enfermedad y orientarles en las formas de afrontamiento de la misma.

Paralelamente, la carga experimentada por los familiares podría incidir en el curso del trastorno. En otro estudio⁸ examinaron el efecto de la carga familiar sobre la ocurrencia de episodios en una muestra de 264 pacientes bipolares. Los resultados sugieren que la carga del cuidador en el momento agudo, así como durante la fase de estabilización, permite predecir la evolución clínica entre pacientes con trastorno bipolar⁸. Debido a que la familia tiene un papel primordial en el apoyo al paciente, sería conveniente que ofrecieran un entorno adecuado, facilitando apoyo, calma y contención.

Es importante puntualizar que dado el grado de desorganización individual e interpersonal que los síntomas bipolares pueden causar, es un contribuidor importante a la carga mundial por enfermedad de la enfermedad mental, que se encuentra en segundo lugar, solamente después de las condiciones cardiovasculares en causar años perdidos de vida sana por todo el mundo⁵. En España, a falta de estudios epidemiológicos de ámbito nacional sobre la enfermedad mental, existen algunas publicaciones que incluyen muestras pequeñas y poco representativas de la población, aunque tratan de proporcionar datos de prevalencia en la población general. De ellos destaca la revisión realizada por Montero et al, donde se recogen las prevalencias encontradas en 9 estudios comunitarios realizados en España en las últimas décadas, observándose que la prevalencia para la globalidad de trastornos mentales oscila entre el 18,7 y el 36,1% en las mujeres y entre el 8,1 y el 21,7% en los varones⁹. Los episodios recurrentes en el trastorno bipolar producen efectos destructivos permanentes sobre el bienestar psicológico, ocupacional y social del paciente. Los estabilizadores del estado de ánimo son la piedra angular de la intervención farmacológica en este trastorno, tanto en el tratamiento de los episodios agudos como en la profilaxis. Sin embargo, solos no son

suficientes para controlar los síntomas y mantener el funcionamiento psicosocial y familiar^{10,11,12}. Los estudios sobre intervenciones psicosociales para trastornos mentales como la esquizofrenia y la ansiedad revelan que son tratamientos efectivos que contribuyen a mejorar el cuadro del paciente y el curso de la enfermedad. Las intervenciones familiares merecen especial importancia, ya que pueden ayudar a aliviar la carga de asistencia que recae sobre los familiares y cuidadores, lo que a su vez puede facilitar la tarea de apoyar al paciente^{6,10}. Utilizar un marco “biopsicosocial” en el trastorno afectivo bipolar con acercamiento familiar dirigido a la búsqueda de factores protectores y de riesgo en el núcleo familiar/social del paciente puede ayudar a una buena evolución de la enfermedad. Los tratamientos psicoeducativos enfocados a familiares de pacientes bipolares de inicio temprano intentan abordar a las familias cuando el conflicto y las críticas desempeñan su papel más influyente en el desarrollo de la capacidad emocional¹³. Una estructura de familia que proporcione las rutinas estables, los recursos y las estructuras de afrontamiento necesarios, desarrollan controles internos y estrategias emocionales de autorregulación. La psicoeducación de la familia puede aumentar las capacidades de las familias de proporcionar esta estructura, de realzar la adherencia a la farmacoterapia, al retardo y a la reducción del número de recaídas^{12,13}.

En comparación con la literatura publicada sobre intervención familiar en otros trastornos mentales graves (TMG) como la esquizofrenia¹⁴ hay pocos estudios sobre entrenamiento en cuidadores informales y familias de los trastornos afectivos y los encontrados son poco concluyentes. La evidencia sugiere que la terapia de comportamiento cognoscitiva (CBT), conjuntamente con el tratamiento farmacológico, sea eficaz para la prevención de la recaída. La psicoeducación del grupo y la terapia de familia pueden ser también positivas para prevenir recaídas⁶. Varios estudios han establecido la eficacia de intervenciones psicosociales como aliada a la farmacoterapia en el mantenimiento eutímico del desorden bipolar. Otros estudios hacen referencia a programas que sintetizan sesiones de psicoeducación familiar con sesiones individuales de la terapia interpersonal o individual (IFIT). Combinar la psicoeducación de la familia, con la terapia individual y con la medicación puede proteger a pacientes bipolares de episódicos de crisis, de recaída temprana y de síntomas depresivos en curso^{15,16}. La terapia Familia-enfocada (FFT) es eficaz conjuntamente con la farmacoterapia como estabilizador de síntomas depresivos bipolares entre adolescentes. Para establecer la recuperación completa, FFT-A puede necesitar ser complementado con las intervenciones sistemáticas del cuidado eficaces para los síntomas de la manía^{13,17}. Los pacientes bipolares están expuestos a las recaídas de su enfermedad incluso cuando experimentan la farmacoterapia óptima, por lo que hay una necesidad clara de tratamientos psicoeducativos que complementen la farmacoterapia¹⁸. En otro estudio los pacientes que experimentaban FFT demostraron mayores reducciones en síntomas del desorden de humor y una mejor adherencia de la medicación durante los años de estudio respecto al grupo control^{13,19}. En el curso de la vida, la gran mayoría (el 80%) de pacientes psiquiátricos con trastornos bipolares tiene la ideación suicida o ideación más tentativas de suicidio^{20,21}. La depresión, la desesperación y el comportamiento suicida precedente son indicadores dominantes del riesgo. El predominio del comportamiento suicida en bipolar I y II es similar, pero los factores de riesgo para ello pueden diferenciar algo entre los dos¹⁵. La adaptación de las intervenciones familiares demostraron ser eficaz en la reducción de comportamientos suicidas en poblaciones no-bipolares²². Los informes presentes en la bibliografía indican que también pueden ser útiles para las personas con trastorno bipolar.

El rol de la familia es importante en la atención de las personas con trastorno bipolar y un funcionamiento familiar efectivo ayuda a mantener el equilibrio psicológico de estos pacientes¹⁰ aumentando de ese modo el tiempo hasta la próxima recurrencia y previniendo la hospitalización. Existen pruebas de que los eventos estresantes dentro del medio familiar están conectados con los síntomas del trastorno bipolar y la emoción expresada es una variable de predicción importante de la gravedad de los síntomas^{23,24}. La “emoción expresada”

(EE) es una medida de las actitudes emocionales de cuidadores/familiares hacia un miembro de familia con un trastorno psiquiátrico²⁵. De acuerdo con una entrevista clínica, se considera a un cuidador con “alta EE” si él o ella expresa un número elevado de comentarios críticos, hace una o más declaraciones de hostilidad, o demuestra respuestas emocionales, sobreprotectoras, exageradas, o self-sacrificio excesivo, al describir las interacciones que implican al paciente²². Los altos niveles de la emoción expresada (EE) en parientes son predictores constantes de la recaída entre los pacientes bipolares, además los niveles de emoción expresada familiar durante un episodio agudo se asocian constantemente a índices de repetición entre los TAB. Por ellos, la evidencia refiere que la emoción expresada (EE) es un indicador de pronóstico que puede ilustrar el tratamiento familia-enfocado (FFT) con los adultos y los adolescentes que sufren de trastorno bipolar. El programa psicoeducativo de FFT consiste en un tratamiento de tiempo-limitado, moderativo, un entrenamiento que realce la comunicación, y un aprendizaje en habilidades para resolución de problemas. Los ensayos controlados indican que el tratamiento familia-enfocado FFT es un valor añadido eficaz a la farmacoterapia^{22,25}.

La familia del paciente bipolar suele tener un papel crucial tanto en el cumplimiento terapéutico como en el manejo de síntomas y la conciencia de enfermedad. Por tanto, completar la psicoeducación de nuestros pacientes con la psicoeducación de sus familias es una forma idónea de asegurar que los cambios conductuales que deben derivarse de la psicoeducación no se verán impedidos, sino facilitados, por el entorno. Resulta evidente que la enfermedad y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente. La importancia del estrés ambiental en la evolución del trastorno bipolar, la carga experimentada por los familiares que conviven con el paciente y la demanda de las familias de recibir más información sobre el trastorno y las estrategias para afrontarlo son algunas de las razones que fundamentan la introducción de intervenciones psicoeducativas centradas en la familia del paciente bipolar^{1,13}.

Hipótesis general

-Un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación y actuación a familiares de pacientes con TAB influye positivamente en el manejo y la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida de la unidad familiar.

Hipótesis específicas:

Un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación y actuación a familiares de pacientes con TAB influye positivamente:

- En la disminución de episodios recurrentes de la enfermedad y de los intentos autolíticos de estos pacientes.
- En la tasa de hospitalización de estos pacientes y en la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes.
- En la disminución de la emoción expresada por los familiares y en la carga del cuidador.
- En la calidad de vida de estos pacientes y de sus familiares.
- En las estrategias de afrontamiento de problemas y en la interacción en el núcleo familiar.

Objetivo principal:

-Analizar el efecto de la psicoeducación familiar en familiares de pacientes diagnosticados de TAB sobre el manejo y la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida de la unidad familiar.

Objetivos específicos:

- Conocer si la intervención de psicoeducación a familiares de pacientes con diagnóstico de TAB disminuye:
 - El número de episodios recurrentes de la enfermedad.

- La tasa de hospitalización de estos pacientes.
- Los intentos autolíticos de estos pacientes.
- La emoción expresada en el núcleo familiar.

- Conocer si la intervención de psicoeducación familiar mejora:
 - La calidad de vida tanto de los pacientes como de los familiares.
 - La adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes diagnosticados de trastorno afectivo bipolar.
 - Mejora la carga del cuidador.

- Conocer si la intervención de psicoeducación a familiares de pacientes con diagnóstico aumenta las estrategias de afrontamiento de problemas y la interacción (comunicación) en el núcleo familiar.

Material y método

Metodología-diseño: Se trata de un estudio experimental, prospectivo, longitudinal, de series temporales con grupo control. Para la selección y distribución de la muestra en dos grupos aleatorios independientes y equilibrados se procederá a muestreo aleatorio sistemático con arranque al azar en proporción 1:1. . En este diseño, los sujetos (familiares) serán asignados aleatoriamente a un grupo experimental (recibe psicoeducación) y a un grupo control (recibe atención estándar sin psicoeducación).

Ámbito: Área sanitaria del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, que atiende a la población del distrito Sevilla Sur. Cubre una superficie de 3.580 Km²., donde se incluyen las comarcas de la Campiña, la Sierra Sur y la Vega del Guadalquivir así como pueblos del área metropolitana sur de Sevilla. Abarca una población eminentemente rural con una amplia dispersión geográfica. Dentro del Área, el proyecto se desarrollará en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área de Valme, que dispone de dispositivos de salud mental sectorizados por municipios.

Población universo: Pacientes diagnosticados de TAB y su núcleo familiar directo que vivan en el distrito sur de la provincia de Sevilla que a su vez pertenecen a La Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área de Valme que atiende a una población de 356.318 habitantes.

Población accesible: Familiares convivientes con pacientes diagnosticados de trastorno afectivo bipolar tipo 1 ó tipo 2 que residan en el distrito sur de la provincia de Sevilla y que se le realice seguimiento en las Unidades de Salud Mental comunitarias de Alcalá de Guadaíra, Morón de la Frontera y Utrera; en la Comunidad Terapéutica y en el Hospital de Día ubicadas en el Hospital Tomillar, pertenecientes todas al Área Sanitaria de Valme.

Sujeto de estudio: Se incluirán los miembros del núcleo familiar conviviente de cada paciente que sea asignado al programa de seguimiento en los Centros de Salud Mental debido a haber sufrido un primer episodio con sintomatología incluida en los criterios diagnósticos de TAB según el DSM-IV y/o CIE-10. Ahora bien, sería de interés que acudieran al menos dos miembros de la unidad familiar convivientes con el paciente; y, en todo caso, quien ejerza de cuidador principal. Si esto no fuera posible, acudiría el familiar o allegado que mayor disponibilidad demostrase (siempre que estuviera en contacto permanente con el paciente).

Criterios de Inclusión:

1. Familiares conviviente con un paciente diagnosticado de trastorno afectivo bipolar.
2. Aceptar voluntariamente participar en el programa.
3. No haber recibido anteriormente tratamiento familiar.
4. Haber tenido 2 episodios de recaída en el año.
5. Conductas disruptivas en el ámbito familiar.

Criterios de Exclusión:

1. Familiares que presenten disminución psíquica.
2. Familiares que presenten dificultades para recibir información oral o visual
3. Familiares de enfermos con domicilios incontrolados.
4. Familiares de enfermos con diagnóstico de TAB no establecidos.
5. Familiares menores de edad.

Muestra: Dado que no hay datos previos para proceder a su cálculo, se tomará como referencia los pacientes diagnosticados de TAB presentes en los registros de los dispositivos del área, considerando que este temario de muestra sería suficiente para la investigación propuesta. Seleccionaremos al azar una muestra de 100 y sus familiares serán asignados aleatoriamente en dos grupos: los sujetos (familiares) serán asignados aleatoriamente a un grupo experimental (recibe psicoeducación) y a un grupo control (recibe atención estándar sin psicoeducación). En el cálculo del tamaño muestral hemos de considerar las muertes experimentales, que se prevé que serán de un 20% y entendemos garantizará la significación estadística de los resultados. En este sentido hemos de tener en cuenta: Aquellos familiares que una vez captados no realicen al menos 10 sesiones de programa.

Operativización de las variables:

Variable independiente:

Programa de psicoeducación a familiares de pacientes diagnosticados de TAB en habilidades de comunicación/ actuación: La intervención consistirá en un programa reglado y validado de psicoeducación familiar constituida por 14 sesiones (dos al mes), de noventa minutos de duración cada una, junto con 4 visitas domiciliarias programadas (1 cada dos meses) de treinta minutos de duración. También se repartirá material de recuerdo en forma de tríptico con la información más relevante de las sesiones. Todas las sesiones se terminarán con técnica de relajación del grupo.

El contenido del programa (teórico-práctico) consta de: información detallada y adaptada al nivel sociocultural del grupo sobre ¿Qué es el TB?, factores etiologicos y desencadenantes. Formas clínicas del TB. Tratamiento psicofarmacológico y psicosocial. Factores de riesgo y factores de protección. Importancia de la adherencia al tratamiento y riesgos asociados a la interrupción del tratamiento. Detección de pródromos y actuación ante las crisis. Cuidados propios (acciones intencionadas) que debe realizar el paciente con TB. Cuidados que puede/debe proveer el cuidador principal y otros miembros de la familia. Cuidados enfermeros de salud mental en el TB. Emoción expresada. La relación interpersonal (fundamento de la disciplina enfermera). Empatía. Elementos presentes en los procesos de comunicación, comunicación verbal y no verbal. Estilos de comunicación y estilos relacionales. Estrategias para mejorar la comunicación en el núcleo familiar. La escucha activa. Técnicas para manejar situaciones de conflicto y/o estrés. Entrenamiento en resolución de problemas. Estrategias de afrontamiento.

Variables dependientes:

► *Nivel de emoción expresada de los familiares/cuidadores.* Se evaluará a través Camberwell family interview. La EE está compuesta por 5 subescalas: Criticismo (CC), Hostilidad (H), Implicación Emocional Excesiva (IEE), Comentarios Positivos (CP) y Calor (C).

Las tres primeras son predictiva de recaída. Se realizará en la valoración inicial de enfermería y en la última visita domiciliaria (un mes después de haber concluido la intervención) y al año de concluir el programa.

- *Nivel de calidad de vida percibida por los familiares y enfermos.* Se medirá a través del cuestionario SF-36, validado para la población española. Con 36 ítems evalúa 8 dimensiones: Función Física, Rol físico, Dolor corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud mental. Los 5 últimos ítems hacen referencia al componente mental especialmente indicados para evaluar la calidad de vida. Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan una puntuación que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sea, mejor estado de salud. Se valorará en la primera y última sesión.

- *Episodios recurrentes de la enfermedad.* Se tomarán datos retrospectivos del año anterior de empezar el programa familiar de número de descompensaciones psicopatológicas, frecuencia de virajes a ambos polos y consultas de urgencias y se contabilizarán las mismas variables una vez terminado el programa con carácter prospectivo de un año para su comparación posterior.

- *Tasa de hospitalización del paciente.* Serán contabilizados el número de ingresos hospitalarios anteriores al programa y al año de concluir el programa.

- *Intentos autolíticos.* Serán contabilizados el número de intentos autolíticos anteriores al programa y al año de concluir el programa.

- *Adherencia al tratamiento farmacológico.* Control trimestral de niveles de litio en sangre durante el programa y en el año de concluir el programa.

- *Nivel de ansiedad.* Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente. STAI-E, NOC e indicadores con su escala de Liker correspondiente. Se valorará en las visitas domiciliarias, y al año de concluir el programa.

- *Habilidades de interacción social/familiar.* Conductas personales que fomentan relaciones eficaces. NOC e indicadores con su escala de Liker correspondiente. Se valorará en las visitas domiciliarias, a los seis meses y al año de concluir el programa.

- *Habilidades de comunicación.* NOC e indicadores con su escala de Liker correspondiente. Se valorará en las visitas domiciliarias y al año de concluir el programa.

- *Habilidades en resolución de problemas.* Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. NOC e indicadores con su escala de Liker correspondiente. Se valorará en las visitas domiciliarias y al año de concluir el programa.

- *Carga del cuidador.* Cuestionario de Zarit, para medir la sobrecarga del cuidador que influye directamente sobre la aparición de baja autoestima y aflicción crónica. Se trata de un cuestionario validado, incluida la adaptación al castellano, utilizado internacionalmente, estructurado en 22 ítems con una escala tipo Liker con un gradiente de frecuencia de 1 a 5. Se evaluará en la 1ª y última sesión a los seis meses y al año de concluir el programa.

- *Cuestionarios de evaluación.* Se elaborarán a efecto, por parte de personal experimentado, cuestionarios de evaluación de 8-11 ítems sobre el conocimiento de la enfermedad, habilidades de comunicación y habilidades en resolución de problemas que se administrarán antes y después de la intervención para valorar los conocimientos adquiridos.

Variables extrañas:

- Sociodemográficas y sociolaborales. Edad, género, nivel de estudios, situación laboral.

- Influencia estacional en el proceso de la enfermedad. Verano-manía y primavera/otoño-depresión.

Recogida de datos: Durante la Valoración Inicial de Enfermería, donde se informará del programa y se firmará el consentimiento se evaluará la emoción expresada a través de la entrevista estructurada Camberwell family interview. En la primera sesión del programa se

administrarán los cuestionarios citados anteriormente (SF-36, Zarit, STAI-E), cada uno de los cuales disponen de su correspondiente hoja de registro y posteriormente serán incluidos en la base general de datos creada al efecto. Igual procedimiento se seguirá en las visitas que se realizarán a los domicilios de los familiares donde se valorará el uso de las técnicas y recursos en comunicación y afrontamiento de problemas mediante los criterios de resultados incluidos en el ANEXO1. Los cuestionarios correspondientes a valoración sobre conocimientos, técnicas de control de estrés, de habilidades de comunicación y estrategias de resolución de problemas se administrarán antes del comienzo de la sesión temática correspondiente y después ella.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado se encontrarán en el cuaderno de recogida de datos.

Análisis de los datos:

Análisis descriptivo: En primer lugar se realizará una exploración de los datos, procedimiento de inspección, para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que para las variables cualitativas se realizaran tablas de frecuencia y porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y por subgrupos. Asimismo, este análisis se completará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información.

Análisis inferencial: Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en su caso la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% para diferencia de proporciones y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza. Para estudiar las relaciones entre dos variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/después) se utilizará el test de McNemar.

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 16.0 para Windows.

Limitaciones

El estudio puede verse sesgado bien por las dificultades que podríamos tener al incluir a los familiares en el programa, o bien por el abandono del programa antes de su finalización, para lo que se ha contemplado un 20% de pérdidas en ambos grupo, que podría paliarlo en cierta medida.

Cronograma

Actividad 1: duración 2 meses: Sesiones conjuntas del equipo de puesta en común sobre: (todos)

- Información general sobre el proyecto.
- Presentación del cronograma.
- Exposición detallada de la metodología a seguir.
- Adjudicación de tareas.
- Calendario de reuniones.
- Aclaración de dudas.

Actividad 2: duración 4 meses.

- Elaboración estandarización de los contenidos de las diversas actividades.
- Elaboración de los medios de apoyo gráficos.

- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro.
- Diseño de la base de datos.
- Impresión del material gráfico (tríptico, hojas de registro, cuestionarios, test, etc).
- Puesta en común para homogeneizar la información.
- Captación de la muestra y distribución aleatoria de los grupos

Actividad 3: duración 8 meses.

- Entrevista enfermera valoración inicial de enfermería y evaluación de la EE familiar.
- Puesta en marcha del programa.
- Reuniones del equipo cada 2 meses para reevaluación y seguimiento del protocolo.
- Recogida e inclusión de datos en la base correspondiente.
- Ultima visita domiciliaria, evaluación de la EE y de otras variables mediante NOC.

Actividad 4: duración 12 meses.

- Evaluación y seguimiento de los pacientes.
- Continuación de recogida, codificación y registros de datos.
- Análisis e interpretación de algunas variables dependientes.

Actividad 5: duración 4 meses.

- Análisis e interpretación de los datos.
- Elaboración de resultados y conclusiones
- Difusión de los resultados
- Elaboración de la memoria del proyecto
- Elaboración del artículo científico del proyecto

El desarrollo del proyecto se llevará a cabo en treinta meses, según el siguiente esquema:

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
Actividad 1																
Actividad 2																
Actividad 3																
Meses	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Actividad 4																
Actividad 5																

Recursos necesarios para la viabilidad del proyecto:

Recursos materiales

- Ordenador portátil.
- Programas de office Word, Excel, PowerPoint, publish....
- Proyectores
- 2 Teléfono móvil con una línea corporativa.
- Trípticos recordatorios (25 por cada sesión)
- 50 Cartulinas y 50 bolígrafos
- Fotocopias de tests y cuestionarios (50 por cada cuestionario y medición)
- Fotocopias de las hojas de consentimiento informado
- 2 salones para ubicación de 2 grupos experimentales de unas 10-15 familiares más los dos terapeutas.

Recursos humanos

- Una enfermera especialista en Salud Mental, un psicólogo, un EIR y un PIR, que alternarán y distribuirán equitativamente el trabajo a realizar.

Presupuesto

Conceptos	Presupuesto
Equipamiento inventariable: 2 ordenadores portátiles 2 proyectores Programas de office Word, Excel, PowerPoint, publish... 2 Teléfonos móviles con línea corporativa	1500 1500 1000
Material fungible: Consumibles informáticos (cd, pen drive) Material de oficina (<i>Cartulinas, fotocopias de tripticos, tests y cuestionarios,</i>	1500
Material bibliográfico: Ejemplares actualizados de bibliografía básica enfermera: NANDA, NOC, NIC Bibliografía referente a grupos psicoeducativos.	500
Viajes y dietas: Visitas domiciliarias Desplazamientos para sesiones Reuniones de equipo Congresos Nacionales	3000

Distribución de actividades entre el equipo investigador

El investigador principal se ocuparía de la coordinación del equipo y de la custodia de todos los datos que se vayan produciendo. Controlaría que se vayan cumpliendo los plazos del cronograma y que se lleven a cabo todas las reuniones de reevaluación del protocolo.

Consideraciones éticas

La investigación respetará en todo momento los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki en su versión más actual (2004). La participación en el proyecto es voluntaria y la solicitud de participación es realizada como una propuesta de investigación de salud, incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los familiares que se incluirán en el mismo. Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada participante se encontraran debidamente custodiados por el investigador principal, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Justificación del proyecto y utilidad para la práctica clínica

La familia tiene un papel incuestionable en el apoyo al paciente, facilitando un entorno adecuado, de calma y contención. Es evidente que quienes conviven con el paciente son los primeros en detectar síntomas previos de una probable recaída, son quienes se responsabilizan del paciente (del tratamiento y cuidados prescritos) cuando éste no tiene

conciencia del trastorno y también son quienes conviven con el paciente cuando no está asintomático. En la observación de la práctica diaria se objetiva que una gran parte de las familias de estos enfermos se ve desbordadas por los acontecimientos, refiriendo cansancio y desesperanza. La presencia del trastorno mental en el seno familiar genera una serie de reacciones tanto en el paciente como en los miembros de la unidad familiar que, por lo general, forman parte del proceso de aceptación y adaptación a la nueva condición de salud que se les presenta. Si esta situación se mantiene en el tiempo, su efecto puede afectar negativamente a unos y otros durante la evolución del trastorno. La pérdida de la salud (como valor), produce una reacción de duelo, que debe elaborarse para afrontar con eficacia la nueva situación planteada. En este contexto nos planteamos la necesidad de investigar en la introducción de la familia en el tratamiento mediante un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación/actuación, dirigido por la enfermera especialista en salud mental. La importancia del estrés ambiental en la evolución del trastorno bipolar, la carga experimentada por los familiares que conviven con el paciente y la demanda de las familias de recibir más información sobre el trastorno y las estrategias para afrontarlo son algunas de las razones que justifican la introducción de intervenciones psicoeducativas centradas en la familia del paciente bipolar.

La identificación de las dificultades y necesidades que presentan los familiares en la convivencia diaria y en el manejo de los síntomas de esta enfermedad supone el punto de partida para el diseño de intervenciones a incluir en los planes de cuidados así como de futuros estudios que evalúen el impacto de estas medidas. Disponer de un programa de psicoeducación evaluado y específicamente diseñado para familiares de TAB que se podría incluir en la cartera de servicios promueve el apoyo familiar que tan necesario es en el entorno de los enfermos mentales y al mismo tiempo redundan en los cuidados del paciente ayudando al cuidador a identificar precozmente descompensaciones patológicas y así disminuir el número de demandas sanitarias e ingresos de estos enfermos.

Por otra parte, conocer qué necesidades tienen los familiares puede ayudar a mejorar la calidad asistencial, aumentando así su grado de satisfacción sobre los cuidados recibidos.

Plan de difusión

Se prevé poder presentar resultados en el Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental como comunicación oral y poder disponer a la finalización del estudio de artículos originales que se intentarán publicar en alguna revista de la especialidad con factor de impacto alto. Asimismo se intentará la publicación de resultados en alguna revista de enfermería tipo Evidentia que actualmente es la segunda en factor de impacto de las iberoamericanas, además de participación en foros o reuniones profesionales y contribuciones a congresos científicos.

Referencias bibliográficas

- 1.-Reinares M, Vieta E, Colom F. Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. Rev Psiquiatría Fac Med Barcelona 2002; 29(2):97-105.
- 2.- Vieta E, Colom F. Convivir con el trastorno bipolar. Madrid: Panamericana; 2003.
- 3.- Colom F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Ars Médica; 2004.
- 4.- Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA. Screening for bipolar disorder in the community. J Clin Psychiatry 2003; 64: 53-59.
- 5.- Lopez AD, Murray CJ. The global burden of disease. Nat Med 1998; 4:1241-1243.

- 6.- Soares-Weiser K. A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health Technol Assess* 2007 Oct; 11(39): iii-iv, ix-206.
- 7.- Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 1999; 175:56-62.
- 8.- Perlick DA, Rosenheck RR. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:31-7.
- 9.- Girona-Brumós L, Ribera-Montaña R. Luces y sombras de la prestación farmacéutica en España: a propósito de los antidepresivos y antipsicóticos. *Gaceta sanitaria* 2006 Mar.
- 10.- Justo LP, Soares BGO, Calil HM. Intervenciones familiares para el trastorno bipolar. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 11.- Rothbaum BO, Astin MC. Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 9:68-75.
- 12.- Hausmann A, Hörtnagl C, Müller M, Waack J, Walpath M, Conca A. Psychotherapeutic interventions in bipolar disorder: a review *Medizinische Neuropsychiatr* 2007; 21(2):102-9.
- 13.- Kim EY, Miklowitz DJ, Biuckians A, Mullen K. Life Stress and the Course of early-onset bipolar disorder. *J Affect Disord* 2007 April.
- 14.- Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Intervención familiar para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 15.- Miklowitz DJ, Richards JA. Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. *J Clin Psychiatry* 2003 Feb; 64(2):182-91.
- 16.- Vieta E, I. Evidence-based research on the efficacy of psychologic interventions in bipolar disorders: a critical review. *Curr Psychiatry Rep* 2005 Dec.
- 17.- Miklowitz DJ, Axelson DA. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008 Sep. 65(9):1053-61.
- 18.- Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker LA, Johnson SL. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry* 2008 May; 69(5):732-40.
- 19.- Miklowitz DJ, Richards JA. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003 Sept; 60 (9): 904-12.
- 20.- Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry* 2005 Nov; 66(11):1456-62.
- 21.- López P, González-Pinto A, Mosquera F. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida. *Gobierno Vasco*, 2007. Informe nº: Osteba D-07-02. 2007.
- 22.- Morris CD, Miklowitz DJ, Waxmonsky JA. Family-focused treatment for bipolar disorder in adults and youth. *J Clin Psychol* 2007 May; 63(5):433-45.
- 23.- Miklowitz DJ, Taylor DO. Family-focused treatment of the suicidal bipolar patient. *Bipolar Disord* 2006 Oct; 8(5 Pt 2):640-51.
- 24.- Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *J Affect Disord* 2004 Nov; 82(3):343-52.
- 25.- Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ,. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2003 Jun; 71(3):482-92.

Anexo 1

- ▶ **1302. AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS.** Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Dominio: Salud Psicosocial (III). *Clase:* Adaptación Psicosocial

Indicadores:

130201: Identifica patrones de superación eficaces

Nunca manifestado	Raramente manifestado	En ocasiones manifestado	Con frecuencia manifestado	Manifestado constantemente
1	2	3	4	5

130202: Identifica patrones de superación ineficaces

Nunca manifestado	Raramente manifestado	En ocasiones manifestado	Con frecuencia manifestado	Manifestado constantemente
1	2	3	4	5

130203: Verbaliza sensación de control

Nunca manifestado	Raramente manifestado	En ocasiones manifestado	Con frecuencia manifestado	Manifestado constantemente
1	2	3	4	5

130204: Refiere disminución del estrés

Nunca manifestado	Raramente manifestado	En ocasiones manifestado	Con frecuencia manifestado	Manifestado constantemente
1	2	3	4	5

130218: Refiere aumento del bienestar psicológico

Nunca manifestado	Raramente manifestado	En ocasiones manifestado	Con frecuencia manifestado	Manifestado constantemente
1	2	3	4	5

- ▶ **2600. SUPERACIÓN DE PROBLEMAS DE LA FAMILIA.** Acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia.

Dominio: Salud de la familia (VI). *Clase:* Bienestar de la familia (X)

Indicadores:

260008-09: Utiliza estrategias para controlar la ira y reducir el estrés.

Nunca manifestado	Raramente manifestado	En ocasiones manifestado	Con frecuencia manifestado	Manifestado constantemente
1	2	3	4	5

- **1502. HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL.** Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.

Dominio: Salud Psicosocial (III). *Clase:* Interacción Social (P)

Indicadores:

150215: Utilizar formas/métodos de resolución de conflictos

Nunca demostrado	Rara vez demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5

150216: Utiliza habilidades de comunicación.

Nunca demostrado	Rara vez demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5