

**APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO  
BIPOLAR**

**KATHERINE MELISSA GIL DURAN**

**[Katherin\\_002@hotmail.com](mailto:Katherin_002@hotmail.com)**

**ANGELA PATRICIA DE LAS MERCEDES TASCÓN BEDOYA**

**[Angelita.923@hotmail.com](mailto:Angelita.923@hotmail.com)**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**BOGOTÁ, DC**

**2013**

**APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR**

**Katherine Melissa Gil Duran**

**[Katherin\\_002@hotmail.com](mailto:Katherin_002@hotmail.com)**

**Angela Patricia de las Mercedes Tascón Bedoya**

**[Angelita.923@hotmail.com](mailto:Angelita.923@hotmail.com)**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA  
OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**ASESOR**

**Pedro Vargas Navarro**

**PSIQUIATRA**

**ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**BOGOTA, DC**

**2013**

## **SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL**

LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS  
CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS INVESTIGADORES EN SU TRABAJO, SOLO  
VELARÁ POR EL RIGOR CIENTÍFICO, METODOLÓGICO Y ÉTICO DEL MISMO  
EN ARAS DE LA BÚSQUEDA DE LA VERDAD Y LA JUSTICIA

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas las personas que de una u otra forma colaboraron en la realización de este trabajo, mediante sus aportes y siempre con la mejor disposición.

Al tutor, Dr. Pedro Vargas Navarro, quien acompañó la realización de este proyecto, compartiendo su conocimiento y experiencia.

También queremos agradecer a nuestros padres, pues son ellos, los gestores de este sueño, el apoyo incansable en estos años y la motivación para ser mejores personas y profesionales.

## **DEDICATORIA**

*“Todos ven lo que pareces ser, pocos entienden verdaderamente lo que eres”*

*Anónimo*

A los pacientes con trastorno afectivo bipolar: son ellos la motivación de este trabajo dado que son quienes conviven cada día con la dualidad en su vida, sufren la condición de excluidos y solo en pocas ocasiones son comprendidos.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>3</b>
<b>CAPITULO I</b>	<b>5</b>
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:	5
1.2 OBJETIVOS	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
1.4 IMPACTO	9
1.5 CONSIDERACIONES ETICAS	11
<b>CAPITULO II</b>	<b>13</b>
2.1 MARCO REFERENCIAL	13
2.-1.-1.-TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	14
2.-1.-2.-REDES DE APOYO Y SALUD	23
2-1-3.- GRUPOS DE APOYO Y TAB	39
<b>CAPITULO III</b>	<b>47</b>
3.1 METODOLOGÍA	47
<b>CAPITULO IV</b>	<b>48</b>
4.1 ANÁLISIS Y RESULTADOS	48
<b>CAPITULO V</b>	<b>51</b>
5.1 DISCUSIÓN	51
<b>CAPITULO VI</b>	<b>55</b>
6.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
<b>REFERENCIAS</b>	<b>59</b>

## RESUMEN

**TITULO:** Apoyo social en pacientes con trastorno afectivo bipolar

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar el efecto de las redes de apoyo en el tratamiento del Trastorno Afectivo Bipolar y en los estresores psicosociales de dichos pacientes y sus familias.

**MATERIALES Y METODOS:** Se realizó una revisión de literatura mediante una búsqueda y análisis de materiales durante el periodo comprendido entre junio del 2010 a abril del 2012, de una antigüedad no mayor a 15 años, en las siguientes bases de datos: Pubmed, Lilacs, Scielo, así como en la Revista Latinoamericana de Psiquiatría y Salud Mental y la Revista de la Asociación Colombiana de Psiquiatría. De la literatura revisada se seleccionó una base de datos de 54 artículos, los cuales sirvieron de apoyo para la realización de este trabajo.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), es una enfermedad de carácter crónico e incapacitante que se ve fuertemente influenciada por estresores psicosociales que se encuentran en el ambiente y que influyen en el curso de la misma, siendo determinantes para su pronóstico. Al desarrollar el presente trabajo se tuvo la oportunidad de revisar la evidencia en la literatura acerca de la relación directa que existe entre las redes de apoyo, la adherencia al tratamiento y el curso de la enfermedad, evidenciándose que al existir actividades de carácter social que acompañen el tratamiento farmacológico, se podía brindar un atención integral que permitía mantener estados de eumanía por más tiempo, disminuyendo así, el número de recaídas, al igual que la disrupción familiar y social. Las redes de apoyo actúan como factores protectores permitiéndole al paciente el conocimiento de sí mismo, de su enfermedad y de ese modo identificar tempranamente los factores estresantes que podrían facilitar el desarrollo de una crisis, ya sea de tipo maniaca o depresiva y así manejarla a tiempo, previniendo complicaciones. También existe evidencia en la literatura que este tipo de apoyo permite disminuir la exclusión social percibida por el paciente, ya que al contar con pares, podría beneficiarse de las experiencias del grupo y obtener herramientas para afrontar las dificultades inherentes a la patología, ayudándolo a fortalecer las relaciones interpersonales, laborales y de toda índole.

**PALABRAS CLAVES:** trastorno bipolar/bipolar disorder, apoyo social/social support, redes sociales/social networks.

**ABSTRACT:** Bipolar disorder is a chronic and disabling disease, which seems strongly influenced by psychosocial stressors that are found in the environment and influence on the progress of the disease, being determinants to its prognosis. In developing this document, we had the chance to show the direct relation between social support networks, the treatment adherence and the disease progress, proving that the existence of a social activities that accompany the pharmacologic treatment, it could provide a comprehensive care which allowed to maintain the euthymic states for a long time, lowering the number of relapses and preventing the family and social disruption. The social support networks act like protecting factors, allowing to the patients the knowing of themselves, their disease and in this way identify early the stressors factor which could facilitate the development of a crisis, either manic or depressive type, and then treat at time, preventing complications. Also, showed that this type of support, allows decrease the social exclusion perceived by the patients, and that having peers, could benefit from the group experiences, and obtain tools to face the difficulties inherent in the pathology, help them to strengthen interpersonal, work and all of kind relationships.

**MESH terms:** bipolar disorder, social support, social networks.



## INTRODUCCION

Sin duda, el surgimiento y desarrollo de algunas patologías ofrece a la profesión médica la oportunidad de enfrentar retos y desafíos que contribuyen no solo a ampliar los horizontes del ejercicio profesional, sino también a la incorporación dentro de la práctica médica de nuevas estrategias en el cuidado, conservación y recuperación de la salud, que consolidan su papel dentro de la sociedad. Un buen desarrollo de estas cuestiones lo constituyen las patologías mentales en tanto que hacen valiosa e importante la incorporación de estrategias de acompañamiento, que toman como referente el hecho de que el paciente si continua vinculado, de manera real y efectiva, a su contexto socio-familiar puede asumir con mayor disciplina su tratamiento dado que siente mayor respaldo, comprensión y motivación.

Dentro de esta perspectiva, el surgimiento y desarrollo de los denominados grupos de apoyo se ha convertido en una herramienta que está obrando de manera muy favorable no solo en la condición personal de quienes se ven azotados por estas patologías, sino también dentro del ámbito de las familias de dichos pacientes, en tanto que permite que esta institución asuma con una perspectiva diferente la situación del afectado y, por consiguiente, desarrolle acciones y pautas de vida que por un lado aminoran el impacto de la dolencia en el enfermo y, por otro, contribuyen a que el núcleo familiar enfrente con mayor criterio y sentido la dolencia y se disminuya su impacto dentro de la dinámica y la cohesión del núcleo familiar.

En el presente trabajo se considera al trastorno bipolar en sus dimensiones clínica y social. Aunque este problema tiene raíces eminentemente biológicas, es en la sociedad donde se despliega, por esto se considera relevante estudiar el impacto del abordaje psicosocial donde están involucrados el paciente, su familia y otros sujetos con las mismas características. Ha sido difícil documentar estos aspectos psicosociales pues la mayor parte de la literatura sobre el tema considera primordialmente los aspectos biológicos y, en consecuencia, los aspectos de carácter farmacológico, de gran importancia en el manejo y también en la evolución del paciente, pero dando poco relieve al hecho de que el paciente vive y se desenvuelve en un medio familiar y social, lo cual tiene profundas implicaciones

en el surgimiento y posterior desarrollo de la patología. Por ello, fue de profundo interés para el presente ejercicio investigativo enfatizar en los posibles beneficios que conlleva tener en cuenta las terapias psicosociales para coadyuvar en el bienestar del paciente, su familia y su entorno.

## **CAPITULO I**

### **1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuál es la evidencia existente en la literatura acerca de los aspectos psicosociales que afectan a las personas con Trastorno Afectivo Bipolar y como se modifican con estrategias de apoyo social realizado por grupos y redes?

### **1.2 OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar, mediante la revisión de la evidencia en la literatura, el efecto de las redes de apoyo en el tratamiento del Trastorno Afectivo Bipolar y en la modificación de los estresores psicosociales de dichos pacientes y sus familias.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar en la literatura científica existente, el papel de las redes de apoyo en el ajuste social y habilidades de personas afectadas por TAB.
- Establecer los estresores psicosociales que se modifican con el apoyo social de acuerdo a la revisión de la evidencia existente.
- Identificar el efecto de las redes de apoyo en la estabilidad emocional, cognitiva y conductual de los pacientes con trastorno afectivo bipolar, según la evidencia.
- Determinar qué aspectos del apoyo social podrían ser de mayor utilidad, de acuerdo a los estudios revisados.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), es una patología psiquiátrica de alta complejidad, que abarca al individuo en su totalidad y al entorno familiar y social que lo rodea. Implica gran costo existencial, familiar y socioeconómico. En términos AVISA (años de vida sana perdidos por incapacidad), el Trastorno Afectivo Bipolar se encuentre en el 13vo lugar entre las Veinte primeras causas de años de vida perdidos por carga de enfermedad para Colombia en el año 2005, en mujeres de todas las edades y en el 9no puesto para los hombres de todos los grupos etarios (x 1000 personas), siendo responsable de más de la tercera parte de años saludables perdidos por incapacidad (1).

De manera general, esta patología puede caracterizarse como una enfermedad mental grave, incapacitante, que compromete indistintamente a ambos sexos, y que puede desarrollarse en cualquier etapa del ciclo vital y es padecido por el 3-5% de la población mundial. La evolución clínica es variable, en ella se evidencian desde episodios leves de depresión hasta crisis de intensa exaltación psicomotriz. Es la entidad psiquiátrica con mayores índices de recurrencia y si no es abordada correctamente, un porcentaje de los pacientes (15%) podrían intentar auto lesionarse e incluso ser protagonistas de su muerte, razón por la cual el TAB constituye la tercera causa de mortalidad en el grupo de población comprendida entre los 15-24 años de edad (2) (3).

El curso clínico del TAB, está caracterizado por episodios de depresión y manía, ocurriendo ambos de forma aguda. Puede presentarse con períodos de recuperación y recaída, lo que le otorga un carácter crónico, que incapacita a quien lo padece, dado que tiene un trascendental impacto en su vida. Puede generar problemas de tipo funcional expresivo, así como conflictos a la hora de velar por el autocuidado; igualmente son característicos los comportamientos inadecuados e inconvenientes en las relaciones interpersonales (2).

Clásicamente esta patología ha tenido un abordaje medicamentoso, siendo el litio el principal psicofármaco usado para su tratamiento. Sin embargo el manejo farmacológico ha

demostrado no ser la piedra angular en el momento de preservar los periodos asintomáticos o de eumanía, puesto que al ser una enfermedad que no puede ser explicada únicamente desde el punto vista biológico, sino que muestra una asociación fuerte con aspectos psicosociales, como los sucesos vitales, el nivel cognitivo y el entorno familiar y social, desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación, evolución y pronóstico de los pacientes con TAB (4). Sin embargo la combinación del tratamiento farmacológico con distintos tratamientos psicológicos y con intervenciones de carácter psicosocial permiten disminuir el número de recaídas del paciente y de esta forma mejorar la calidad de vida, tanto de él, cómo de su familia y su entorno social, en general (5).

Desde su caracterización, como enfermedad maniaco depresiva (1958), se ha visto una tendencia en el tiempo hacia el aumento de su incidencia; se cree que esto guarda relación con la poca adherencia al tratamiento farmacológico (6). Por esta razón, se considera que se debe realizar un estudio de la influencia de las redes de apoyo, durante el progreso de la enfermedad, debido a que estas podrían ayudar a disminuir el impacto de la misma en el paciente, contribuyendo de esta manera, al desarrollo de una vida “normal”, así como a lograr en los mismos períodos más prolongados de eumanía; todo lo anterior sin desconocer el papel central de los psicofármacos (7).

En efecto, en el curso de los últimos años se ha encontrado evidencia sólida, sobre el beneficio de las intervenciones psicosociales en el manejo integral del trastorno afectivo bipolar. La psicoeducación, enfocada tanto a pacientes como a familiares, ha sido un medio que permite reforzar la adherencia al tratamiento farmacológico y disminuir las alteraciones en el funcionamiento psicosocial e intrafamiliar, que se han descrito para pacientes esta afección (8) (9).

De otra parte, es importante considerar como argumentos para este tipo de estudios consideraciones relativas, entre otros asuntos, a la falta de información e instituciones que brinden una atención especializada y completa; la escasa presencia de un tratamiento interdisciplinario, la urgencia de incorporar a la familia en el abordaje de la enfermedad, la falta de herramientas prácticas para el paciente y su familia, la necesidad de mejorar el

estilo de vida de quienes se encuentran afectados por esta patología, así como el pronóstico mismo de esta condición. Todos estos elementos, sin duda, permiten resaltar la importancia de considerar estos aspectos de índole psicosocial, dentro del cuadro de las necesidades de los pacientes con TAB (8)(9).

De acuerdo a lo planteado, así como a la revisión de una importante producción bibliográfica, se asumió como motivación y estímulo del presente trabajo, la idea de avanzar en la búsqueda de elementos y propuesta que puedan contribuir al desarrollo social de la persona bipolar vinculada a una red de apoyo especializada y ampliar, del mismo modo, el conocimiento existente sobre cómo está influye en la calidad de vida del paciente, permitiéndole evitar su exclusión social y un mejor autocontrol de sus síntomas y de su vida (8)(9).

## 1.4 IMPACTO

La importancia y el peso que las enfermedades mentales están adquiriendo dentro de la sociedad y los presupuestos de la seguridad social crea un conjunto de problemas, que obligan a los afectados, sus familias, la sociedad, el Estado y, por consiguiente, la ciencia médica a la búsqueda de alternativas que, inicialmente, logren paliar dichos problemas y en un plazo más prudencial su resolución, al menos parcial. Es evidente que las terapias farmacológicas requieren de un conjunto de presupuestos que, en la mayoría de los casos, escapan al control del médico para asegurar un tratamiento exitoso. Requiere, en numerosos casos, de una vinculación más efectiva del entorno socio-familiar del paciente.

El surgimiento de los grupos y las redes de apoyo se ha convertido, en la actual práctica médica, en una herramienta de especial valor en el tratamiento de las enfermedades de naturaleza psiquiátrica. Sin duda, la piedra angular, de este tipo de herramienta radica en el reconocimiento y explicitación del peso y la importancia que tiene para el paciente y su núcleo familiar, el proceso de acompañamiento, la construcción del vínculo afectivo y solidario, el cual tiene un impacto positivo en la manera como se asume el tratamiento, garantizando una mayor adherencia, con los consiguientes beneficios en la calidad de vida, de unos y otros (10).

Sin duda, el desarrollo de estos grupos y redes de apoyo, no solo generan nuevas perspectivas tanto a la práctica médica, como a la familia y al paciente mismo, sino que al igual debe observarse que entraña retos importantes para unos y otros. Desde la perspectiva del médico, es evidente que el reconocimiento de los factores socio-culturales juega un papel importante en el diagnóstico y pronóstico de la patología, por lo cual la consideración de los factores biológicos y genéticos debe ir acompañado de los anteriores, a la vez que la idea de la consulta tradicional se torna más compleja por la introducción de estas consideraciones socio-culturales y los actores que la acompañan.

Pero sin duda, donde más impacto debe generarse y donde mayores acciones deben desarrollarse es, sin duda, dentro del contexto socio-familiar, dado que la persistencia de los

imaginarios sociales sobre la enfermedad, más cuando se trata de dolencias mentales, crean una disposición de estigmatización hacia el enfermo que se hace evidente en los procesos de exclusión social. Se hace necesaria la generación de una nueva cultura en torno a la salud y la enfermedad, en la cual se resalte el valor del afecto, la solidaridad y el acompañamiento, como ingredientes tan valiosos como los farmacológicos, en los procesos de tratamiento.

La realización de este proceso de indagación no solo generó nuevas perspectivas sobre la visión y la idea del trabajo médico, sino que permitió recordar algo que por lo corriente se obvia, como es el hecho de que todos y cada uno de nosotros ve en la familia y en los vínculos que ella implica un invaluable soporte para afrontar los problemas de la existencia, por tanto, si estos vínculos se fortalecen en el tratamiento, sin duda, es posible esperar buenos resultados. El afecto, el apoyo emocional y la solidaridad evidente, poseen efectos terapéuticos que pueden incrementarse con buenas estrategias psicoeducativas (11).

Además respecto al Trastorno Afectivo Bipolar existe en Latinoamérica una brecha muy grande en la atención y en el manejo, esto se hace evidente en las pocas jornadas de promoción y prevención de la salud mental, la falta de insumos y personal especializado que enfoque y acompañe al paciente en su tratamiento, así como de estrategias para la modificación de factores psicosociales a través de grupos de apoyo que disminuyan las comorbilidades de las personas que padecen este desorden psiquiátrico (11)(12).



## **1.5 CONSIDERACIONES ETICAS**

En los siguientes puntos se reúnen las consideraciones éticas relevantes para nuestro trabajo.

### **Aspectos Éticos Resolución 8430 de 1993**

#### **Título 1. Art 4.**

La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- Al conocimiento de los vínculos entre la causa y la enfermedad, la práctica médica y su estructura social.
- A la prevención y control de los problemas de salud.
- Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de los servicios de salud.

Con este estudio se pretende identificar cual es el efecto que tiene la vinculación de las redes de apoyo en el tratamiento de los pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.

#### **Título 2. Art 5.**

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

#### **Título 2. Art 11.**

Para efectos del reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- Investigación sin riesgo
- Investigación con riesgo mínimo
- Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo

De acuerdo a lo registrado, esta es una investigación sin riesgo: ya que se trata de una investigación documental en la que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.

## CAPITULO II

### 2.1 MARCO REFERENCIAL

El Trastorno Afectivo Bipolar es una enfermedad con componentes biológicos y psicológicos, cuyo número de personas que la padecen va en incremento, afectando no solo al paciente, sino también a su entorno familiar y social, de ahí que se ha hecho tan importante su caracterización y su clasificación, así como la búsqueda de mejores y más efectivos tratamientos farmacológicos y complementarios. Desde la perspectiva psicosocial, tiene particular interés la psicoeducación, tanto del paciente como de sus familiares, como también el papel de las denominadas redes de apoyo de pares dado su importante papel y efecto en la psicoterapia individual (2).

Los grupos de apoyo están constituidos por lo general por un conjunto de personas con alguna afección en común, que se reúnen y comparten experiencias que dentro de su grupo social no son comprendidas, o que tal vez no son aceptadas, propiciando el sentimiento de ser los únicos con este problema y, por consiguiente, sentirse como víctimas de la exclusión social. Al comunicar y compartir sus vivencias, los integrantes del grupo pueden retroalimentarse de ellas, formar redes de apoyo y adquirir herramientas para enfrentar los distintos obstáculos que supone convivir con la patología que padecen. Este tipo de estrategia terapéutica y psicosocial se aplica de igual manera y con mayor frecuencia al tratamiento para Trastorno Afectivo Bipolar (2).

Antes de revisar el impacto que dichos grupos pueden tener en esta patología, se hace necesario precisar algunas cuestiones relativas tanto a la enfermedad como a los grupos de apoyo. Seguramente ello permitirá entender e interpretar, de mejor manera, tanto la importancia, como los efectos que dicha relación puede tener en el tratamiento de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes.

## **2.-1.-1.-TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR**

### *La caracterización*

Como ya se planteó anteriormente, el denominado Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una patología psiquiátrica de alta complejidad, que abarca al individuo en todos sus aspectos, tanto interpersonal como familiar y social, lo que. Implica, por lo tanto, un altísimo costo existencial, familiar y socioeconómico. De manera general, esta patología puede caracterizarse como una enfermedad mental grave, incapacitante, que compromete indistintamente a ambos sexos, y que puede desarrollarse en cualquier etapa del ciclo vital y es padecido por el 3-5% de la población mundial. La evolución clínica es variable, dado que en ella se evidencian desde episodios leves de depresión hasta crisis de intensa exaltación psicomotriz. Es la entidad psiquiátrica con mayores índices de recurrencia y si no es abordada correctamente, un porcentaje de los pacientes (15%) podrían intentar auto lesionarse hasta llegar a suicidarse, razón por la cual el TAB, constituye la tercera causa de mortalidad en el grupo de población comprendida entre los 15-24 años de edad (2) (3).

El origen de este tipo de trastorno tiene un fuerte componente biológico, sin ser este el único que permite el desarrollo de esta enfermedad. Existen patrones genéticos de carácter hereditario que actúan como fuente de vulnerabilidad, puesto que se ha comprobado que alteraciones en el mismo, predisponen en un 80% al individuo de padecer esta afección. Por otro lado, se han valorado hipótesis bioquímicas, catecolamínicas o indolamínicas que muestran un efecto directo en la etiología (13). De igual modo, vale la pena resaltar la influencia del ambiente en el desarrollo del trastorno, puesto que en él se pueden encontrar una serie de estresores psicosociales que actúan sinérgicamente y de esta manera aumentar el riesgo del TAB (13).

Entre las alteraciones implicadas se encuentran problemas en la efectividad del funcionamiento celular bajo la modificación y el control de los neurotransmisores

cerebrales, los bajos o altos niveles de concentración de ellas en el sistema nervioso central causan depresión (serotonina) o manías (dopamina) (14).

La incidencia familiar, sin duda, demuestra la probable acción del componente genético (14): para estos efectos véanse los siguientes indicadores:

- Factor hereditario: autosómico dominante, con una tasa de morbilidad en padres, hermanos/as, e hijos de los pacientes maníaco-depresivos que alcanza el 15%.
- Probabilidad de padecer una enfermedad bipolar es del 1 % al 4,5 %.
- El resultado genético para hijos con uno de los padres portadores de TAB, es de aproximadamente 15-30% de riesgo de heredarla.
- Si ambos padres tienen una enfermedad bipolar, el riesgo aumenta a un 50-75%.
- El riesgo en hermanos y gemelos es del 15-25 %.
- El riesgo en gemelos idénticos es aproximadamente del 70 %.

Sin embargo, es igualmente importante tener en cuenta otros factores relacionados con la aparición del trastorno, su desarrollo y la gravedad de sus síntomas, tales como (15, 16):

- Factor endógeno o constitucional relacionado con el biotipo pícnico en un 70%.
- Factor tóxico: Los psicoestimulantes (cocaína y anfetaminas), actúan a nivel del sistema nervioso central, haciéndolo más susceptible a desencadenar el trastorno; Igualmente se ha observado que sustancias como los cannabinoides, favorece los episodios de manías y de síntomas psicóticos.
- Factor ambiental que son determinantes en la aparición del trastorno, así como para su desarrollo y la gravedad de sus síntomas.
- Factores hormonales: relacionados con patologías de tiroides, hipófisis, hipogonadismo y corteza suprarrenal.
- Factores psicológicos: tales como shocks emocionales y problemáticas psicológicas profundas.

- Factores socioculturales: los bajos recursos económicos, la pobreza extrema, la falta de acceso a la educación, el fanatismo religioso, son circunstancias que facilitan la aparición de esta enfermedad.

### ***La cuestión de la clasificación:***

Ahora bien, para la adecuada identificación de esta patología, se estima importante tener en cuenta la siguiente clasificación, tomando como referencia los episodios de exaltación, sean "maníacos" o "hipomaníacos", además de los depresivos (14, 17):

- Trastorno afectivo bipolar tipo I: Psicosis maníaco-depresiva. Se caracteriza por la presencia de un episodio de manía, asociado o no a episodios de hipomanía, depresión o a estados mixtos. La manía tiene 3 elementos fundamentales: humor patológicamente elevado, actividad motora aumentada e ideas de grandiosidad.

- Trastorno afectivo bipolar tipo II: Episodios depresivos mayores recidivantes, alternados con fases de hipomanía, entendidas como elevación patológica del humor de intensidad leve a moderada, aumento en la energía y actividad física y a un optimismo poco habitual de al menos 4 días de duración.

- Episodios afectivos mixtos: Síntomas maníacos y depresivos al mismo tiempo.

- Trastorno ciclotímico o ciclotimia: Alteración crónica, con fluctuaciones, que alternan síntomas hipomaníacos y depresivos. Son pacientes que presentan variaciones cíclicas del humor caracterizadas por numerosos períodos de síntomas hipomaníacos de menos de 4 días de duración, alternados con períodos de síntomas depresivos que no alcanzan a constituir un episodio afectivo mayor.

- Cicladores rápidos: Al menos cuatro recurrencias al año.

La incidencia y prevalencia de esta patología, ya que varía según el género, por ejemplo el TAB II afecta principalmente a las mujeres, y el rango de edad (10-24 años), sin que esto signifique que afecte a una población más que a otra.

Para identificar adecuadamente esta entidad nosológica, es necesario revisar un grupo de criterios que se exponen a continuación (14).

***Episodios depresivos:*** Con características parecidas a un episodio depresivo mayor. Las fases depresivas cursan con: (13).

- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.

Es importante también tener en cuenta las características clínicas del episodio depresivo mayor, para diferenciar el diagnóstico. Para clasificarlo como tal, es necesario cinco o más de los siguientes síntomas, en un período de dos semanas (18).

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día o a diario.
- Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito a diario.
- Insomnio o hipersomnia varias veces a la semana.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.

- Fatiga o pérdida de energía observable cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión frecuente.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

***Episodios de normalidad*** o eutimia.

***Episodios maníacos:*** los cuales cursan con algunos de los siguientes síntomas (más de tres):

- Autoestima exagerada o sensaciones de grandeza.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ganas de hablar, mucho más de lo que es necesario.
- Sensación de pensamiento acelerado.
- Gran distractibilidad, pasando de una a otra cosa con facilidad.
- Aumento de la actividad (en el trabajo, en los estudios, en la sexualidad...)
- Irritabilidad inusual.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- La persona puede estar hostil y/o amenazar a los demás.

***Episodio hipomaniaco,*** que se manifiesta como un evento con características similares a los descritos anteriormente aspecto (episodios maníacos), que, sin embargo, no logran deteriorar los ámbitos laborales o sociales y se presentan sin megalomanía.

***Episodios mixtos,*** Son eventos en los que convergen características propias de la fase depresiva y de la maniaca.

Son más complejos los episodios de este tipo, que cursan con ideación depresiva, pues existe una mayor probabilidad de que el paciente busque autolesionarse, pasando de, de



esta manera, de la ideación a la acción suicida. Son necesarios para su diagnóstico, al menos, la presencia de tres eventos de los que se relacionan a continuación:

- Alternancia rápida de distintos estados de ánimo (depresión, euforia, irritabilidad)
- Predominio de la disforia (mal genio)
- Agitación.
- Insomnio.
- Alteración del apetito.
- Ideación suicida.
- Síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones).

### *Epidemiología*

La prevalencia de desarrollar TAB tipo I y II a lo largo de la vida es de 0.8 a 1.6% y 0,5 a 5.5% respectivamente. Si se es mayor de 65 años, la prevalencia es aproximadamente del 1%. Se presentan dos picos de presentación del TAB, el mayor entre los 20 y 30 años de edad y, el menor, en la adolescencia. Por lo general, las mujeres son quienes tienden a ser cicladoras rápidas y a un mayor número de hospitalizaciones psiquiátricas. Existe una mayor probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos en niños con padres diagnosticados con TAB (15).

### *Diagnóstico*

Para el adecuado diagnóstico de este tipo de patología psiquiátrica es importante tener en cuenta las siguientes cuestiones (19):

- Antecedentes familiares, en particular si alguien de la familia tiene o ha experimentado el trastorno bipolar.
- Fluctuaciones del estado de ánimo recientes y el tiempo durante el cual las ha experimentado.
- Observar el comportamiento y el estado de ánimo del paciente

- Llevar a cabo un examen completo para identificar o descartar causas físicas de los síntomas.
- Solicitar pruebas de laboratorio para verificar problemas de tiroides o niveles de drogas.
- Hablar con los miembros de la familia para discutir sus observaciones acerca del comportamiento del paciente con TAB.
- Elaborar la historia clínica, incluyendo cualquier problema médico que el paciente tenga y cualquier medicamento que esté tomando.

***Diagnóstico diferencial y comorbilidad:***

Así mismo, es importante no olvidar que existen patologías fuertemente a veces asociadas, pero que también hacen parte del diagnóstico diferencial que se debe realizar a las personas con TAB, ya que puede existir dualidad. Entre ellas podemos encontrar (15):

- Esquizofrenia.
- Trastornos límite de la personalidad.
- Depresión unipolar.
- Síndrome de déficit de atención e hiperactividad.
- Trastornos de conducta.
- Trastornos de ansiedad.
- Abuso de sustancias.

La evolución clínica es variable y multifactorial, por lo que el pronóstico del afectado debe ser individualizado.

***Pronóstico.***

El TAB es de difícil manejo, en parte por los argumentos ya expuestos y por la dificultad que afrontan los pacientes en el momento de adherirse al tratamiento, entendiéndose esta como la capacidad de los mismos, para seguir de manera disciplinada las recomendaciones dadas por el profesional de la salud y retornar al servicio (13) (20).

Los psicofármacos con acción estabilizadora del estado de ánimo son excelentes coadyuvantes para mantener el control de los síntomas del trastorno bipolar (13). Sin embargo, los pacientes a menudo tienen una adherencia al tratamiento deficiente, lo que conlleva a episodios de alteración de la esfera mental (depresión o manía), siendo más frecuente la primera, que a su vez se asocia a conductas violentas, en las que los afectados se auto agreden y en muchas situaciones, estas lesiones pueden provocar la muerte, elevando el índice de morbimortalidad (20).

Teniendo en cuenta las fluctuaciones del estado de ánimo ocurre una disrupción familiar, laboral e interpersonal, lo que justifica y hace importante y necesario contar con redes de apoyo fuertes, que faciliten este aspecto y de esta forma se pueda llegar a la prevención de crisis maniaco depresivas y a la atención temprana de las mismas, con el fin de mitigar las complicaciones derivadas de ellas. Las redes de apoyo, son grupos conformados por personas con características comunes, que se reúnen y cuentan sus experiencias, creando espacios donde se favorezca la estabilización del estado de ánimo, se promueva el consumo juicioso de psicofármacos, previendo de ese modo las recaídas y las consecuencias devastadoras que ello acarrea. (20).

En algunos casos, los pacientes suspenden la medicación, para aprovechar los momentos de creatividad dados por la manía o simplemente por el sentimiento de autocontrol, ya que bajo estas condiciones, se desencadena sentimientos de superioridad, pero la interrupción de la misma, aumenta los efectos negativos y el riesgo de suicidio, el cual está latente, tanto en episodios de manía como en los depresivos (13). Según el informe de 2007 de la Organización Mundial de la Salud, *“el TAB es la quinta sexta causa de discapacidad en todo el mundo, para el grupo de edad de 15 a 44 años, y la novena causa, si se tiene en cuenta todas las edades”* (20).

El riesgo de suicidio a lo largo de la vida en los pacientes con TB se ha estimado entre un 6 y un 15%. Las tasas de suicidio, que son de un promedio del 0,4% anual en los

varones y mujeres con un diagnóstico de TB, son al menos 20 veces mayores que las de la población general (21).

En un estudio realizado por Keck y colaboradores, después de un año de observación, se evidencio que solo el 25% de los pacientes lograba alcanzar una recuperación sintomática y funcional, el 75% restante, aunque no tenían episodios activos, tampoco tenían una recuperación completa (22).

Desde la perspectiva socio-laboral, en una revisión realizada por Strejilevich (22), se sostiene que las tasas de desempleo de los pacientes con TAB son el doble, e incluso hasta el triple, de las personas de su mismo segmento económico, educativo y etario, esto sostenido por la evidencia encontrada en un trabajo realizado en Argentina y Chile, que mostró que el 41% de las personas encuestadas reportó estar desempleada, y esto con un promedio de  $56 \pm 8$  meses sin trabajar.

Las intervenciones terapéuticas son una herramienta indispensable en el mantenimiento de los periodos de remisión. A través de la psicoterapia se puede explorar de una manera individualizada los factores promotores de crisis maniaco-depresivas, el pródromo de las mismas y las principales complicaciones generadas a partir de estas circunstancias, de manera que se pueda actuar de manera oportuna en la prevención. En este aspecto también se ha visto la influencia positiva de los grupos de apoyo, ya que las personas que pertenecen a ellos, muestran un mayor compromiso con el tratamiento médico instaurado, como se explicara en apartes posteriores. De la misma manera la psicoterapia, es un coadyuvante, ya que permite en la mayoría de los casos alcanzar los objetivos planteados con el médico tratante en cuanto a la continuidad del consumo de fármacos estabilizadores del ánimo, entendiendo no solo la importancia de estos en el manejo del TAB, sino conociendo los mecanismos de acción que ayudan a lograr la eutimia, ampliando la información de manera integral de su patología. Por otro lado, se ha visto un aumento en la utilización de la polifarmacia, lo que dificulta mucho mas la toma de la medicación y crea barreras para seguir las recomendaciones medicas y multiplica los efectos adversos. Las personas a las que se les diagnostica TAB, presentan alteraciones neuropsicológicas, que

podrían llevar a afectar la continuidad del tratamiento, debido a que altera la percepción de la enfermedad y del suicidio (21).

## **2.-1.-2.-REDES DE APOYO Y SALUD**

### ***Interaccionismo Simbólico***

Desde la perspectiva conceptual y epistémica, conviene realizar algunas consideraciones sobre las cuales fundamentar la naturaleza y la acción de estos grupos de apoyo (26). Para ello, conviene revisar los presupuestos planteados por la corriente teórica del **Interaccionismo simbólico**, postura epistémica que sin duda ha realizado valiosos aportes en la comprensión del fenómeno social y su impacto en este tipo de patologías (29).

El interaccionismo simbólico es una corriente teórica y un marco metodológico en ciencias sociales. Se basa principalmente en los aportes de George Herbert Mead, Charles Horton Cooley, John Dewey y W.I.Thomas, retomado por Herbert Blumer, Erving Goffman, Howard Becker (29). Según esta corriente de pensamiento, el significado de una conducta se forma en la interacción social, como parte de la fenomenología de Alfred Schutz (29,30)

Herbert Blumer (1938-1969) resume el interaccionismo simbólico en tres premisas simples (29):

- las personas actúan en relación a las cosas, a partir del significado que las cosas tienen para ellos.
  
- el contenido de las cosas se define a partir de la interacción social que el individuo tiene con sus conciudadanos.
  
- el contenido es trabajado y modificado a través de un proceso de traducción y evaluación que el individuo usa cuando trabaja las cosas con las que se encuentra.

Estas tres premisas resumen un sistema complejo de ideas acerca de cómo es el mundo de las personas y cómo éstas en él reaccionan.

Sobre esta base plantea Blumer que la investigación cualitativa, como estrategia metodológica, es la única forma real de entender cómo la gente percibe, entiende e interpreta el mundo. Solamente a través de un estrecho contacto e interacción directa con la gente, en un contexto de investigación naturalística y de análisis inductivo, podrá el interaccionista simbólico entender el mundo simbólico de la gente que está siendo estudiada.

La importancia del interaccionismo simbólico, desde la perspectiva de su propuesta metodológica, es su énfasis distintivo sobre la importancia de símbolos y lo fundamental de los procesos interpretativos generados en base a interacciones, para entender la conducta humana. La comunicación humana se realiza, según Mead, a través del intercambio de símbolos, tanto verbales como no verbales.

En el mismo momento en que un gesto o un símbolo conllevan un mismo significado tanto en un agente como en un receptor, se puede decir que ha sido usado un símbolo significativo. El individuo a través de ello puede alcanzar sus metas, pronosticando las acciones de los demás a través de los significados compartidos de los símbolos usados (29).

Así, en primera instancia, se puede observar que desde el *Interaccionismo Simbólico*, se establecen tres grandes mecanismos de actuación y que resultan cruciales en la actuación del grupo de apoyo; dentro de estos efectos directos encontramos (26):

- “Un incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempeñar sus diferentes roles sociales.”

- “Un incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento”.
- “Un aumento de la percepción de control, auto eficacia y dominio sobre el ambiente, que incrementa su bienestar”.

Todo ello protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles acontecimientos vitales estresantes.

### ***Presupuestos Básicos***

Desde el punto de vista de la salud, la presencia de los denominados grupos o redes de apoyo hace referencia a los vínculos sociales con los que cuenta un individuo, cuya presencia y acción puede contribuir de manera significativa al tratamiento y a la mejora en la calidad de vida de los pacientes. A través del análisis de la red social, se persigue abarcar una amplia gama de las relaciones sociales prestando atención a múltiples aspectos y efectos de esas relaciones, además de proporcionar un método para describir los caracteres estructurales de los vínculos sociales y analizar los distintos patrones de interacción (23).

La importancia de este tipo de vínculos parte del presupuesto de que frente a las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, como el diagnóstico de una enfermedad crónica, las personas requieren poner en marcha unos procesos de adaptación y/o resolución, precisando además de recursos externos o fuentes de apoyo la ayuda de otros, el vínculo solidario de sus semejantes (24).

En su relación con el medio las personas mantienen intercambios o interconexiones dinámicas con otras personas, de ello surgen y se forman las redes sociales o de apoyo natural que influirán en su conducta (24). La interacción social es esencial para el desarrollo de la personalidad normal y para la adquisición de conductas apropiadas

socialmente. En este sentido, se hace necesario reiterar que el aislamiento social de los individuos, constituye el mayor riesgo para desarrollar un desorden mental (23).

Por consiguiente, la influencia del control social en los hábitos de salud se ejercería en dos sentidos (23):

- *Indirectamente*, a través de la adopción de hábitos de salud bajo las ideas de que por un lado, el individuo es más propenso a adoptar determinados estilos de vida saludables si tiene con quién compartir esos hábitos y por otro lado la internalización de normas de conducta, que ofrece la familia por lo que respecta a los hábitos de salud.

- En otro sentido y *directamente*, el control social se ejercería mediante regulaciones, sanciones o intervención física como sería la participación sin mediaciones en el control de la alimentación, la preparación y/o administración de tratamientos.

El apoyo social debe entenderse como un concepto de muchos componentes, entre estas definiciones conviene destacar dos (25):

- Para el logro de los objetivos de las intervenciones psicosociales, son necesarios todos los recursos sociales del entorno natural del paciente, ya que poseen una influencia sobre la salud y el bienestar del paciente

- La comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos dan un apoyo social al paciente; este apoyo social es una provisión instrumental o expresiva, real o percibida.

Como bien observa Gottlieb (25) (26): “*El apoyo social es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor*”.

El grupo de investigación de Lin definió el apoyo social como: “*provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes*



*sociales y amigos íntimos. En su definición, reflejan los tres niveles de análisis necesarios para su estudio, si bien a la hora de obtener apoyo, éstos niveles están interconectados”* (23). Brevemente se describen así estos tres niveles (23):

- En un primer nivel de análisis se encuentra la comunidad, quien realiza una función de integración social, regulación normativa y orden social, dando significado a la propia existencia; la cual si no se encuentra lo suficientemente estructurada, daría lugar a un funcionamiento desordenado.
- En un segundo nivel de análisis encontramos a las redes sociales, que proveen un sentido de relaciones y de unión con los demás.
- Y por último, encontramos en el tercer nivel de análisis la intimidad, que proporciona un sentimiento de vínculo más estrecho, con la espera de reciprocidad, además de un sentimiento de responsabilidad compartida por el bienestar de los demás.

Ahora bien, en el desarrollo de las redes de apoyo, también reviste especial importancia el comportamiento que las personas asumen frente a los procesos de salud-enfermedad, y se encuentran determinados por (23):

- Actitudes hacia el comportamiento, determinadas por las creencias.
- Normas subjetivas o la creencia que otras personas relevantes para ello aprobarán su comportamiento, y así satisfacer las expectativas de otros.
- El control percibido del comportamiento, determinado por la creencia sobre el acceso a los recursos para actuar con éxito.
- Variables socio-demográficas y rasgos de personalidad que condicionan actitudes, normas subjetivas y control del comportamiento percibido.

Existen dos tipos de apoyo, desde la sociología (26):

- Apoyo social objetivo: recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos
  
- Apoyo social percibido; dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar; ésta percepción es la que se considera promotora de la salud (23).

Finalmente, debe observarse que los Grupos de Apoyo, convocados por el profesional para crear un ambiente acogedor donde gestionar los recursos de los miembros, para afrontar la situación de cambio conflictiva o amenazante, suelen estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. La pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, de modo que se sustituyen los recursos naturales o se compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes (3) (27).

En atención a su naturaleza, se pueden identificar distintos tipos de grupos de apoyo, a modo de ejemplo están aquellos que se proponen desde una clasificación integradora basada en dos criterios (25) (28):

- ❖ Quién padece el problema
  - Grupos de personas que padecen directamente el problema, por ejemplo, viudos, diabéticos, divorciados, enfermos de cáncer...
  - Grupos de personas relacionados directamente con los que padecen el problema, por ejemplo, familiares de toxicómanos, de alcohólicos, de enfermos mentales.
  
- ❖ Según el tipo de problema

- Grupos de personas que atraviesan situaciones problemáticas semejantes, las cuales se pueden subdividir en:
  - Situaciones crónicas (diabéticos, asmáticos, diálisis, pérdidas de seres queridos...)
  - Situaciones puntuales o de crisis vitales (divorcios, trasplantes, intervenciones quirúrgicas menores...)

Otra forma de clasificación comprende aquellos grupos de apoyo que se identifican por otras características, tales como (27):

- ❖ Naturales:
  - Familia
  - Amigos.
  - Compañeros de trabajo, de estudio.
  
- ❖ Organizados
  - Grupo de ayuda mutua o asociaciones
  - Voluntariado institucional.
  - Ayuda profesional.

### ***La cuestión del abordaje***

Ahora bien, desde la perspectiva de actuación y desempeño de los grupos de apoyo y las redes sociales el abordaje tiene particular importancia. Se distinguen tres tipos de abordaje en función de la perspectiva desde la que se estudie:

- ❖ Perspectiva estructural: Hace referencia a las características cuantitativas y objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., como a las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella y hace

necesario diferenciar entre los aspectos propios de los vínculos o contactos establecidos entre los componentes de la red, y las características estructurales de ésta (26).

Esta perspectiva define el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (23).

- Comunidad: integración social, regulación normativa y orden social que ésta ofrece, dando significado a la propia existencia y protegiendo a la persona contra la incertidumbre, que en último extremo daría lugar a un funcionamiento desordenado (23).
- Redes sociales, que aportaría un sentido de relaciones y de unión con los demás (23).
- Amigos íntimos, al que proporciona un sentimiento de vínculo más estrecho, en el cual se esperan intercambios recíprocos y mutuos y también en el que se comparte una responsabilidad por el bienestar de los otros (23). En este punto se definen unas características estructurales de las redes sociales:
  - Reciprocidad: Grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas. Algunas investigaciones, registran un gran número de relaciones desequilibradas y no recíprocas en pacientes con problemas de salud mental (23)(30).
  - Intensidad de la fuerza: medida en que las relaciones sociales ofrecen la cercanía emocional (31).
  - Complejidad: Hace referencia a la medida en que las relaciones sociales cumplen muchas funciones (31).

- Formalidad: grado en que las relaciones sociales existentes en el contexto de los roles de la organización o institución (31).
  
- Densidad: “Interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central. En este punto, los resultados son contradictorios ya que no puede establecerse una densidad ideal al depender ésta de otras variables como son los propios sujetos, sus necesidades y su situación concreta. Algunas investigaciones otorgan a las redes sociales más densas una mayor capacidad para proveer apoyo emocional, si bien su aceptabilidad dependerá de los sujetos y situaciones.” (23).
  
- Dispersión: Hace referencia a los niveles de relación en términos de tiempo y espacio. Refleja la facilidad de contacto con los miembros de la red y nos indica la disponibilidad de apoyos. (32)
  
- Homogeneidad: “Semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada: actitudes, experiencia, valores, etc.. Algunos autores señalan que las personas que forman parte de redes homogéneas, tienen interacciones más reforzantes” (23).
  
- Tamaño: Referido al número de personas que componen la red social, o número de sujetos con los que mantiene contacto personal el sujeto central. En general, esta variable se relaciona positivamente con el bienestar y la salud. Algunos autores, han encontrado diferencias significativas entre el tamaño de la red social en sujetos que padecen algún tipo de trastorno mental siendo en general menores en comparación con otros sujetos sin estos problemas de salud.” (23).
  
- Parentesco: “Variable referida a si la red está formada en su mayoría por parientes o no y que resulta ser predictiva de un buen ajuste ante las crisis vitales.” (23).

Pero antes de entrar a dilucidar la perspectiva funcional, debemos tener en cuenta las características interaccionales del apoyo social, dentro de las que se encuentran: (32)

- **Multiplicidad:** las relaciones interpersonales tienen más de una función o más de una actividad.
- **Contenido transaccional:** durante las relaciones se puede encontrar un intercambio de ayuda material, emocional o instrumental.
- **Direccionalidad:** hace referencia a la reciprocidad y el flujo del apoyo social. Grado en que la ayuda afectiva, material o instrumental es dada y recibida por la persona.
- **Duración:** se relación con la estabilidad de las relaciones, ya que es la extensión en el tiempo de las relación de la personal con su red social.
- **Intensidad:** Fuerza con la que es percibido el vinculo
- **Frecuencia:** Frecuencia con la que la persona mantiene contacto con los miembros de la red. (32)

❖ **Perspectiva funcional:** desde la que se analizan los efectos o consecuencias que le reportan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red, o reflejando en la mayor parte de las clasificaciones: emocional, tangible o instrumental e informacional. Cuando una persona enfrenta un problema que no puede resolverse de un modo fácil y rápido, tratan de buscar información acerca de la situación, posibles modos de solucionarla o recursos adecuados para disminuir los perjuicios que ocasiona. En este proceso de búsqueda de ayuda, las redes sociales representan un importante punto de referencia para la persona necesitada (26).

Siguiendo esta perspectiva, House considera el soporte social como una transacción interpersonal, que puede englobar diferentes aspectos, como lo son: el emocional, el instrumental, la información y la valoración; aunque la mayoría de los autores destacan tres funciones básicas: apoyo emocional, (expresiones de afecto y cuidados positivos); material o palpable, (a través del cual se da o se reciben bienes materiales); e instrumental, (información y orientación en la resolución de los problemas); es decir, el soporte que pueden recibir los pacientes con TAB va a estar en función de los aspectos psicológicos, la información que estos y sus familiares puedan recibir, y como soporte material se encuentran principalmente los servicios sociales que estos pacientes pueden adquirir (23).(32)

Dichas conclusiones se basaron en investigaciones longitudinales sobre los efectos de los soportes sociales sobre la mortalidad, derivando las siguientes conclusiones:

1. Todos los estudios demuestran que el impacto de los soportes sociales sobre la salud física es totalmente inespecífico
2. La asociación de los soportes sociales con la mortalidad tiende a ser curvilínea, especialmente en los varones de comunidades pequeñas
3. La naturaleza y la fuerza del efecto de los soportes sociales sobre la mortalidad varía entre las poblaciones estudiadas
4. El impacto de los soportes sociales sobre la mortalidad es generalmente más fuerte en los varones que en las mujeres. (33)

Socio-afectivamente, estos grupos fomentan directamente la salud y la reducción del malestar psicológico (Barrón, 1993) y permiten al individuo hacer una mejor valoración de las emociones negativas, proporcionar mayor sensación de control, aumento de la autoestima y del estado de ánimo positivo, y permiten una oportunidad de interacción social regularizada y de recibir retroalimentación de los demás miembros, lo que será útil para identificar síntomas y actuar con rapidez ante cualquier desajuste (25).

De entre las funciones relacionadas con la salud, una clasificación realizada por Shumaker y Brownell distingue entre (23):

- *Funciones del apoyo social sustentadoras de la salud:* “promoción de la salud a través del mantenimiento y fomento de la autoidentidad, la autoestima, y la gratificación de necesidades afiliativas”.

- *Funciones del apoyo social reductoras del estrés.* “Aludiendo a la función que desempeña ante situaciones estresantes como es el caso de la presencia de enfermedad, a través de dos funciones específicas: la evaluación y la adaptación cognitiva. En la primera, el apoyo social puede cambiar la interpretación primaria que se haga del agente estresor, así como cambiar la evaluación de los recursos de afrontamiento con los que se cuenta para hacerle frente. En cuanto a la segunda, el apoyo social puede proporcionar información sobre métodos para controlar la amenaza”.

❖ Perspectiva Contextual: considera los aspectos situacionales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido, todo ello con el fin de relacionar con un carácter predictivo, el apoyo social con el bienestar de las personas. Por ello, es necesario considerar las características de los participantes en el apoyo tanto del receptor como del donante por su influencia en el mismo, así como la duración del apoyo. En situación de enfermedad el apoyo está unido y en relación con las diferentes fases del afrontamiento de manera que un apoyo puede ser adecuado o no en función del momento en el que se preste y perciba como tal (23).

### ***Funciones de los grupos como agentes terapéutico***

Levine Y Perkins describieron en 1987 las cinco funciones que cumplen este tipo de grupos (de apoyo y ayuda mutua) en el contexto del apoyo social para los que participan de ellos (25):



- “Promueven el sentimiento psicológico de comunidad, al compartir con otros el problema y compararse entre ellos, la experiencia que antes era personal se convierte en social, reduciendo el aislamiento social de las personas”.

- “Proporcionan una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria y a las personas que no se ajustan a la norma ideal. Permite obtener una identidad social normalizada, y las estrategias de los grupos se convierten en acciones sociales, promoviendo incluso unos valores sociales para los que forman parte de ellos”.

- “Proporcionan una oportunidad para la auto-revelación y la crítica mutua. En el grupo se comparten sentimientos y se favorece la solidaridad mutua, lo que facilita la toma de conciencia de su situación que sirve para aprender nuevos comportamientos”.

- “Proporcionan modelos de conducta. Las conductas positivas de un miembro sirven de modelo a los demás, los roles de ayudar y recibir, son intercambiables, el que ayuda un día recibe otro día, por tanto la ayuda es recíproca”.

- “Proporcionan una red de relaciones sociales. Los que componen el grupo se constituyen en un red de relaciones, un vínculo que llega a ser afectivamente muy importante para sus miembros, ello reduce el aislamiento al que estaban sometidos y también el sentimiento de estigma social que va asociado en muchas ocasiones a determinadas situaciones de enfermedad física o problema social”.

### ***Instrumentos de medición del Apoyo social***

Para evaluar el impacto de estos grupos y redes de apoyo se han creado algunos instrumentos que se enuncian como información básica, aunque no se desarrollan sus características (34).

- Entrevista de apoyo social de Arizona (ASSIS): recoge la red de apoyo del individuo, la necesidad de apoyo, y su satisfacción con el apoyo recibido.

- Inventario de Conductas Sociales de Apoyo (ISSB)paciente indica como les han ayudado las personas en el último mes y responden 40 ítems

- Apoyo Social Percibido de la Familia y Amigos (PSSFA-FR) mide el apoyo disponible y recibido. 2 medidas de autoinforme de 22 ítems, una para la familia y otra para los amigos.

- Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) disponibilidad y la satisfacción con el apoyo social. Apoyo emocional

- Entrevista de Interacción Social (ISSI): juego de roles a situaciones simuladas para evaluar habilidad y ansiedad

- Cuestionario MOS (MOS-SSS, the Medical Outcomes Study Social Support Survey). Análisis de la percepción de ayuda. Pacientes crónicos.

De igual manera, se debe tener en cuenta que, los distintos modelos teóricos y avances investigadores logrados en este ámbito, hacen que varíe el diseño del propio proceso investigador, por lo que los tipos, formas e indicadores que se están utilizando para medir, evaluar y operacionalizar las redes sociales que tienen que ver con el Apoyo Social tengan diversidad y heterogeneidad instrumental y metodológica, lo que dificulta e imposibilita la comparación de los resultados. (35)

### ***Sobre los efectos del apoyo social***

Las personas que tienen relaciones y vínculos sociales viven más tiempo y tienen mejor salud física y mental que aquellos que no las tienen y reduce directamente el impacto de los

acontecimientos estresantes. La falta de apoyo social da lugar a las personas y sus familiares a sentimientos de impotencia y falta de control (26).

Desde el punto de vista comunitario, cuando se sitúa la cuestión en el macro-nivel, el soporte social permite al individuo sentir que pertenece y está integrado en un sistema social. En un nivel más reducido, de sistemas o redes sociales, es decir el meso-nivel, se encuentra en la red de los vínculos personales y en cuyo interior se ubica el paciente, a menudo indirectamente, se dan afectos o apegos hacia lo demás (25).

En el micro-nivel, se dan vinculaciones muy íntimas y de confianza, se consigue el soporte social no formal, que favorece el nacimiento de una necesidad de compromiso, puesto que la persona aguarda reciprocidad en la ayuda sintiéndose en parte responsable por el bienestar de los otros (25).

Sin duda el soporte emocional resulta crucial en el tratamiento puesto que *“el soporte emocional se refiere al sentimiento de ser querido y de poder tener confianza en alguien. Es también saber que hay una persona con la que poder comunicarse y compartir emociones y vivencias y además saber que eres valorado”* (25).

Así mismo, el apoyo palpable o material, es decir, aquél que se recibe en forma de servicios también resulta de especial significado puesto que dar esta forma de ayuda es una de las metas principales de los Servicios Sociales (25).

El soporte de tipo informativo, por último, es el que se obtiene con los conocimientos, las sugerencias de los demás, que facilitan en cierta manera la resolución de los problemas. Este apoyo es difícil darlo separadamente del apoyo emocional a menos que provenga de instituciones oficiales, por lo tanto formales, en los que la ayuda es facilitada por expertos (25).

Sin duda, una de las cuestiones que puede deducirse de la ausencia de apoyo por parte de grupo o redes se relaciona no solo con la aparición de enfermedades físicas. También se ha

relacionado la carencia de apoyo con la aparición de enfermedades mentales, como la depresión, la neurosis, se ha visto como las personas que sufren trastornos de esta índole poseen redes sociales pequeñas, menos intercambios de recursos y relaciones no recíprocas (25).

Gottlieb en 1988 describió cómo las intervenciones basadas en el apoyo social han tenido tanto auge en la última década. Las razones que enumera se describen a continuación (25):

- “Los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar.
- Movilizan recursos informales promoviendo la participación
- Promueven la validez ecológica y resultan más accesibles.
- Están indicadas para una amplia gama de problemas sociales y factores de riesgo físico
- Aumenta la capacidad de afrontar situaciones de estrés, aumenta la autoresponsabilización y competencias personales.
- Reciben este tipo de apoyo no sólo las personas directamente implicadas sino que afecta positivamente a las personas relacionadas con ellas (cuidadores, familiares, etc.)”.

El apoyo social posee consecuencias beneficiosas para la salud y el bienestar; otro asunto muy distinto estriba, he ahí el problema, en concretar los mecanismos y procesos que materializan/posibilitan tal vinculación. En este sentido, nos encontramos con dos tipos de efectos: los directos, en cuyo caso se defiende que el Apoyo Social posee un efecto directo sobre el bienestar, independientemente del nivel de estrés; y los indirectos, en los cuales se

aboga por el efecto amortiguador-protector del Apoyo Social, en estos casos dicha provisión o apoyo actúa como moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar. (35)

### **2-1-3.- GRUPOS DE APOYO Y TAB**

En los pacientes afectados por el TAB y sus familiares, podemos encontrar que se encuentran severas disfunciones en las relaciones intrafamiliares, las cuales pueden llegar a afectar, y de hecho, afectan las relaciones interpersonales personas ajenas al círculo familiar. Según la investigación de Moreno y colaboradores, en una encuesta realizada a pacientes y familiares, algunas de las disfunciones referidas por estos son (36):

- Convivencia intra-familiar conflictiva: dada ya sea por vergüenza, miedo, poca aceptación o desconocimiento de la enfermedad y su tratamiento, lo cual implica relaciones extra-familiares perjudicadas que afectan el desarrollo funcional, ya que se altera la capacidad de llevar una vida independiente.

- Rutinas diarias alteradas en el trabajo, en los horarios de actividades familiares y en el ritmo del sueño. Estas alteraciones tienen repercusiones en el presupuesto familiar, dado que muchos de los pacientes al tener una disfunción tan grande, se les hace imposible conseguir o mantener un empleo, y esto sumado a los gastos por medicamentos, psicoterapias y médicos, hacen que los gastos aumenten y el ingreso familiar se estanque o disminuya. En otros casos en los episodios maniacos, el paciente puede gastar más de lo que su ingreso se lo permite. También es importante mencionar que la adecuada regulación de los ritmos circadianos, especialmente del sueño, actúa como factor protector, haciendo al paciente menos vulnerable a los episodios maniacos.

- Estigma y prejuicio que conlleva vivir con una enfermedad mental. Este aspecto aumenta la negación de la enfermedad y esto contribuye a la creación de un círculo vicioso que aumenta las falencias psicológicas y afectivas de un paciente con TAB.

El paciente y sus familiares deben ser aleccionados acerca de las características de la enfermedad, su tratamiento, la importancia de seguir las pautas para cada caso y las limitaciones que impone la enfermedad. Todos deben estar muy imbuidos acerca de la necesidad de mantener la medicación, aún cuando la persona se encuentre perfectamente bien. En pocas enfermedades como en el trastorno afectivo bipolar es importante no abandonar la medicación (3) (14). En el curso del TAB, la adherencia continua al manejo farmacológico, es crucial, ya que sin él, los pacientes pasaban cerca de la cuarta parte de sus vidas adultas hospitalizados y la mitad de ella con serias limitaciones funcionales (37).

Los psicofármacos en combinación con la psicoterapia, permiten que la mayoría de los pacientes portadores de TAB lleven una vida básicamente normal, pero para que esto sea posible, se requiere total adhesión al mismo, lo que no siempre es fácil y supone un gran reto a los profesionales de la salud, considerando que la interrupción del tratamiento, se traduce en un incremento de los episodios depresivos y maníacos, lo que lleva a un aumento en el número de hospitalizaciones y en el peor de los casos, de suicidios, comprometiendo la calidad de vida de los pacientes, de sus familiares y un aumento en los costos asumidos por el sistema de salud (37).

La no adhesión, se ve influenciado por diversos factores relacionados a las condiciones socio-demográficas, la enfermedad, la terapéutica, la relación médico-paciente, así como los factores inherentes al paciente (37). Las asociaciones y los grupos de autoayuda son excelentes medios de apoyo para el paciente y sus familiares. En ellas se organizan cursos, charlas, actividades, sesiones de grupo, asesoramiento individual, etc. El paciente, en este espacio, ve que no es único y puede compartir experiencias con otras personas que sufren de similares dificultades. Los familiares, por otro lado, adquieren herramientas para la resolución de conflictos propios y una mayor tolerancia frente a eventos cotidianos, al analizar situaciones paralelas (14) (28).

Los grupos de apoyo en el TAB tienen un impacto no solo en los pacientes sino también en la familia, ayudando a evitar el aislamiento, reforzando la cohesión familiar con la esperanza de alcanzar estabilidad emocional para mantener al paciente en las mejores

condiciones posibles. La familia tiene vital importancia a la hora de brindar apoyo al paciente, pero esto solo es posible cuando se cuenta con información completa de la enfermedad. La red de apoyo constituida por el medio que rodea al paciente, influye directamente en el curso de la enfermedad, aumentando la esperanza de vida y disminuyendo la discapacidad (3).

Diferentes actitudes familiares muestran una correlación directa con el curso del TAB, lo que podría figurar como un factor protector, o por el contrario representar un riesgo para la estabilidad del paciente, dado que los avances farmacológicos y la desinstitucionalización de pacientes con patología psiquiátrica, le confiere a la familia la función de cuidadora; la relación bidireccional paciente-familia llena el enorme vacío tanto informativo como de soporte social permitiéndole al núcleo conocer a profundidad la etiología, evolución y manejo del TAB. (37). Algunos de los factores que pueden influenciar negativamente el curso del TAB son:

- Sobrecarga Familiar: La convivencia con un paciente psiquiátrico genera diversas dificultades para las personas con las que comparte. La carga que esta patología implica puede evaluarse tanto objetiva como subjetivamente. La primera, se relaciona con los síntomas, conductas y características socio demográficas, que afecta su desempeño profesional y económico, sus espacios de esparcimiento, las relaciones interpersonales, entre otros; y la segunda, se asocia al ámbito psicológico del cuidador y como asume las responsabilidades de su nuevo rol (38).

- Actitudes Familiares y Curso del Trastorno: Existen una asociación directa entre la elevada emoción expresada y el número de recaídas, cuando la primera es alta y el estilo afectivo negativo, las recaídas son superiores; si la relación es contraria, esta disminuye. El estilo afectivo negativo en la familia constituye uno de los principales predictores de mala evolución en pacientes bipolares (38).

Almonacid y colaboradores investigaron acerca de las actitudes de los familiares hacia el paciente con TAB, y esto lo estudiaron a través de cuatro categorías de representación social (39):

1. Conocimiento familiar del trastorno, los familiares perciben la enfermedad como algo real, pero aun así se evidenció la negación de la enfermedad por algunos familiares

2. Dinámica familiar: es frecuente la incomprensión por parte de algunos familiares; la desesperanza y resignación frente al tratamiento y evolución del trastorno, además de una alta carga afectiva, debida a una sensación de impotencia frente a la solución del problema, conlleva a la familia y los pacientes a sentimientos de frustración, que pueden crear conflictos intrafamiliares. A pesar de los conflictos que se pueden presentar, la familia es consciente de la importancia del apoyo que requieren los pacientes.

3. Percepción de la familia hacia el paciente, se encontró una actitud desinteresada (por el sentimiento de incapacidad y culpa al no poder solucionar el problema) frente a los síntomas y actitudes de la persona con TAB; y preocupación hacia el paciente por el sufrimiento que genera una enfermedad mental.

4. En las emociones se encontró dolor y desesperanza frente a la problemática, lo que desestabiliza las relaciones intrafamiliares; angustia o temor, frente a la posibilidad de nuevas crisis.

### ***Los abordajes psicosociales***

Desde otra perspectiva los abordajes psicoterapéuticos se enfocan en mejorar el control de la sintomatología, modificar el ambiente tras la aparición de acontecimientos vitales, estimular la adherencia, el apoyo social, mejorar el ajuste familiar, creación y seguimiento



de rutinas diarias, e instaurar estrategias de afrontamiento efectivas (38). Dentro de estos abordajes, se cuenta con los siguientes:

❖ Psicoeducación individual: se recibe una instrucción más detallada sobre la enfermedad y las consecuencias de éstas. Incluido el método de prevención de recaídas (Perry y cols.), identificando sus síntomas tempranos, para buscar atención oportuna (40); y finalmente lo que se puede encontrar es un mejoramiento del funcionamiento social de la persona con TAB (41). Aquí debe observarse que *“cuando el paciente cuenta con un buen apoyo familiar y éste a su vez recibe psicoeducación, se reduce el número de recaídas o reingresos siendo los efectos observables hasta después de 7 años de la intervención”* (42).

En el estudio realizado por Michalak y colaboradores (2005), se encontró que el grupo de pacientes que recibió psicoeducación tuvo una mejor percepción de calidad de vida (bienestar en la funcionalidad ocupacional, emocional, social y física) en pacientes clínicamente eutímicos (43).

❖ Terapia cognitivo conductual: Para alterar las cogniciones y conductas o sistemas de creencias adquiridas por el sujeto de acuerdo con las experiencias vividas, que podrían interferir con la toma de medicación (39) (40) (45). En este tipo de atención se pretende esencialmente, lo siguiente (45):

- Educación del paciente y familia en la enfermedad
- Aprender a detectar tempranamente los síntomas
- Mejorar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico
- Detectar y modificar cogniciones inadecuadas
- Desarrollar habilidades conductuales para el manejo del estrés, resolución de problemas y comunicación.

Este tipo de terapia también se puede realizar en niños y adolescentes, también se le conoce como terapia cognitivo-comportamental centrada en el niño y la familia (CFF-CBT); se utiliza adjunto a la medicación en el paciente pediátrico con TAB (46).

❖ Terapia de Ritmo Interpersonal y Social (IPSRT): elaborada por Frank y cols. para el manejo del TAB, le ayuda a los pacientes a detectar las irregularidades en el ciclo circadiano para de esta forma establecer y mantener rutinas regulares, además de darle herramientas al paciente para identificar sus estados emocionales y la relación de estos en su contexto y de proponer alternativas a los patrones de comunicación problemáticos (40) (41) (46).

En coadyuvancia con la Herramienta de Instrucción de Planificación auto-reflexiva, que está diseñado para facilitar el pensamiento auto-reflexivo a través del proceso de planificación, el resultado que podemos obtener de esta terapia en pacientes con TAB I en recuperación de un reciente episodio agudo, son mayores periodos de estabilidad y mejorías en el funcionamiento psicosocial (46) (47).

❖ Psicoeducación de la Familia: es un método de cuidado, apoyo y educación, que proporciona información al paciente y su familia, sobre la enfermedad y sugiere conductas para enfrentar los problemas que provocan los síntomas en la convivencia, favoreciendo la recuperación y la reinserción social (46). Incluyendo el tratamiento centrado en la familia (FFT, propuesto por Miklowitz y cols.), los grupos de psicoeducación multifamiliares para los niños y los padres bipolares estudiados por Fristad y colaboradores y el grupo de modelos individuales y multifamiliares de psicoeducación de Miller. han mostrado gran efectividad (47).

Pacientes con TAB I en manejo con tratamiento centrado en la familia y farmacológico, presentan mayor adherencia al tratamiento farmacológico, además de un mayor lapso de tiempo entre las recaídas (46).

❖ Grupo de psicoeducación: en general, estos grupos proporcionan información acerca de la etiología, tratamiento de la enfermedad y prevención de recaídas (48). Según un estudio realizado por Colom y cols. la psicoeducación grupal es útil como tratamiento coadyuvante a la farmacoterapia para prevenir las recaídas, episodios de euforia, episodios mixtos y depresión en paciente con TAB I en remisión, aunque puede no ser suficiente para ayudar a algunos pacientes a evitar la hospitalización; también puede facilitar la detección temprana de un episodio y así disminuir la gravedad del mismo, además de que la efectividad de esta terapia persiste por más tiempo (46) (49).

❖ Intervenciones usuales o TAU (Treatment As Usual): incluye farmacoterapia y otras intervenciones incluidas en varios estudios, entre ellos (47):

- Los grupos de apoyo no estructurados utilizados por Colom y cols.
- La norma grupos de asesoramiento sobre drogas utilizadas por Weiss y cols.
- STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder) de tres sesiones de intervención de atención psicoeducativa de colaboración.
  - Los dos-período de sesiones de intervención familiar psicoeducativa utilizado en el ensayo de Colorado FFT.
  - La atención habitual tal como se define en el Departamento de Asuntos de los Veteranos y el Grupo de Estudios Cooperativos de la Salud.

### **Intervención Familiar de Tipo Psicoeducativo**

La psicoeducación tiene como eje principal, brindar herramientas a los pacientes con alteración de la esfera mental, que le permitan comprender su enfermedad, las implicaciones de las mismas y afrontarlas de la mejor manera, para así mejorar la adherencia al tratamiento instaurado. Propone el modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que atribuye a los factores ambientales, una alta participación en el curso de la enfermedad e intenta suministrar a los familiares conocimientos que permitan mejorar la convivencia

con el enfermo, mitigar los factores de riesgo, identificar los síntomas prodrómicos y finalmente prevenir las recaídas y las hospitalizaciones (38).

Los objetivos son (38):

- Comprensión de la naturaleza de la enfermedad
- Desestigmatización
- Identificación de posibles factores desencadenantes
- Planificación de estrategias de afrontamiento.
- Contribución familiar al cumplimiento terapéutico
- Prevención y manejo del estrés familiar
- Fomento del bienestar y de la calidad de vida”.

Como se observa, y aunque se ha enfocado el asunto sobre la importancia de los grupos de apoyo para personas con TAB, no puede dejarse de lado la idea de que un tratamiento integral resulta clave en el tratamiento de esta patología La adherencia terapéutica, no es algo fácil de conseguir en estos pacientes, que en sus dos crisis, o fases de actividad, la situación les puede impedir el contacto con la realidad de su enfermedad, lo cual afectaría la posibilidad de continuar con sus medicamento; aquí es donde resulta de extraordinaria importancia las intervenciones de grupos de apoyo, tanto en los aspectos psicosociales como psicoterapéuticos (50).

El hecho de que un paciente con TAB este en un grupo de apoyo, no significa que esto prevenga completamente las recaídas y hospitalizaciones producidas por su enfermedad, pero el hecho de recibir apoyo, comprensión y sentirse integrado a la vida social le brinda un conjunto de condiciones que mejoran su calidad de vida y le ayudan a comprender y vivir mejor con la patología que lo afecta (51).

## CAPITULO III

### 3.1 METODOLOGÍA

Este trabajo se realizó mediante una revisión de la literatura, en donde el objetivo principal fue evaluar la relación entre las redes de apoyo y los factores alterados en el Trastorno Afectivo Bipolar, a través de una búsqueda en línea y para el correspondiente análisis de diferentes artículos relacionados con el tema, entre los periodos de junio del 2010 a abril del 2012, artículos que a su vez no tuvieran una antigüedad mayor a 10 años. Dicha búsqueda se realizó acudiendo a varias bases de datos como Pubmed, Lilacs, Scielo; así mismo se consultaron revistas indexadas como la Revista Latinoamericana de Psiquiatría y Salud Mental, Revista de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, entre otras. De la literatura revisada se seleccionó una base de datos de 45 artículos, con los siguientes términos MESH: trastorno bipolar/bipolar disorder, apoyo social/social support, redes sociales/social networks (14) (51). Sin duda el proceso de fichaje de la bibliografía seleccionada fue clave en la selección de la información y el análisis que se hizo de la misma.

La realización de este proyecto tuvo como finalidad un análisis de la información contenida en la bibliografía consultada, es decir, que este análisis se realizó basado en la investigación de distintos grupos, previamente avalados por distintas publicaciones avaladas, para llegar a las conclusiones que respondan a nuestros objetivos (51) (52).

Esta estrategia de trabajo fue seleccionada teniendo en cuenta sus ventajas en el campo de trabajo escogido, pues al no interferir en los aspectos involucrados, el resultado es más confiable y objetivo, al igual que garantiza un soporte ético mucho más sólido, que mediante el empleo de otro método. (51) (53).

## CAPITULO IV

### 4.1 ANÁLISIS Y RESULTADOS

Sin duda, el Trastorno Afectivo Bipolar es, como la mayoría de las patologías mentales, una cuestión tanto médica como socialmente preocupante, dado el impacto que tiene tanto en los presupuestos de la seguridad social como en la condición de la persona que la sufre y su entorno familiar y social. Esta patología que se manifiesta por la concurrencia de factores genéticos y medioambientales, además de grave e incapacitante, preocupa en la medida que la población afectada crece de manera significativa y ataca a las personas independiente de su condición de género, edad o socioeconómica.

En efecto, la incidencia de esta patología ha venido aumentando en los últimos años, sin discriminar género, grupo etario o posición socioeconómica, y su morbimortalidad mantiene cifras elevadas, lo cual la convierte en una cuestión que debe comenzar a preocupar a los gobiernos y la sociedad misma. Si bien, el manejo farmacológico ha tenido un gran avance disminuyendo los efectos adversos de los medicamentos y la persistencia de los síntomas, no es posible una visión optimista frente a la enfermedad dadas las características que la identifican y a la calidad de la información y la forma como la evalúa la sociedad misma, que en la mayoría de los casos suscita procesos sociales de estigmatización de quienes la padecen.

De otra parte, también conviene observar que los procesos de mala adherencia al tratamiento que presentan estos pacientes, supone un reto, tanto familiar como social dadas las consecuencia que de ello se derivan que incluso pueden terminar en el suicidio. Otras complicaciones derivadas de este fenómeno de la mala adherencia son: disfunción familiar, interpersonal y social, el desempleo y las recaídas. Estas situaciones exigen la búsqueda de alternativas y procedimientos complementarios que contribuyan a una mejor comprensión de la patología tanto por el paciente y su familia como por la sociedad, lo cual contribuirá a mejorar su calidad de vida y a tener mejores condiciones ambientales para

seguir su tratamiento en un entorno de solidaridad e inclusión social disminuyendo la carga que puede ser su enfermedad.

De esta forma se podría luchar también contra la negación de la enfermedad y la ignorancia sobre los factores implicados tanto por parte de los pacientes como de sus familiares y la misma sociedad y de paso disminuir las recaídas; si ello es posible, es decir una nueva actitud socio-familiar, se podrá así mismo actuar frente a los numerosos y grandes obstáculos que plantea esta afección como lo son la poca aceptación que los pacientes presentan al ser diagnosticados, la falta de información que ellos y sus familiares poseen sobre el TAB, en cuanto al origen, evolución, pronóstico y manejo, la exclusión social a la que son sometidos, las múltiples hospitalizaciones que afrontan a lo largo de su vida y la deficiente adhesión al tratamiento. Sin embargo, la mayor de las ganancias, desde cualquier perspectiva podría ser el fortalecimiento y la acción de los denominados grupos de apoyo.

Estos grupos surgen como iniciativas que buscan tanto crear conciencia en torno a la patología como a la comprensión de la importancia de los vínculos familiares y sociales adecuados y cercanos generadores de apoyo material y emocional. La ayuda es recíproca permitiendo tener una visión distinta de la situación fortaleciendo la capacidad de resolución de problemas.

El apoyo social debe entenderse desde varias perspectivas, teniendo como primicia que el hombre es un ser social por naturaleza, necesita vivir en comunidad y de ello depende el normal desarrollo de su personalidad, la calidad de su bienestar, calidad de vida y por ende, influye en su salud. Una de las caracterizaciones que se le ha dado es la de “*provisión instrumental o expresiva, real o percibida, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos*” (23) (27) (30). Sin duda, la existencia de este tipo de redes sociales hace que los tratamientos médicos y farmacológicos puedan tener un impacto más positivo y esperanzador, tanto para el paciente como para su familia.

La presencia de este tipo de apoyo, actúa como un factor protector, ya que se ha visto, que cuando un individuo hace parte de estos grupos y específicamente los pacientes que presentan Trastorno Afectivo Bipolar, interviene en el componente socio-afectivo impulsando directamente la salud, dándole al paciente la oportunidad de mejorar su autoestima, reintegrarse al medio, evaluar su evolución, reconocer los diferentes estresores del ambiente e identificar el pródromo de una crisis, todo esto con la finalidad de acceder a un manejo oportuno, individualizado y eficaz, que disminuya a su vez la estancia hospitalaria, la aparición de complicaciones y a largo plazo las recaídas y la disrupción en todos los aspectos de la vida del afectado.

Ahora bien, la consolidación de este tipo de redes y vínculos sociales exige, para su adecuado funcionamiento y debida acción, un proceso educativo tanto de la patología como de la naturaleza misma de su acción como red social de apoyo. En dicho proceso son importantes la adopción de estrategias de acompañamiento, de convivencia y de intervención, de tal manera que la acción conjunta de médico, familia y sociedad, en efecto, genere una condiciones tales que los pacientes sientan un vinculo y un acompañamiento real que le permita superar estados y situaciones en las cuales renuncian a la medicación, el cuidado y la valoración de sí mismos.

Así mismo, es evidente, que los médicos y los profesionales de la salud en general pueden tener en estas redes y grupos de apoyo un aliado crucial dadas las características mismas de la patología que requieren un continuo cuidado y observación del paciente, no solo en lo referente a la adherencia al tratamiento sino también en las manifestaciones que acompaña esta grave dolencia mental. También debe llamarse la atención de la sociedad sobre este particular, dado que el reconocimiento y apoyo de este tipo de redes sociales y los vínculos que generan no solo contribuyen a mejorar la calidad de vida del paciente sino que también tienen un impacto muy positivo en la manera como deben pensarse los sistema de seguridad social.



## CAPITULO V

### 5.1 DISCUSIÓN

La medicina es una práctica social basada en una concepción específica de la ciencia, por consiguiente, desde una perspectiva racional y positiva, asume que su misión debe identificarse en la búsqueda de soluciones que contribuyan a resolver los problemas de salud de los seres humanos; y, desde esa misma perspectiva racional y positiva, en la mayoría de las situaciones, interpreta al organismo y la condición humana como una cuestión básicamente biológica y genética, dentro del cual se producen procesos físico-químicos, descuidando a partir de esta perspectiva, la integralidad de los seres humanos y la misma influencia del ambiente socio-cultural sobre el desarrollo de los mismos. Un ejemplo de lo expuesto, sin duda, lo constituye la aparición de las enfermedades mentales que aunque tienen un importante componente genético, necesitan de ciertos factores psicosociales para manifestarse como tal.

En efecto, como ya lo aventuró Capra, la vida como tal no puede ya reducirse a la noción que plantearon en su momento los biólogos de los pasados siglos, sino que se hace necesario pensarla con una mayor complejidad, ya que durante la vida se forman redes de relaciones no-lineales, las cuales generan procesos de retroalimentación; estas relaciones tiene una configuración especiales que le otorga un patrón de organización de un sistema vivo (patrón de vida), en el cual el proceso social de la red más importante es la comunicación, ya que genera una coordinación del comportamiento. (54)

Gracias a lo anteriormente expuesto, las patologías psiquiátricas y perturbaciones en la salud mental, han tenido un desarrollo en el entendimiento en las ultimas décadas; dentro de estas, el Trastorno Afectivo Bipolar como una de las patologías con mayor estudio.

El Trastorno Afectivo Bipolar es una enfermedad de gran complejidad, cuyas implicaciones sobrepasan el nivel interpersonal y afectan de forma importante al paciente en su integración social, a la vez que la respuesta social, frente a la misma, tiene

significativas implicaciones en la aparición y desarrollo de la enfermedad. Se hace, por consiguiente, necesario que la medicina actual desarrolle una nueva perspectiva sobre el asunto, lo cual no solo ampliara sus horizontes, sino que le generará una mayor posibilidad de éxito en el cumplimiento de su cometido social frente a los problemas de la salud humana. (34)

El desarrollo de los estudios sobre el Trastorno Afectivo Bipolar, que iniciaron con un reconocimiento del importante y fuerte componente genético y un desequilibrio a nivel de los neurotransmisores cerebrales, lo cual se tradujo en un manejo inicial de la patología mediante el tratamiento farmacológico, con buenos resultados que, sin embargo, no lograron mantener períodos de eutimia prolongados, en parte por la mala adherencia que presentaban los pacientes y en otra, por la no implementación de estrategias psicosociales que le permitieran conocer las causas de su enfermedad, los posibles desencadenantes de sus crisis y la importancia de conocer estos para evitar recaídas. Es por esto, que en la actualidad, se debe evaluar además, el impacto que tienen los entornos familiares y sociales al realizar una evaluación integral del paciente y conocer como es la influencia de estos en el desarrollo y evolución de la patología del paciente.

Por consiguiente, fue propósito de este trabajo hacer una revisión bibliográfica que mostrara la influencia positiva de las redes de apoyo, como coadyuvante en el manejo de las personas con TAB, partiendo desde el punto que estos le permiten al paciente identificar los estresores psicosociales más frecuentes en el ambiente que lo rodean, aprender a manejarlos, compartir espacios de socialización con otros pacientes, lo que le permite al paciente mejorar su autoestima y disminuir las ideas negativas que puedan desencadenar la autoagresión, y comprender de una manera global lo que significa convivir con una enfermedad mental de este tipo.

Así mismo, tuvo como propósito llamar la atención sobre la importancia de desarrollar estrategias que permitan ayudar a la familia y demás componentes del entorno social del paciente a adquirir una nueva visión y una perspectiva distinta de este tipo de problemas mentales, a fin de que los procesos de estigmatización y exclusión social se eviten; y se

logre además continuidad en el tratamiento; se acompañe de condiciones, en este caso psicosociales y familiares, que aseguren una mayor posibilidad de éxito y se traduzcan en una significativa mejora en la calidad de vida de los pacientes y los familiares mismos.

Para la medicina debe ser claro que el manejo farmacológico, cuyo objetivo es actuar como estabilizador del ánimo, es la piedra angular del tratamiento de los pacientes con TAB, pero si a ello se incorpora la actuación de una red de apoyo, sólida y debidamente estructurada y organizada, se convierte en una de las condiciones de éxito a la hora de mantener la eutimia en los pacientes, disminución de los reingresos hospitalarios, de la disrupción familiar, laboral y social, así como también la morbimortalidad desencadenada por las recaídas. Por consiguiente, la medicina actual debe asumir que el organismo humano, va más allá de su natural condición biológica y de los procesos físico-químicos, por lo que además es una manifestación de procesos socio-culturales, y se debe tener estas perspectivas para entender la complejidad de la vida humana misma.

La relación médico – paciente es fundamental, ya que del buen entendimiento que haya entre ambas partes, dependerán aspectos importantes del proceso de manejo del TAB, como la constancia en la toma de la medicación, entender y asumir los posibles efectos secundarios de la misma y estar pendiente de la aparición de cualquier efecto adverso, lo cual servirá para disminuir el abandono de los psicofármacos. Pero además de ello, la relación entre el médico y la familia, entre el médico y el grupo de apoyo; el intercambio de las experiencias propias del proceso de tratamiento entre médico, paciente, familia y grupos de apoyo, muy seguramente no solo tendrá incidencia en el tratamiento mismo, sino también en el ánimo del paciente y la familia para enfrentar de mejor manera las recaídas del paciente.

Ahora bien, es necesario hacer un abordaje completo desde el diagnóstico de estos pacientes, explicando en qué consiste el Trastorno Afectivo Bipolar, sus causas, su evolución, manejo y pronóstico, tratando siempre de crear un espacio donde la confianza sea la base y se permita aclarar cualquier duda; además, la inclusión familiar desde el inicio es de vital importancia, ya que se ha visto que uno de los máximos problemas es la poca

tolerancia a las recaídas en el entorno familiar, lo que perpetua y aumenta el problema de la exclusión social; es indudable que cuando los familiares se muestran interesados, constituyen la primera red de apoyo y facilitarán en el futuro la disciplina del paciente para el autocontrol de su enfermedad. Por lo que para el médico debe ser de vital importancia no solo el paciente, sino también su familia.

## CAPITULO VI

### 6.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es cada vez más evidente, que la naturaleza humana no es reductible a consideraciones meramente biológicas, sino que se caracteriza por un alto grado de complejidad que suscita la exploración de otras variables (psicosocioculturales y espirituales), aún no suficientemente tenidas en cuenta, esto se hace evidente con el desarrollo de las llamadas prácticas médicas alternativas. La comprensión del impacto que tienen la sociedad y la familia en la vida humana, ya sea positivo o negativo, así como de los lazos que se tejen alrededor de estas pueden ayudar a esclarecer, cada vez en mayor medida, el papel que las condiciones socio-culturales tienen en el desarrollo de las patologías mentales como en su tratamiento.

Las enfermedades mentales, dada su naturaleza particular, se constituyen en patologías que tienen en los imaginarios sociales un particular sitio que, desafortunadamente, conducen a procesos de exclusión social originando, llevando por consiguiente costos sociales, familiares y personales que dificultan su tratamiento y tienen desastrosos efectos en la vida personal y socio-familiar. Si bien es cierto que la ciencia ha logrado significativos éxitos en la producción de tratamientos farmacológicos y en el desarrollo de terapias, también lo es que dichas enfermedades implican serios problemas de adherencia al tratamiento, lo que se traduce en una reducción de manera significativa sus posibilidades de mantener periodos prolongados de eutimia y de reinserción social.

El Trastorno Afectivo Bipolar, es una patología que se manifiesta independiente de la edad, el sexo o la condición socio-económica, por lo que sus manifestaciones se presentan en todos los ámbitos sociales; quienes padecen esta condición generan un preocupación en la sociedad, ya que el carácter grave e incapacitante de esta enfermedad, que puede llevar incluso al suicidio, requieren especial atención por parte del Estado y la sociedad misma, por lo que en ocasiones puede conllevar a excluir a quienes la padecen; por lo que hoy en

día la medicina se ha visto en la obligación de recurrir a un conjunto de herramientas e instrumentos psicosociales para acompañar los procesos farmacológicos, con el objetivo que disminuir las discapacidades sociales de los pacientes con TAB.

En efecto, desde hace algunas décadas, el desarrollo de estrategias psicoeducativas, así como de procesos de acompañamiento social está abriendo grandes posibilidades en el tratamiento de este tipo de patologías. La aparición y desarrollo de la idea que tiene el rol del vínculo social en los tratamientos se ha hecho real mediante el surgimiento de los grupos de apoyo, que reivindican el carácter terapéutico de la familia como una red que ofrece apoyo, afecto y seguridad, así como el hecho, igualmente innegable, que las condiciones socio-familiares puede generar condiciones que perpetúen o que disminuyan la presencia de factores psicosociales que ocasionen recaídas.

En efecto, el surgimiento de los grupos y las redes de apoyo, ha llegado a ser una de la herramientas más valiosas con que cuenta la ciencia médica en el tratamiento de este tipo de patologías, no solo en cuanto brinda apoyo al proceso en general sino, sobre todo, cierta seguridad a los médicos en relación a la adherencia al tratamiento y la continuidad de todas aquellas acciones encaminadas al mejoramiento y la estabilidad del paciente, así como a las condiciones de calidad de vida de los pacientes, dado que brindan un ambiente y unas condiciones que hace sentir al paciente la seguridad de sentirse acogido, respaldado y reconocido, a pesar de su condición lo cual, sin duda, repercute en su mejoramiento.

Son de especial interés la labor que desarrollan este tipo de organizaciones, todos aquellos efectos que tienen en relación con las condiciones sociales que rodean al paciente. Debe reiterarse aquí que no solo se presentan condiciones sociales que hacen posible el desarrollo de dichas patologías, sino también situaciones sociales que contribuyen al agravamiento de la condición una vez que esta se manifiesta. Por ello mismo, cuando estas asociaciones crean un ambiente socio-familiar caracterizado por el acompañamiento, el reconocimiento, la solidaridad, el vínculo real y permanente, el paciente tiende a desarrollar una vida tal que sus vínculos con la vida se mantienen y siguen desarrollándose en unas condiciones deseables, a pesar de las circunstancias.

Por otra parte, el hecho de que quienes sufren estas patologías encuentren que estos grupos y redes les brindan una condiciones de inclusión social y reconocimiento les permite que su vida tanto emocional como laboral y productiva siga desarrollándose en unas condiciones tales que sus talentos, capacidades y competencias intelectuales sigan manifestándose de una forma tal, que hallan motivación para seguir de manera disciplinada su tratamiento, así como los esfuerzos para superar las complicaciones propias de la enfermedad. Es decir, la presencia y acción de estos grupos se convierte en un valioso acicate que hace ver a la familia y al paciente que la patología, a pesar de su gravedad, no constituye el fin de la vida personal y social.

En las circunstancias actuales del desarrollo de este tipo de asociaciones de apoyo, si bien es cierto que su apoyo, se hace preferencialmente en aspectos como la adherencia al tratamiento y la creación de condiciones de vida socio-familiar favorables para la persona comprometida, y que se manifiesta en lo emocional y lo social, es posible que la maduración de este tipo de experiencias de apoyo y acompañamiento en el futuro, cubran otros aspectos de la patología y el paciente que potencien aún más el efecto psicoterapéutico que ahora desarrollan. Es deseable que el fortalecimiento de la relación y los vínculos que se establecen entre médico, paciente y grupo, conduzca al establecimiento de nuevas formas de enriquecimiento de la perspectiva de atención.

Es evidente el efecto positivo que tienen estos grupos y redes de apoyo en el tratamiento de las enfermedades mentales, como también es claro que tanto la Medicina como la sociedad deben aún desarrollar un importante trabajo que logre consolidar este tipo de prácticas médicas y sociales, para potenciar sus efectos positivos, tanto en la perspectiva preventiva como curativa. Sin duda, es importante que los desarrollos teóricos provenientes de los paradigmas epistemológicos, que han tenido avances importantes en áreas como la Psicología, deben ser profundizados en el ámbito de la Medicina, de tal forma que cada vez se perciba con más claridad el efecto no solo de los vínculos sociales sino también de sus efectos en la vida personal y los desafíos que esta vida personal enfrenta.

Por otra parte, el reconocimiento de que la cultura, las prácticas de vida y prácticas sociales que cada comunidad crea e impone, genera una serie de condiciones que pueden favorecer o no el desarrollo de ciertas patologías, tanto orgánicas como mentales. Es por esto, que la presente revisión busca suscitar una serie de reflexiones para que finalmente la sociedad genere acciones contra reguladoras del impacto negativo que se puede generar en las personas susceptibles a esta enfermedad; tales acciones son por ejemplo, el desarrollo de los grupos de apoyo y las redes sociales, como una práctica social con fines terapéuticos que recién se inicia. La comprensión de su dinámica, la manera como operan, los mecanismos emocionales, afectivos y sociales por los que obtienen efectos en los pacientes, y la evaluación de estos, son cuestiones sobre las cuales aún debe trabajarse con intensidad.

De igual manera, el recorrido hecho con la experiencia investigativa ha permitido dejar claro que si se reconoce tanto la complejidad de la condición humana como de los factores que intervienen en el proceso de la enfermedad y el abordaje que se realice será complejo más integral y de mayor beneficio. Esta situación obliga a un diálogo de las disciplinas que tiene que ver con lo humano. La contribución de disciplinas como la sociología, psicología, antropología entre otras, ha sido y serán de gran importancia en la comprensión y manejo del proceso de la salud y enfermedad.



## REFERENCIAS

1. Acosta Ramírez, N., Peñaloza, R., Rodríguez, J. Carga de enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08. *Centro de Proyectos para el desarrollo*. Bogotá, octubre de 2008. Última consulta 31/01/2013.  
[http://www.cendex.org.co/GPES/informes/PresentacionCarga\\_Informe.pdf](http://www.cendex.org.co/GPES/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf)
2. Tellez-Vargas J. Nuevos aspectos clínicos del trastorno afectivo bipolar tipo I. *Avances en Psiquiatría Biológica*. 2005; 6: 6-31.
3. Trastorno afectivo bipolar. [Online]. [cited 2009 04 16. Available from: HYPERLINK. Última consulta: 29/10/2011  
[www.pfizer.com.mx/esquizofrenia/index.asp?action=home.interior&sectId=218#apoyo](http://www.pfizer.com.mx/esquizofrenia/index.asp?action=home.interior&sectId=218#apoyo) .
4. Zaretsky, A., Segal, Z. & Fefergra, S. (2007), New developments in cognitive behavioural therapy for mood disorders. *Canadian Journal Psychiatry*, 52: 3-4.
5. Golberg, J. y Harrow, M. Trastornos bipolares. *Curso clínico y tratamiento*. Barcelona, España: MASSON, S.A; 2001..
6. Vieta E, Gastó C. *Trastornos bipolares*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
7. Holmgren D, Lermenda V, Cortés C, Cárdenas I, Aguirre K, Valenzuela K. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. Family disruption in bipolar disorder. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2005; 4(43): 275-286.
8. Echeverri P. Investigación sobre el trastorno afectivo bipolar para construir un manual psicoeducativo dirigido a pacientes y familiares. *Revista Cúpula*. ; 22: 23-32. Último acceso 31/01/2013. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n1/art3.pdf>
9. Vieta, E.; Colom F. *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. S.A.; 2005.
10. López, A., Rodríguez, E., *Objetivos y eficacia de la terapia cognitiva para trastornos bipolares*. 2009;4(12); 71-93.
11. Rodríguez J. La atención de salud mental en América Latina y el Caribe. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 2007 Diciembre; 71(2): 117-124
12. World Health Organization. *Mental Health Atlas - 2005*. Geneva: WHO; 2005

13. Miklowitz D, Otto M, Frank E, Reilly-Harrington N, Wisniewski S, Kogan J, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression. A 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64 (4):419-426.
14. Romeu J, García de Miguel B, Oliva L, Fortes G, García C. [http://drromeu.net/trastorno\\_bipolar.htm](http://drromeu.net/trastorno_bipolar.htm). [Online]. ultimo acceso: 2012 Febrero 11.
15. Jara ML, Lana KL, Schneider LS, Lemos KE. Trastornos bipolares. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2008 Enero;(177): 22-24. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/5\\_177.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/5_177.pdf). Ultimo acceso 31/01/2013
16. Goikolea, J. y Valentí, M. Actualización del tratamiento del trastorno bipolar. *Jano Extra octubre de 2008*; (1714): 31-34. Ultimo acceso 31/01/2013. Disponible en: [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/31/00310034\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/31/00310034_LR.pdf)
17. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Barcelona: Editorial MASSON S.A.; 2002
18. Rueda M, Díaz LA, Rueda GE. Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2009 Abril-Junio; 37(2): 159-168.
19. Trastorno bipolar. [Online]. [cited 2012 Abril 4. Available from: HYPERLINK "http://loyolauniversity.adam.com/content.aspx?productid=102&pid=5&gid=000926"
20. The world health report 2001. Mental health: newunderstanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
21. López-Castromana J, Baca-García E, Oquendob M. Trastorno bipolar: ¿qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2009; 1: 8-42.
22. Strejilevich S. Impacto funcional de los trastornos bipolares: altibajos históricos frente a un problema clave. *Revista Trastornos del Ánimo*. 2007; 3(1): 6-14.
23. Fernandez Peña R. Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de Recerca i Investigació en antropología*. 2005 Diciembre;(3): 1-16.
24. Aspectos psicosociales: fuentes de apoyo. [Online]. [cited 2011 Noviembre 20. Available from: HYPERLINK "http://www.ua-cc.org/aspectos2.jsp" <http://www.ua-cc.org/aspectos2.jsp> .
25. Palacin Lois M. Estrategias de apoyo psicosocial. *Asociación Catalana de Neurofibromatosis*. 2003;(7).

26. Rodríguez Spínola S, Enrique H. Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Revista psicodebate*. 7;(1): 155-168
27. ¿Qué son las fuentes de apoyo? [Online]. [cited 2011 Noviembre 20. Available from: HYPERLINK "http://www.ua-cc.org/educacion3.jsp" <http://www.ua-cc.org/educacion3.jsp> .
28. Grupos de apoyo: ¿cómo ayudan? [Online].; 2008 [cited 2011 Noviembre 20. Available from: HYPERLINK "http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-4147-9947-abca6797a602&chunkiid=125604." <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-4147-9947-abca6797a602&chunkiid=125604>.
29. Blumer H. *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Editorial Hora; 1982.
30. Gallagher S, Schmicking D. *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*. Editorial Springer; 2010
31. Glanz K, Rimer B, Visuanath K. *Health behavior and health education: theory research and practice*. United States of America: John Wiley and Sons; 2008.
32. Villalba Quesada, C. Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. *Intervención Psicosocial* 2(4), 69-85
33. Lemos, Serafin; Fernandez, Jose. Redes de soporte social y salud. Departamento de psicología. Universidad de Oviedo. *Revista Psicothema*, 1990, 2 (2): 113-135
34. García Á. El apoyo social. *Revista Hojas Informativas de los Psicólogos de las palmas*. 2003 Febrero; 53(2).
35. Barron Ana, *Apoyo social*. Siglo XXI de España Editores, S.A. Madrid, 1996
36. Moreno R, Costa M, Girade M, Aparecida R, Almeida AC, Gentil V. Comprendiendo la convivencia familiar en presencia del trastorno bipolar. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2009; 18(3): 156-160.
37. Míasso A, Monteschi M, Giacchero K. El trastorno afectivo bipolar: adhesión al medicamento y satisfacción con el tratamiento y orientaciones del equipo de salud de un núcleo de salud mental. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2009 Julio-Agosto; 17(4): 548-556
38. Reinares M. Trastorno bipolar: nuevos horizontes. Ayudando al paciente bipolar a través de sus familiares. *Revista Interpsiquis*. Congreso Virtual de Psiquiatría. 2001.

39. Almonacid C, Burgos N, Maldonado V, Polo J. Representaciones sociales existentes en un afamilia hacia uno de sus miembros con trastorno afectivo bipolar. *Psychologia: avances en la disciplina*. 2007; 1(2): 183-204.
40. Becoña E, Lorenzo MdC. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Revista Psicothema*. 2001; 13(3): 511-522.
41. Luna I. El papel de la terapia cognitiva contemporánea en el trastorno afectivo bipolar y su tratamiento. In *VI Congreso Virtual de Psiquiatría*; 2005.
42. Calderón V. Características de los cuidadores de enfermos mentales en Neiva, Diciembre 2010-Enero 2011. *Revista Facultad de Salud*. 2011 Junio; 3(1): 43-53.
43. Michalak E, Yatham L, Wan D, Lam R. Percieve quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2005; 50(2): 95-100
44. Terapias cognitivo-conductuales más empleadas en los trastornos afectivos. [Online]. [cited 2011 Mayo 29. Available from: HYPERLINK "http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Cognitiva/afectivos.htm" <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Cognitiva/afectivos.htm> .
45. Baylor A, Kidsantas A, Shung H. The Instructional Planning Self-Reflective Tool (IPSRT): A Method for Promoting Effective Lesson Planning. *Educational Technology*. 2001 Marzo-Abril; 41(2): 56-59.
46. Lolich M, Vásquez G, Alvarez L, Tamayo J. Intervenciones psicosociales en el trastorno bipolar: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2012; 40(2): 84-92.
47. Miklowitz D, Goodwin G, Bawer M, Geddes J. Common and Specific Elements of Psychosocial Treatments for Bipolar Disorder. A Survey of Clinicians Participating in Randomized Trials. *Journal of Psychiatric Practice*. 2008 Marzo; 14(2): 77-85.
48. Ospina D, Ivanovic F, Lolas F. Acompañando al paciente con trastorno bipolar: aportes a la psicoeducación. *Revista Trastorno del Animo*. 2007; 3(1): 55-63.
49. Colom F, Vieta E, Martínez A, Reinares M, Goikolea J, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the profilaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*. 2003; 60: 401-407.
50. Alvarez E, Gómez M, Ocio S, Hernández M, Huergo C, García L. A propósito de un caso, tratamiento integral y estrategias para la construcción de la adherencia en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar. *Revista Interpsiquis*. 13º Congreso Virtual de Psiquiatria.com 2012.

51. Hernández Sampieri R. Diseños no experimentales de investigación. In Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: Editorial Mc GrawHill; 2006.
52. Muñoz JF, Quintero J, Munevar R. *¿Cómo desarrollar competencias investigativas en educación?* 3rd ed. Bogotá D.C: Editorial Magisterio; 2005.
53. Amezcua C, García R, Jiménez A. *Evaluación de programas sociales*. Madrid: Editorial Diaz de Santos; 1996.
54. Capra, F. La trama de la vida. *Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1998