

La búsqueda del equilibrio emocional



*Propuesta de una intervención psicosocial para la recuperación funcional
de personas con trastorno bipolar*



Mireia Gracia López
Grado de Trabajo Social
Trabajo Final de Grado
Tutora: Elena Requena Varón
22 de junio de 2015

Iluminación o delirio

“Los hombres me han llamado loco; pero todavía no se ha resuelto la cuestión de si la locura es o no la forma más elevada de la inteligencia, si mucho de lo glorioso, si todo lo profundo, no surgen de una enfermedad del pensamiento, de estados de ánimo exaltados a expensas del intelecto general.

Aquellos que sueñan de día conocen muchas cosas que escapan a los que sueñan sólo de noche [...] Diremos, pues, que estoy loco. Concedo, por lo menos, que hay dos estados distintos en mi existencia mental: el estado de razón lúcida, que no puede discutirse [...] y un estado de sombra y duda.”

Fragmento del Cuento *Eleonora*
Edgar Allan Poe.

RESUMEN

El presente proyecto pretende facilitar la recuperación funcional de las personas afectadas de trastorno bipolar tipo I y II. Estudios realizados evidencian la ventaja de compaginar la intervención médica junto a la intervención psicosocial para la reducción de recaídas y hospitalizaciones. La intervención psicosocial que presentamos a continuación ofrece grupos de psicoeducación y talleres para la adquisición de competencias y estrategias que mejoren la calidad de vida de estas personas y su entorno más próximo. Sin obviar la importancia del tratamiento farmacológico, el proyecto incide en la necesidad de proporcionar un acompañamiento psicosocial para las personas con trastorno bipolar.

Palabras clave: salud mental, trastorno bipolar, recuperación funcional, intervención psicosocial, psicoeducación.

RESUM

El present projecte pretén facilitar la recuperació funcional de les persones afectades de trastorn bipolar tipus I i II. Estudis realitzats evidencien l'avantatge de compaginar la intervenció mèdica al costat de la intervenció psicosocial per a la reducció de recaigudes i hospitalitzacions. La intervenció psicosocial que presentem a continuació ofereix grups de psicoeducació i tallers per a l'adquisició de competències i estratègies que millorin la qualitat de vida d'aquestes persones i el seu entorn més proper. Sense obviar la importància del tractament farmacològic, el projecte incideix en la necessitat de proporcionar un acompanyament psicosocial per a les persones amb trastorn bipolar.

Paraules clau: salut mental, trastorn bipolar, recuperació funcional, intervenció psicosocial, psicoeducació.

ABSTRACT

The purpose of this project is to facilitate the functional recovery of affected people of bipolar disorder type I and II . Through studies it has become evident the advantages of combining medical and psychosocial intervention in reducing relapses and hospitalizations. The psychosocial intervention that follows, provides psychoeducation groups and workshops for the acquisition of skills and strategies to improve the quality of life of the affected people and their immediate environment. Without forgetting the importance of pharmacotherapy, the project stresses the need to provide psychosocial support for people with bipolar disorder.

Keywords: mental health, bipolar disorder, functional recovery, psychosocial intervention, psychoeducation.

SUMARIO	página
RESUMEN	1
1. JUSTIFICACIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO Y JURÍDICO	9
2.1. Consideraciones previas. La salud mental	9
2.2. Marco legislativo	10
2.3. Trastorno bipolar.....	13
2.3.1. Antecedentes históricos.....	15
2.3.2. Concepción actual del trastorno bipolar.....	16
2.3.3. Trastorno bipolar I.....	17
2.3.4. Trastorno bipolar II	30
2.3.5. Prevalencia del trastorno bipolar I y II.....	33
2.3.6. Factores de riesgo y pronóstico para el trastorno bipolar I y II	34
2.3.7. Riesgo de suicidio para el trastorno bipolar I y II.....	35
2.3.8. Estudios y programas de intervención para el trastorno bipolar I y II.....	35
3. DIAGNÓSTICO	43
3.1. Recuperación funcional vs. Evolución del trastorno bipolar	44
3.2. Detección de necesidades	45
4. FORMULACIÓN DEL PROYECTO	52
4.1. Descripción	52
4.2. Colectivo destinatario	52
4.3. Marco institucional	53
4.4. Objetivos	54
4.5. Líneas de acción.....	54
5. PLAN DE TRABAJO POR CADA LÍNEA DE ACCIÓN	56
5.1. Planificación de las actividades	56

5.2. Metodología	65
5.2.1. Calendarización general del proyecto	73
5.2.2. Gestión del proyecto	75
6. RECURSOS Y FINANCIACIÓN	77
6.1. Recursos humanos	77
6.2. Recursos materiales y técnicos	78
6.3. Recursos económicos.....	78
6.4. Presupuesto y vías de financiación	79
7. EVALUACIÓN.....	81
7.1. Evaluación inicial.....	81
7.2. Evaluación del proceso	82
7.3. Evaluación final	83
7.4. Definición de los indicadores de evaluación	84
7.5. Descripción de instrumentos de evaluación y temporalización	88
8. SOSTENIBILIDAD.....	89
9. CONCLUSIONES	90
10. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA	92
11. ANEXOS	96

FIGURAS

Figura 1. Ejemplo de la fluctuación del estado anímico en TB-I en un periodo de diez años.....18

Figura 2. Ejemplo de la fluctuación del estado anímico en TB-II en un periodo de diez años30

TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de la afectividad según la CIE-1014

Tabla 2. Síntomas del trastorno bipolar I y frecuencia en fase maníaca19

Tabla 3. Criterios diagnósticos de episodio maníaco según el DSM-5.....20

Tabla 4. Criterios diagnósticos de episodio hipomaníaco según el DSM-5.....23

Tabla 5. Síntomas del trastorno bipolar I y frecuencia en fase depresiva24

Tabla 6. Criterios diagnósticos de episodio de depresión mayor según el DSM-5.....25

Tabla 7. Cronograma del proyecto73

Tabla 8. Presupuesto.....79

Tabla 9. Indicadores de evaluación85

Tabla 10. Instrumentos de evaluación88

1. JUSTIFICACIÓN

Desde que inicié el Grado de Trabajo Social junto a mis compañeros, de forma reiterada, hemos ido escuchando, año tras año, en prácticamente todas las asignaturas impartidas, la importancia de planificar y efectuar una *intervención social para la persona y junto con ésta*. Ciertamente, si nuestra actuación no se adecua a las necesidades reales a tratar, nuestra actuación carecerá de sentido.

Tras este planteamiento previo y bajo un creciente interés durante estos últimos años sobre la salud mental, llegué a considerar que justamente este ámbito, continúa actualmente eclipsado por la era de los psicofármacos del siglo XX, centrándose en el factor biológico y dejando a un lado la vertiente psicológica y social de la persona. Este hecho, nos conduce inevitablemente hacia las siguientes cuestiones: ¿La medicación garantiza la globalidad del bienestar humano? ¿Por qué priorizar un tratamiento farmacológico y no compaginar éste con terapias psicosociales? ¿La atención primaria y la atención especializada que se presta a estas personas son acordes con sus necesidades reales?

Estas cuestiones, entre otras, se han abordado en el presente trabajo, mediante el estudio de una psicopatología en concreto; el trastorno bipolar, tipo I y II. Ha sido preciso realizar un análisis bibliográfico para poder desarrollar un modelo de intervención que se ajuste a la situación clínica, psicológica y social de las personas afectadas de trastorno bipolar. A raíz de la información referente a este trastorno, he podido constatar la importancia de incidir en la recuperación funcional para la mejora de su calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el trastorno bipolar constituye la quinta causa de discapacidad para las personas entre los 15 y 44 años y la novena causa de discapacidad entre las personas de todas las edades (Lorich, Vázquez, Álvarez y Tamayo, 2012). Por esta razón, he considerado imprescindible diseñar una propuesta de intervención psicosocial centrada en la recuperación funcional de personas con trastorno bipolar, en el intento de que este diagnóstico no sea el condicionante de sus vidas.

Tomando como punto de partida el papel clave que ejerce la farmacología en la estabilización de descompensaciones y en el mantenimiento de cierto equilibrio exento de sintomatología, lo cierto es que por el tipo de trastorno, su curso y desarrollo, el

trastorno bipolar requiere de una intervención más integral, que propiamente promueva que esta psicopatología no tenga porque acontecer discapacitante.

El número de recaídas, las hospitalizaciones, las dificultades a nivel socio-laboral, entre otras cuestiones, junto con el estigma social aun perenne en nuestra sociedad, avalan la planificación de un proyecto que acompañe a estas personas en su proceso de recuperación funcional ¿Y esto qué quiere decir? Supone hacer partícipe a la persona de su proceso de recuperación, de las capacidades que posee para llevarlo a cabo, de que disponga de estrategias para poder realizarlo... Supone caminar cerca de ella durante un tiempo determinado, para hacer que el inicio de ese recorrido se perciba como más seguro, más posible.

Por otro lado, en el campo de la salud mental, el grado de afectación de los diferentes trastornos resulta ser variable. En el caso concreto del trastorno bipolar, tal y como veremos, efectivamente, puede llegar a repercutir gravemente en el recorrido vital de la persona, siendo discapacitante para ésta, pero por el contrario, también puede mantenerse de forma latente y sin causar deterioro a nivel social o laboral. En este sentido, la recuperación funcional de una persona irá íntimamente ligada a su grado de afectación y los resultados no podrán ser comparables con otra. Sin embargo, he querido desarrollar una propuesta de intervención que englobe al máximo de personas posibles, estableciendo tres perfiles de destinatarios directos de la intervención, dado que el acompañamiento en la recuperación funcional, en todos los casos, es necesaria.

Tras hospitalizaciones, algunas personas acceden a recursos especializados, como son los hospitales de día o centros de día, con la finalidad de seguir un proceso de rehabilitación. Por el contrario, otros vuelven a su domicilio, disponiendo del mero seguimiento de su psiquiatra de referencia. Estos supuestos, inevitablemente, hacen cuestionarme si la atención ofrecida a estas personas es la más adecuada, o si por el contrario limita dicho proceso de recuperación funcional.

Al concebir como dificultoso la vuelta a la rutina, a los estudios o trabajo, a las relaciones sociales, etc., no concibo que el propio afectado y su entorno más próximo tengan que enfrentarse a ello en soledad. Así como tampoco concibo recursos donde no planifican sus sesiones sin tener en cuenta a la persona destinataria de éstas ¿Cómo facilitar la recuperación funcional si la persona tiene tres mañanas ocupadas a la

semana? ¿Cómo fomentar una participación activa en la sociedad estableciendo unos horarios tan inflexibles?

En estos primeros párrafos, he querido recoger aquellos aspectos más relevantes que me condujeron a la elaboración del proyecto *La búsqueda del equilibrio emocional*, un proyecto que agrupa intervenciones psicosociales de probada eficacia, procurando que sean accesibles y adaptadas, esta vez sí, a las necesidades de las personas afectadas por trastorno bipolar.

2. MARCO TEÓRICO Y JURÍDICO

2.1. Consideraciones previas. La salud mental

La definición actual de salud de la OMS, citada en el Preámbulo de su Constitución, firmada por 61 Estados en 1946, describe dicho concepto como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” En ese momento, este enunciado tuvo gran trascendencia por su carácter innovador y positivo al superar la definición negativa de salud como ausencia de enfermedad, incluyendo además las esferas física, mental y social. No obstante, ha sido criticada durante más de 60 años, por su enfoque subjetivo y utópico, puesto que, ¿es posible llegar a un “estado completo de bienestar”?, ¿hablamos de la existencia de un “bienestar universal”? A pesar de ello, esta definición no ha sido modificada desde entonces.

Por otro lado, un informe de la OMS, titulado *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica* (2004), menciona que, aun considerando que no existe una definición oficial sobre salud mental, dado que “las diferencias en los valores entre países, culturas, clases y géneros pueden parecer demasiado grandes para permitir un consenso”, la OMS propone el siguiente significado de salud mental: “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”

De esta manera, tanto la salud física como la salud mental, quedan definidas no sólo por la ausencia de enfermedades y trastornos mentales, sino como la situación de equilibrio que el individuo establece consigo mismo y todo aquello que le rodea.

Asimismo, Tizón (1998) señala algunos motivos que no aconsejan la dicotomía entre salud física y salud mental; en el momento que hay una enfermedad física, las capacidades psicológicas y las formas de relación se ven afectadas. Por otro lado, una gran parte de los problemas psicológicos se manifiestan, frecuentemente, mediante síntomas somáticos (insomnio, taquicardia, cefalea, etc.). En este sentido, Ugalde y Lluch (1991) afirman que los estados emocionales y afectivos también producen reacciones fisiológicas que pueden generar problemas psicósomáticos. Desde esta

perspectiva, debe considerarse la salud como un concepto global y, por tanto, la salud mental se concibe como un componente de la salud general.

Sin embargo, a pesar de no ser posible la separación entre salud física y salud mental dado que son términos complementarios, parece ir íntimamente ligado el concepto de estigma social al de trastornos mentales (exceptuando, por ejemplo, patologías como el VIH o toxicomanías). Goffman (1963) considera el estigma como un atributo profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo (citado en Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009). En este sentido, el dossier *Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental* (Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, 2013) describe el estigma como una “marca” que vincula una persona o un colectivo con una serie de características o comportamientos, sean reales o ficticios, que se apartan de la norma y que, por lo tanto, son considerados como indeseables y prosigue afirmando que este etiquetado, implica una separación entre “nosotros” y “ellos”. A su vez, esta separación implica que “ellos” son fundamentalmente diferentes a “nosotros”.

2.2. Marco legislativo

Tal y como hemos visto en el apartado anterior, el concepto de salud debe entenderse en su sentido más amplio, no pudiendo disgregar este término en dos; salud física-salud mental. Es por ello que parte de la normativa existente no discierne entre una y otra. Podemos encontrar legislación relativa a la salud, sin especificaciones referentes a la salud mental. No obstante, veremos a continuación como, especialmente, a nivel europeo, se han dictaminado estrategias en el ámbito concreto de la salud mental.

Entre las normas jurídicas y sociales que abarcan la protección sanitaria y social de las personas con trastorno mental, destacamos las siguientes:

A nivel Europeo

- **Declaración Europea de Salud Mental (2005):** Declaración europea, en la que los ministros de sanidad de los estados miembros reconocieron la salud mental como aspecto fundamental para conseguir una buena calidad de vida. Por ello, redactaron una serie de prioridades, acciones y responsabilidades a llevar a cabo

en materia de promoción de la salud mental. Es un documento fruto de la Conferencia de la OMS, celebrada en Helsinki del 12 al 15 de enero del año 2005.

- **Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental.** (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005): En su redactado considera que “la salud mental de la población europea es un elemento importante en la consecución de alguno de los objetivos estratégicos que la UE tiene fijados” (p. 3).
- **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.** (Naciones Unidas, 2006): Esta organización apunta que 650 millones de personas con discapacidad -alrededor del 10% de la población mundial- carecen de las oportunidades que tiene la población en general. Se enfrentan a un cúmulo de obstáculos físicos y sociales, como por ejemplo, conseguir empleo o integrarse en la sociedad y ser aceptados.

A nivel Estatal

- **Constitución Española** (1978): En primer lugar, en su Título Preliminar: principios generales, se establece que el Estado Español es un Estado Social y Democrático de Derecho. Es decir, el Estado asume la obligación de satisfacer una serie de prestaciones sociales, que a la vez el ciudadano puede reclamar. El Estado y sus poderes públicos han de dar respuesta a las necesidades más básicas, tales como la sanidad, educación, sistema de pensiones, etc. Seguidamente, en el Título Primero, Capítulo III de los Principios Rectores de la Política Social y Económica, en su **art. 41** establece la Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales libres y suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. En el **art. 43** se garantiza el derecho a la protección a la salud. Por último, en su **art. 49** se prevé una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos.

- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad:** En su **art. 20**, sobre salud mental, contempla la necesidad de integrar las actuaciones relativas de salud mental dentro del sistema sanitario general. Y para ello se observaran los siguientes principios.

“1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada **atención integral** de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la **atención a los problemas psicosociales** que acompañan a la pérdida de salud en general” (BOE, 1986, p. 15211).

- **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública:** Tiene como objetivo establecer una serie de directrices para que la población alcance y mantenga un nivel adecuado de salud, con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que influyan en ésta, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto individual como colectivamente.

A nivel Autonómico: Cataluña

- **Llei 15/1990, de 9 de juliol, d’Ordenació Sanitària de Catalunya:** De esta ley, destacamos el **art. 8**, en el cual, entre otras cuestiones, establece la atención psiquiátrica y la promoción, protección y mejora de la salud mental.

- **Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de Salut Pública:** Tiene como objetivo garantizar la vigilancia de la salud pública, la promoción de la salud individual y colectiva, la prevención de la enfermedad y la protección de la salud.
- **Pla de Salut de Catalunya (2011-2015):** Plan integral de salud en el que se contemplan guías actuación para la asistencia de problemas de salud en el ámbito autonómico, entre ellos, destacamos la atención en salud mental.
- **Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions (2014-2016):** Plan específico en el marco de la salud mental y las adicciones, el cual recoge el conjunto de dispositivos necesarios para la asistencia de personas con psicopatología.

2.3. Trastorno bipolar

Para poder adentrarnos en el estudio del trastorno bipolar, debemos considerar la siguiente definición de trastorno mental, descrita en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 2014) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA):

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente. (p. 20)

De tal definición, se desprende una distinción, a modo general, de los diferentes tipos de trastornos mentales; unos afectando más la cognición de la persona, otros a nivel emocional o afectivo y algunos condicionando en mayor medida el comportamiento del sujeto.

Como ya sabemos, el presente proyecto está dirigido a personas diagnosticadas de trastorno bipolar. Más adelante veremos que el DSM-5 dedica un capítulo exclusivo para dicho trastorno, pero en cambio, si observamos en la siguiente tabla, la última actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10), podemos ver que el trastorno bipolar está situado, junto con otros trastornos del estado de ánimo, bajo la agrupación de *trastornos del humor* (Requena, 2004).

Trastornos del humor
Episodio maníaco
Trastorno bipolar
Episodio depresivo
Trastorno depresivo recurrente
Trastorno del humor (afectivo) persistente
Trastorno ciclotímico
Otros trastornos del humor (afectivos)
Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

Adaptación de Requena, (2004).

Pues, con el nombre de trastornos del estado de ánimo, se agrupan aquellos trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor o la afectividad, ya sea en el sentido de gran tristeza ya sea en el sentido de alegría desmesurada o euforia, sin que las circunstancias lo justifiquen (Requena y Sáez, 2009).

El ser humano además de mantener a lo largo del día un cierto tono vital, en el momento que los estímulos externos, aún puedan justificar cambios extremos de su estado anímico, a nivel biológico, dispone de mecanismos que regulan estas fluctuaciones para que cuando a alguien “le toca la lotería” no viva en las nubes eternamente, o que por el

contrario, cuando una persona padece una pérdida, ésta pueda reponerse pasado un tiempo determinado. Siempre con el objetivo de que las áreas social, laboral o somática no se vean afectadas y el sujeto vuelva a un estado anímico «normal». Por todo ello, en ambos casos, estaríamos refiriéndonos a lo que se denomina eutimia, concepto clave para comprender los trastornos observados en la Tabla 1, y en especial, las modificaciones en el estado anímico que se producen en el trastorno bipolar (Vieta, Colom y Martínez, 1999; Requena, 2004).

2.3.1. Antecedentes históricos

La presencia de estados anímicos alternantes, eufóricos y de tristeza, en una misma persona, se han pretendido explicar desde los orígenes de la Medicina. Así, los intentos más remotos de comprender científicamente la depresión se deben a Hipócrates (siglo IV a. C.), el cual empleaba el término *melancolía* para referirse a estados de inhibición y tristeza. Para Hipócrates la melancolía se originaba por desequilibrios en la secreción de bilis negra, o bien por una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo que daría lugar a restos tóxicos. Esta *concepción humoral*¹ de los trastornos mentales se conservará prácticamente intacta en la medicina occidental hasta el siglo XIX, momento en que se empieza a utilizar la palabra depresión como término diagnóstico (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

Por otro lado, el término *manía* también tiene su origen en los escritos de Hipócrates, al utilizarlo para describir a pacientes con estados delirantes psicóticos, que diferenciaba del denominado delirio, pues no cursaban con fiebre. No obstante, era un término que no estaba relacionado con el estado del ánimo (Belloch et al. 2009).

Areteo de Capadocia (siglo II d. C.) observó casos de agitación maníaca e inhibición alternantes en un mismo sujeto. Siguiendo la doctrina hipocrática, atribuía esta condición a desequilibrios humorales. Aunque van apareciendo a lo largo de la historia descripciones de estados de ánimo deprimidos y agitados o expansivos, es a mediados del siglo XIX cuando Falret y Baillarger describen con mayor precisión pacientes que presentan síntomas depresivos y maníacos de forma circular (Jackson, 1986; Perris,

¹Doctrina hipocrática que consideraba que todas las partes del organismo estaban compuestas por mezclas en proporciones variables de cuatro humores del organismo: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema o pituita.

1985). El cambio conceptual fundamental, introduciendo el término de *psicosis manicodepresiva*, lo propuso el psiquiatra alemán Kraepelin a finales del siglo XIX, seguramente influenciado por las observaciones de Falret y Baillarger (citado en Belloch et al. 2009).

Kraepelin en 1896 diferenció la *demencia precoz* de la *psicosis maniicodepresiva*, estableciendo una dicotomía entre lo que actualmente se conoce como esquizofrenia y trastorno bipolar. Aquellas dos enfermedades se diferencian por su historia familiar, su curso y su gravedad (Perris, 1985): las personas maniicodepresivas tendrían mayores antecedentes de enfermedad, menor gravedad y un curso menos crónico. Sin embargo, el término maniicodepresivo de Kraepelin incluía cuadros que en la actualidad se diferencian del trastorno bipolar; como la denominada depresión mayor o la distimia. En este sentido, él afirmaba que incluía “todos los casos de excesos en la afectividad”. Fue otro psiquiatra alemán, Karl Leonhard, quien en 1957 separó los trastornos afectivos en *bipolar* (personas con trastorno maníaco-depresivo o circulares) y *monopolar* (personas con historia sólo de depresión o sólo de manía). Esta diferenciación superó el concepto genérico de maniicodepresivo, aun así, dista de la actual concepción de trastorno bipolar (citado en Belloch et al. 2009).

Posteriormente, después de los estudios de Perris en Suecia, de Augst en Suiza y de Winokur en Estados Unidos, el término bipolar quedaría definitivamente incorporado en los sistemas de clasificación haciendo referencia a aquellos casos en los que curse o haya cursado un episodio de manía o de *hipomanía* (citado en Belloch et al. 2009).

Finalmente, Fieve y Dunner (1975) dividieron los trastornos bipolares según la gravedad de los episodios de euforia y diferenciaron entre trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico (citado en Requena y Sáez, 2009).

2.3.2. Concepción actual de trastorno bipolar

El trastorno bipolar (TB) consiste en una alteración de los mecanismos que regulan el estado del ánimo, de forma que los cambios habituales que experimenta cualquier persona en su tono vital, se acentúan, siendo de duración variable y cuya intensidad a veces requiere hospitalización (Vieta et al. 1999). Se caracteriza por la presencia de episodios de tristeza patológica (depresión) y de episodios de euforia (manía o

hipomanía) en la misma persona. Algunas personas afectadas, también presentan *fases mixtas* en las que se entremezclan síntomas de depresión y síntomas de euforia.

Basándonos en el DSM-5, dentro del capítulo dedicado al trastorno bipolar y trastornos relacionados, destacan los siguientes diagnósticos: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, trastorno bipolar y trastornos relacionados debido a otra afección médica, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, y trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.

No obstante la clasificación anterior, en este proyecto nos centraremos en el diagnóstico de trastorno bipolar I (TB-I) y en el de trastorno bipolar II (TB-II), dado su origen psicopatológico y su gravedad.

Esta última condición excluye al trastorno ciclotímico, aún tratándose de un trastorno con origen también psicopatológico. Éste se caracteriza por ser una alteración crónica y fluctuante del estado del ánimo; durante dos años como mínimo ha habido numerosos periodos con sintomatología hipomaníaca y depresiva, sin cumplir los criterios para un episodio hipomaníaco o de depresión mayor. Al presentar sintomatología persistentemente y ser de menor gravedad, como hemos mencionado, y en consecuencia provocar un afectación menor a nivel social, laboral, etc., a diferencia de lo que ocurre con el TB-I o TB-II, se excluye de la participación en este proyecto.

De la misma manera, aquellas personas diagnosticadas de TB-I o TB-II que cursan con *ciclos rápidos*² no se incluirán en dicho proyecto, pues, consideramos que la recuperación funcional y el retorno a los niveles premórbidos entre episodios tan frecuentes puede resultar aún más complejo, precisando probablemente otro tipo de intervención.

2.3.3. Trastorno bipolar I

El TB-I se caracteriza por la presentación de al menos un episodio de manía. Aunque, antes o después de dicho episodio, pueden haber existido episodios hipomaníacos o

²Presencia de al menos cuatro episodios del estado de ánimo en los 12 meses anteriores que cumplen los criterios para episodio maníaco, hipomaníaco o de depresión mayor (DSM-5).

episodios de depresión mayor. El DSM-5 especifica que estos tres episodios pueden cursar con características mixtas.

Veamos, a continuación gráficamente, esta fluctuación anímica mediante la siguiente figura:

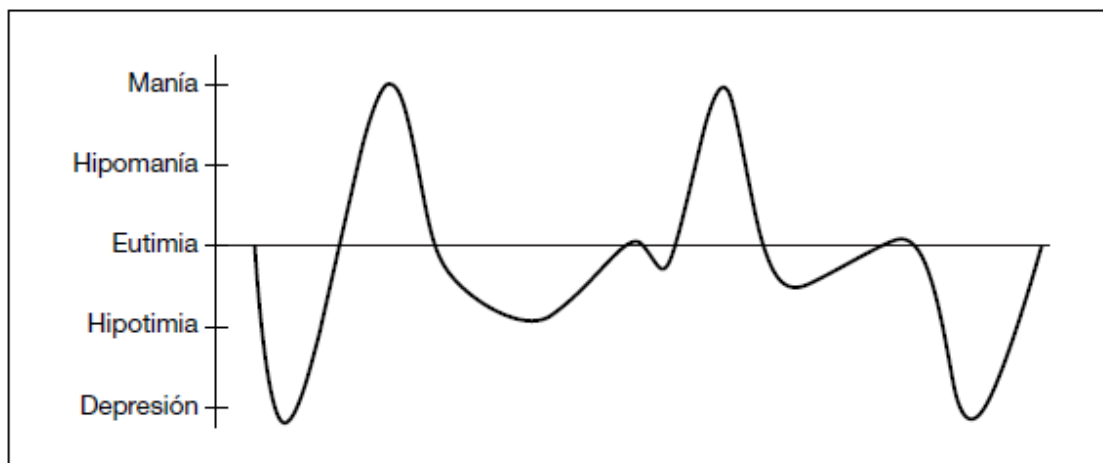


Figura 1. Ejemplo de la fluctuación del estado anímico en TB-I en un periodo de diez años.

- **Características clínicas y criterios diagnósticos**

Episodio maníaco

Anteriormente hemos ido mencionado el término manía refiriéndonos a una fase de euforia patológica, puesto que la exaltación del humor no puede explicarse mediante una situación externa que provoque tal desadaptación (Jarne, Talarn, Armayores, Horta y Requena, 2006).

No obstante, la euforia no es el único síntoma o el que se presenta con mayor frecuencia. Para Colom y Vieta (2008) el síntoma que mejor define la fase maníaca es la exaltación emocional. La manía actúa como un amplificador de cualquier emoción, pues el afectado siente todas las emociones con una intensidad desproporcionada. “No únicamente la alegría, también la tristeza o la ira se intensifican” (p. 90).

La persona tiene la impresión de ser más sensible a todo, de percibir de forma más intensa cualquier sensación, sentimiento, percepción o deseo.

A continuación podemos observar en la siguiente tabla la sintomatología más característica:

Tabla 2. <i>Síntomas del trastorno bipolar I y frecuencia en fase maníaca.</i>	
	FRECUENCIA (%)
Irritabilidad	100
Hiperactividad	100
Locuacidad	100
Ideas de grandeza	100
Euforia	90
Disminución del sueño	90
Aumento del impulso sexual	80
Aceleración del pensamiento	75
Ideas delirantes	65
Alucinaciones	40

Fuente: *La malaltia de les emocions* (Vieta et al. 1999).

El inicio de la fase maníaca se experimenta frecuentemente de manera agradable, hasta el punto que determinadas personas dicen sentirse «mejor que nunca», pues se trata de uno los pocos cuadros psicopatológicos de tipo egosintónico, es decir que la persona no sufre por los síntomas que presenta (Jarne et al. 2006).

Esta sensación placentera se verá incrementada si el sujeto en cuestión acaba de pasar por una depresión. “Aquest és un dels problemes capdals de la mania: la manca de consciència de malaltia [...] Això també comporta que molts pacients es neguin a tractar-se o abandonin el tractament que ja prenen, convençuts que ja no el necessiten” (Vieta et al., 1999, p. 23).

Con el fin de adentrarnos en la clínica de la fase maníaca, debemos considerar los criterios diagnósticos expuestos a continuación.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de episodio maníaco según el DSM-5

A. Un período bien diferenciado de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

<p>B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado del ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza. 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansando después de sólo tres horas de sueño). 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación. 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad. 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa. 6. Aumento de la actividad dirigida a un objeto (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo). 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
--	--

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otras afección médica.

Adaptación de APA, (2014).

En este sentido, observando la tabla anterior, se puede afirmar que lo que caracteriza fundamentalmente la manía es la expansividad anímica, la persistencia de un estado anímico elevado o irritable y el aumento de la actividad o energía, la cual resulta inagotable aparentemente (Criterio A). Jarne et al. (2006) mencionan que esta necesidad imperiosa de actividad resulta infructífera al no estar guiada por objetivos y verse muy influida por la labilidad de atención (la persona va y viene) no hay continuidad en la acción. En su grado máximo, esta hiperactividad general puede presentarse en forma de agitación psicomotriz (Criterio B6).

Bajo esta condición, un persona puede estar sin apenas dormir durante semanas (Criterio B2), haciendo planes o desarrollando proyectos gigantescos (Belloch et al. 2009).

La sobrevaloración de las propias capacidades, influenciada por una autoestima elevada (Criterio B1), según Vieta et al. (1999), puede conllevar a la toma de decisiones arriesgadas, a emprender negocios ruinosos, a realizar compras innecesarias o regalos sin sentido (Criterio B7). Tal desinhibición de los impulsos y falta de juicio crítico, puede dar lugar a un comportamiento social inapropiado, provocar promiscuidad sexual e infidelidades, sin considerar los riesgos y sus consecuencias.

Por ello, es probable que este estado de exaltación patológica comporte problemas a nivel personal, social y laboral, como el derroche de capital o repercusiones laborales, en las relaciones familiares y sociales (Criterio C). Pues, este tipo de conductas suelen generar notables dificultades en el sujeto cuando se recupera (sentimientos de vergüenza o culpa, así como pérdidas económicas importantes). Por otro lado, a causa de la alta recurrencia del trastorno, las relaciones familiares y de amistad se ven muy afectadas (Jarne et al. 2006).

Belloch et al. (2009) afirman que una persona en estado maníaco suele hablar sin parar, *logorrea* (Criterio B3), saltando de un tema a otro ya que le es muy difícil mantener su atención, pues ésta fluctúa de foco de interés en cuestión de segundos (Criterio B5). Además tiene la sensación de que sus pensamientos se agolpan a una extraordinaria velocidad (taquipsíquica) y van más deprisa de lo que puede expresarlos, *fuga de ideas* (Criterio B4). Cuando se produce la fuga de ideas, el lenguaje llega a ser totalmente desorganizado e incoherente.

Dado que los procesos cognitivos durante los episodios maníacos se caracterizan por la aceleración ya mencionada, se produce una gran actividad imaginativa acompañada de ideas sobrevaloradas que pueden alcanzar un carácter delirante (como la creencia de poseer capacidades especiales, de identidad grandiosa, de riqueza, o mesiánicos). En algunos casos las ideas de grandeza pueden dar lugar a delirios de persecución (Jarne et al. 2006).

Los fenómenos de supuesta telepatía, o que la televisión o los periódicos hablan del sujeto (delirio autoreferencial), pueden desarrollarse en esta fase del trastorno. También pueden presentarse alucinaciones, de contenido grandioso, como por ejemplo alucinaciones auditivas que aseguran que la persona es el “mesías”. Los síntomas psicóticos se manifiestan en el 70% aproximadamente de las personas diagnosticadas de TB-I (Vieta et al. 1999).

Episodio hipomaníaco

Como su nombre indica, la hipomanía es una presentación atenuada de la manía. En general, los síntomas pueden ser los mismos que en el caso de la manía, pero de menor intensidad.

Además, existe una clara diferenciación; los síntomas psicóticos. En la hipomanía nunca se pueden presentar síntomas psicóticos. De hecho, si se presentan, se cambia el diagnóstico por el de manía (Criterio E). Además, “la falta de contacto con la realidad no es tan grande como para provocar una clara desadaptación social o laboral, o para requerirla hospitalización” (Requena y Sáez, 2009).

Del mismo modo que ocurría en el episodio maníaco (especialmente durante el inicio), en el hipomaníaco la persona no es consciente de estar inmerso en tal episodio, más si cabe cuando hace relativamente poco que acaba de pasar un episodio depresivo mayor. Incluso familiares y amigos lo pueden atribuir a una recuperación de éste (Colom y Vieta, 2008).

Veamos a continuación, mediante la siguiente tabla, los criterios diagnósticos para la hipomanía.

Tabla 4. *Criterios diagnósticos de episodio hipomaniaco según el DSM-5*

<p>A. Un período bien diferenciado de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.</p>	
<p>B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado del ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y ha estado presentes en un grado significativo:</p>	<p>*Misma sintomatología (1), (2), (3), (4), (5), (6) y (7) que en el episodio maniaco, descrita en la Tabla 2.</p>
<p>C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.</p>	
<p>D. La alteración del estado del ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.</p>	
<p>E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maniaco.</p>	
<p>F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).</p>	

Adaptación de APA, (2014).

De hecho, la hipomanía puede resultar un estado extremadamente agradable; incremento de la actividad sin fatiga, estar más creativo y divertido, tener más éxito social, mejor rendimiento laboral, etc. El problema es que la hipomanía es un estado muy inestable, tal y como refleja la publicación de Colom y Vieta (2008), aquello que en un principio era agilidad mental rápidamente se convierte en confusión y fuga de ideas, lo que era un agradable aumento de energía en inquietud, el incremento de sociabilidad en una conducta social inadecuada, las ideas brillantes pueden convertirse bruscamente en síntomas psicóticos, etc.

Cabe añadir que esta situación no siempre se presenta de tal forma; la hipomanía tiende de manera acusada a empeorar y convertirse en manía en el TB-I, en cambio puede transformarse de improviso en un episodio de depresión mayor, en especial en el TB-II (Vieta et al. 1999).

Episodio de depresión mayor

Del mismo modo que en el episodio maníaco o hipomaníaco, el estado anímico deprimido no puede explicarse por estímulos externos o acontecimientos, pues en este caso nos referimos a aquella tristeza de carácter patológico. Previamente a la descripción de la clínica de la fase depresiva, podemos observar en la siguiente tabla la sintomatología más frecuente:

Tabla 5. Síntomas del trastorno bipolar I y frecuencia en fase depresiva.	
	FRECUENCIA (%)
Desánimo	100
Pérdida del apetito	97
Baja autoestima	91
Falta de concentración	91
Ideas de suicidio	82
Inhibición psicomotriz	82
Insomnio	80
Fatiga	75
Inquietud	75
Molestias físicas	66
Ideas delirantes	30
Alucinaciones	15

Fuente: *La malaltia de les emocions* (Vieta et al. 1999).

La sintomatología depresiva que presenta una persona con TB-I o TB-II y una persona con trastorno de depresión mayor no difieren (Jarne et al. 2006). Los episodios depresivos, en los TB, adquieren las características de un episodio de depresión mayor, tal y como podemos observar a continuación.

Tabla 6. *Criterios diagnósticos de episodio de depresión mayor según el DSM-5*

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) o (2):</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>	

Adaptación de APA, (2014).

En un episodio de depresión mayor, los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad son habituales, así como la sensación de vacío (Criterio A1). Además, diversas publicaciones (Belloch et al., 2009; Colom y Vieta, 2008) coinciden

en considerar que es característica la incapacidad de vivencia de emociones positivas así como la pérdida de interés por aquellas actividades que resultaban placenteras y la disminución en la capacidad de disfrute, llamado anhedonia (Criterio A2). A la vez, debido a la apatía, la fatiga y la falta de energía (Criterio A6), según Colom y Vieta (2008), la persona deprimida puede encontrar tremendamente difícil llevar a cabo pequeñas tareas que en otro momento no le representarían dificultad alguna, como levantarse de la cama, asearse, mantener una actividad laboral o académica, etc., que juntamente con las dificultades cognitivas que veremos a continuación, comportan importantes repercusiones sociales y laborales o en otras áreas del funcionamiento (Criterio B).

En este sentido, Belloch et al. (2009) describen que, en su forma más grave, el estado de inhibición conductual se conoce como *retardo psicomotor*; un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta. En casos extremos, este retardo puede llegar al «estupor depresivo», un estado caracterizado por mutismo y parálisis motora casi totales, muy similar al estupor catatónico. La presentación de cambios psicomotores que pueden acontecer, además de poder provocar retraso psicomotor pueden incluir agitación (Criterio A5); imposibilidad de estar sentado o quieto, caminar de un lado al otro, retorcerse las manos, etc. (APA, 2014).

Durante la depresión suele haber un cierto descenso del rendimiento cognitivo; la memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden resentirse drásticamente, incapacitando la toma de decisiones (Criterio A8), así como el desempeño de las tareas cotidianas (Belloch et al., 2009; Colom y Vieta, 2008), como hemos mencionado anteriormente. A la vez, se observa bradipsíquia, pues la velocidad del pensamiento disminuye notoriamente (Jarne et al. 2006).

Por otro lado, el contenido del pensamiento está marcado por el pesimismo y por la baja autoestima (Requena, 2004). En consecuencia, suelen acontecer sentimientos de inutilidad o de culpa (Criterio A7), pues es posible que se den “evaluaciones negativas, fuera de la realidad, de la propia valía, preocupaciones de culpa y rumiaciones sobre pequeños errores del pasado” (APA, 2014, p. 164). En este sentido, puede darse una visión catastrofista en la que «todo va mal y todo irá aún peor»; la propia percepción de “fracaso” actual dará lugar a la predicción de un supuesto fracaso futuro (Colom y

Vieta, 2008). Además, a menudo se malinterpretan los acontecimientos diarios, triviales, como si éstos reafirmaran los propios defectos personales; el grado de responsabilidad ante ellos es excesivo (APA, 2014).

En definitiva, “así es como la depresión invade no sólo la totalidad del tiempo presente de quien la padece, sino también su pasado y su futuro, convirtiéndose, por eterna, en una vivencia aún más dolorosa si cabe” (Colom y Vieta, 2008, p. 64). Es por ello que, según Vieta et al. (1999) es relativamente común que aparezcan ideas de muerte y planes o ideas de suicidio (Criterio A9).

Cabe precisar que, las ideas de inutilidad o de culpa, puede llegar a tener carácter psicótico (Criterio A7). Es más frecuente que estos síntomas psicóticos se manifiesten mediante delirios de culpa, de ruina, de inutilidad o de enfermedad, aunque también pueden presentarse alucinaciones auditivas o visuales (Vieta et al. 1999).

Tampoco podemos obviar otros síntomas como el insomnio o hipersomnia (Criterio A4), dado que las alteraciones del sueño afectan a un 70-80% de las personas que sufren episodios depresivos; “normalmente se trata de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche o despertar precoz), si bien en un pequeño porcentaje de pacientes puede darse hipersomnia (normalmente bajo la forma de somnolencia diurna)” (Belloch et al., 2009, p. 242).

A su vez, se pueden presentar alteraciones en el apetito y disminución o aumento de peso (Criterio A3); unos tienen que esforzarse para comer, mientras que otros suelen comer más pudiendo tener ansia de determinadas comidas –por ejemplo dulces u otros hidratos de carbono-, cuando los cambios son graves, existe una pérdida o ganancia de peso significativa (APA, 2014). Belloch et al. (2009) aseguran que también es frecuente la manifestación de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, etc.).

Finalmente, tal y como Vieta et al. (1999) consideran, debemos tener en cuenta que durante la fase depresiva es usual que los síntomas sean menos intensos por la tarde que por la mañana, fomentando la falsa creencia de “contra más tarde me levante, cuando lo haga, me encontraré mejor”.

Episodio con características mixtas

Entre las innovaciones del DSM-5, encontramos el especificador de características mixtas aplicable al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo, por lo tanto, atribuible tanto al TB-I como al TB-II. Deben cumplirse los criterios para uno de los episodios; por ejemplo de un episodio depresivo mayor. A la vez, deben presentarse al menos tres síntomas maníacos/hipomaníacos (APA, 2014).

La sucesión de diferentes estados de ánimo; tristeza, euforia, irritabilidad, etc., es muy rápida a lo largo de un mismo día. Como hemos podido observar, se mezclan síntomas de la depresión (pensamientos negativos, ideas de muerte, etc.) con síntomas maníacos/hipomaníacos (inquietud, dificultad para dormir, aceleración del pensamiento, etc.). Por este motivo puede considerarse un estado que provoca gran sufrimiento a quien lo padece e implica un alto riesgo de suicidio y problemas sociales (Colom y Vieta, 2008).

- **Desarrollo y curso**

Según el DSM-5, la edad media de comienzo del primer episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor es aproximadamente de 18 años para el TB-I. Vieta et al. (1999) consideran que es frecuente que las personas diagnosticadas de TB-I hayan ingresado al menos una vez entre los veinte y treinta años a causa de algún episodio. En todo caso, el comienzo del trastorno puede ser a lo largo de todo el ciclo vital (APA, 2014).

Hablamos de un trastorno altamente recurrente puesto que más de un 90% de las personas que han tenido un episodio maníaco volverán a presentar otros (APA, 2014; Requena, 2004). Aproximadamente el 60% de los episodios maníacos ocurre inmediatamente antes de un episodio depresivo mayor (APA, 2014). No obstante, también puede darse a la inversa, ya que la aparición de los episodios maníacos puede ser a veces lenta y progresiva. Personas que parecen salir de una fase depresiva, muestran cada vez más autoconfianza, se muestran menos tristes, pero poco a poco, casi inadvertidamente, pueden comenzar a mostrar síntomas hipomaníacos o maníacos. Aunque, normalmente los episodios suelen aparecer de forma aguda, variando su presentación entre días o semanas según el sujeto (Belloch et al. 2009).

Exceptuando el curso de TB-I con ciclos rápidos, a lo largo de ciclo vital de una persona, ésta acostumbra a presentar una media de ocho episodios afectivos, siendo esta fluctuación del estado anímico para Perris (1985) una característica intrínseca del TB (citado en Belloch et al. 2009).

De hecho, estamos hablando de un trastorno que cursa por fases, durante las cuales la persona *puede* alcanzar un estado eutímico y retornar a los niveles premórbidos de funcionamiento. Sin embargo, existen matices.

Según la *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno Bipolar* (2012) es preciso diferenciar entre recuperación sindrómica (ausencia de episodio afectivo con criterios diagnósticos), sintomática (ausencia de síntomas desde una perspectiva dimensional) y funcional (regreso al nivel previo laboral y psicosocial). En este sentido Kecket al. (1998) valoraron que pasado un año del primer episodio de manía, el 48% de los sujetos tenía una recuperación sindrómica, un 26% presentaba una recuperación sintomática y sólo un 24% alcanzaba una recuperación funcional (citado en Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012).

Con ello, probablemente queda atrás, una visión “optimista” del trastorno, según la cual, la recuperación anímica del sujeto lo retornaba a su nivel funcional previo. Citando la anterior publicación, “de esta forma, la evolución del paciente bipolar ya no queda sólo determinada por la evaluación de las características clínicas (tasas de hospitalización, reducción de síntomas, etc.) sino por medidas de adaptación psicosocial y de calidad de vida” (p. 60). El DSM-5 también plantea que la recuperación funcional es más tardía que la sintomática, especialmente en el área ocupacional, aun considerando que son muchos los individuos con TB que recuperan un nivel funcional completo entre los episodios (APA, 2014).

A nivel clínico, en cuanto a la velocidad de recuperación de los diferentes episodios – exceptuando la hipomanía al no estar incluida en el estudio-, Hirschfeld y Goodwin (1989) precisaron que el tiempo medio de recuperación para el episodio maníaco se sitúa en cinco semanas, para el episodio depresivo en nueve semanas y para los episodios con características mixtas en catorce semanas (citado en Belloch et al. 2009).

Hemos visto en la clínica del TB-I, concretamente durante el episodio hipomaniaco, como la hipomanía (sintomatología de menor intensidad, con una presentación de los síntomas más atenuada) no empeorará convirtiéndose en un episodio de manía en el caso del TB-II y tampoco cursará con síntomas psicóticos puesto que entonces también estaríamos hablando de un episodio maniaco, sintomatología característica del diagnóstico de TB-I (Vieta et al. 1999). Aunque el cambio del estado de ánimo podrá ser observable por terceras personas, pues éste no será característico del individuo cuando no presenta los síntomas hipomaniacos, el episodio no será suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización (APA, 2014).

No obstante, el episodio hipomaniaco puede tornarse de improviso en un episodio de depresión mayor, especialmente en el TB-II (Vieta et al. 1999). Éstos, siendo de igual gravedad e intensidad que en el TB-I, también podrán cursar con síntomas psicóticos, pero sólo se presentarán dentro de la fase depresiva, como hemos mencionado.

Si comparáramos la intensidad de los síntomas de los episodios eufóricos (manía versus hipomanía), coincidiríamos en afirmar –tal y como se llevaba afirmando pocos años atrás- que el TB-I es de mayor gravedad que el TB-II. Sin embargo, no podemos obviar tal apreciación citada en el DSM-5:

A pesar de las diferencias sustanciales de duración y gravedad entre un episodio maniaco y uno hipomaniaco, el trastorno bipolar II no es una forma leve de trastorno bipolar I. En comparación con los pacientes con trastorno bipolar I, los pacientes con trastorno bipolar II presentan mayor cronicidad y pasan, de promedio, más tiempo en la fase depresiva de su enfermedad lo que puede resultar grave y discapacitante (APA, 2014, p. 136).

- **Desarrollo y curso**

El DMS-5 apunta que la edad media de inicio del TB-II es hacia los 25 años, aunque puede darse a finales de la adolescencia o a lo largo de la edad adulta. Esto supone que la presentación del trastorno suele ser más tardía que en el TB-I. El primer episodio con el que suele iniciarse el TB-II es con un episodio depresivo mayor, no obstante no se reconoce como tal diagnóstico hasta la aparición de un episodio hipomaniaco. De

hecho, algunos sujetos presentan varios episodios depresivos antes del primer episodio de hipomanía (APA, 2014).

Se considera que el número de episodios a lo largo del ciclo vital es mayor en el TB-II (tanto de hipomanía como de depresión mayor). A pesar de que la sintomatología hipomaniaca es la que define este trastorno, el episodio que ciertamente provoca un deterioro grave a nivel funcional es el depresivo, siendo más reiterativo y discapacitante a lo largo del tiempo. Por otra parte, los periodos entre episodios suelen ser más cortos que en el TB-I, y según Colom y Vieta (2008) “en muchos casos, siguen presentándose algunos síntomas, generalmente leves, incluso en los teóricos periodos de eutimia” (p.167). Además debemos tener presente que, siendo el intervalo interepisódico más corto, éste tiende a disminuir con la edad en el curso del TB-II (APA, 2014).

Podemos observar que el TB-II no es una forma leve de TB, pues a pesar de gran parte los sujetos vuelven a un nivel completo de funcionamiento entre episodios afectivos, hay un 15% que presenta algún tipo de disfunción entre fases y para un 20% la recuperación interepisódica es inexistente, pasando de un episodio a otro (APA, 2014).

Parece ser que la concreción del diagnóstico de TB-II presenta dificultades, dado que el episodio hipomaniaco puede atribuirse a una mejora –tanto por parte de la propia persona como de su entorno- después de una fase depresiva. Por ello, es probable que la petición de atención médica sólo se dé en los episodios de depresión mayor. Este diagnóstico erróneo da lugar a un tratamiento inadecuado, como por ejemplo el abuso de antidepresivos, hecho que puede empeorar la evolución de dicho trastorno, presentando ciclos rápidos (Colom y Vieta, 2008).

Por otro lado, el DSM-5 estipula que entre un 5-15% de las personas con TB-II acabaran desarrollando un episodio maniaco, debiendo cambiar el diagnóstico por el de TB-I (APA, 2014).

En cuanto a la diferenciación de género, existen controversias, en función del tipo de muestras y el país de origen. Aun habiendo pocos indicios precisos en este sentido, algunas muestras clínicas indican que el TB-II es más frecuente en las mujeres que en los hombres (APA, 2014).

2.3.5. Prevalencia del trastorno bipolar tipo I y II

Según el DSM-5, la estimación de la prevalencia durante 12 meses en la zona continental de Estados Unidos fue del 0,6% para el TB-I. La prevalencia durante 12 meses en 11 países fue de 0 al 0,6% (APA, 2014). Para el DSM-IV la prevalencia del TB-I, del TB-II, junto con el TB sin especificar es del 1,8% en EE.UU. Concretamente se establece que el TB-II, en una prevalencia de 12 meses, es de 0,8%. A nivel internacional, es de un 0,3% (citado en APA, 2014).

No obstante, tal y como apuntaba Mendlewicz (1985), citado en Belloch et al. (2009), continua habiendo gran disparidad en los estudios realizados sobre el TB. Los porcentajes de prevalencia vital oscilan normalmente entre un 0.2 y un 1.2% en la población general; se ha venido afirmando que por término medio la prevalencia vital está en torno al 1% de la población general.

Sin embargo, estas cifras no engloban ni los casos de TB-II, así como tampoco los casos de trastorno ciclotímico, puesto que “apenas se han efectuado estudios epidemiológicos a gran escala. Si se tuviesen en cuenta estos grupos, las cifras epidemiológicas serían mayores que las señaladas” (Belloch et al. 2009, p. 261).

Esta apreciación también la compartieron Vieta et al. (1999), aunque aseguraban que, según estadísticas norteamericanas, el TB se presentaba cerca del 2% de la población en EE.UU. Consideraban que el 1% sólo puede referirse al TB-I, el 0,5% para el TB-II y otro 0,5% para el trastorno ciclotímico. Además, apuntaban que estudios europeos en los que se incluían también formas más leves del trastorno, las cifras podrían alcanzar hasta el 5%.

Posteriormente, dos de estos autores afirmaban que entre el 4% y el 6% de la población mundial sufre dicho trastorno (Colom y Vieta, 2008). En este sentido, podemos observar en la noticia publicada en la plataforma digital del *Diario Información* (2014) como el doctor Vieta asegura que en España hay unas 250.000 personas a las que se les ha diagnosticado algún tipo de TB, aunque “sin diagnosticar hay por lo menos el doble”.

2.3.6. Factores de riesgo y pronóstico para el trastorno bipolar tipo I y II

En la actualidad se describen los diferentes factores de riesgo y pronóstico del TB, agrupándolos según su naturaleza. Como veremos a continuación, estamos refiriéndonos a un trastorno al que se le atribuye una carga genética considerable, que hace aumentar la probabilidad de padecer un TB, pero a la vez se tienen en cuenta otros factores, como los ambientales y en especial, todos aquellos factores precipitantes que provocarían a una persona predispuesta genéticamente, a acabar manifestando el trastorno.

Factores ambientales: El TB es más frecuente en los países ricos que en los países pobres. Es común afirmar esto, dadas sus características de productividad y motivación desbordantes, más frecuentes en niveles socioeconómicos elevados (Hirschfeld y Goodwin, 1989; Cancro, 1985; Paykel, 1985). Por otro lado, existen mayores tasas de TB-I entre personas separadas, divorciadas y viudas que no entre personas casadas o que nunca lo han estado (APA, 2014; citado en Belloch et al. 2009).

Factores genéticos y fisiológicos: El factor de riesgo más relevante hallado hasta el momento es el de tener antecedentes familiares de TB. Según Akiskal et al. (1985) aproximadamente uno de cada tres hijos de estas personas muestran algún tipo de TB si alguno de los padres lo ha padecido, incrementándose aún más el riesgo si ambos padres presentan el trastorno (citado en Belloch et al. 2009). Este riesgo también tiende a ser mayor entre los familiares de las personas que presentan TB-II (APA, 2014).

Por otro lado, en general los datos de los que se dispone tampoco dejan claro si el tipo de personalidad previa afecta al curso, a la gravedad o a la frecuencia de los diferentes tipos de TB cuando éstos aparecen de un modo pleno (Akiskal et al. 1983; Von Zerssen, 1985). Aunque se han efectuado estudios sobre factores estresantes, factores de personalidad, etc. (Hirschfeld et al. 1986), no existen datos que permitan identificar otros factores de riesgo relevantes (citado en Belloch et at. 2009).

Aun así, entendiendo el TB desde una perspectiva biopsicosocial, debemos tener en cuenta por un lado los factores genéticos, responsables de la vulnerabilidad de presentar el trastorno, pero también por otro lado, los factores precipitantes implicados tanto en su

inicio como en la aparición de nuevos episodios, siendo éste el caso del estrés. Además de factores genéticos, biológicos y ambientales, psicológicos y sociales, cabe destacar la importancia de los cambios estacionales, pues pueden llegar a influir considerablemente en la persona afectada (Colom y Vieta, 2004).

2.3.7. Riesgo de suicidio para el trastorno bipolar tipo I y II

Se estima que el riesgo de suicidio a lo largo del ciclo vital de las personas con TB es 15 veces superior al de la población general. El DSM-5 apunta que supone un cuarto de todos los suicidios consumados. “La historia previa de intentos de suicidio y el porcentaje de días con depresión en el último año se asocian a un mayor riesgo de intentos de suicidio o suicidios consumados” (APA, 2014, p. 131). Por ello, en este aspecto se deben tener en consideración los episodios depresivos y también, como apuntábamos en el correspondiente apartado, los episodios con características mixtas, siguiendo los argumentos de Colom y Vieta (2008) anteriormente citados.

Se considera que el riesgo de suicidio en ambos tipos de TB, es similar. No obstante, para Colom y Vieta (2008), los intentos de suicidio son de mayor gravedad médica en el caso del TB-I. Sin embargo, consideran que las personas con TB-II cometen más intentos. Recientemente, este tipo de afirmaciones difieren de los datos estadísticos publicados en la última edición del DSM. Este manual considera que el riesgo de suicidio es mayor en el TB-II, no obstante especifican que las tasas de prevalencia del intento de suicidio a lo largo de la vida son de un 32,4% para el TB-II y un 36,3% para el TB-I. Pues será la letalidad de los intentos (número de intentos consumados) mayor en el TB-II (APA, 2014).

2.3.8. Estudios y programas de intervención para el trastorno bipolar I y II

En las últimas décadas ha habido un creciente interés por el desarrollo de intervenciones psicosociales para el abordaje del TB. A ello ha contribuido la constatación de que los factores ambientales juegan un papel importante en el curso de la enfermedad, la baja adherencia terapéutica que presentan muchas de las personas afectadas, y el hecho de que la medicación no siempre asegura la ausencia de recaídas, de sintomatología

subsindrómica y/o de limitaciones en el funcionamiento. En este sentido, como veremos a continuación, son muchos los estudios que constatan la importancia de la combinación de ambas intervenciones, la clínica y la psicosocial, para que, además de tratar la sintomatología, incidamos en la parte más funcional de la persona (Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012).

Tras la investigación efectuada por Miklowitz (2010) sobre la psicoterapia coadyuvante para el TB y a partir de la revisión bibliográfica acerca de la validez empírica de las intervenciones psicosociales realizada por Lolich et al. (2012), así como de la síntesis disponible en la literatura sobre los tratamientos psicológicos -en particular en fases tempranas del trastorno- llevada a cabo por González et al. (2012), podemos observar que las intervenciones psicosociales tienen como objetivo la mejora funcional y la prevención de recaídas y recurrencias del TB, precisando que según las características clínicas se deberá aplicar un modelo u otro. Por otro lado, la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar* (2012), citada anteriormente, también describe las intervenciones en el abordaje TB de estos últimos años.

A continuación expondremos aquellas psicoterapias más valoradas por su eficacia, según los estudios sobre programas de intervención realizados, en los que principalmente han participado personas con TB-I.

Terapia interpersonal y del ritmo social

Planteada como una terapia individualizada y estructurada (Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012) se considera una adaptación de la psicoterapia interpersonal para la depresión. La terapia interpersonal y del ritmo social asocia el TB frecuentemente a un empobrecimiento del funcionamiento social, especialmente en las fases depresivas, y además valora las interrupciones de los ciclos de sueño/vigilia como posibles precipitantes de episodios maníacos. Por consiguiente, este tipo de terapia, tiene como objetivos potenciar la resolución de conflictos o carencias interpersonales y estabilizar los ritmos sociales; cuándo levantarse, cuándo irse a dormir, cuánta actividad física o vida social llevar, etc. (Miklowitz, 2010). Estableciendo la importancia que tienen las relaciones sociales, la terapia interpersonal y del ritmo social fomenta la búsqueda de apoyo y promueve el entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas. Los cambios de rol en relación con el

TB, la consciencia del mismo y el desarrollo de hábitos regulares de la vida cotidiana, pueden suponer una mejora en la recuperación de los episodios afectivos (González et al. 2012).

A través de un estudio de seguimiento de dos años a 175 personas con TB-I en recuperación de un reciente episodio, recibieron aleatoriamente, unos un tratamiento de farmacoterapia junto con sesiones semanales de terapia interpersonal y del ritmo social y en cambio otros, además del tratamiento farmacológico simplemente se beneficiaron de cuidados médicos intensivos de frecuencia semanal. Las personas que recibieron las sesiones de terapia interpersonal y del ritmo social presentaron un mayor período de estabilización y mejoría en el funcionamiento psicosocial. Por ello, esta intervención resultaría especialmente efectiva para aquéllos que acaban de cursar un período agudo del trastorno (Lolich et al. 2012). Miklowitz (2010) también apunta que el inicio de dicha terapia debe ser justo después de alguno de los episodios, pero en la revisión bibliográfica de González et al. (2012) podemos observar cómo otros estudios concluyen que la terapia interpersonal y del ritmo social puede ser más eficaz durante la presentación de los episodios depresivos agudos que en el proceso de estabilización, puesto que ayuda en la recuperación y previene nuevos episodios. Superado este período post fase, resultarían más apropiadas otras psicoterapias; la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual y/o la terapia familiar.

Psicoeducación

La psicoeducación proporciona conocimientos teóricos y prácticos, aunque no se tratará de una relación profesional por la mera transmisión de información, sino que dotará a la persona de herramientas para una mayor comprensión del trastorno. Las intervenciones psicoeducativas parten de la premisa de que un gran conocimiento de éste, favorecerá su curso. Pues, además de incrementar la consciencia del trastorno por parte del sujeto, potencia la adherencia al tratamiento farmacológico y proporciona entrenamiento en la detección precoz de síntomas o manejo de pródromos. Por otro lado, no deja de fomentar hábitos saludables y regulares, evitando las conductas de riesgo, así como ofreciendo diferentes mecanismos para el manejo del estrés (Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012).

Así mismo, según el artículo de Lolic et al. (2012), la psicoeducación pretende capacitar a la persona, haciéndola participe en el conocimiento sobre las características del trastorno para que ésta lleve a cabo un rol activo en referencia a su propio tratamiento, promoviendo la toma de decisiones informadas. Los programas psicoeducativos que han sido valorados por sus resultados favorables son aquellos realizados de manera individual, grupal y familiar o de cuidadores. Siguiendo dicho artículo, uno de los modelos que mayor validación ha recibido en los últimos años es el propuesto por Colom y Vieta. Estos autores, implantan un programa psicoeducativo grupal en el cual capacitan a sujetos en estado eutímico, tras la consecución de los objetivos propios de este tipo intervención. Según Colom y Vieta (2008) éstos son:

- Mejorar la conciencia de padecer un trastorno, su aceptación y el manejo del estigma social.
- Mejorar la adherencia farmacológica, estando informado sobre los efectos secundarios del tratamiento terapéutico.
- Detectar e intervenir de manera precoz ante una recaída.
- Concienciar sobre el riesgo de tóxicos.
- Fomentar hábitos saludables y su regularidad.
- Proporcionando estrategias de afrontamiento del estrés.

Resulta fundamental, por un lado, dotar a la persona afectada por el TB de herramientas y conductas que faciliten una mejor adaptación al trastorno, y por otro lado, es de vital importancia el conocimiento adquirido sobre dicha psicopatología para poder percibir los pródromos y reducir el número de recaídas y hospitalizaciones. Ante esta segunda premisa, el entorno más próximo del sujeto (familia, pareja, amigos íntimos) podrá configurarse como un factor clave para la detección temprana de un posible episodio si éstos también son participes de una terapia psicoeducativa.

En cualquier caso, el rol activo por parte de la persona diagnosticada de TB es imprescindible para este tipo de intervención psicosocial y no puede conseguirse sin una actitud por parte del profesional que invite a implicarse y participar. Colom y Vieta (2008) precisan que la psicoeducación para el tratamiento del TB debe llevarse a cabo mediante personal especializado (psicólogos, psiquiatras o enfermeras psiquiátricas) con larga experiencia en el cuidado del paciente con TB.

A modo de ejemplo, en un estudio controlado de psicoeducación grupal efectuado por Colom y colaboradores, en un periodo de seis meses para personas con TB-I, en estado eutímico y con seguimiento mínimo de dos años, se observó que esta intervención es útil como tratamiento coadyuvante a la farmacoterapia para la prevención de recaídas.

En esta investigación, el grupo control recibió tratamiento médico usual (25 sujetos) y controles médicos al menos una vez cada 4 semanas, mientras que el grupo experimental (25 sujetos) participó en un programa de psicoeducación de 20 sesiones, una a la semana, de 90 minutos de duración cada una de ellas. Su implementación resultó ser eficaz en la prevención de episodios de euforia, episodios mixtos y depresión. Según este estudio, la psicoeducación puede no ser suficiente para evitar la hospitalización de los participantes de la intervención, pero puede facilitar la detección temprana de un episodio y así disminuir la gravedad del mismo. En comparación con el grupo control, las personas que recibieron psicoeducación tenían niveles más altos de litio en los 2 años de seguimiento, lo que podría sugerir un efecto de la psicoeducación en la adhesión a la farmacoterapia y en una mejoría clínica general (citado en Lolic et al. 2012).

Finalmente, cabe añadir que, según González et al. (2012), este tipo de intervención suele producir resultados más positivos en personas que han presentado menos de 12 episodios afectivos previos.

Terapia cognitivo-conductual

El paradigma en el que se basa la terapia cognitivo-conductual es en la existencia de la interacción entre pensamientos, emociones y comportamientos. Se considera que la forma de pensar condiciona cómo sienten y actúan las personas. Siendo intervenciones estructuradas y limitadas en el tiempo, incluyen técnicas de reestructuración cognitiva, modificación de estilos de afrontamiento y resolución de problemas. La relación entre terapeuta y paciente se basa en la colaboración mutua en un proceso activo que pretende entrenar al sujeto en la detección y modificación de las distorsiones cognitivas, potenciar conductas que favorezcan un mejor afrontamiento del trastorno y educarlo frente al mismo.

Con ello, también se promueve la mejora de la adherencia farmacológica, se les entrena en la detección temprana y se introducen técnicas cognitivas y conductuales para el

manejo de crisis incipientes y pautas para promover un estilo de vida saludable y protector ante las recaídas (Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012).

Concretamente, el artículo de Miklowitz (2010) precisa que algunas personas con TB tienen estilos explicativos pesimistas en las fases depresivas y tendencias demasiado optimistas en las fases maníacas o hipomaníacas del trastorno. Estas tendencias de pensamiento son el foco de atención de las estrategias de reestructuración cognitiva, técnica empleada en este tipo de terapia.

Para González et al. (2012) esta intervención incluiría la planificación de actividades agradables, el entrenamiento en habilidades sociales, la relajación e higiene del sueño. Siendo adecuada en periodos de eutimia y en episodios depresivos (se excluye la intervención en fases de euforia). Su eficacia está demostrada combinada con psicofármacos, aunque, de la misma manera que observábamos con la psicoeducación, ésta es mayor en personas con un historial de menos de 12 episodios afectivos previos.

Un estudio llevado a cabo por Scott et al. (2006), contó con una muestra de 253 personas con TB con al menos dos episodios previos, excluyendo a sujetos que presentaran alguna comorbilidad o recibieran otro tratamiento psicosocial. Este estudio comparó los resultados obtenidos en un grupo que recibió 22 sesiones de terapia cognitivo-conductual y medicación, con otro que sólo recibió tratamiento farmacológico y cuidados médicos básicos. Siendo evaluados cada 8 semanas y transcurridos 18 meses, los autores encontraron que más de la mitad de la muestra había presentado un nuevo episodio, sin que hubiera diferencias significativas entre los dos grupos. No obstante, observaron que aquellas personas del grupo experimental que presentaron un menor número de recurrencias fueron aquéllas que, en el momento que se inició el estudio, contaban con menos de 12 episodios afectivos previos (citado en Lolic et al. 2012).

Terapia familiar

Teniendo en cuenta que el TB no sólo afecta al sujeto que lo padece sino también a su entorno más próximo, cabe destacar la importancia de establecer el modo de relación entre su grupo social inmediato y éste. Uno de los modelos de terapia familiar validada empíricamente es el propuesto por Miklowitz y su equipo. Su propósito es mejorar el

funcionamiento familiar mediante la psicoeducación del sujeto y sus vínculos respecto a la naturaleza de los síntomas, el curso y tratamiento del trastorno. Por lo tanto, se pretende que tanto la persona con TB como sus allegados desarrollen habilidades y adquieran conocimientos adecuados para su manejo y convivencia. Asimismo, se ayuda a los miembros de la familia a interiorizar recursos comunicativos y de resolución de problemas, con el fin de prevenir o disminuir posibles conflictos a nivel familiar (Lolich et al. 2012).

En un estudio de Miklowitz en 2003 se comparó un total de 101 personas diagnosticadas de TB-I con un episodio reciente y en un seguimiento a dos años. El 33% recibió 21 sesiones de terapia focalizada en la familia y tratamiento psicofarmacológico mientras que el 67% restante recibió 2 sesiones de educación familiar y tratamiento usual para el manejo de crisis más psicofármacos. El grupo experimental presentó un mayor periodo de tiempo entre episodios y una mejor adherencia al tratamiento farmacológico. Además se obtuvieron mejores resultados en la prevención y abordaje de los síntomas depresivos que en los de tipo maníaco (citado en Lolich et al. 2012).

En este apartado final, hemos podido observar aquellas terapias psicológicas o intervenciones psicosociales de evidencia empírica realizadas en los últimos años. Todas ellas, aún compartiendo objetivos comunes para la mejora funcional, la prevención de recaídas, un buen pronóstico y manejo del TB, como por ejemplo, la adherencia al tratamiento farmacológico, fomento de estilos de vida saludables, afrontamiento de problemas y gestión del estrés, etc., focalizan su intervención a diferentes niveles. Es el caso de la terapia cognitivo-conductual que incide fundamentalmente en factores psicológicos, dejando a un lado la importancia del tratamiento en el ámbito familiar, foco que se desarrolla desde la terapia familiar.

Además de intervenir en diferentes áreas de la persona, encontramos que, dependiendo del tipo de terapia, el modo de llevarla a cabo también varía; unas son individuales, como la terapia interpersonal y del ritmo social, otras en cambio se realizan de forma grupal, como la psicoeducación.

Conocer este tipo de intervenciones ha sido imprescindible para la concreción del proyecto *La búsqueda del equilibrio emocional*, el cual pretende abordar la recuperación funcional de las personas afectadas por TB desde todas las perspectivas

psicosociales expuestas anteriormente. Veremos que, en realidad, nuestra propuesta está más fundamentada desde la psicoeducación, pero esto no ha impedido la creación de un programa transversal que además agrupe otros aspectos importantes para la mejora funcional, característicos de otras intervenciones psicosociales como el entrenamiento en habilidades sociales o el trabajo con la familia, apostando a la vez por la introducción de otros elementos que también hemos considerado fundamentales para dicha recuperación, como el fomento de la autonomía o la orientación formativa/laboral. Mediante sesiones grupales, se pretenderá dar respuesta a las diferentes necesidades según el perfil de la persona afectada. Para finalizar, sólo cabe añadir que estas necesidades a las que hacemos referencia, están recogidas en el siguiente capítulo.

3. DIAGNÓSTICO

El modelo biologicista actualmente rivaliza con una visión más dinámica e integral en la que se agrupan todos aquellos factores influyentes y determinantes para el diagnóstico de TB y su correspondiente evolución, es decir, con el modelo biopsicosocial. Dicho esto, analizando los estudios realizados en los últimos años, parece desprenderse la tendencia de cambiar de paradigma, de seguir interviniendo clínicamente durante los episodios afectivos y cuando hay presencia de sintomatología subsindrómica, pero atendiendo a su vez la vertiente más psicológica y social de la persona.

Sin embargo nos preguntamos si la accesibilidad al tipo de intervenciones psicosociales mencionadas en el capítulo anterior, es tan inmediata y sencilla como la asignación de un psiquiatra de referencia dentro del sistema de salud pública. Esta cuestión impacta de pleno con las evidencias extraídas de los diferentes programas de intervención controlados, los cuales constatan la necesidad de su implantación combinada junto con un tratamiento farmacológico, dando resultados más favorables que la mera administración de fármacos.

Tal y como hemos visto en el apartado *2.3.8 Estudios y programas de intervención para el trastorno bipolar I y II*, en las intervenciones mencionadas (terapia interpersonal y del ritmo social, psicoeducación, terapia cognitivo-conductual y terapia familiar), a nivel general, el grupo experimental presentaba una evolución más favorable del trastorno (mayor periodo de estabilización, mayor adherencia al tratamiento farmacológico, mayor grado de detección de episodios, etc.) a diferencia de los grupos control que no disponían de más estrategias para la estabilización del TB que el fármaco.

Observando tales beneficios, el presente proyecto, como hemos ido apuntando, tiene la pretensión de compaginar la atención médica que ya se presta, con la atención psicosocial, considerando los dos tipos de intervención como imprescindibles para la recuperación sindrómica, sintomática y funcional de la persona.

Por otro lado, como hemos podido observar, la recuperación funcional es aquella más tardía. Si bien ésta no puede alcanzarse en su totalidad sin haber realizado previamente la recuperación sindrómica y la recuperación sintomática, la persona afectada por el trastorno, aún estando en un periodo de eutimia, posiblemente encuentre ciertos

obstáculos para seguir adelante que le dificultan el tan nombrado “retorno” a los niveles premórbidos del funcionamiento. Porque ¿cómo volver a caminar cuando todo es tan incierto? ¿Cómo volver a empezar?

3.1. Recuperación funcional vs. Evolución del trastorno bipolar

Resulta complejo establecer qué es un buen funcionamiento y qué no en una determinada persona, hablemos de un sujeto con una psicopatología o sin ella, puesto que actuamos acorde con las particularidades de cada uno, condicionados por nuestras dificultades en según qué áreas funcionales.

Zarate, Tohen, Land y Cavanagh (2000) realizan la diferenciación del concepto dimensional de la funcionalidad en la capacidad para trabajar y/o estudiar, la capacidad para vivir de manera independiente, la capacidad para procurar relaciones familiares estables, la capacidad para disfrutar y la capacidad para establecer relaciones de pareja y/o sociales. Todas estas competencias, de una manera u otra, se verán mermadas en el curso del TB.

En el siguiente apartado, reflexionaremos sobre aquellas necesidades que consideramos de carácter prioritario.

Por otro lado, como hemos mencionado, hablar de eutimia no significa lograr una recuperación funcional óptima o la vuelta a unos niveles premórbidos del funcionamiento (deseable siempre y cuando la persona no presentara un deterioro funcional previo). En este sentido, el doctor Alfonso Rodríguez, psiquiatra del *Centre Fòrum* asociado al *Parc Salut Mar* de la ciudad de Barcelona, en una conferencia realizada el 24 de febrero de 2011 a instancia de la *Associació de Bipolars de Catalunya*, relacionaba la mejora funcional con las formas de evolución del trastorno. Para ello, su ponencia estaba fundamentada por un estudio llevado a cabo en Chicago, en el que se reflejaban los siguientes datos:

- Buena evolución o remisión completa (15-20% de los pacientes): Recuperación funcional absoluta, buen pronóstico. Tienden a estabilizarse con el tratamiento y tienen pocas o ninguna recidiva. A nivel personal y social, los sujetos alcanzan todas las metas previstas, sin que éstas se vean mermadas por el TB.

- Evolución variable (50-60% de los pacientes): Presentan cierto grado de alteración, síntomas subsindrómicos u hospitalizaciones. El retorno a los niveles premórbidos del funcionamiento es parcial. Aún teniendo una actividad, tal como dice Rodríguez “no consiguen los objetivos que hubiesen conseguido si no tuvieran TB”. Personas que querían estudiar en la universidad y han tenido que conformarse con un ciclo de formación profesional, de ser directivos a meros trabajadores, etc., por lo que las limitaciones no son totales pero el TB ha repercutido a nivel social, laboral y/o académico.
- Evolución pobre (10-15% de los pacientes): Presentan múltiples episodios, frecuentes hospitalizaciones y deterioro del funcionamiento premórbido. Las crisis son constantes y hay presencia de deterioro cognitivo importante. Citando a Rodríguez “el trastorno arrasa con la vida de la persona”.

Tal y como podemos extraer de dicha conferencia, según la evolución del TB, la persona afectada padece una serie de repercusiones a nivel funcional (de mayor o menor gravedad) que, de manera directa, podemos relacionar con el número de recaídas, sintomatología subsindrómica, hospitalizaciones, etc. La gravedad del trastorno dependerá de ello, pero deberíamos preguntarnos dónde queda el acompañamiento psicosocial y si los datos serían los mismos si interviniéramos de igual manera que a nivel médico.

3.2. Detección de necesidades

La síntesis bibliográfica descrita en el anterior capítulo nos ha conducido a una mayor comprensión de las diferentes fases del TB-I y TB-II. Pero más si cabe, tal descripción se ha realizado con la pretensión de detenernos en cada uno de los síntomas que pueden llegar presentarse en el curso del trastorno, independientemente del tipo. Pues sin tales conocimientos consideramos que ni la detección de necesidades, ni por lo tanto su correspondiente tratamiento, resultarían eficaces para una correcta atención psicosocial.

Por otro lado, mediante el análisis teórico elaborado, hemos podido determinar aquellas prioridades para la actuación, valoradas desde nuestro criterio como *dificultades* de las

personas afectadas de TB, por lo tanto necesidades en las que incidir. Éstas estarán recogidas en tres grandes bloques:

1. Adherencia a la medicación.
2. Comprensión y aceptación del diagnóstico: alejarse del estigma social.
3. Volver a empezar: el trastorno bipolar en la vida cotidiana.

La delimitación de las necesidades llevada a cabo para este proyecto, ha pretendido abarcar todas aquellas áreas del funcionamiento global de la persona que puedan haber experimentado algún grado de deterioro. Puesto que, el objetivo último es el de incidir en la mejorar o recuperación funcional y el manejo del TB, procurando una mayor calidad de vida para estas personas y su entorno más próximo.

1. Adherencia a la medicación

En la guía práctica de Miklowitz (2004) dirigida para familias y pacientes con TB, encontramos citas como la siguiente:

¿Sabe un pez que está mojado? Durante los episodios hipomaníacos me sentía muy bien. Parecía que por fin estaba encarrilando mi vida. No tenía la sensación de que algo fuera mal, me sentía la mar de bien y ya llevaba demasiado tiempo sintiéndome mal, así que dejé la medicación y entonces empecé a sentirme más y más animado [...] (p.190).

Hombre de 38 años diagnosticado de TB-I.

Esta situación describe el incumplimiento farmacológico presente en muchas de las historias de vida de las personas afectadas por el TB. En el momento que éstas están en estado de eutimia, o como ocurre en el relato, inician un episodio hipomaníaco o maníaco, deciden que pueden prescindir de ella «porque se sienten bien».

Pero este hecho no sólo ocurre en dicho trastorno, ya que todo tratamiento a largo plazo resulta molesto y conlleva ser disciplinado en las tomas. Haciendo referencia a esta cuestión, en la conferencia mencionada anteriormente en la que participó Adolfo Rodríguez, podemos recoger las conclusiones extraídas tras estudios realizados acerca del cumplimiento en el tratamiento farmacológico de larga duración en enfermedades

alejadas del campo de la psiquiatría (patologías reumatológicas, cardíacas, de la tensión). Según éstas, prácticamente el 90% de las personas acaban dejando de tomar alguna dosis, siendo dificultoso seguir una pauta rígida.

Con tal de concretar tal problemática entorno al TB, además de percibir la necesidad de una mayor adherencia a la medicación en los diferentes manuales y publicaciones contrastados, en dicha conferencia, el doctor Rodríguez expone el estudio llevado a cabo por Colom et al. (2000) en el cual se concluye que sobre una muestra de 200 pacientes eutímicos con TB-I y TB-II, sólo en el 60% se observa un buen cumplimiento farmacológico, en el 27% un cumplimiento parcial y el 13% restante un mal cumplimiento. Estas últimas cifras corresponden ambas a un ineficaz tratamiento médico.

Para Rodríguez, las consecuencias de dejar la medicación o la falta de constancia en su administración, pueden derivar a un aumento de las recaídas, las hospitalizaciones, el riesgo de suicidio, el deterioro psicosocial, etc., además puede producirse una pérdida en el efecto del fármaco cuando se reanuda el tratamiento.

Actualmente no existe duda del papel clave que representa el tratamiento farmacológico para el TB, pues son pocos los que pueden prescindir de él. Este hecho, el de tomar medicación para una psicopatología, hoy en día no puede equipararse al de medicarse para una patología de carácter orgánico.

Además de los frecuentes olvidos que suelen caracterizar la toma de fármacos a largo plazo, dicho anteriormente, se hallan otros motivos de abandono del tratamiento farmacológico en el TB, tal como menciona Rodríguez en su intervención; estos son la creencia subjetiva de control del trastorno por parte del afectado o negación del mismo, los efectos secundarios que produce (sedación, rigidez, temblores, obesidad, etc.) y el estigma social que supone el conocimiento de su ingesta por parte de terceros.

Por todo lo explicado, consideramos que es imprescindible llegar a una correcta adherencia a la medicación, pero que para ello corresponde propiciar un rol activo, mediante un refuerzo psicoeducativo que estimule las decisiones informadas por parte del afectado.

De todo esto se desprende la necesidad de conocer su propia situación actual: estar informado acerca del TB, de los fármacos y sus efectos adversos, establecer rutinas

acordes con el estilo de vida en las tomas o de conocer los riesgos combinándolos con tóxicos.

Actuar en la consecución de estas metas básicas debería darse en la propia consulta con el psiquiatra referente. Pero en caso contrario o que la información prestada sea insuficiente para la persona, ya sea a causa de la falta de tiempo por parte del profesional, tener un vínculo distante con éste o miedo a preguntar, etc., valoramos como necesario poder dirigirse a un recurso en el que se es escuchado a la vez que informado para poder actuar en consecuencia.

2. Comprensión y aceptación del diagnóstico: alejarse del estigma social

Miklowitz (2004) en su publicación, cita la siguiente reflexión:

Quiero volver al lugar donde vivía en Miami, antes de que empezara todo este lío. ¿Quién sabe? Puede que aquel piso aún esté libre. Ahí le caía bien a la gente y tenía muchos amigos. A veces pienso que si regreso me reencontraré conmigo misma, tal como era antes, tomando el sol bajo una palmera frondosa (p.89).

*Mujer de 26 años tras haber sido hospitalizada
de un segundo episodio maniaco.*

¿Cómo comprender aquello que se desconoce? ¿Y si encima resulta ser negativo? Partimos desde el punto de vista de que las personas no tenemos la posibilidad de adaptarnos a los cambios si desconocemos su naturaleza, lo que conllevan, las alternativas posibles, hasta conseguir, con el tiempo, llegar a un estado de equilibrio donde ya no afloran tantas incertidumbres, es decir, llegar a aceptar la situación presente.

En referencia al TB, este escenario puede presentar similitudes, pese a ser una realidad más compleja. Antes de adentrarnos en ésta, cabe añadir que el proceso de acompañamiento en la aceptación del diagnóstico del TB es necesario, requiriendo una atención específica.

Por otro lado, indudablemente cada una de las personas afectadas vivirá este proceso de manera u otra, unas necesitarán tiempo y recursos para lograrlo, en cambio para otras el

proceso de aceptación será más breve. Romper con el periodo de negación del diagnóstico será difícil, pero aún más hacer ver a esa persona que aquella que fue, no volverá a ser.

En el anterior relato hemos podido observar la necesidad de volver al pasado, de sentirse como antes, de recuperar una identidad supuestamente perdida. ¿Cómo explicar que todos estamos influidos por cambios imprevisto que acaban condicionándonos? Sin embargo, en este caso, hablamos de una ruptura en la vida de la persona, de un “quiero volver a esa playa, quiero volver a ser feliz”.

Al mismo tiempo, se interrelacionan otras dificultades, de nuevo, relativas a los trastornos mentales. No olvidemos que las personas afectadas son sujetos que han nacido aquí y que son miembros de esta sociedad. Tal y como menciona el dossier *Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental* (Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, 2013) hablamos del auto-estigma y de los auto-prejuicios. Si el entorno más próximo o la sociedad en su conjunto establece que el TB es intrínseco a la persona, si ese sujeto “es bipolar”, cómo éste puede aceptar tal atributo incapacitante. No resultará extraño, que sin ser informado correctamente, se sienta culpable de “su nueva condición” y no acepte el diagnóstico de TB.

En relación con las personas allegadas, valoramos que también resulta complejo encontrar una comprensión –y no dar una justificación- en cuanto a los diferentes síntomas que puedan presentarse. O bien, estados de ánimo que se catalogan como producto del trastorno aún sin serlo (por la etiqueta que se le atribuye), o querer compartir un diagnóstico de aquello que es tabú, teniendo en cuenta el desconocimiento que hay entorno a los trastornos mentales... Son condicionantes que a día de hoy perduran y siguen generando un malestar añadido en las personas afectadas por el TB u otras psicopatologías.

Por ello se percibe como una necesidad imperiosa la aceptación del trastorno para que estas personas puedan convivir con él, tomando conciencia de sus repercusiones pero a la vez de las posibilidades de mejora. Así mismo, hasta que el estigma social no desaparezca, el refuerzo terapéutico a nivel individual (y del entorno más próximo) adquiere una importancia indiscutible.

3. Volver a empezar: el trastorno bipolar en la vida cotidiana

De nuevo, en la guía de Miklowitz (2004), podemos encontrar el siguiente fragmento:

Cuando empiezo a pensar en el futuro, me entra tal pánico que empiezo a pensar en el suicidio. Pero, de algún modo, cuando estoy con otras personas, puedo soñar cómo podrían ser las cosas y eso me inyecta un poco de energía... Me da una sensación de propósito, de que soy capaz y competente, de que puedo canalizar mi energía de una manera positiva. No se trata sólo de librarme de la soledad. Lo que hace que me vuelva a sentir vivo es la sensación de ser capaz de hacer reír a otras personas, de influir en ellas de algún modo (p.334).

Hombre de 43 años diagnosticado de TB-I.

Anteriormente, hemos intentado acotar un concepto tan amplio y ambiguo como es el de la funcionalidad global de las personas, sin centrarnos en las repercusiones relativas a las afectadas por el TB. Éstas, precisan una delimitación más exhaustiva. Cuando describíamos la sintomatología propia de cada una de las fases, ya nombrábamos aquellas áreas funcionales que podían verse afectadas.

En primer lugar, no podemos obviar que el TB es una de las principales causas de discapacidad en el mundo según la OMS. De dicha evaluación se desprende que son varias las áreas funcionales afectas, pero parece ser que en el ámbito laboral la persona presenta mayores dificultades.

Según Colom y Vieta (2008) más de la mitad tienen problemas para mantener su puesto de trabajo. Así mismo, aún es más común la persona que desempeña un cargo muy por debajo de su formación. Evidentemente, un curso del TB marcado por las descompensaciones es incompatible con una actividad laboral regular. Paradójicamente, aunque esto no suceda, continúa recomendándose ocultar tales acontecimientos por un probable rechazo a causa, una vez más, del estigma social.

A nivel académico, si el inicio del trastorno se produce en periodos de estudio (recordemos que suele darse con mayor frecuencia en la adolescencia tardía), la persona, como mínimo, puede verse perjudicada por un tiempo de inactividad forzada, o

bien en el peor de los casos, si el desarrollo o pronóstico es grave, puede dar lugar a un pronunciado deterioro cognitivo que afecte negativamente al desarrollo de sus estudios.

Constituye otro reto importante el restablecimiento de una red social que se ha visto fractura. Y con ello no nos estamos refiriendo a familias desestructuradas o entornos carentes de vínculos positivos, hablamos de que todo cambio modifica ese sistema, ya sea a nivel personal, familiar o social. Unos podrán incorporar el diagnóstico de TB de un ser querido a su dinámica familiar con mayor facilidad, sin embargo, otros se verán superados por las circunstancias. Este aspecto, además de remarcar la necesidad de ser informados aquellos que forman la red social más próxima de la persona afectada, constata la conveniencia de un proceso de acompañamiento en el que se tenga en cuenta al sistema en su conjunto.

En definitiva, son muchas las áreas del funcionamiento global que pueden verse afectadas; personal, social, familiar, laboral/académico, y que en consecuencia, precisan de una intervención psicosocial para poder llegar a una recuperación funcional.

A modo de finalizar este tercer capítulo, puntualizar que la dificultad para describir las necesidades psicosociales presentes en un trastorno que abarca perfiles tan diversos entre sus afectados, nos ha llevado a mencionar algunos de los problemas más frecuentes (la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, la negación del diagnóstico y la afectación del funcionamiento global). Consideramos que si nuestra intervención va dirigida a la resolución de éstos u otros impedimentos asociados, el número de episodios afectivos probablemente descenderá, prolongándose los periodos de eutimia de los sujetos. Esto posiblemente favorecerá, de manera indirecta, a que estas personas presenten menos ideas o intentos de suicidio.

En definitiva, entendemos que el TB representa un conjunto de variables que se interrelacionan, porque no incidir en una supone no poder intervenir en otras. ¿Por qué los porcentajes de recuperación funcional son tan bajos comparados con los de la recuperación sindrómica o la recuperación sintomática? Es cierto, las dificultades son evidentes, pero si una persona en estado eutímico vive condicionada por una serie de limitaciones a nivel social, ¿esperamos que ella misma las supere por si sola? Si pretendemos facilitar una recuperación funcional, debemos partir desde la estabilidad clínica, pero sobre todo desde un acompañamiento especializado.

4. FORMULACIÓN DEL PROYECTO

4.1. Descripción

El proyecto *La búsqueda del equilibrio emocional* nace con la finalidad de facilitar la recuperación funcional de las personas afectadas de TB-I y TB-II. Basado principalmente en la psicoeducación, agrupa otros aspectos relevantes propios de otro tipo de intervenciones psicosociales para el tratamiento del TB, incluyendo por ejemplo al entorno más próximo. Previo a la participación en las diferentes sesiones programadas, los destinatarios serán orientados a unos grupos u otros acorde con sus necesidades. Con ello, se procurará que los participantes de dicho proyecto consigan alcanzar sus niveles premórbidos de funcionamiento, mediante un acompañamiento profesional.

4.2. Colectivo destinatario

El proyecto *La búsqueda del equilibrio emocional* se ha diseñado con la finalidad de proporcionar apoyo psicosocial a personas adultas afectadas por TB-I y TB-II. En referencia a los **destinatarios directos** de la intervención, su participación será de manera voluntaria y por decisión propia.

Se establecen tres perfiles diferentes relativos al curso del TB como critérios de inclusión:

- Personas diagnosticadas recientemente.
- Personas que presenten episodios recurrentes.
- Personas que presenten curso crónico (el trastorno cursa dos años o más con sintomatología).

Por otro lado, los critérios de exclusión son:

- Personas menores de edad.
- Sujetos con TB de origen no psicopatológico (inducidos por sustancias/ medicamentos, debido a otra afección médica, etc.).
- Personas diagnosticadas de trastorno ciclotímico.
- Sujetos que presenten ciclos rápidos.

En relación a los **destinatarios indirectos** de la intervención, se considera necesario que el entorno más próximo de la persona afectada participe en el proyecto. Es por ello que se verán incluidos aquellos familiares que quieran participar, pero también, aquellas personas cercanas al sujeto que consideren conveniente su asistencia para poder ayudar en el proceso de recuperación funcional. Todas ellas deberán ser mayores de edad.

Las diferentes instituciones sanitarias y sociales deberán ser conocedoras de dicho proyecto, y así desde éstas poder divulgar la información a las personas afectadas por el TB, permitiendo el conocimiento del proyecto para su participación. Es decir, el sujeto podrá ser informado por parte de su psiquiatra de referencia y desde Servicios Sociales, en el caso que éste fuese usuario de ellos.

En cuanto al ámbito territorial, no se ha estipulado su localización concreta ni zona geográfica, ya que el TB tiene una prevalencia similar en todos los países del mundo. Como hemos visto anteriormente, se han descrito una serie de factores de riesgo, como por ejemplo los factores ambientales, pero hoy en día se sigue atribuyendo mayor relevancia a los factores genéticos como aquellos que predisponen al sujeto de acabar padeciendo el trastorno. En consecuencia, la implementación del proyecto podrá realizarse indistintamente en todo aquel territorio que considere oportuno el fomento de las intervenciones a nivel psicosocial para el TB, como parte imprescindible para su tratamiento.

4.3. Marco institucional

Del mismo modo que consideramos *La búsqueda del equilibrio emocional* como un proyecto que no precisa de una delimitación territorial y que por consiguiente puede llevarse a cabo en cualquier región que se precise, percibimos la necesidad de alejar su ubicación de los recursos asistenciales específicos en el ámbito de la salud mental. Es decir, si entendemos el concepto de salud como la fusión entre bienestar físico, psicológico y social, consideramos que el modelo de intervención propuesto puede implementarse en Centros de Atención Primaria (CAP), en entidades del Tercer Sector Social sensibilizadas en relación al TB o incluso en centros cívicos. Con ello evitaríamos ese primer rechazo que se siente al acudir a un centro de salud mental. En este sentido, pensamos que es de vital importancia que la persona que decida participar,

perciba el espacio en el que se sitúe el proyecto como un lugar acogedor en el que pueda sentirse cómoda, sin verse condicionada por la situación y/o entorno.

No obstante, independientemente de la institución en la que acabe situándose el proyecto, la persona que participe en él, seguirá manteniendo la vinculación con su psiquiatra referente.

4.4. Objetivos

Objetivo general

Facilitar la recuperación funcional de las personas afectadas por el TB, desde un acompañamiento psicosocial.

Objetivos específicos

- A. Mejorar el proceso de aceptación del TB, procurando estrategias que faciliten la convivencia del sujeto con el trastorno.

- B. Conseguir un buen manejo del estigma social.

- C. Procurar la normalización del día a día del individuo.

4.5. Líneas de acción

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, hemos delimitado tres líneas de acción, cada una de ellas, planificada y acorde para la consecución de su correspondiente objetivo específico.

De manera sintética, estas líneas de acción describirán las estrategias que se llevaran a cabo -y que veremos desarrolladas más adelante- para cumplir con dichos objetivos y lograr el objetivo general del proyecto.

- A. Promover un conocimiento amplio sobre el trastorno y su tratamiento, mediante una intervención psicoeducativa para la persona afectada y su entorno más próximo.

- B. Reforzar el autoconcepto y la autoestima, para así poder disminuir los sentimientos de auto-estigma y de auto-prejuicio.

- C. Establecer unas pautas cognitivo-conductuales que orienten al sujeto hacia el retorno de su actividad diaria.

5. PLAN DE TRABAJO POR CADA LÍNEA DE ACCIÓN

5.1. Planificación de las actividades

A continuación nos adentraremos en una descripción más detallada de las líneas de acción expuestas anteriormente. Como veremos, estas tres acciones estratégicas formuladas, integran cada una de ellas sus unidades de programación correspondientes y sus respectivas actividades, con la finalidad de llegar a la consecución de los objetivos previstos.

Primera línea de acción:

A. Promover un conocimiento amplio sobre el trastorno y su tratamiento, mediante una intervención psicoeducativa para la persona afectada y su entorno más próximo.

Consideramos que es fundamental que la persona afectada y su entorno más próximo dispongan de un conocimiento amplio sobre el TB, principalmente para la detección precoz de posibles episodios afectivos. Al ser la persona con TB conocedora de los síntomas que pueden presentarse en el curso del trastorno, en la aparición de pródromos, ésta podrá percibirlos y así minimizar sus efectos al solicitar ayuda profesional. En este sentido, debemos recordar las características clínicas del TB, pues tomando como ejemplo un episodio maníaco o hipomaníaco, en el cual no hay consciencia por parte de la persona afectada de estar adentrándose en una fase del trastorno, el papel de la familia o personas del entorno será crucial para la detección del episodio.

Por otro lado, pensamos que se establece una relación causal entre el hecho de saber sobre el TB (el tipo, sus causas, su curso, los factores de riesgo y pronóstico, etc.) con la convicción de llevar una pauta regular de la medicación por parte de la persona afectada. Puesto que en este momento tendrá sentido medicarse aún encontrándose bien. No obstante, también será importante poder abrir un debate acerca del tratamiento farmacológico, de sus efectos secundarios, del estigma social al administrarse en público y de sus repercusiones al ser una medicación de larga duración. Al mismo tiempo, hemos visto que las intervenciones psicoeducativas, pretenden fomentar hábitos

regulares y saludables; dormir alrededor de ocho horas -manteniendo el mismo horario-, hacer alguna actividad física, salidas nocturnas muy puntuales, informar sobre el riesgo de tóxicos, etc. Otra de las temáticas en la que se incidirá, será la gestión del estrés.

Cabe destacar, que los participantes del proyecto habrán, previamente, decidido por ellos mismos formar parte de él. Por mucho asesoramiento que se preste desde las instituciones sanitarias y sociales, la persona siempre tendrá que dar su consentimiento. Con esto, podemos extraer que la persona destinataria de la intervención, ya contempla una situación en la cual necesita ayuda. Entendemos que en el transcurso de la intervención, la consciencia del trastorno y la aceptación del mismo, podrá alcanzarse. Partimos de la premisa que aquello negativo y desconocido para nosotros, es de difícil aceptación.

La eficacia y los resultados favorables que han ido obteniendo las intervenciones psicoeducativas para el tratamiento psicosocial del TB, se han visto reflejados en anteriores apartados. Es por ello que las unidades de programación que presentamos para esta línea de acción son el **grupo de psicoeducación “EducaTBien”** para las personas afectadas y otro **grupo de psicoeducación para los familiares y/o amigos**.

Mediante este formato, la intervención tanto en un grupo de psicoeducación como en el otro, los niveles de ansiedad disminuyen, pues la persona no padece en soledad. Otras de las ventajas que conlleva establecer un acompañamiento grupal son la ayuda mutua y el aprendizaje compartido a partir de experiencias ajenas. Asimismo, los sentimientos de estigma social se ven mermados, tanto para los propios afectados como sus allegados.

Tal y como veremos más adelante, en la segunda línea de acción, se ha diseñado un grupo de psicoeducación específico con el fin disminuir el auto-estigma de las personas que padecen TB. En relación a los familiares y/o amigos, la estigmatización en torno a los trastornos mentales será abordada dentro del mismo grupo de psicoeducación para familiares y/o amigos.

A continuación describiremos de manera más concreta el grupo de psicoeducación “EducaTBien” para personas afectadas.

“EducaTBien”

- ♦ Descripción: En un grupo psicoeducativo de entre 8-12 miembros, se pretende dotar a la persona de conocimientos suficientes sobre el TB para la adherencia a la medicación y el manejo de pródromos. A la vez, el fomento de hábitos saludables podrá favorecer, también, la reducción del número de recaídas. En definitiva, consideramos que el desarrollo de un rol activo en la evolución del curso del trastorno, reforzará la conciencia del mismo y su proceso de aceptación.
- ♦ Objetivo: Conseguir mayor conciencia del trastorno, adherencia al tratamiento farmacológico y el establecimiento de hábitos saludables para reducir el número de episodios afectivos.
- ♦ Perfil de los participantes: Personas diagnosticadas de TB-I o TB-II que vean necesaria la adquisición de conocimientos sobre el TB. Es por esto, que este grupo de psicoeducación está diseñado para todas aquellas personas que cumplan los criterios de inclusión descritos en el apartado 4. *Formulación del proyecto.*
- ♦ Resultados esperados: Se pretende la adquisición de conocimientos sobre el TB y su tratamiento farmacológico así como la regularidad de hábitos saludables. La finalidad es que la persona alcance un nivel de introspección que le ayude en la identificación de los primeros síntomas de un nuevo episodio afectivo, para que el impacto de éste sea menor. De esta manera, reducir el número de recaídas y/o hospitalizaciones.
- ♦ Desarrollo y actividades: Mediante una intervención grupal, se realizarán los siguientes módulos:
 1. *¿Qué es el TB? Desenmascarando al trastorno; detección precoz de pródromos.*
 2. *El por qué de la medicación. Hablemos de los efectos adversos.*
 3. *El día a día: hábitos regulares y saludables. Gestionemos el estrés.*

- ♦ Temporalización: Se iniciará en enero del 2016, hasta julio del mismo año. Las sesiones se realizarán cada martes, de forma semanal, teniendo una duración de 90 minutos cada una de ellas.
- ♦ Recursos: Se precisan recursos materiales básicos como una pizarra para facilitar la exposición por parte del profesional a cargo del grupo y una sala, con el mobiliario adecuado, donde realizar las sesiones. Para poder llevar a cabo el trabajo de seguimiento, planificación de las sesiones, etc., el profesional deberá contar con un ordenador portátil. Además podrá disponer de un proyector para aquellas sesiones que lo precisen. Como recursos humanos sería necesaria la figura de un/a psicólogo/a para conducir el grupo. En el apartado 6. *Recursos y financiación*, describiremos con más detalle, los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto.
- ♦ Instrumentos de evaluación: Las técnicas de evaluación serán las entrevistas semiestructuradas de seguimiento y de valoración final a los participantes y la observación directa del profesional. Por otro lado, a nivel cuantitativo, se efectuarán cuestionarios finales a los destinatarios de la intervención. El profesional a cargo del taller lo evaluará en una reunión con el equipo profesional. Con mayor precisión, veremos desarrollado este punto en el apartado 7. *Evaluación*.

Segunda línea de acción:

B. Reforzar el autoconcepto y la autoestima, para así poder disminuir los sentimientos de auto-estigma y de auto-prejuicio.

El tabú en torno a los trastornos mentales sigue presente en nuestra sociedad actualmente. Esto conlleva a la necesidad de proporcionar un espacio de reflexión. Un espacio para conocerse y valorarse. Un espacio para poder compartir los sentimientos, actitudes y experiencias a raíz de padecer TB, tanto aquellos aspectos positivos como negativos.

En este sentido, debemos tener en consideración el concepto de auto-estigma, siendo éste la internalización por parte del individuo de la idea estigmatizadora, que le supone menos valioso a causa de su trastorno psiquiátrico. A la vez, el auto-estigma puede hacer que la persona anticipe el rechazo, incluso cuando éste aun no se ha producido.

Los estereotipos acerca de los trastornos mentales son asimilados por las personas afectadas y por sus familias, como miembros de la sociedad que son, antes de la aparición del trastorno, y cobran relevancia en el momento en que surgen los primeros síntomas. Esta anticipación del rechazo se denomina estigma percibido o anticipado, y se corresponde con creencias acerca de la devaluación-discriminación que experimentará una persona por el hecho de padecer un trastorno mental (Link, 1987; Link et al. 1997). Este tipo de estigma se ha diferenciado del estigma experimentado, es decir, de las experiencias estigmatizadoras vividas de rechazo, discriminación, etc. (citado en Muñoz et al. 2009).

En consecuencia, consideramos fundamental reforzar el autoconcepto y la autoestima de las personas que presentan TB, desmitificando a la vez estereotipos infundados sobre esta psicopatología. Para esto último, será necesario prestar información relativa al TB, pero de manera reducida y acotada al objetivo de la intervención. Entendemos, que no todas las personas que soliciten un acompañamiento profesional en su proceso de recuperación funcional, estarán interesadas en conocer, de manera rigurosa, en qué consiste aquello que padecen. Sin embargo, se ha planificado una intervención en la que el foco de atención sea otro.

Para llevar a cabo esta línea de acción hemos desarrollado una única unidad de programación. Se trata de un segundo **grupo de psicoeducación “ValoraTBien”** para los destinatarios directos de la intervención. A continuación podemos visualizarlo con más detalle.

“ValoraTBien”

- ♦ Descripción: En esta unidad de trabajo, se formará un grupo psicoeducativo de entre 8-12 personas. Mediante dinámicas de grupo, se pretende aportar información y técnicas para la mejora del autoconcepto, para que cada

miembro tome conciencia de sí mismo, aprenda a mirarse introspectivamente y se conozca. Posteriormente el sujeto podrá valorar su propia imagen, su autopercepción (capacidades vs. limitaciones), con el fin de reforzar su autoestima. Las distorsiones cognitivas, concretamente aquellas relativas al TB, o los estereotipos en torno a éste, serán temáticas que se abordarán para disminuir los sentimientos de auto-estigma y auto-prejuicio.

- ♦ Objetivo: Reconocer las potencialidades y limitaciones personales para devaluar sentimientos o experiencias estigmatizantes.
- ♦ Perfil de los participantes: Personas diagnosticadas de TB-I o TB-II que precisen de un acompañamiento emocional para mejorar su calidad de vida al modificar su percepción en cuanto a ellos mismo y el trastorno. Este grup está diseñado para todas aquellas personas que cumplan los criterios de inclusión descritos en el apartado 4. *Formulación del proyecto*.
- ♦ Resultados esperados: Se pretende que la persona acabe disponiendo de herramientas para poder sobrellevar el estigma social y que la afectación de éste, no se experimente a nivel personal, es decir, que los estímulos negativos externos, no sean condicionantes de la autoestima del sujeto. Para ello deberán, previamente, haber reducido sus niveles de auto-estigma.
- ♦ Desarrollo y actividades: Mediante una intervención grupal, se realizarán los siguientes módulos:
 1. *Adentrándose hacia uno mismo. El autoconcepto.*
 2. *Valorar quiénes somos. La autoestima*
 3. *Mitos y estereotipos del TB. Abordaje para el auto-estigma y el auto-prejuicio.*
- ♦ Temporalización: Se iniciará en enero del 2016, hasta julio del mismo año. Las sesiones se realizarán cada jueves, de forma semanal, teniendo una duración de 60 minutos cada una de ellas.

- ♦ Recursos: Se precisan recursos materiales básicos como una pizarra para facilitar la exposición por parte del profesional a cargo del grupo y una sala, con el mobiliario adecuado, donde realizar las sesiones. Para poder llevar a cabo el trabajo de seguimiento, planificación de las sesiones, etc., el profesional deberá contar con un ordenador portátil. Además podrá disponer de un proyector para aquellas sesiones que lo precisen. Como recursos humanos sería necesaria la figura de un/a psicólogo/a para conducir el grupo. En el apartado 6. *Recursos y financiación*, describiremos con más detalle, los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto.

- ♦ Instrumentos de evaluación: Las técnicas de evaluación serán las entrevistas semiestructuradas de seguimiento y de valoración final a los participantes y la observación directa del profesional. Por otro lado, a nivel cuantitativo, se efectuarán cuestionarios finales a los destinatarios de la intervención. El profesional a cargo del taller lo evaluará en una reunión con el equipo profesional. Con mayor precisión, veremos desarrollado este punto en el apartado 7. *Evaluación*.

Tercera línea de acción:

C. Establecer unas pautas cognitivo-conductuales que orienten al sujeto hacia el retorno de su actividad diaria.

Alejándonos de las anteriores acciones estratégicas propias de las intervenciones psicoeducativas, presentamos como tercera y última línea de acción, una premisa que pretende incidir en la rehabilitación y/o adquisición de capacidades y competencias para reducir el deterioro funcional de las personas afectadas por el TB. La pretensión es que el individuo se distancie de ideas irracionales y pensamientos distorsionados sobre su trastorno, de forma dinámica mediante talleres. Es decir, mediante la práctica intentar modificar sus sensaciones subjetivas así como su manera de pensar, de afrontamiento hacia tareas cotidianas. Más propio de intervenciones psicosociales como la terapia cognitivo-conductual, el rol de los participantes también debe ser activo, dentro de un

contexto grupal. Con ello, además conseguiremos, de la misma manera que pasaba con las anteriores líneas de acción, fomentar la ayuda mutua y romper con la creencia de que el TB es intrínseco a la persona en cuestión.

Consideramos que para llegar a alcanzar una recuperación funcional, es fundamental que la persona disponga de herramientas para conseguirlo. Cómo desarrollar las habilidades sociales por ti mismo en momentos en los que, posiblemente, tu vida social se haya visto empobrecida. Por no mencionar, ¿dónde queda la autonomía? Por consiguiente, visualizamos este proyecto, y en concreto esta línea de acción, como el entrenamiento previo y el acompañamiento necesario para volver al restablecimiento de una rutina en la persona.

Respecto a las unidades de programación, como hemos mencionado, están planificadas en **tres talleres** diferentes; uno con el fin de **potenciar las habilidades sociales**, otro para restablecer una cierta **autonomía** y por último, uno que permita una **orientación a nivel formativo/laboral**. Seguidamente veremos una descripción más detallada del taller de habilidades sociales, a modo de ejemplo.

Taller de habilidades sociales

- ♦ Descripción: El entrenamiento en habilidades sociales consiste en la utilización de diversas técnicas de aprendizaje conductual. Éstas, permiten a las personas con TB adquirir competencias interpersonales para sus relaciones sociales. Mediante este taller a la vez se pretende fomentar una vida independiente y el retorno a un funcionamiento social adecuado.
- ♦ Objetivo: Desarrollar las habilidades sociales necesarias para tener una vida social activa.
- ♦ Perfil de los participantes: Personas diagnosticadas de TB-I o TB-II que muestren dificultades en la interacción social. Este taller va dirigido para todas aquellas personas que cumplan los criterios de inclusión descritos en

el apartado 4. *Formulación del proyecto*, aunque especialmente está diseñado para aquéllas que hayan presentado más de una recaída/hospitalización, o bien, presenten un curso crónico.

- ♦ Resultados esperados: Se pretende la adquisición de diferentes habilidades sociales que permitan retomar, mantener y/o iniciar relaciones sociales, tras periodos de inactividad social por la presentación de algún episodio afectivo. De la misma manera, se procurará mejorar la competencia social, así como reducir el estrés y la ansiedad que pueden provocar las situaciones sociales.
- ♦ Desarrollo y actividades: Mediante diferentes dinámicas de grupo, se realizarán los siguientes módulos:
 4. *Habilidades comunicativas y comportamiento asertivo.*
 5. *Técnicas de comunicación no verbal.*
 6. *Inteligencia emocional; gestión de las emociones.*
- ♦ Temporalización: Se iniciará en enero del 2016, hasta julio del mismo año. Las sesiones se realizarán cada miércoles, de forma semanal, teniendo una duración de 60 minutos cada una de ellas.
- ♦ Recursos: Se precisan recursos materiales básicos como una pizarra para facilitar la exposición por parte del profesional a cargo del taller y una sala, con el mobiliario adecuado, donde realizarlo. Para poder llevar a cabo el trabajo de seguimiento, planificación de las sesiones, etc., el profesional deberá contar con un ordenador portátil. Además podrá disponer de un proyector para aquellas sesiones que lo precisen. Como recursos humanos el taller estará dirigido por un/a educador/a social. En el apartado 6. *Recursos y financiación*, describiremos con más detalle, los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto.
- ♦ Instrumentos de evaluación: Las técnicas de evaluación serán las entrevistas semiestructuradas de seguimiento y de valoración final por

parte de los participantes y la observación directa del profesional. Por otro lado, a nivel cuantitativo, se efectuarán cuestionarios finales a los destinatarios de la intervención. El profesional a cargo del taller lo evaluará en una reunión con el equipo profesional. Con mayor precisión, veremos desarrollado este punto en el apartado 7. *Evaluación*.

Una vez ejemplificada una unidad de programación por cada línea de acción, cabe puntualizar que todas las personas que cumplan los criterios de inclusión vistos en el apartado 4. *Formulación del proyecto*, podrán participar en los diferentes grupos de psicoeducación y/o en los talleres para la normalización del día a día. Pudiendo asistir a los grupos y talleres que consideren necesarios para su mejora.

Si bien es cierto, que se han establecido talleres orientados para la recuperación de personas con un deterioro funcional más grave, bien porque han presentado numerosas recaídas o el trastorno presenta un curso crónico. Estos supuestos podrían conllevar períodos prolongados de aislamiento social, de dependencia al cuidador o inactividad, especialmente en el área académica y/o laboral. No por ello, una persona que crea conveniente asistir, por ejemplo al taller de habilidades social, aún haber sido diagnosticada recientemente, podrá participar de sus actividades.

La persona valorará la idoneidad de cada grupo/taller según sus necesidades expresadas en una primera entrevista con el trabajador social. Éste podrá, a su vez, orientar a la persona hacia otras actividades que pudieran ayudarle en su proceso de recuperación funcional, según las necesidades normativas que detecte a nivel profesional. En definitiva, nos referimos a una orientación donde prevalecerá la capacidad de autodeterminación de la persona que desee participar en el proyecto.

5.2. Metodología

Valorando la individualidad de cada persona y las particularidades de cada itinerario vital, podemos llegar a la conclusión de que las limitaciones u obstáculos que impiden la recuperación funcional de las personas diagnosticadas de TB no son inherentes a éstas. Estas dificultades son el resultado de la interrelación de múltiples factores.

Atendiendo un vez más al modelo biopsicosocial, vemos como la persona está condicionada por las características y grado de afectación de su trastorno -según el curso, desarrollo y evolución-. Asimismo, si el sujeto en cuestión presenta, a nivel psicológico, distorsiones y dificultades cognitivas o alteraciones emocionales, no resultará extraño que se vea desmotivado para llevar a cabo tal proceso. El contexto social también representa un papel importante, pudiendo ser un gran facilitador, o no, de la recuperación funcional del afectado.

La metodología de nuestra propuesta de intervención parte de la siguiente definición que Funes y Raya (2001) hacen sobre el acompañamiento: “Acompañar es mirar de otra manera a la persona y su historia, para que ella pueda verse de otra forma. Es creer en sus potencialidades, ayudarle a tomar conciencia y a desarrollarse, sea cual sea su estado actual” (citado en Raya y Hernández, 2014).

La pretensión de nuestro acompañamiento profesional es caminar al lado de la persona con TB, aportando estrategias que justamente faciliten su proceso de mejora a nivel funcional. Para ello, se ha considerado conveniente trabajar de manera grupal. Establecer un acompañamiento no significa abordar las cuestiones individuales de forma individual.

Como hemos ido mencionado a lo largo del proyecto, el grupo sirve para la superación de la culpabilidad individual que personas con TB interiorizan al ser diagnosticadas. Según Raya (2001), el acompañamiento grupal engloba otras funciones:

De la misma manera, hace posible algo que las atenciones estrictamente individuales pueden ocultar: comprender los aspectos colectivos de sus situaciones individuales. Trabajar en grupo, discutir colectivamente, permite que las personas descubran la similitud entre sus diversas situaciones, relativiza sus dificultades personales en el marco general de los problemas de la exclusión, hace aparecer mecanismos de solidaridad, identifica otras fuentes de tensión que no son la propia persona, su historia o su destino. El grupo permite multiplicar las relaciones, facilita la salida del aislamiento, el ejercicio de otros papeles.

(p. 5).

Independientemente de este formato de intervención, el seguimiento de cada participante debe realizarse de manera individual, para poder ir valorando el grado de consecución de los objetivos preestablecidos y la idoneidad de las actividades que realiza.

Por otra parte, se han programado diferentes grupos y talleres acorde con los diferentes perfiles de las personas destinatarias directas de la intervención. También, se ha tenido en cuenta la inclusión en este proyecto de la red social más próxima de la persona afectada de TB. En este sentido, tal y como afirman Nardone y Watzlawick (2007), “la terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia” (p. 83). Puesto que la intervención social debe construirse a partir de la observación del otro, pensamos que el contexto donde se lleve a cabo este proyecto, debe alejarse de instituciones específicas de salud mental. Al no tratarse de una intervención médica, ubicar este proyecto en otros espacios exentos de sentirse estigmatizados, resulta congruente con el afán de promover un espacio en el que las personas con TB se sientan cómodas, libres de poder expresarse, de escuchar y de ser escuchadas. Es por ello que nosotros siempre hablaremos de personas y no de pacientes, matizando la cita anterior.

De la misma manera, en el proceso de acompañamiento que se pretende proporcionar, no sólo será función del equipo profesional llevarlo a cabo. La ventaja de trabajar mediante el grupo, hace que sea necesaria una actitud profesional motivadora hacia sus integrantes para conseguir un rol activo y participativo dentro del grupo. Esto no quiere decir que el profesional vaya a desempeñar un papel secundario o pasivo, sino que la persona y el grupo serán los verdaderos protagonistas en el transcurso de un acompañamiento compartido.

Tanto el psicólogo como el educador social, profesionales que estarán a cargo de los grupos y talleres, serán los encargados de dirigir y reconducir las sesiones, estructurar los contenidos de cada una de ellas, proporcionando conocimientos, habilidades y estrategias que favorezcan el bienestar de las personas con TB. Se procurará que desde el primer momento de acogida, en la primera entrevista con el trabajador social, la persona perciba al profesional como una persona próxima a ella, con la que poder llevar una relación de igualdad entre usuario-profesional.

A continuación veremos de manera más específica la metodología prevista para el desarrollo de cada línea de acción.

Primera y segunda línea de acción:

A. Promover un conocimiento amplio sobre el trastorno y su tratamiento, mediante una intervención psicoeducativa para la persona afectada y su entorno más próximo.

B. Reforzar el autoconcepto y la autoestima, para así poder disminuir los sentimientos de autoestigma y de auto-prejuicio.

Centrándonos en el grupo “*EducaTBien*”, podemos observar los procedimientos a seguir para la realización de los tres grupos psicoeducativos planificados en este proyecto. No obstante, debemos recordar que en los tres grupos se abordarán temáticas diferentes, acordes con cada objetivo propuesto y el perfil de los participantes. La duración de las sesiones, también dependerá de cada grupo psicoeducativo. Por ejemplo, en el grupo “*EducaTBien*” cada sesión tendrá una duración de 90 minutos, a diferencia del grupo “*ValoraTBien*” o el grupo para familiares y/o amigos, donde las sesiones durarán 60 minutos. Sin embargo, todos ellos se llevarán a cabo a lo largo de seis meses, de forma semanal, lo que permitirá el contacto regular y su seguimiento.

Las primeras sesiones de los diferentes grupos psicoeducativos servirán para presentar sus contenidos a los participantes, pero sobre todo, conocer al profesional y los compañeros. Una vez transcurridas estas sesiones, al inicio de cada una, se dedicarán 10-15 minutos para poner en común dudas o comentarios sobre la anterior sesión o cómo ha ido la semana. Después de esto, se desarrollarán los contenidos programados de cada sesión y grupo.

En el caso del grupo “*EducaTBien*” el contenido irá dirigido, como ya sabemos, en torno al conocimiento del TB. Por ello, el primer módulo “*¿Qué es el TB? Desenmascarando al trastorno; detección precoz de pródromos*” será de especial relevancia, centrándose detenidamente en los síntomas que pueden presentarse en los diferentes episodios afectivos en el TB-I y TB-II. Dicho conocimiento intentará favorecer la detección de pródromos. Por ejemplo, se harán proyecciones audiovisuales en las que poder observar la sintomatología de cada fase. Esta técnica, también podrá ser aplicada al grupo de psicoeducación para familiares/amigos. Otra de las herramientas que disponemos será la

realización de la gráfica vital para las personas afectadas de TB. En “*EducaTBien*” después de ofrecer un conocimiento amplio sobre el trastorno, se propondrá a cada participante que elabore su gráfica vital. En ella dibujará el curso del TB que presenta hasta el momento. Al mismo tiempo, la persona irá valorando que acontecimientos previos pudieron provocarlo. Este tipo de dinámicas, requieren sesiones en las que poder compartir vivencias y emociones. Aprender del otro y no ser siempre el “afectado”, pues poder ayudar al otro supone distanciarse de uno mismo, incluso de nuestro sufrimiento.

Los módulos, “*El por qué de la medicación. Hablemos de los efectos adversos*” y “*El día a día: hábitos regulares y saludables. Gestionemos el estrés*”, también tendrán como objetivo mantener una estabilidad en la persona con TB, en el intento de evitar las recaídas.

El grupo de psicoeducación “*ValoraTBien*”, en primer lugar, se centrará en el autoconocimiento de la persona y en la mejora de su valoración como tal. Es por ello que los módulos “*Adentrándose hacia uno mismo. El autoconcepto*” y “*Valorar quiénes somos. La autoestima*” serán primordiales para poder realizar correctamente las actividades del tercer bloque temático “*Mitos y estereotipos del TB. Abordaje para el auto-estigma y el auto-prejuicio*”.

En esta última fase se han programado sesiones en las cuales poder romper, mediante la lógica y el razonamiento, cuestiones relativas al estigma social. Por ejemplo, una de las sesiones podría estar dirigida por una persona ajena al proyecto, dispuesta a llevar a cabo una sesión dinámica de temática acordada con el equipo profesional. Si bien, los contenidos deberán ser acordes con el tipo de grupo psicoeducativo, éstos no representarán la parte más importante de la sesión. La persona ponente al finalizar su exposición, dará a conocer a los participantes que ella también tiene TB. Se pretende que el ponente dedique los últimos minutos para explicar y compartir aquello que desee sobre su propio curso de TB.

A partir de esta sesión se podrá trabajar con el grupo como los participantes se han podido ver identificados con una persona previamente “no patologizada” por ellos, es decir, previamente no estigmatizada. En este sentido, también resulta

conveniente hablar sobre los prejuicios que se perciben a nivel social, no sólo los propios de la persona con TB. Para ello, las experiencias vividas por el grupo podrán ser el punto de partida. De igual manera, se han programado sesiones en las cuales proyectar videos, anuncios publicitarios o fragmentos de películas con el propósito de detectar mitos relativos a la salud mental o posibles discriminaciones a personas con trastornos mentales.

Los contenidos del grupo para familiares y/o amigos, serán parecidos a los del grupo “*EducaTBien*” y el grupo “*ValoraTBien*”. Se pretende que en una misma intervención, las personas cercanas al sujeto con TB puedan desarrollar mecanismos que le facilite el proceso de recuperación. Es por este motivo que se verán integradas temáticas acerca del conocimiento del TB –sobre todo en lo que se refiere a la sintomatología de los episodios afectivos- para el manejo de pródromos y contenidos relacionados con los mitos y estereotipos del trastorno. Estos serían los grandes ejes de trabajo del grupo de familiares y/o amigos.

Vistos los contenidos generales que se irán desarrollando en las sesiones cada grupo psicoeducativo, cabe precisar que todas las sesiones se finalizarán abriendo un debate/resumen de los aspectos tratados y la resolución de dudas que hayan podido surgir. También se hará un avance de aquello que se trabajará a la semana siguiente.

Debemos tener presente que en ningún caso se impartirán “clases magistrales”, sino que el profesional, en este caso el psicólogo miembro del equipo profesional, será la persona que conducirá los grupos, proporcionando información con el objetivo de que los participantes vayan compartiendo experiencias. Por esta razón, hablamos de sesiones semiestructuradas, permitiendo y fomentando la participación activa del grupo. Además se recomienda que los grupos estén compuestos por 8-12 personas para reforzar este clima acogedor y comunicativo al que nos referimos y a la vez poder valorar más individualmente cada progreso.

Tercera línea de acción:

C. Establecer unas pautas cognitivo-conductuales que orienten al sujeto hacia el retorno de su actividad diaria.

Con el fin de llevar a cabo correctamente los tres talleres programados, el Taller de Habilidades Sociales, el Taller de Autonomía y el de Orientación formativa/laboral, la metodología empleada será aún más dinámica que en los grupos psicoeducativos. A pesar de que también las sesiones serán conducidas por el profesional, en este caso el educador social del equipo profesional, las dinámicas de grupo y los role-playing estarán presentes en los diferentes talleres. Por ejemplo, una de las técnicas que se emplearán en los módulos “*Habilidades comunicativas y comportamiento asertivo*” y “*Técnicas de comunicación no verbal*”, además de las anteriores, serán las proyecciones de vídeos a través de los cuales poder trabajar las habilidades sociales y comunicativas. De igual manera, podríamos aplicar estas tres técnicas para desarrollar los contenidos del tercer módulo “*Inteligencia emocional; gestión de las emociones*”.

En el Taller de Autonomía, se pretenden abarcan cuestiones relativas a las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales y Avanzadas, de manera lúdica y mediante la interacción del grupo y, en ocasiones en el entorno social, gracias a salidas de diferentes didácticas. Debemos puntualizar, que este tipo de sesiones, en dicho taller, no se realizarán todas las semanas y que cuando se lleven a cabo, la duración de la sesión será mayor a la estipulada.

En este sentido, se ha considerado que cada taller se realice una vez por semana, teniendo cada sesión una duración de 60 minutos. Los grupos deberán estar compuestos por 8-12 personas, para poder llevar una atención más personalizada.

Finalmente, para el diseño de una intervención social integral (en el supuesto de que la persona desee participar en todos los grupos y talleres) se ha considerado importante dedicar unas sesiones a la Orientación Formativa/laboral de las personas con TB. En este taller se realizarán actualizaciones de currículum vitae, se proporcionarán técnicas de entrevista -entrenadas también mediante role-playing- y se impartirán sesiones informativas acerca de itinerarios formativos y laborales adecuados a cada uno de los participantes.

A nivel general, cabe precisar la necesidad de utilizar en todos los grupos y talleres un lenguaje sencillo, asequible y cercano a los participantes. Fomentando una vez más la comunicación en igualdad y proximidad entre los destinatarios directos e indirectos del proyecto.

Por otro lado, también será necesario el establecimiento de unas normas en los diferentes grupos y talleres. Estas normas básicas para el buen funcionamiento de los grupos serán:

1. Asistencia
2. Tolerancia y respeto
3. Participación
4. Confidencialidad
5. Puntualidad

A continuación, podremos observar la programación de los tres grupos de psicoeducación y los tres talleres, en el apartado *5.2.1. Calendarización general del proyecto*.


5.2.1. Calendarización general del proyecto


Tabla 7. Cronograma del proyecto


Año 2015-2016	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Actividades												
Conferencias y reuniones en el ámbito sanitario y social.	Equipo Interdisciplinar.	Equipo Interdisciplinar.										
Acogida y primera entrevista.			Valoración individual (TS)	Valoración individual (TS)								
Coordinación con psiquiatra referente.			(TS)	(TS)			(TS)				(TS)	
“EducaTBien”					4/mes Martes (Psic.)	4/mes Martes (Psic.)	4/mes Martes (Psic.)	4/mes Martes (Psic.)	4/mes Martes (Psic.)	4/mes Martes (Psic.)		
“ValoraTBien”					4/mes Jueves (Psic.)	4/mes Jueves (Psic.)	4/mes Jueves (Psic.)	4/mes Jueves (Psic.)	4/mes Jueves (Psic.)	4/mes Jueves (Psic.)		
Psicoeducación para familiares/amigos.					4/mes Miércoles (Psic.)	4/mes Miércoles (Psic.)	4/mes Miércoles (Psic.)	4/mes Miércoles (Psic.)	4/mes Miércoles (Psic.)	4/mes Miércoles (Psic.)		


Taller de Habilidades Sociales.					4/mes Miércoles (ES)	4/mes Miércoles (ES)	4/mes Miércoles (ES)	4/mes Miércoles (ES)	4/mes Miércoles (ES)	4/mes Miércoles (ES)		
Taller de Autonomía.					2/mes Lunes (ES)	2/mes Lunes (ES)	2/mes Lunes (ES)	2/mes Lunes (ES)	2/mes Lunes (ES)	2/mes Lunes (ES)		
Orientación formativa/ laboral.					2/mes Lunes (ES)	2/mes Lunes (ES)	2/mes Lunes (ES)	2/mes Lunes (ES)	2/mes Lunes (ES)	2/mes Lunes (ES)		
Reuniones Equipo Interdisciplinar.			Evalua. Inicial	Evalua. Inicial		Evalua. Proceso	Evalua. Proceso			Evalua. Final	Evalua. Final	
Entrevista de seguimiento.							(TS)					
Entrevista final.										(TS)		


Fuente: Elaboración propia.


 Sesiones de promoción y difusión del proyecto.


 Formación de los grupos/talleres.


 Coordinación con psiquiatra referente.


 Grupo I de Psicoeducación para personas con TB.


 Grupo II de Psicoeducación para personas con TB.


 Grupo III de Psicoeducación para familiares/amigos.


 Taller de Habilidades Sociales.

 Taller de Autonomía.

 Orientación formativa/laboral.

 Reuniones del trabajador social, psicólogo y educador social.

 Valoración individual del proceso de la intervención en todos los grupos/talleres.

 Valoración individual de finalización de cada grupo/taller y del proyecto.

5.2.2. Gestión del proyecto

En este apartado expondremos las gestiones de coordinación que se realizarán a cargo del trabajador/a social responsable del proyecto, con el resto de profesionales del equipo, psicólogo y educador social, con los participantes y con los psiquiatras referentes de las personas afectadas de TB. Además, veremos cómo se llevarán a cabo la promoción, difusión del proyecto. Para ello hemos considerado oportuno realizar un recorrido de la gestión del proyecto siguiendo las fases de su aplicación.

El proyecto se llevará a cabo desde el mes de septiembre de 2015 hasta el mes de julio de 2016, tal y como se observa en 5.2.1. *Calendarización general del proyecto* (Tabla 7).

Previo al desarrollo de la intervención, será imprescindible llevar a cabo la difusión y promoción del proyecto, con el objetivo de dar a conocer su existencia a personas interesadas en participar. Es por este motivo, que se realizarán conferencias, reuniones y reparto de folletos informativos por parte de todo el equipo profesional, en el ámbito de la salud y en el ámbito social, para publicitar el proyecto. Puesto que los agentes que promoverán, en primera instancia, la participación de los sujetos en el proyecto no dejarán de ser profesionales ajenos a éste. Por lo que deberán estar bien informados. En este sentido la gestión externa será valorada desde un primer momento.

Finalizados los dos meses de difusión fijados, las personas que quieran participar serán valoradas por el Trabajador Social. En esta entrevista se tendrán en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos para su participación. También se procederá a la valoración de las necesidades del sujeto, proporcionando una orientación hacia qué grupos y/o talleres se ajustan más a éstas. En todo caso, como ya se ha mencionado, la elección será a cargo del participante. Durante estos meses, será función del trabajador social establecer contacto con los psiquiatras referentes de cada uno, además se realizaran reuniones interdisciplinarias con la finalidad de que todo el equipo conozca el perfil de cada persona, el grado de afectación, el tipo de TB, su curso, etc., antes del comienzo de la intervención.

A nivel de gestión interna, el psicólogo será el que conduzca los tres grupos de psicoeducación. El educador social será el que dirigirá los tres talleres restantes. Será primordial que estos profesionales realicen un seguimiento continuado de cada miembro

del grupo. Pues, antes de la entrevista de seguimiento a cargo del trabajador social, se realizará una reunión conjunta del equipo profesional para que éste disponga de la información necesaria para poder hacer una valoración del seguimiento. Después de esta entrevista, el trabajador social volverá a comunicarse con el psiquiatra de referencia y así poder hacer una evaluación conjunta de los progresos.

Al establecerse una única entrevista de seguimiento, se contempla la posibilidad de que la persona pueda solicitar una entrevista de seguimiento extraordinaria. Lo mismo ocurrirá en el supuesto de que alguno de los profesionales la considere oportuna (cambio de grupo o taller, dificultades en la integración del grupo, etc.).

Durante los dos últimos meses se realizan las reuniones interdisciplinarias del equipo para la evaluación final. Como veremos ésta constará de dos partes; la evaluación de cada participante y la del proyecto. Siguiendo con el mismo procedimiento, tras la reunión de los profesionales, el trabajador social realizará una última entrevista con la persona participante. Tras la valoración, ésta volverá a ser comunicada al psiquiatra referente. Finalmente, en el mes de julio, se realizará la extracción de resultados de los cuestionarios para la evaluación del proyecto final.

6. RECURSOS Y FINANCIACIÓN

Para poder aplicar este proyecto debemos tener en consideración los diferentes recursos que serán necesarios para poder llevarlo a cabo. De este modo, a continuación veremos recogidos los recursos humanos, los recursos materiales y técnicos, así como, los recursos económicos que determinamos como imprescindibles para la correcta realización del proyecto.

6.1. Recursos humanos

Tal y como se ha ido mencionando anteriormente, la pretensión es la de ofrecer una intervención a nivel psicosocial, mediante unos grupos y talleres con unas actividades muy delimitadas a las necesidades recogidas en un estudio bibliográfico en referencia a la recuperación funcional del TB. Es por ello, que el equipo profesional estará formado por:

→ 1 Trabajador Social como coordinador y responsable del proyecto. Entre sus funciones destacar la valoración de las necesidades al inicio de la intervención y la realización de las entrevistas de seguimiento y final. Además las coordinaciones con los psiquiatras referentes de cada participante afectado de TB serán llevadas a cabo por éste.

→ 1 Psicólogo para conducir los grupos de psicoeducación y ofrecer directrices de actuación y asesoramiento al equipo profesional.

→ 1 Educador Social para dirigir los talleres de habilidades sociales, autonomía y orientación formativa/laboral.

Cabe precisar, que independientemente del perfil profesional de aquéllos que configuren el equipo interdisciplinar, todos ellos, además de disponer de sus respectivas titulaciones universitarias, deberán estar especializados en el ámbito de la salud mental. Se valorará la experiencia laboral así como será conveniente que el psicólogo, estando a cargo de los grupos psicoeducativos, disponga de formación específica sobre el TB.

6.2. Recursos materiales y técnicos

Para poder implementar este proyecto será preciso disponer de recursos materiales mínimos. En primer lugar, nos disponemos a enumerar los materiales no fungibles necesarios:

→ 1 inmueble que disponga de:

- 1 despacho para gestionar todas las tramitaciones y coordinaciones con los psiquiatras referentes y para las reuniones interdisciplinarias del equipo.
- 2 salas; una para la realización de los grupos de psicoeducación y otra para llevar a cabo los talleres.

→ Sillas pala, para poder escribir y facilitar la disposición circular dentro de la sala.

→ 1 proyector a disposición de los profesionales para determinadas sesiones (videos, material informativo, etc.).

→ 3 ordenadores portátiles.

→ 2 pizarras blancas.

En segundo lugar, debemos prever los materiales fungibles necesarios para el desarrollo de la intervención:

→ Folletos informativos sobre el proyecto.

→ Material de oficina (folios, bolígrafos, lápices, etc.).

→ Fotocopias.

→ Billetes transporte público (para las salidas del Taller de Autonomía).

6.3. Recursos económicos

Finalmente y en lo que refiere a los recursos económicos, debemos recordar que este proyecto aún no quedar delimitado a nivel territorial ni institucional, en su correspondiente apartado, se concretaron tres posibles ubicaciones. Dependiendo de donde se implemente el proyecto, éste tendrá como principal fuente de financiación a la Administración pública correspondiente si se lleva en el CAP, si por el contrario se llevara a cabo en un centro cívico, o una entidad del Tercer Sector Social deberá también nutrirse de aportaciones privadas. Asimismo, la aportación o bien la gratuidad del recurso para sus participantes, también dependerá de la institución en la que se encuentre ubicado.

6.4. Presupuesto y vías de financiación

A pesar de tratarse de un proyecto, independientemente de su ubicación, que no pretende lucrarse de su actividad, resulta imprescindible realizar un presupuesto detallado previamente a su implementación. En él, deben estar recogidos todos los gastos necesarios para el desarrollo de la intervención, mencionados anteriormente; el gasto en recursos humanos y el gasto de recursos materiales y técnicos.

A continuación presentamos el presupuesto para el ejercicio 2015-2016 del proyecto *La búsqueda del equilibrio emocional*:

Tabla 8. Presupuesto

Ingresos	Gastos
Importe	Importe
	Recursos materiales:
	<u>Materiales no fungibles</u>
- Subvenciones públicas*	- Sillas pala.....1000 €
- Subvenciones de entidades*	- Proyector.....300 €
- Donativos privados*	- 3 Ordenadores portátiles.....900 €
	- 2 pizarras blancas.....550 €
	<u>Materiales fungibles</u>
	- Folletos informativos sobre el proyecto....150 €
	- Material de oficina.....200 €
	- Fotocopias.....150 €
	- Billetes de transporte público.....100 €
	Recursos humanos:
	- Personal.....19.800 €
Total23.150 €	Total23.150 €

Fuente: Elaboración propia.

La elaboración del presupuesto tiene como objetivo la cuantificación de gastos y su correspondiente aplicación. Es necesario que este apartado se encuentre incluido en la formulación de todo proyecto. De este modo, se podrá efectuar su presentación a

aquellas instituciones que pudieran financiarlo, dando a conocer la finalidad del proyecto y los recursos necesarios para su implementación. Dependiendo de la institución que acabe financiando el proyecto, la cobertura del presupuesto será total o precisará de financiación privada.

En el supuesto de que la Administración Pública, de una determinada población, avale el presente proyecto, su contribución abarcará la totalidad del gasto presupuestado. Por consiguiente las personas destinatarias de la intervención no habrán de hacer aportación alguna. En este sentido, consideramos que incidir en la recuperación funcional de las personas con TB debe visualizarse como una responsabilidad pública, de igual manera que lo es la intervención a nivel médico.

En el caso de que este proyecto se realizará desde un centro cívico, la Administración Local proporcionaría el local para implementarlo. Asimismo, los gastos fijos (luz, agua, teléfono, etc.) serán a cargo de la misma. En lo que se refiere a recursos humanos, éstos estarán subvencionados por dicha Administración en un 50%. Con respecto al 50% restante y los gastos en recursos materiales, correrán a cargo de subvenciones de entidades y aportaciones privadas. En este supuesto, los participantes deberán pagar una cuota mensual para poder beneficiarse de los servicios.

Finalmente si dicho proyecto lo acabará integrando una organización sin ánimo de lucro en sus líneas de actuación, a pesar de que parte del presupuesto pudiera estar financiado por la Administración Pública, posiblemente serán necesarios los donativos privados para su realización.

7. EVALUACIÓN

Con el objetivo de cualificar la consecución de los objetivos establecidos dentro del proyecto *La búsqueda del equilibrio emocional*, tendremos presente un sistema de evaluación configurado en tres fases: la evaluación inicial, la evaluación del proceso y la evaluación final. Además, disponer de este proceso valorativo permite la modificación de toda intervención que no produzca los resultados previstos.

Debido a que el propio sujeto será la persona más indicada para evaluar sus necesidades previas, su seguimiento durante el proyecto y su evolución final gracias a éste, estaríamos hablando principalmente de una evaluación cualitativa. En ella se verán incluidos aspectos subjetivos como sus expectativas iniciales, sus experiencias durante el proceso, sus sentimientos, etc. No obstante, para obtener una valoración objetiva de los resultados, se emplearán técnicas propias de la evaluación cuantitativa.

En todo caso, nos estamos refiriendo a una evaluación participativa en la que serán participes tanto los destinatarios de la intervención como el equipo profesional del proyecto.

7.1. Evaluación inicial

Esta evaluación tendrá lugar al comienzo del proyecto con el fin de conocer a la persona afectada por TB, el tipo diagnóstico clínico que presenta, el grado de afectación, pero también sus expectativas, su motivación y sus necesidades. Resulta primordial establecer una relación cercana o vínculo horizontal donde el sujeto no se sienta obligado a participar en actividades que no le interesen o no se ajusten a sus deseos. Pues, hablamos de facilitar su recuperación funcional, proceso que realizará con el acompañamiento necesario, pero sobre todo, en el que deberá verse implicado, ejerciendo en todo momento un rol activo.

Mediante una primera entrevista semiestructurada realizada por un trabajador social con formación especializada en salud mental, se valorará que tipo de talleres o actividades podrían ser adecuados para la persona en cuestión, según el perfil que presente y las motivaciones que exprese. (Ver Anexo 1)

Además, como hemos mencionado anteriormente, se establecerá un primer contacto con el psiquiatra de referencia y se compartirá la información con el resto del equipo profesional, con el psicólogo y el educador social del proyecto.

7.2. Evaluación del proceso

Durante todo el proyecto, se llevará a cabo una evaluación continuada con la intención de valorar la idoneidad de las actividades propuestas para alcanzar los objetivos preestablecidos. En el caso de que éstas no faciliten el proceso de cambio esperado, deberán ser reformuladas a los efectos de ajustarse a las necesidades del colectivo.

Previamente a la segunda entrevista semiestructura individual con el trabajador social, el equipo de profesionales del proyecto, a mediados de febrero y durante el mes de marzo, realizará reuniones conjuntas, con el fin de valorar la adaptación que están teniendo los participantes, a nivel individual, en cada una de las actividades que participan. Para ello se basarán en las tablas de observación realizadas por el profesional a cargo de cada grupo o taller. Seguidamente, el trabajador social, con la información facilitada por el equipo, programará esta segunda entrevista con cada participante. El propósito es el de conocer el grado de satisfacción, sus progresos y aquello que precisa de mayor actuación. En definitiva, permitirá valorar si la intervención que se está prestando a esa persona en particular es la adecuada, además de poder evaluar su proceso en el proyecto.

Mediante este seguimiento, se da la posibilidad de que la persona disponga de la opción de cambiar de grupo de trabajo, en el caso que se estime pertinente. Es por ello que esta entrevista se realizará habiendo transcurrido aproximadamente dos meses desde el inicio. Con el fin de poder llevar a cabo una evaluación del proceso más exhaustiva, durante esta fase, el trabajador social volverá a compartir información sobre la evolución y situación de la persona afectada con su psiquiatra referente.

Cabe añadir que, a pesar de realizar una única entrevista de seguimiento, correspondiente a fase de evaluación del proceso, el equipo profesional desarrollará un papel clave en la detección de posibles desajustes en el transcurso de las actividades. Gracias a la observación permanente de todos ellos en los diferentes grupos, se podrá programar entrevistas extraordinarias para valorar la posibilidad de cambio de

actividades. La demanda de cambio de grupo/taller también podrá ser solicitada por el propio participante. En ambos casos, se realizará una entrevista semiestructurada extraordinaria en la que participarán el trabajador social, el profesional a cargo de esa actividad y el destinatario de la intervención.

7.3. Evaluación final

A modo de finalizar la intervención propuesta del presente proyecto, se realizará la última fase de este proceso evaluativo. Gracias a ella podremos determinar si los objetivos planteados han sido conseguidos a nivel general y su repercusión a nivel individual.

La evaluación final prevista se llevará a cabo mediante técnicas cualitativas pero también cuantitativas. En un primer momento, al finalizar los grupos/talleres, el profesional a cargo de éstos, repartirá dos tipos de cuestionarios, uno para evaluar los grupos/talleres y otro para valorar el proyecto en su conjunto. Antes de la extracción de estos resultados, todo el equipo profesional volverá a tener reuniones de evaluación, con el fin de valorar el impacto que ha tenido la intervención en cada persona. Para ello, volverán a basarse en las tablas de observación realizadas en cada grupo o taller, que permitan evaluar a cada participante. Esta fase, finalizará después de una última entrevista semiestructurada individual con el trabajador social, en este caso de finalización de la intervención, en la que se abordaran aspectos relativos a la experiencia y las repercusiones que ha supuesto participar en este proyecto, así como la incidencia que ha tenido éste en su recuperación funcional. De igual manera, tras esta última entrevista, el trabajador social compartirá con cada psiquiatra referente, la participación de cada sujeto, valorando sus mejoras, siendo concedores del punto en el que se encuentran en referencia a su recuperación funcional.

Finalmente, una vez concluida la intervención, con el objetivo de poder cuantificar los resultados obtenidos, se llevará a cabo la extracción de resultados de los dos tipos de cuestionarios. Durante estas reuniones del equipo profesional, se podrán analizarán los datos obtenidos referentes a los grupos/talleres y al proyecto en general. Del mismo modo, a nivel cualitativo, durante estas sesiones se valorará el trabajo realizado por el equipo profesional.

7.4. Definición de los indicadores de evaluación

Para poder llevar a cabo cual tipo de evaluación es necesario establecer unos indicadores con los que valorar la consecución de los objetivos propuestos inicialmente. En consecuencia, debemos recordar que el objetivo general de este proyecto es el de “Facilitar la recuperación funcional a las personas afectadas por el TB, desde un acompañamiento psicosocial”. Teniendo presente que este es el propósito del proyecto *La búsqueda del equilibrio emocional*, aquello por lo que se trabajará, hemos considerado oportuno fijar unos indicadores para la evaluación permanente de cada participante. Estos indicadores serán acordes con los objetivos específicos del proyecto, con cada una de las líneas de acción, así como con sus respectivas unidades de programación.

Tabla 9. Indicadores de evaluación

Objetivos Específicos	Líneas de Acción	Unidades de Programación (UP)	Objetivo de la cada UP	Indicadores de cada UP
A) Mejorar el proceso de aceptación del TB, procurando estrategias que faciliten la convivencia del sujeto con el trastorno.	A) Promover un conocimiento amplio sobre el trastorno y su tratamiento, mediante una intervención psicoeducativa para la persona afectada y su entorno más próximo.	1. “EducaTBien”	Conseguir mayor conciencia del trastorno, adherencia al tratamiento farmacológico y el establecimiento de hábitos saludables para reducir el número de episodios afectivos.	<ul style="list-style-type: none"> → Mayor grado de aceptación del trastorno. → Adherencia a la medicación. → Sabe detectar la sintomatología presente en los diferentes episodios afectivos. → Inicia y mantiene una rutina diaria regular y saludable. → Consigue reducir y/o eliminar el consumo de tóxicos. → Reducción de la ansiedad y el estrés.
		2. Psicoeducación para familiares y/o amigos.	Conseguir un conocimiento amplio del TB, para entender y acompañar a la persona afectada, ayudándola en la detección de pródromos y su recuperación funcional.	<ul style="list-style-type: none"> → Mejora de la relación con la persona afectada de TB. → Sabe detectar la sintomatología presente en los diferentes episodios afectivos. → Reducción de pensamientos estigmatizantes. → Reducción de la ansiedad y el estrés.

<p>B) Conseguir un buen manejo del estigma social.</p>	<p>B) Reforzar el autoconcepto y la autoestima, para así poder disminuir los sentimientos de autoestigma y de auto-prejuicio.</p>	<p>3. “<i>ValoraTBien</i>”</p>	<p>Reconocer las potencialidades y limitaciones personales para devaluar sentimientos o experiencias estigmatizantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Aumento del autoconocimiento. → Sentirse bien con uno mismo. → Saber reconocer aspectos positivos de uno mismo. → Reconocer errores y limitaciones. → Racionalizar los mitos y estereotipos del TB. → Disminución de pensamientos estigmatizantes.
<p>C) Procurar la normalización del día a día del individuo.</p>	<p>C) Establecer unas pautas cognitivo-conductuales que orienten al sujeto hacia el retorno de su actividad diaria.</p>	<p>4. Taller de Habilidades Sociales.</p>	<p>Desarrollar las habilidades sociales necesarias para tener una vida social activa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Adecuación entre expresión verbal y no verbal. → Expresa aquello que quiere decir de manera adecuada. → Reconoce emociones propias. → Maneja sus emociones. → Sabe cómo dirigirse a los demás en diferentes situaciones. → Actitud comunicativa frente al grupo.
		<p>5. Taller de Autonomía.</p>	<p>Potenciar las capacidades de la persona para una vida autónoma e independiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Aporta ideas al grupo para realizar actividades. → Sabe responsabilizarse de las actividades que propone. → Se muestra colaborador en las sesiones programadas por otros.

		6. Taller de orientación formativa/laboral.	Conocer los recursos e itinerarios formativo/laborales para la reinserción social.	<ul style="list-style-type: none"> → Sabe cómo hacer un currículum. → Muestra interés por los itinerarios formativos/laborales de los que es informado. → Muestra interés por cursar estudios y/o obtener un puesto de trabajo. → Se inscribe a cursos y/o encuentra un puesto de trabajo.
--	--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia.

7. 5. Descripción de instrumentos de evaluación y temporalización

A continuación podremos observar los instrumentos de evaluación previstos para cada fase del proceso evaluativo del proyecto. Su correspondiente ejemplificación se verá recogida en el apartado *II. Anexos*.

Tabla 10. *Instrumentos de evaluación*

Evaluación continuada	Instrumentos de evaluación
INICIO	→ <u>Entrevista semiestructurada individual</u> ; valoración de la persona para la formación de grupos y/o talleres. (Ver Anexo 1).
PROCESO	→ <u>Entrevista semiestructurada individual</u> ; valoración de la evolución de la persona en los grupos y/o talleres que participa. → <u>Tablas de observación profesional</u> ; control de seguimiento individual de los profesionales a cargo de los grupos y talleres. (Ver Anexo 2).
FINAL	→ <u>Entrevista semiestructurada individual</u> ; valoración del trascurso del proyecto y su repercusión a nivel funcional en la persona. → <u>Tablas de observación profesional</u> ; control de seguimiento individual de los profesionales a cargo de los grupos y talleres, que servirá para realizar una evaluación final de cada participante. → <u>Cuestionario sobre grupos/talleres</u> ; valoración por parte de los participantes de cada grupo y/o taller al cual han asistido. (Ver Anexo 3). → <u>Cuestionario sobre el proyecto</u> ; valoración general del proyecto por parte de los destinatarios de la intervención. (Ver Anexo 4).

Fuente: Elaboración propia.

8. SOSTENIBILIDAD

La sostenibilidad de este proyecto dependerá directamente de los resultados obtenidos en el mismo. Si bien los resultados se deberán analizar a largo plazo (observar la adherencia a la medicación, el estilo de vida, las relaciones sociales, el número de recaídas, etc., años después de haber participado en el proyecto) los avances y progresos a nivel funcional podrán valorarse durante todo el curso del proyecto. Cuando éste finalice, el psiquiatra de referencia será el que llevará a cabo estas observaciones, el que realizará el seguimiento. Con los informes de los psiquiatras se podrá elaborar un documento que acredite la validez del proyecto. Este documento se podrá presentar al ente que ya hubiera participado en la financiación del proyecto, para que pueda valorar la viabilidad y la necesidad de su continuidad, o bien, dirigirse a otra fuente de financiación con la certeza de su eficacia y eficiencia.

9. CONCLUSIONES

La revisión en la literatura constata la evidencia de seguir avanzando en relación a las intervenciones psicosociales para el abordaje del TB. Estudios realizados sobre el proceso de recuperación tras un episodio afectivo de personas afectadas por este trastorno, aseguran que la recuperación funcional es aquella más tardía en producirse y la que representa mayor dificultad, alcanzándose en porcentajes más bajos. Esto se debe, como hemos visto a lo largo del proyecto, a que un estado eutímico -momento en el que la persona no presenta sintomatología-, siempre favorecerá el retorno a los niveles premórbidos de funcionamiento. El requisito de intervenir durante el estado de eutimia, es un elemento comprendido en prácticamente todos los tratamientos psicosociales efectivos para la mejora del TB. No obstante, en este proyecto también hemos querido contar con la participación de personas que presenten curso crónico, es decir, personas que presentan algún tipo de sintomatología residual.

En ningún supuesto se ha obviado el elemento indispensable que supone el tratamiento farmacológico para poder ayudar en la superación de un episodio maniaco o depresivo, por ejemplo, o procurar el mantenimiento de periodos libres de síntomas o episodios. Todo lo contrario, supone poner en relieve las ventajas de compaginar una intervención médica junto a una intervención psicosocial.

Del mismo modo, la práctica de la profesión de Trabajo Social aún estando alejada del conocimiento científico del campo de la Psiquiatría, debe estar fundamentada en los estudios de los diferentes trastornos mentales. Previo al diseño de este proyecto, ha sido imprescindible detenernos en las características clínicas del TB-I y TB-II para poder comprender y dar respuesta a las necesidades de las personas que lo padecen.

Porque un diagnóstico de TB no es fácil de aceptar, porque el auto-estigma no puede erradicarse en soledad, porque el desconocimiento sobre los trastornos mentales sigue causando incertidumbre a aquéllos que los sufren, porque volver a la vida tras un periodo de convalecencia es un reto... Cuestiones que afectan de manera directa a la recuperación funcional de estas personas, una recuperación que no debe pasar desapercibida y debe tratarse, acompañarse y valorarse de igual manera que la recuperación sindrómica o la recuperación sintomática.

En referencia al modelo de acompañamiento propuesto, hemos ideado una intervención donde se viera respetada la autonomía de cada persona, valorando sus necesidades expresadas al inicio de su participación en el proyecto y permitiendo su asistencia a los grupos y/o talleres que considerara adecuados para ella. Sin dejar de prestar una orientación y realizando una valoración de la situación individual de cada sujeto.

La variedad en la oferta de grupos y talleres de diferentes temáticas, supone poder abarcar a más perfiles de personas con TB. Este proyecto ha pretendido ir más allá de las técnicas psicoeducativas, dado que ha incluido en su programación talleres donde poder realizar un entrenamiento para la normalización del día a día de la persona y la adquisición de estrategias para llevar una vida activa. De esta manera, se han visto comprendidas personas con un diagnóstico reciente de TB, personas que presentan episodios recurrentes y personas que tienen un curso crónico. Tal y como se ha mencionado en numerosas ocasiones, la recuperación funcional para personas que hayan presentado un número elevado de recaídas o para aquéllos que el trastorno cursa con sintomatología, resultará un proceso más complejo de llevar a cabo. Los resultados no podrán ser equiparables a otros participantes que hayan tenido un número menor de recurrencias y que hayan estado en periodo de eutimia durante el proyecto. No obstante, la intervención psicosocial debe realizarse, procurando que el TB no desencadene un deterioro del funcionamiento premórbido, o que éste no se vea agravado con el curso del trastorno.

La familia, la pareja, amigos íntimos, etc., son personas a las que se les debe facilitar la colaboración en este proceso, personas que deben ser también escuchadas, asesoradas y acompañadas. Conseguir estrategias para el mantenimiento de una buena convivencia, reducir el estrés y la ansiedad y ser un agente fundamental para la detección de pródromos, son motivos que avalan la conveniencia de actuar a este nivel, actuación que acabará repercutiendo en los destinatarios directos de la intervención; las personas afectadas de TB.

Y todo ello ha sido preciso alejarlo de las instituciones propias del ámbito de la salud mental, con el fin de dar cabida al significado de la palabra acompañar; respetar la intimidad del otro, procurar su comodidad y valorando su confianza. En definitiva, siguiendo la premisa con la que iniciamos la redacción de este proyecto, hemos planificado y efectuado una *intervención psicosocial para la persona y junto con ésta*.

10. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

Bibliografía

American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Madrid: Editorial médica panamericana.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología*. Volumen II. Madrid: McGRAW-HILL.

Colom, F., Vieta, E., Martínez, A., Reinares, M., Benabarre, A. y Gastó, C. (2000). Clinical factors associated to treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry*, 61, (p. 549-554).

Colom, F. y Vieta, E. (2004). *Manual de Psicopatología para el Trastorno Bipolar*. Barcelona: Ars Medica.

Colom, F. y Vieta, E. (2008). *De la euforia a la tristeza. El trastorno bipolar: cómo conocerlo y tratarlo para mejorar la vida*. Madrid: La esfera de los libros.

Constitució Espanyola de 1978, BOE núm. 311 § 31229 (1978).

Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE núm. 102 § 10499 (1986).

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, BOE núm. 240 § 15623 (2011).

Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitaria de Catalunya, DOGC núm. 1324 (1990).

Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de Salut Pública, DOGC núm. 5495 (2009).

Miklowitz, D.J. (2004). *El trastorno bipolar: Una guía práctica para familias y pacientes*. Barcelona: Paidós.

Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (2007). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.

Raya, E. (2001). *La práctica del acompañamiento*. Gobierno del País Vasco (sin publicar).

Requena, E. (2004). *Trastorns del comportament*. Barcelona: Fundació Pere Tarrés.

Requena, E. y Sáez, R. (2009). *Guía de estudio de Psicopatología de adultos*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

Tizón, J.L. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*. Barcelona: Biblaria.

Ugalde, M. y Lluch, M.T. (1991). Salud Mental. Conceptos básicos. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Serie Manuales de Enfermería*. (p. 47-56). Barcelona: Salvat.

Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Vieta, E., Colom, F. y Martínez, A. (1999). *La malaltia de les emocions: El trastorn bipolar*. Barcelona: Columna.

Webgrafía

Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Recuperado 9 de mayo de 2015, desde http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Declaración Europea de Salud mental (2005). Recuperado 9 de mayo de 2015, desde http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf

Dossiers del Tercer Sector. (2013). *Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental*. Número 26. Barcelona. Recuperado 27 de diciembre de 2014, desde http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier_estrategias_de_lucha_contra_el_estigma_en_salud_mental.pdf

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2012). *Pla de Salut de Catalunya 2011-2015*. Recuperado 9 de mayo de 2015, desde http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxius/plan_de_salud_catalunya_es.pdf

Generalitat de Catalunya (2014). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Priorització d'actuacions (2014-2016)*. Recuperado 9 de mayo de 2015, desde http://benestar.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/13malaltiamental/destacats_dreta/enllasos/pla_integral_salut_mental_adiccions.pdf

González, S., Artal, J., Gómez, E., Caballero, P., Mayoral, J., Moreno, T. et al. (2012). Intervención temprana en Trastorno Bipolar: el programa Jano del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Actas España Psiquiatría*, (p. 51-56). Recuperado 2 de febrero de 2015, desde <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-51-56-884022.pdf>

Lolich, M., Vázquez, G. H., Álvarez, L. M. y Tamayo, J. M. (2012). Intervenciones psicosociales en el Trastorno Bipolar: una revisión. *Actas España Psiquiatría*, (p. 84-92). Recuperado 2 de febrero de 2015, desde <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-84-92-211350.pdf>

Mas, J. A. (2014). Más de 250.000 personas tienen diagnosticado un trastorno bipolar: Los expertos en psiquiatría llaman a la «conciencia social» para tratar de frenar los suicidios. *Diario Información*. Recuperado 3 de enero de 2015, desde

<http://www.diarioinformacion.com/elche/2014/05/31/250000-personas-diagnosticado-trastorno-bipolar/1508585.html>

Miklowitz, D. J. (2010). Tratamiento coadyuvante para el Trastorno Bipolar: Actualización de las Evidencias. *RET, Revista de Toxicomanías*. Número 59, (p. 3-17). Recuperado 2 de febrero de 2015, desde http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret59_1.pdf

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado 9 de mayo de 2015, desde <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

OMS. (2004). *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Recuperado 20 de noviembre de 2014, desde http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado 18 de noviembre de 2014, desde <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Raya, E. y Hernández, M. (2014). Acompañar los procesos de inclusión social. Del análisis de la exclusión a la intervención social. *Revista Trabajo Social*, 16, (p. 143-156). Recuperado 27 de abril de 2015, desde <http://www.bdigital.unal.edu.co/45527/1/47064-228691-1-PB.pdf>

Rodriguez, A. y Cortizo, R. (2011). Psicoeducación en el trastorno bipolar. *Associació de Bipolar de Catalunya*. Recuperado 10 de marzo de 2015, desde <https://www.youtube.com/watch?v=UCoHVHySrJ0>

Zarate, C. A., Tohen, M., Land, M. y Cavanagh, S. (2000). Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *PsychiatricQuarterly*, 71, (p. 309-329). Recuperado 3 de marzo de 2015 desde, <https://www.madinamerica.com/wpcontent/uploads/2011/12/Functional%20impairment%20and%20cognition%20in%20bipolar%20disorder.PDF>

11. ANEXOS

Anexo 1 Entrevista semiestructurada individual (Evaluación inicial)

Con el objetivo de poder abordar las necesidades específicas de cada persona participante del proyecto, presentamos un modelo de entrevista semiestructurada para los destinatarios directos e indirectos de la intervención.

Entrevista a persona con TB

(Acogida. Breve explicación de la finalidad del proyecto)

1. ¿Cómo te encuentras? ¿Cuál es tu día a día en la actualidad? ¿Qué actividades realizas?

.....

(Conocer el diagnóstico)

2. ¿Qué tipo de diagnóstico tienes? ¿Desde cuándo? ¿Cuál ha sido el curso del TB? ¿Qué tipo de tratamiento médico y/o psicológico sigues? ¿Cuál es tu psiquiatra referente?

.....

(Explicación de los grupos y/o talleres)

3. ¿Cómo has conocido este proyecto? ¿Qué esperas de él? ¿En qué grupos y/o talleres te interesaría participar?

.....

Entrevista a familiar o amigo

(Acogida. Breve explicación de la finalidad del proyecto)

1. ¿De quién es familia o amigo? ¿Cuál es el grado de parentesco? ¿Cuál es tu relación con él/ella actualmente?

.....

(Explicación del grupo de psicoeducación para familiares o amigos)

2. ¿Has participado en algún otro grupo? ¿Cuál ha sido tu motivación para participar en este? ¿Qué esperas de él?

.....

Anexo 2 Tablas de observación profesional (Evaluación del proceso)

Ejemplificación del control de seguimiento individual de un participante del grupo “EducaTBien” durante los tres primeros meses de la intervención.

Psicólogo/a:.....		“EducaTBien”	
Participante:.....			
Indicadores de observación	Observación directa		
→ Asiste a las sesiones. → Muestra una actitud participativa. → Muestra interés por los contenidos de las sesiones. → ¿Está integrado en el grupo? → Tiene conocimientos acerca del TB. → ¿Qué piensa del tratamiento farmacológico? → ¿Cuáles son sus hábitos de vida? → Consumo de tóxicos. → Muestra estrategias para la resolución de problemas. → ¿Presenta grado de ansiedad?	Enero		
	Descripción		
	Febrero		
	Descripción		
	Marzo		
	Descripción		

Fuente: Elaboración propia.

Este modelo de tabla de observación también se empleará para llevar a cabo la evaluación final. La comparativa de las dos tablas, con los mismos indicadores de evaluación favorecerá una valoración individual detallada de la persona tras los 6 meses de participación en el proyecto.

Anexo 3 Cuestionario sobre grupos/talleres (Evaluación final)

Para la obtención de una valoración cuantitativa de los grupos y/o talleres, cada participante responderá al siguiente cuestionario, rellenando aquellos ítems relativos a los grupos y/o talleres a los que haya asistido.

<i>Marca con una X las casillas del cuestionario en función del grupo y/o taller del que ha participado.</i>					
“EducaTBien”					
	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. ¿Crees que el grupo de psicoeducación te ha facilitado información útil acerca del TB?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Sientes que puedes llevar a cabo decisiones informadas sobre el TB?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En la actualidad ¿sigues una pauta de medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Piensas que actualmente llevas un estilo de vida saludable y regular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Crees poder llevar a cabo la detección de pródromos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Los contenidos de las sesiones han sido de tu interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Te has sentido libre de poder expresarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Piensas que te ha ayudado realizar estas sesiones de forma grupal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Te has sentido bien con los demás participantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Has entablado relación de proximidad con algún miembro del grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Piensas que tu aportación al grupo ha ayudado a otros participantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Y otro lado ¿Las experiencias de otras personas te han ayudado a ti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Animarías a otras personas que lo necesitaran a participar en este grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Crees haber recibido un buen trato por parte del profesional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Valoras como positiva tu participación en el grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grupo de psicoeducación para familiares/amigos

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. ¿Crees que el grupo de psicoeducación te ha facilitado información útil acerca del TB?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Crees qué es importante que su familiar/amigo tome correctamente la medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sientes que actualmente eres más capaz de ayudarlo y comprenderle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En relación al estigma social ¿Crees que estas sesiones te han ayudado a manejarlo, a ver la salud mental desde otra perspectiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Crees poder llevar a cabo la detección de pródromos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tu grado de ansiedad ha disminuido en el transcurso del grupo psicoeducativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha mejorado la convivencia y/o relación con la persona afectada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Los contenidos de las sesiones han sido de tu interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Te has sentido libre de poder expresarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Piensas que te ha ayudado realizar estas sesiones de forma grupal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>11. ¿Piensas que tu aportación al grupo ha ayudado a otros participantes?</p> <p>12. Y otro lado ¿Las experiencias de otras personas te han ayudado a ti?</p> <p>13. ¿Animarías a otras personas que lo necesitaran a participar en este grupo?</p> <p>14. ¿Crees haber recibido un buen trato por parte del profesional?</p> <p>15. ¿Valoras como positiva tu participación en el grupo?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
“ValoraTBien”	
<p>1. ¿Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás?</p> <p>2. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.</p> <p>3. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.</p> <p>4. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.</p> <p>5. ¿Te ha sido difícil adentrarte hacia ti mismo, conocerte?</p> <p>6. ¿Crees que tu relación con otras personas también ha mejorado?</p> <p>7. En relación al estigma social ¿Crees que estas sesiones te han ayudado a manejarlo, a ver la salud mental desde otra perspectiva?</p> <p>8. ¿Los contenidos de las sesiones han sido de tu interés?</p> <p>9. ¿Te has sentido libre de poder expresarte?</p>	<p>Nada Muy Poco Bastante Mucho poco</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

10. ¿Piensas que te ha ayudado realizar estas sesiones de forma grupal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Te has sentido bien con los demás participantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Has entablado relación de proximidad con algún miembro del grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Animarías a otras personas que lo necesitaran a participar en este grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Crees haber recibido un buen trato por parte del profesional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Valoras como positiva tu participación en el grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taller de Habilidades Sociales

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. A menudo puedo comprender como se sienten los demás incluso antes de que me lo digan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Eres capaz de decir cuáles son tus sentimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Sueles elogiar a otras personas, expresar tus valoraciones positivas respecto a ellas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te da vergüenza hablar cuando hay mucha gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se decir lo que pienso sin perder las formas y de manera respetuosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mis habilidades comunicativas me dan seguridad estando en grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Los contenidos de las sesiones han sido de tu interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Te has sentido libre de poder expresarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Piensas que te ha ayudado realizar estas sesiones de forma grupal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Te has sentido bien con los demás participantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Has entablado relación de proximidad con algún miembro del taller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Animarías a otras personas que lo necesitaran a participar en este taller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Crees haber recibido un buen trato por parte del profesional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Valoras como positiva tu participación en el taller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taller de Autonomía

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. ¿Sientes que tus opiniones y decisiones son valoradas positivamente por los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Consideras que actualmente realizas más actividades sociales que tiempo atrás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Los contenidos de las sesiones han sido de tu interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te han gustado las salidas didácticas realizadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te has sentido libre de poder expresarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Te has sentido bien con los demás participantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Has entablado relación de proximidad con algún miembro del taller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Animarías a otras personas que lo necesitaran a participar en este taller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Crees haber recibido un buen trato por parte del profesional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Valoras como positiva tu participación en el taller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientación formativa/laboral

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. ¿Sabes elaborar un currículum vitae?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has iniciado algún curso formativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has conseguido un puesto de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Los contenidos de las sesiones han sido de tu interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te has sentido libre de poder expresarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Te has sentido bien con los demás participantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Has entablado relación de proximidad con algún miembro del grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Animarías a otras personas que lo necesitaran a participar en este grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Crees haber recibido un buen trato por parte del profesional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Valoras como positiva tu participación en el grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4 Cuestionario sobre el proyecto (Evaluación final)

Con tal de cuantificar la valoración general del proyecto, se repartirán los siguientes cuestionarios a los destinatarios de la intervención.

<i>Marca con una X las casillas del cuestionario de satisfacción sobre el proyecto.</i>					
Cuestionario general sobre el proyecto					
	Nada	Muy	Poco	Bastante	Mucho
		poco			
1. ¿Te ha gustado, en general, participar en este proyecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Te ha parecido correcta la duración del proyecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Crees que has tenido un acompañamiento personalizado en el trascurso del proyecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te has sentido cómodo en las entrevistas de seguimiento individuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿El equipo profesional se ha mostrado comunicativo y cercano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿La metodología empleada en los grupos/talleres ha sido clara y concisa, permitiéndote desarrollarlos sin dificultad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Crees que la coordinación con el psiquiatra ha sido la correcta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Y esta vinculación ¿Piensas que ha sido positiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Responde sólo si algún familiar/amigo ha participado en el proyecto ¿Crees que su implicación te ha ayudado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿En algún momento, a lo largo del proyecto, has pensado en abandonarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

