

CLÍNICA DE LITIO: EXPERIENCIA DE 7 AÑOS

LITHIUM CLINIC: AN EXPERIENCE OF 7 YEARS

María Eugenia Amezquita Medina

Rosa Elena González Pérez

Diego Zuluaga Mejía

El presente trabajo evalúa la eficacia y eficiencia del programa multidisciplinario psicoeducacional "Clínica de Litio", después de 7 años de funcionamiento (1988 a 1995) en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Caldas.

Participaron 95 pacientes, 50 miembros activos y 45 que se retiraron a lo largo del programa. De los primeros, se evaluó un número igual de familiares. El estudio fue de tipo descriptivo-relacional y experimental.

Se utilizaron como instrumentos: una encuesta de satisfacción con el programa para el paciente y para la familia; un cuestionario de sentimientos, una prueba de conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento, Historia Clínica y protocolo de control. Todos fueron validados. Los resultados mostraron que los pacientes tuvieron una mejor evolución de la enfermedad, pues se observó disminución significativa en el número, intensidad y duración de los episodios. Además, se fortaleció su funcionamiento social y familiar, mejoró la actitud del paciente hacia su enfermedad y la actitud de la familia hacia el paciente. El 87% de los pacientes expresaron mucha satisfacción con el programa.

Palabras Clave: Trastorno Afectivos. Carbonato de Litio. Grupos de Autoayuda.

Evaluation of efficiency and effectiveness of multidisciplinary and psychoeducational program "Lithium Clinic". after seven years of activities (1988-1995). 95 patients participated, 50 still active and 45 who abandoned during the course of the program. From the first group, an equal number of relatives was evaluated. The study was descriptive and experimental. Instruments used: A survey for the patient and one for the family, showing the patient's satisfaction with the program; a questionnaire about feelings; a test of knowledge about the disease and its treatment; clinical/history and protocol of control. All were validated. Results showed that patients improved and showed an important decrease in the number, intensity and duration of their episodes. Social and family life ameliorated as well as attitudes of the patient and their families toward the disease. 87% of the patients were satisfied with the program.

Key Words: Affective Disorders; Lithium Carbonate; Self-Help Groups.

INTRODUCCIÓN

El trastorno del estado de ánimo es una patología penetrante primaria del humor. Se caracteriza por humorele-vado o deprimido y deben considerarse como variaciones anormales, por exceso o por defecto, del humor normal. Los trastornos del estado de ánimo se dividen en: trastornos bipolares y trastornos depresivos.

Los trastornos bipolares se manifiestan por la presencia tanto de episodios depresivos mayores como maníacos o hipomaníacos separados por intervalos asintomáticos. Se dividen en bipolar I, en el cual hay uno o más episodios maníacos generalmente con uno o más episodios de depresión mayor. El bipolar II, se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores acompañado de por lo menos un episodio hipomaniaco. El trastorno ciclotímico es una alteración crónica de fluctuaciones del ánimo que se caracteriza por la presencia de numerosos episodios hipomaníacos y numerosos períodos con síntomas depresivos. El trastorno bipolar no especificado se refiere a los pacientes que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos.

Los trastornos depresivos se dividen en Trastorno depresivo mayor, distimia, Trastorno depresivo no especificado

El Trastorno depresivo mayor, se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. El Trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente triste que sucede la mayor parte del día de casi todos los días, durante al menos dos años. Trastorno depresivo no especi-

ficado se refiere a depresiones que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.

En la etiología de los trastornos del estado de ánimo deben considerarse la influencia de factores genéticos, bioquímicos, psicológicos y psicossociales y cada uno de ellos debe ser valorado en su justa dimensión en cada paciente.

El tratamiento de estos trastornos debe ser psicofarmacológico y psicoterapéutico. Con respecto al primero, se incluyen los neurolépticos, los antidepresivos y los estabilizadores del humor. Con relación al segundo, se consideran la psicoeducación, psicoterapias dinámicas, comportamental e interpersonal.

Uno de los avances más importantes en el tratamiento psicofarmacológico, es la acción profiláctica del Litio en el trastorno afectivo bipolar, medicamento descrito por Jefferson⁽²⁶⁾ como "el rey" de los estabilizadores del humor. Este medicamento reduce la frecuencia, intensidad y duración de los episodios maníaco y depresivo con un efecto más eficiente en la manía. La terapia de mantenimiento requiere dosis diarias de 900 a 1.500 mgrs/día con niveles séricos entre 0.6 a 1.0 m.E.q./l. Cuanto menor sea la dosis de mantenimiento, menores serán los efectos colaterales, pero mayor la tasa de recaída. Para asegurar la efectividad del medicamento se hace necesario el control de los niveles del mismo en sangre a través de la LITEMIA, que una vez estabilizado el paciente, se debe realizar cada 3 o 4 meses. Schou (1986) citado por Vallejo⁽⁵¹⁾ plantea que el tratamiento profiláctico con el litio es igualmente efectivo en hombres, mujeres, jóve-

nes y viejos, su efecto no decrece con el tiempo y no produce adicción.

Para complementar el tratamiento farmacológico, se ha estructurado la "Clínica de Litio", que consiste en un servicio especializado en la atención interdisciplinaria de pacientes con enfermedad maníaco-depresiva que reciben Carbonato de Litio y además realiza actividades grupales con carácter terapéutico y educativo.

Estas clínicas son ventajosas para el tratamiento, la investigación, propósitos educacionales sino también por razones económicas. Las primeras Clínicas de Litio se establecieron en los años 60 en Nueva York, Inglaterra y Australia. En 1981, López-Ibor y otros describieron la apertura de una Clínica de Litio en Madrid, la cual ha servido para 700 pacientes.⁽²⁷⁾ Otros beneficios de las Clínicas de Litio, ha sido estudiar y aprender las características de los pacientes que se benefician del litio y aquello que no mejoran y *realizar* estudios de seguimiento. Igualmente afirma que los costos del tratamiento clínico para pacientes con desórdenes afectivos son dos a cinco veces menores que los métodos terapéuticos anteriores.

Pietzcker (1984) citado por Jefferson⁽²⁷⁾ estudió una Clínica de Litio en Alemania y encontró que el número

do.

A algunas Clínicas de Litio se han asociado grupos de autoayuda. Tales grupos se encuentran regularmente una vez al mes, con los miembros del equipo terapéutico para discutir problemas relacionados con la enfermedad y la medicación. La supervisión de la droga ha mejorado la adherencia al tratamiento, con la consecuente reducción de las rehospitalizaciones, fallas en el tratamiento y toxicidad del Litio.

Las razones para hacer esta investigación fueron conocer de forma sistemática, los aciertos y déficits de la Clínica de Litio después de siete años de funcionamiento en lo relacionado con el proceso psicoeducativo, manejo integral de los pacientes con patología similar, disminución de costos emocionales, sociales, económicos, aumento de cobertura, cualificación de la atención y motivación para la creación de Clínicas de Litio en otras unidades de salud mental. Otra razón fue el poder realizar un trabajo de carácter investigativo, pues en la literatura revisada no se encontraron experiencias similares a la nuestra, excepto la referida por Muñoz y Ma-ta.⁽³⁵⁾

OBJETIVOS

General

Evaluar la eficacia y eficiencia de la Clínica de Litio de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Caldas.

Específicos

- Evaluar la evolución del trastorno afectivo antes y después del ingreso a la Clínica de Litio.
- Establecer el impacto del programa terapéutico en la familia.
 - Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con el programa.
 - Identificar los factores precipitantes de las recaídas.
 - Establecer qué porcentaje de pacientes requirieron el uso adicional de medicamentos.
 - Determinar el nivel de conocimiento, tanto del paciente como de la familia, acerca de la enfermedad y el tratamiento.
 - Describir las reacciones emocionales del paciente hacia la enfer-

medad, antes y después de ingresar al programa.

- Describir el impacto de la enfermedad en el funcionamiento general del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

El enfoque investigativo empleado fue empírico-analítico. El estudio fue evaluativo, transversal, retrospectivo, aplicado, de campo, observacional y experimental. Se utilizó un diseño metodológico MIXTO: a) pre-experimental univariable monocondicional sin pretest de grupo único, para las variables "conocimiento acerca de la enfermedad y satisfacción con el programa", b) pre-experimental univariable monocondicional con pretest y postest de grupo único para las variables "evolución de la enfermedad y reacción emocional hacia la problemática". c) descriptivo, para las variables "conocimiento de la enfermedad, satisfacción con el programa, aspectos socio-demográficos, efectos de la enfermedad, historia familiar de enfermedad mental, tratamiento farmacológico, retiro de la Clínica y factores precipitantes de las recaídas".

La muestra de la investigación estuvo conformada por pacientes que habían sido diagnosticados por psiquiatras, con base en los criterios diagnósticos del DSM III-R.⁽¹⁷⁾ El muestreo fue no aleatorio de tipo intencional o de juicio. Los pacientes estaban siendo tratados con Carbonato de Litio, pertenecían o habían pertenecido a la Clínica de Litio de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Caldas, procedentes tanto de la zona urbana como rural del Departamento de Caldas, de diferente nivel educativo, de ambos sexos y de diferentes edades.

Por no ser la población o universo muy grande (95 pacientes) se tomó

ésta como la muestra de la investigación, de los cuales 50 pacientes asistían a la Clínica de Litio en el momento de la recolección de los datos y los otros 45 que estuvieron vinculados al programa, fueron tenidos en cuenta para evaluar la variable Retiro de la Clínica de Litio. Además, se estudiaron las familias de los 50 pacientes que asistían al programa.

Para la recolección de la información, se emplearon los siguientes instrumentos, validados:

Encuesta general al paciente con la cual se registraron los aspectos socio-demográficos y efectos de la enfermedad en diversas áreas de funcionamiento.

Encuesta a la familia, donde se registraron la historia familiar de enfermedad mental, conocimientos acerca de la enfermedad, el tratamiento y cómo tales aspectos afectaban el funcionamiento familiar.

Encuesta de satisfacción del paciente con el programa, cuestionario de sentimientos, prueba de conocimientos.

Historia clínica, por medio de la cual se evaluó la evolución de la enfermedad antes y después del ingreso a la Clínica de Litio (frecuencia, intensidad, duración de la crisis, tipo de episodios y características del primer episodio) y el retiro de la Clínica de Litio, formato para precodificar la información de la historia clínica, protocolo, por medio del cual se evaluó el tratamiento farmacológico con relación a dosis, litemia promedio, efectos colaterales y adición de otros medicamentos.

El análisis estadístico utilizado en la mayoría de las variables estudiadas, fue descriptivo y para la variable "Evolución de la enfermedad", se empleó estadística inferencial (nivel de significancia del 0.05).

RESULTADOS

El 88% de los pacientes alcanzó un adecuado conocimiento sobre la naturaleza de la enfermedad y su tratamiento. El 88% de los pacientes manifestaron un alto grado de satisfacción con las actividades terapéuticas desarrolladas, con la atención de los profesionales y el personal auxiliar, con la atención oportuna en horarios diferentes al programa y destinada a la resolución inmediata de los síntomas. Con respecto a las ventajas expuestas por los pacientes derivadas de tomar el litio, la suma de los porcentajes de las diversas categorías con una connotación positiva expresada en términos como "sentirme bien", "no volverme a enfermar", "estar más tranquilo", representan un 96%.

Con relación a la respuesta emocional hacia la enfermedad, se observó que el grado de afección emocional antes de ingresar a la Clínica de Litio era moderado en el 66% de la muestra y después de participar en el programa, cambio a leve por el 66% de los pacientes.

Con respecto al impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento general del paciente, el 24% refiere que su problema de salud ha incidido negativamente para establecer una relación afectiva de pareja; el 86% afirma que la enfermedad, por sí misma, no ha comprometido significativamente el funcionamiento y estabilidad económica; el 84% refiere que su trastorno no ha afectado la relación con sus amigos y con sus actividades sociales de la vida cotidiana; el funcionamiento familiar general (integración, afecto, comunicación y autoridad) no se ha afectado de manera significativa, lo cual refleja la aceptación de la enfermedad por parte de la familia.

Con relación al impacto del programa terapéutico en la familia, se observó que las actitudes favorables (tolerancia, aceptación del problema y colaboración) fueron del 71 % y, las actitudes desfavorables (rechazo, agresividad física y verbal) fueron del 9% .

Según información suministrada por los pacientes, los factores que más contribuyeron a la reactivación de las crisis, fueron la suspensión voluntaria del litio en un 28% y la disminución voluntaria de la dosis en un 18%.

Con relación a los antecedentes se obtuvieron los siguientes datos: el 64% de los pacientes tienen familiares con trastorno afectivo, de los cuales el 58.2% son los hermanos; el 30% de los pacientes estudiados tienen parientes con antecedentes de intento de suicidio y 14% con suicidio consumado; el 38% de los familiares tienen historia de alcoholismo; el 16% de farmacodependencia; el 34% toma Litio y otros medicamentos (Levome-promazina o Prometazma) y el 8% Litio y Carbamazepina.

Respecto a la variable "Evolución de la Enfermedad", se observó que el primer episodio se presentó en un 36% entre los 17 y 21 años y un 28% entre los 22 y 26 años, correspondientes tales períodos a la finalización de la adolescencia e inicio de la edad adulta.

En cuanto al tipo del primer episodio, se evidenció que en el 68% de los casos, la enfermedad se inició con un episodio maníaco y, en un 22% con un episodio depresivo. Respecto a la intensidad y la duración del primer episodio, se encontró que el 74% de los pacientes presentaron un episodio grave y el 54% un episodio largo (criterios investigadores).

Una vez instalado el cuadro clínico, el curso de la enfermedad (sin trata-

miento profiláctico) fue el siguiente: los 50 pacientes presentaron 364 episodios, de los cuales, 233 fueron de tipo maníaco; 72 de tipo depresivo; 31 de tipo hipomaníaco y 24 de tipo mixto.

En cuanto al número de episodios (número total de episodios presentados por el paciente durante el tiempo que ha durado su enfermedad antes / después del ingreso a la Clínica de Litio), intensidad y duración, se observó una diferencia estadísticamente significativa, -después de que los pacientes ingresaron a la Clínica de Litio, el número de episodios, intensidad y duración de los mismos, disminuyeron notablemente (Tabla 1).

Hipótesis 1

Existe una diferencia significativa entre la intensidad de los episodios del trastorno afectivo antes y después de ingresar a la Clínica de Litio. ($\chi^2 = 16.29 > 7.815$ al 0.05 con 3 gl., significativa). Se comprueba la Hipótesis de trabajo, es decir, existe una disminución significativa en la intensidad de los diferentes episodios, como consecuencia de asistir a la Clínica de Litio, con una tendencia a ser leves (Tabla 2).

Hipótesis 2:

Existe una diferencia significativa entre las frecuencias de la duración de

los episodios del trastorno afectivo antes y después de ingresar a la Clínica de Litio. ($\chi^2 = 15.45 > 9.488$ al 0.05 con 4 gl., significativa). Se comprueba la hipótesis de trabajo, es decir, existe una disminución significativa en la duración de los diferentes episodios, como consecuencia de asistir a la Clínica de Litio, con una tendencia a llegar a ser muy cortos (Tabla 3)

Hipótesis 3:

Existe una diferencia significativa entre los diferentes tipos de episodios del trastorno afectivo antes y después de ingresar a la Clínica de Litio. ($\chi^2 = 16.88 > 9.488$ al 0.05, con 4 gl., significativo) Se comprueba la hipótesis de trabajo, es decir, existe una disminución significativa en la frecuencia de los diferentes tipos de episodios, como consecuencia de asistir a la Clínica de Litio.

DISCUSIÓN

Es fundamental explicar los resultados del presente estudio en el marco conceptual de los investigadores y de la literatura científica.

El excelente nivel de conocimientos acerca de la naturaleza y tratamiento de la enfermedad, observado en el 88% de la muestra investigada, se debió a la actividad educativa desarrollada a lo largo de estos siete años

Tabla 1

		INTENSIDAD DE LOS EPISODIOS				
		Leve	Moderado	Grave	Sin dato	Totales
INGRESO CLÍNICA DE LITIO	ANTES	42 (52.33)	101 (105.45)	198 (185.12)	23 (17.96)	364
	DESPUÉS	25 (14.66)	34 (29.54)	99 (51.87)	4 (5.90)	102
TOTALES		67	135	237	27	466

Tabla 2

		DURACIÓN DEL EPISODIO					Totales
		Muy corto	Corto	Largo	Muy largo	Sin dato	
INGRESO CLÍNICA DE LITIO	ANTES	4 (7.03)	95 (105.45)	184 (177.31)	29 (28.12)	52 (46.08)	364
	DESPUÉS	5 (1.96)	40 (29.54)	43 (46.68)	7 (7.87)	7 (12.91)	102
TOTALES		9	135	227	36	59	466

de funcionamiento. La misma ha girado en torno a diálogos informales, reflexión grupal, lecturas que han permitido una discusión alrededor del tema y compartir experiencias en el tratamiento de la enfermedad.

En este sentido, Cabrera ⁽⁷⁾, refiere la importancia de la psicoterapia educativa, consistente en la entrega de información oral y escrita de los objetivos del tratamiento, en las Clínicas de Litio.

Aunque el conocimiento es necesario para la atención de la enfermedad por parte del paciente, se ha comprobado, que no es suficiente para garantizar el cumplimiento del tratamiento, puesto que la interpretación y evaluación que el paciente haga de ese conocimiento, puede incidir en la adherencia ³².

Toda enfermedad está asociada a unos factores emocionales, que re-

presentan una respuesta adaptativa al proceso patológico. En el caso de los pacientes que asisten a la Clínica de Litio, se observó una disminución de moderada a leve en el grado de afectación emocional. Dicho resultado podría explicarse por tener un mejor conocimiento de la enfermedad; el apoyo que se logra obtener de la familia; la disminución en la frecuencia, duración e intensidad de las crisis; la observación de la experiencia positiva de otros pacientes del grupo y la reubicación laboral y social. Además de las razones citadas, el pertenecer aun grupo de autoayuda, constituye la más relevante. En este sentido, vanos autores ^{13 50 201} plantean las bondades de este tipo de grupos: amortiguan los sentimientos negativos relacionados con la enfermedad, corrigen los conceptos equivocados alrededor de la enfermedad y el tratamiento, aumentan la autoestima, in-

Tabla 3

		TIPO DE EPISODIO					Totales
		Depresivo	Maníaco	Mixto	Hipermaníaco	Sin dato	
INGRESO CLÍNICA DE LITIO	ANTES	72 (67.2)	233 (224.2)	24 (27.3)	31 (41.4)	4 (3.9)	364
	DESPUÉS	14 (18.8)	54 (62.8)	11 (7.7)	22 (11.6)	1 (1.1)	102
TOTALES		86	287	35	53	5	466

cremantan el sentido de seguridad y el valor personal.

En cuanto a la satisfacción con las actividades desarrolladas en dicho programa, un alto porcentaje de pacientes manifestó que tales actividades les aportaron mucho para enfrentar y controlar su patología, especialmente la relajación, educación y oportunidad para expresar sus pensamientos y emociones alrededor de su enfermedad. Algunos colegas⁽²⁷⁾ confirman las satisfacciones, en la intervención grupal, el empleo de actividades ocupacionales relajación, des-ensibilización sistemática, juego de roles y discusión del progreso observado.

Respecto a la satisfacción que experimentan los pacientes frente al hecho de pertenecer a la Clínica de Litio de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Caldas, el 94% manifestó un sentimiento positivo hacia esta modalidad terapéutica. Lo anterior se explica por una serie de aspectos inherentes al funcionamiento mismo de la Clínica, tales como: reducción de los costos de los exámenes de laboratorio, disponibilidad de atención integral e inmediata, consideración del grupo como parte de la red de apoyo social, integración de la familia al proceso terapéutico, seguimiento sistemático a los pacientes, la solidez, continuidad y estructuración del programa aumentando la credibilidad y confianza en el mismo; constancia y estabilidad del equipo terapéutico y gran sentido de pertenencia que desarrollan los pacientes que participan de esta Clínica.

Flaherty⁽¹⁹⁾ señala las siguientes bondades de la modalidad terapéutica "Clínica de Litio": atención especialmente ambulatoria, aumento del potencial de recuperación, mejoramiento del funcionamiento familiar, perso-

nal social y laboral. Otros autores, al referirse a tales clínicas, hacen algunas consideraciones. Así, Jefferson⁽²⁷⁾ resalta la importancia de la terapia de grupo que se ofrece en la mayoría de las Clínicas de Litio; igualmente los grupos de soporte, que brindan información y educación a pacientes con trastorno maníaco-depresivo.

Frente al hecho de tener que tomar el carbonato de litio, el 96% de los pacientes investigados, dieron respuestas con connotación positiva hacia el medicamento. Los pocos efectos colaterales comparados con los de los neurolépticos, el control de las crisis y la disminución de la frecuencia, intensidad y duración de las mismas, podrían explicar dicho resultado.

En el presente estudio, el impacto de la enfermedad en la relación de pareja, se encontró que en un 52% de los pacientes, dicha área se vio comprometida, en cuanto a la imposibilidad de establecerla, deteriorarse o disolverla. Dicho resultado se podría explicar por una cierta prevención y temor por parte de otras personas para involucrarse en una relación afectiva con un paciente con trastorno mental. De parte del paciente pueden presentarse sentimientos de inseguridad, minusvalía y rechazo, que lo predisponen a evitar el establecimiento de relaciones afectivas.

Considera al respecto Vallejo⁽⁵⁰⁾, como el 53% de los esposos y esposas, y el 56% de los enfermos declararon que de haber conocido de antemano las características de la enfermedad, no se habrían casado. Agrega⁽⁵⁰⁾, que los pacientes en tratamiento con litio que, además, recibían terapia de grupo junto con sus cónyuges, presentaban mejor pronóstico y evolución que los que sólo recibían litio. Respecto con el área académica, se encontró

que el 82% de los pacientes respondió que dicha patología, por sí misma, no comprometió de forma significativa, el funcionamiento y estabilidad académica. Son otros factores que pudieron haber influido, entre los cuales podrían mencionarse: dificultad de acceso a la educación por bajo nivel socio-económico, necesidad de iniciar la actividad laboral a temprana edad y el cambio frecuente de vivienda. Es importante resaltar que en la investigación se observó que el mayor porcentaje de los pacientes tuvo su primer episodio después de los 17 años y se espera que a esta edad, haya terminado el bachillerato.

Respecto a los pacientes que están ubicados laboralmente, el 52.6% dice haber perdido su empleo por presentar crisis durante su actividad laboral, lo cual lleva a un marginamiento en dicha área, con todas las implicaciones socio-económicas de naturaleza negativa, tales como la disminución de ingresos, limitando la posibilidad de adquirir los medicamentos.

En cuanto al área social, el 84% de los pacientes refiere que las relaciones con sus amigos, no se han afectado y el 86% considera que tampoco su enfermedad ha incidido desfavorablemente en las actividades sociales cotidianas (recreativas, deportivas, culturales, comunitarias y religiosas). Lo anterior podría explicarse por las características de la personalidad pre-mórbida de estos pacientes (sociabilidad, extraversión, jovialidad), lo cual les facilita la iniciación y mantenimiento de relaciones interpersonales.

En cuanto al área familiar, se observó que la autoridad, la comunicación, el afecto y la integración a éste nivel, no se ha comprometido de manera importante. Este resultado podría explicarse como derivado de la actividad

educativa y de apoyo, brindada a los familiares y a los pacientes, lo cual ha permitido a los primeros, tener un mayor conocimiento, aceptación, comprensión, tolerancia y solidaridad hacia la problemática del paciente.

Vallejo dice ⁽⁵⁰⁾ que este trastorno repercute notablemente en los miembros de la familia y, el tratamiento familiar está muy indicado. Por su parte, Seghers ⁽⁴³⁾ expresa que la terapia familiar puede considerarse como una etapa útil en el desarrollo de una estrategia terapéutica para pacientes con trastornos del estado de ánimo complicados, graves y recurrentes, lo cual no sólo permite un mejor tratamiento de los episodios, sino que también capacita a toda la familia para afrontar mejor esta enfermedad recurrente y de larga duración.

Respecto a la asociación de litio y otros psicofármacos en la muestra se encontró que el 58% reciben solamente litio y el 34%, litio y otros psicofármacos. La empleo de estos medicamentos obedece a la queja permanente de algunos pacientes en relación con los trastornos del sueño, que presentan durante la terapia de mantenimiento con Litio y parecen no controlarse con el uso del Litio exclusivamente.

El 8% correspondiente a Litio-Carba-mazepina. Obedece a que estos pacientes no han logrado estabilizarse solamente con litio. Con relación a esto último, Ayuso y Garulla ⁽¹⁾ plantean que la utilización conjunta de Litio y Carbamazepina, parece ser superior a la Carbamazepina sola.

En relación con la "evolución de la enfermedad", se observó en la muestra investigada, que el primer episodio se presentó en un 36% entre los 17 y 21 años y un 28% entre los 22 y 26

años, correspondientes tales períodos a la finalización de la adolescencia e inicio de la edad adulta. Estos resultados son concordantes con la literatura revisada. Vallejo⁽⁵⁰⁾, refiere que la edad de aparición del trastorno bipolar se ubica antes de los 25 años. Marneros⁽³¹⁾ plantea que los pacientes bipolares enferman más precozmente que los unipolares. Agrega, que el periodo de punto para el inicio parece ser el segundo decenio de vida para los pacientes bipolares y el final del tercer decenio para los unipolares.

No obstante, ambos trastornos pueden aparecer en cualquier momento de la vida de un paciente. Finalmente, Ojeda y Silva⁽³⁶⁾ en dos estudios realizados con pacientes maníaco-depresivos, encontraron que la edad promedio de aparición fue prácticamente la misma, en ambos grupos alrededor de los 28 años. Sin embargo, el 75% de los casos la enfermedad se inició antes de los 35 años. En cuanto al tipo del primer episodio, en el presente estudio, se evidenció que en el 68% de los casos, la enfermedad se inició con un episodio maníaco y, en un 22%, con un episodio depresivo. En este sentido, el DSM-III R⁽¹⁷⁾ plantea que el episodio inicial que provoca la hospitalización, es de tipo maníaco.

En cuanto a la intensidad y la duración del primer episodio en el presente estudio, se halló que el 74% de los pacientes presentaron un episodio grave (criterios DSM-III R) y el 54% un episodio largo (criterios investigadores).

En sus aspectos de frecuencia, intensidad y duración de los episodios, los resultados obtenidos permiten evidenciar la eficacia y la eficiencia de la Clínica de Lito del Hospital de Caldas.

Entre los factores que contribuyeron a esta evaluación favorable se podrían mencionar los siguientes:

- 1) La estabilidad, interdisciplinaria, motivación y formación en esta área, del equipo terapéutico, tal como lo dijo Schou⁽⁷⁾.
- 2) El seguimiento y control de asistencia a los pacientes.
- 3) La actividad educativa, tanto a nivel del paciente como de su núcleo familiar^(7, 27, 32).
- 4) El contar con un soporte de apoyo social, representado en el programa Clínica de Lito⁽⁹⁾.
- 5) Disminución de los costos de los medicamentos como de los procedimientos de laboratorio. Todos los pacientes que pertenecen a esta Clínica, han resultado beneficiados a través del "Fondo Municipal de Medicamentos", cuyo objetivo es venderlos a más bajo costo, lo cual incide favorablemente en la adhesión al tratamiento⁽¹³⁾.
- 6) La realización de diversas actividades en el ámbito grupal tales como talleres de autoestima, entrenamiento en técnicas de relajación, dinámicas de grupos, taller de manualidades, espacios de ventilación emocional y charlas educativas, las cuales permiten, que el paciente sienta que no es el único que presenta el problema. Esto le genera tranquilidad, recibe información y aprende de los demás. El resultado final es que sienta que es importante para alguien, aprenda a manejar problemas de la vida cotidiana, desarrolle habilidades sociales, corrija conceptos equivocados frente a la enfermedad y el tratamiento y exprese sentimientos positivos y negativos acerca de su vida familiar, social, laboral y afectiva. Tales estrategias terapéuticas son referidas por vanos expertos⁽¹⁵⁾.

Con respecto a las experiencias de esta modalidad, el Índice de abandono es solo del 10% en Clínica de Litio de la Universidad Libre de Berlín. Entre los factores responsables de este resultado, señala como la supervisión del tratamiento por un grupo pequeño, especialmente entrenado y estable a lo largo del tiempo, puede llevar a cabo una selección de pacientes más apropiada y motivar de una manera más eficiente a los pacientes a cumplir y permanecer en tratamiento.

Otra experiencia, es referida por Cabrera ⁽⁷⁾, en el Instituto Psiquiátrico de Santiago de Chile, en donde se controlan 200 pacientes con trastorno bipolar. El tratamiento que reciben es una combinación de psicoterapia educativa y tratamiento farmacológico. Esta modalidad da la posibilidad de educación continua al grupo de trabajo y apoyo, y tratamiento precoz de las recaídas y recidivas.

En Colombia, Muñoz y Matta ⁽³⁵⁾ realizaron una evaluación de la Clínica de Litio del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, Clínica Monserrat. Estos autores concluyeron que la Clínica constituye una experiencia novedosa y eficiente, en la atención de pacientes con TAB. Dentro de un enfoque bio-psico-social, con resultados demostrables asistenciales, docentes e investigativos. Disminuye el número, la frecuencia y la intensidad de las crisis. Fomenta en el paciente la comunicación y confianza en la institución hospitalaria.

La posibilidad de ampliar su cobertura hace de este tipo de programa vehículo importante para la proyección a la comunidad, permitiendo que un número mayor de pacientes obtenga a bajo costo, control y seguimiento de su enfermedad.

La experiencia más antigua en esta modalidad terapéutica, es la que funciona desde hace aproximadamente 25 años, en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín. Actualmente cuenta con 60 pacientes, distribuidos por grupos de 10 a 12 personas. Realizan actividades psicoeducativas y el control psiquiátrico en forma individual. Los resultados, en general, han sido muy buenos.

Por su parte, Flaherty ⁽¹⁹⁾ manifiesta las bondades de esta modalidad terapéutica en dichos pacientes, argumentando que el objetivo consiste fundamentalmente en que los pacientes puedan permanecer fuera del Hospital, aumenten su potencial de recuperación y mejoren su funcionamiento personal, familiar, social y laboral.

Con respecto a los factores precipitantes de las crisis, se observó en el presente estudio, que los aspectos biológicos que más influyeron en la precipitación de las crisis, según reporte de los mismos pacientes, fueron la suspensión voluntaria del litio (28%) y la disminución de la dosis por parte del paciente (18%).

Al respecto Vallejo ⁽⁵¹⁾, señala que la suspensión brusca no produce efectos de rebote ni de síndrome de abstinencia, pues las recaídas, de presentarse, no son en general inmediatas. Por el contrario, otros autores ⁽⁴³⁾, sugieren que la recurrencia de la manía y la depresión se producen más rápidamente cuando el Litio es descontinuado abruptamente, que cuando la dosis es disminuida gradualmente. De la literatura referida con respecto a la precipitación de las crisis, tanto los factores psicosociales como los biológicos, contribuyen a la aparición de nuevos episodios, pero

definitivamente, estos últimos parecen ser los más relevantes. Sin embargo, no quiere significársele, que la intervención psicosocial deba ser subvalorada en el proceso de tratamiento. Por el contrario, ésta, como intervención complementaria, potencializa y refuerza el tratamiento biológico.

CONCLUSIONES

- 1) Por la actividad psicoeducativa y la intervención en pequeños grupos, la muestra investigada mostró un excelente nivel de conocimientos acerca de la naturaleza y tratamiento de la enfermedad.
- 2) El pertenecer a un grupo de ayuda, ha facilitado la disminución del grado de afectación emocional debida a la enfermedad.
- 3) En el impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento general del paciente se observó que las áreas más comprometidas fueron la afectiva, en el sentido de posibilitar o mantener una relación de pareja; y la laboral, por pérdida de empleo debido a la crisis. El área familiar (autoridad, comunicación, integración) no se afectó significativamente.
- 4) La actitud de la familia fue más favorable en términos de tolerancia, aceptación del problema y colaboración después de asistir a la Clínica de Lítio.
- 5) Después del ingreso a la Clínica de Lítio se observó una disminución estadísticamente significativa en el número total de episodios, la intensidad y la duración de los mismos.

Estos resultados permiten evidenciar la eficacia y la eficiencia de la Clínica de Lítio del Hospital de Caldas.

RECOMENDACIONES

En relación con el programa:

- a. Que las Instituciones de Salud que prestan atención a pacientes con este problema, implementen este modelo clínico de intervención (Clínica de Lítio), siguiendo todos los delineamientos básicos del mismo.
- b. Modificar el nombre Clínica de Lítio por el de Clínica de los Trastornos Afectivos, para permitir que otros pacientes se beneficien de la labor psico-educativa.
- c. Establecer protocolos de tratamiento para sistematizar la atención clínica.
- d. Elaborar material didáctico con el fin de complementar la labor educativa y disponer de equipos para la difusión de los mismos.

Con respecto a la docencia:

Fomentar una mayor participación de los estudiantes de pre y post-grado, en los aspectos educativos, académicos y asistenciales de la Clínica de los Trastornos Afectivos.

En los aspectos investigativos:

- a. Complementar la presente investigación, realizando un estudio correlacional (cruce de variables estudiadas).
- b. Vincular a los autores de este estudio a la Asociación Nacional de Pacientes Depresivos y Maníaco Depresivos de Estados Unidos (N.D.M.D.A.) para mantener un buen nivel de actualización e intercambio de experiencias en aspectos relacionados con esta problemática.

Referencias

1. Ayuso, J.L. y Garulla, J.S. (1992). Manual de Psiquiatría. Madrid: Me, GrawHill. Interamericana de España.

2. Beaumont, G. (1994) Economía Sanitaria y Calidad de Vida: Las ventajas de tratar la ansiedad y la depresión. En Focus on Depression and Anxiety. Vol. 4, No. 3. Págs. 52 - 53.
3. Bertalanffy, V. General Systems Theory. Nueva York: George, 1968.
4. Bersh, D. El fenómeno de la salud. Santafé de Bogotá: Ascofame e Icfes, 1980.
5. Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. Introducción a la Psicología Clínica. México: Libros Me Graw Hill de México S.A., 1982.
6. Cabral, C.A. Salud Mental y calidad de vida psicológica. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol. 37 (3), p.p. 249 - 251, 1991.
7. Cabrera, J. (1991). Tratamiento de prevención del trastorno bipolar. En Ojeda, C.; Cabrera, J.; Silva, H. y Leiva, F. Enfermedad bipolar. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. (Ed.) Santiago de Chile: Editorial Universitaria S.A.
8. Calabrese, J. Lithium and the Anticonvulsants in the Treatment of Bipolar Disorder Psychopharmacology The Fourth Generation of Progress. Eds. Floyd Bloom and David Kupler. Raven Press, Ltd., New York, 1995.
9. Carpió -Cedrao F., Bracho A. Anderson L. (1992) "Comida para el pensamiento": Un enfoque participativo en la prevención de Sida. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 24 No. 1 - 2, p. 137 - 56.
10. Castro, L. y Ángel, E. Psicología de la salud: Un modelo de integración biológica- conductual. Mimeografiado. Instituto Konrad Lorenz, 1991.
11. Castro, L. Y Valderrama, G. (1993). Efectividad de un paquete educativo - comportamiento para incrementar el cumplimiento del tratamiento médico de niños con epilepsia. Revista de Psicología de la Salud en Colombia. Vol. 2, p.p. 59 - 83.
12. Cendales, L. Educación en Salud. Enfoques Universidad de Caldas. Facultad de Trabajo Social. Vol. 9, Pag. 29 - 34 (1992).
13. Cirigliano G. y Villaverde A., (1986). Dinámica de Grupos y Educación, Buenos Aires. Humanitas. Ed. 13.
14. Cuervo-Arango, M.A. La calidad de vida: Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. Revista de Psicología Social. Vol. 8 (1). p.p. 101 - 110, 1993
15. De Girolamo, Giovanni. Diferencias transculturales en la depresión. En focus on depresión. Vol. 3 No. 2 Mayo 1993. Pag 3
16. Department of Public Health, (1991) "Support Group Training Project", San Francisco, C.A.
17. D.S.M. III - R., (1989). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Manson S.A.
18. Fernandez, F.A. (1989). Psicología Médica y Social. Barcelona: Salvat Editores, S.A
19. Flaherty, J.; Channon, R. y Davis, J. (1991). Psiquiatría, Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S.A.
20. Goldman, H.H. (1989). Psiquiatría General. México: Editorial Manual Moderno, S.A.
21. González, R. Recursos Terapéuticos Psiquiátricos para el médico general. La Habana: Impresos Gráficos de Himap., 1984.
22. Greene. W.H. y Col. (1988). Educación para la Salud, México: Interamericana.
23. Quimón, J.; Mezzich, J.E. y Berrios, G.E. (1988). Diagnóstico en Psiquiatría, Barcelona. Salvat Editores, S.A.
24. Hollow, S.A. (1993). Review of Psychosocial Treatments for Mood disorders. En Dunner, L.D. (Ed.) Current Psychiatric Therapy. México: W.B Saunders Company
25. Jaimes, J.E. (1991). Estrategias de Investigación en Psicología de la Salud. H.M.C. Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. Santafé de Bogotá.
26. Jefferson, J.W. (1993). Mood Stabilizers: A Review. En Dunner, L.D. (Ed.) Current Psychiatric Therapy. México. W.B. Saunders Company.
27. Jefferson, J.W.; Greist, J.H.; Ackerman, D.L. y Carrol, J.A. (1987). Lithium Encyclopedia for Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Press, Inc. Second Edition.
28. Kaplan, H.; Sadock, B. Y Grebb, J. Trastornos del estado de ánimo En sinopsis de psiquiatría. Vol. 4, 1994 Págs. 108 - 128.

Amézquita ME, González RE y Zuluaga D.

29. Magaña, J.R. y Ferreira - Pinto, J.B. (1992). "Una Pedagogía de concientización para la prevención del VIH/SIDA". Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 24 Nos. 1 - 2, p. 97 - 108.
30. Manrique, (1978). Sistemas terapéuticos contemporáneos aplicados. Santafé de Bogotá Editorial Comex.
31. Marneros, Andreas. Evolución a largo plazo y deterioro en los trastornos afectivos unipolares y bipolares. En focus on depresión and Anxiety. Vol. 4 No.2. Mayo 1994. Págs, 33 - 40.
32. Masur, T. y Anderson, K. Adhesión del paciente al tratamiento: Un reto para la salud. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 20 No. 1, p.p. 112-118, 1988.
33. Medalie, J. Principios de Salud Familiar, 1987, Limusa. México.
34. Miller, J.G. Living Systems. Nueva York: Mc.Graw-Hill, 1978.
35. Muñoz, R. y Matta, O. (1988). Clínica de Litio. Observaciones sobre una experiencia. En Revista de la Escuela Colombiana de Medicina. Vol. 1 No.1. Enero - Junio. Págs. 25 - 33.
36. Ojeda, C.; Cabrera, J.; Silva, H. Y Leiva, F. (1991). La depresión bipolar, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (Ed.) Santiago de Chile: Editorial Universitaria, S.A.
37. Penzo, W. (1990). Psicología Médica, Barcelona, Salvat.
38. Prien, R.F. y Potter, W.Z. (1993). Maintenance Treatment for Mood Disorders. En Dunner, L.D (Ed.). Current Psychiatric Therapy. México: W.B. Saunders Company.
39. Rogers, C. (1991). Características de una relación de ayuda en Zafargo y Gómez, Desarrollo del potencial humano. (Ed.) México: Editorial Trillas, Vol. 3.
40. Rosnay, J. (1979) The Macroscope. Nueva York: Harper.
41. Sarason, I.G. y Sarason, B.G. (1988) Psicología Anormal. México. Trillas.
42. Schou, Mogens (1993). Is there a Lithium Withdrawal Syndrome?. An Examination of the evidence. In British Journal of Psychiatry, 63, 514, 518.
43. Seghers, A. (1991). Focus on Depression. Terapia Familiar y Trastorno depresivo mayor recurrente complicado: Es necesario un enfoque integrado?. Volumen 1 No. 4, noviembre.
44. Shou, M. (1989 b). Tratamiento de prevención de trastorno bipolar. En Ojeda, C.; Cabrera, J.; Silva H. y Leiva, F. Enfermedad bipolar. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. (Ed.) Santiago de Chile: Editorial Universitaria, S.A.
45. Schou, M. (1989). Lithium Prophylaxis: Myths and Relatives. American Journal Psychiatric. 146:5, May. 573 - 576.
46. Singer, J. (1975). La terapia de grupo en el trabajo con población consumidora de SPA. Mimeografiado. Santafé de Bogotá: Universidad de Los Andes, 1993.
47. Solarte A., Chica A., Sanabria G., Vivas G., García M. Camacho C., Triana M. (1991). "Estudio de la relación entre conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento y estilo de afrontamiento en 200 personas con artritis reumatoidea. Universidad Católica de Colombia". Tesis de Grado, Santafé de Bogotá.
48. Souza, y Machorro. (1988). Educación en Salud Mental para maestros. México: Manual Moderno, S.A.
49. Tejado, D.A. El concepto de la Atención Primaria en Salud. Mimeografiado. O.M.S, Ministerio de Salud del Perú.
50. Vallejo, J. (1991). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores, S.A. Tercera Edición.
51. Vallejo, J. Y Gasto, C. (1990). Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona: Salvat Editores, S.A.
52. Winokur D. El Litio. Mimeografiado. Bogotá: Laboratorio Specia, 1992.
53. Yepes, L.E. (1995). Trastorno bipolar. En Boletín de la Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Santafé de Bogotá, D.C. Volumen 1, NO. 8, Pag. 2.