

Entrenamiento en detección de trastornos bipolares para psicólogos y médicos generalistas: reporte de una experiencia piloto

Sergio Adrián Strejilevich
Mariana Urtueta Baamonde
Diego Javier Martino
Lila Perinot
María Scápola Moran

*Programa de Trastornos Bipolares, Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro
Buenos Aires, Argentina. E-mail: sstrejilevich@ffavaloro.org*

Francesc Victoriano Colom

Psychoeducation and Psychological Treatments Area, Barcelona Bipolar Disorders Program, IDIBAPS-CIBERSAM

Resumen

Objetivos: actualmente los trastornos bipolares son considerados como un verdadero problema de salud pública. Hay un acuerdo en que el problema prioritario es resolver las fallas que existen respecto de conseguir un diagnóstico correcto y oportuno de estos trastornos. En este trabajo se reportan los resultados de una experiencia piloto de talleres de entrenamiento en detección de trastornos bipolares destinado a psicólogos y agentes primarios del sistema de salud. **Métodos:** se administró una encuesta antes y después del dictado de los talleres destinada a mensurar los conocimientos previos respecto de estos desórdenes y evaluar el impacto del entrenamiento. **Resultados:** 227 personas completaron los cuestionarios. Los resultados muestran un nivel bajo de conocimientos sobre estos trastornos, aún entre aquellos profesionales que refirieron tener pacientes bipolares en tratamiento y mostraron interés por este entrenamiento. Por otra parte, luego de estos talleres, se encontró una mejoría significativa en el monto de información sobre los trastornos bipolares. **Conclusiones:** esta experiencia piloto sugiere que con dispositivos económicos como los talleres realizados se podrían mejorar la capacidad de los diferentes agentes del sistema de salud para detectar oportunamente los trastornos bipolares. Reduciendo las habituales demoras y errores diagnósticos se podría lograr una significativa reducción de su morbilidad.

Palabras clave: Trastorno Bipolar - Diagnóstico - Cuidados primarios - Entrenamiento.

TRAINING IN THE DETECTION OF BIPOLAR DISORDERS FOR PSYCHOLOGISTS AND PRIMARY HEALTH AGENTS: A PILOT STUDY

Summary

Objectives: At present, Bipolar Disorders are considered a real public health problem. There is an agreement that it is a priority to solve the existent flaws as regards the certainty of a correct and timely diagnosis of these disorders. This paper reports the results of a pilot experience in workshops of training in the detection of Bipolar Disorders aimed at psychologists and primary health agents. **Method:** A survey was carried out before and after the training sessions with the aim of measuring prior knowledge about bipolar disorders and thus evaluating the impact of the training workshops. **Results:** 227 people completed the surveys. The results showed a scarce knowledge about these disorders, even among those professionals who acknowledged having bipolar patients in treatment and who had interest in being trained. On the other hand, these surveys revealed significant changes in their knowledge of bipolar disorders. **Conclusion:** This pilot experience suggests that with low cost events such as the organized workshops it would be possible to increase the ability of timely detection of bipolar disorders in the key agents of the health system. Reducing frequent delays and mistakes in the diagnosis of these disorders which would determine a significant reduction in their morbid impact.

Key words: Bipolar Disorder - Diagnosis - Primary care - Training.

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud ha declarado a los trastornos bipolares (TBs) una epidemia junto a la depresión mayor, dada la relativa alta incidencia de estas patologías y su incremento concomitante al aumento de la expectativa de vida (Resolución CDROR19, 26/9/1997). La prevalencia de las formas I y II de los TBs ha sido tradicionalmente estimada entre el 1 y 2% (16), pero si se extiende esta valoración a las formas no especificadas incluidas en el espectro bipolar (10) la misma trepa al 4 y 6% (1, 14, 22). Estos trastornos han sido valorados por la Organización Mundial de la Salud entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo (25) por el hecho de ser patologías crónicas, que afectan a jóvenes y generan una importante merma en las capacidades funcionales de las personas afectadas. El 85% de los costos generados por los TBs son indirectos dentro de los cuales más del 50% están determinados por la pérdida de días de trabajo (7). Las personas afectadas por TBs utilizan 2.5 veces más el sistema de salud que la población general al presentar un riesgo incrementado de sufrir patología cardiovascular (8) y neoplásica (2) entre otras (19).

El tratamiento adecuado de los TBs permite una disminución significativa del número de episodios y una recuperación del funcionamiento socio laboral. Se ha calculado que tras dos años de tratamiento efectivo la reducción de los costos indirectos es tan importante que absorbe íntegramente los costos directos y permite ahorros significativos (12). Actualmente la investigación científica alrededor de los trastornos bipolares esta pasando una época de fuerte actividad que se refleja en una creciente ligazón entre los conocimientos clínico y básico lo que resulta en el desarrollo de nuevos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos (3). Sin embargo, el principal desafío en el tratamiento de los TBs es conseguir que las personas afectadas reciban un diagnóstico oportuno y adecuado de su padecimiento. Se ha estimado que el 50% de las personas afectadas por TBs no reciben tratamiento alguno por su padecimiento (17). Sumado a esto, reportes de diversas comunidades muestran que entre aquellas personas que recurren al sistema de salud por causa de los TBs, 7 de cada 10 deben esperar en promedio 8 años desde su primera consulta hasta que se efectúe el diagnóstico de su padecimiento (11, 13, 23, 31). Durante ese lapso de tiempo reciben diagnósticos y tratamientos inadecuados que agravarían iatrogénicamente el curso evolutivo de estos trastornos (15). Tiempos de demoras diagnósticas mayores a un año son predictores independientes de mayor impacto socio-laboral, un mayor número de internaciones e intentos de suicidio (10, 12, 31) y menor calidad de vida (18). Las demoras y errores en la detección de los TBs parecen incrementarse en el primer nivel de asistencia sanitaria. En un tamizaje realizado en un área de captación epidemiológica de los EE.UU. se encontró que los médicos generalistas habían fallado en identificar correctamente al 78%

de las personas que tenían bajo su atención y habían puntuado positivamente para posible diagnóstico de trastorno bipolar (9). En un estudio similar, pero realizado en población urbana de bajos recursos económicos de los EE.UU., se encontró que de las personas que puntuaban positivo para posible diagnóstico de trastorno bipolar y que habían consultado a su médico clínico por esos síntomas, sólo el 8,4% habían recibido el diagnóstico o la derivación adecuada (6). En ambos estudios, las personas que presentaban un posible diagnóstico de trastorno bipolar y no habían sido diagnosticadas presentaban un uso mayor del sistema de salud y menor calidad de vida. Por estas razones, hay un acuerdo en considerar que lograr una reducción en el porcentaje de personas expuestas a demoras diagnósticas es el objetivo prioritario en el abordaje sanitario de los TBs (3, 30).

El diagnóstico de los trastornos bipolares se realiza a través de una adecuada valoración de datos clínicos y evolutivos. Al no haber métodos auxiliares de diagnóstico, el mismo depende enteramente de la habilidad clínica del profesional que lo realice. En EE.UU. se ha reportado una disminución en las demoras diagnósticas como posible consecuencia de la mayor atención prestada a los TBs en la formación profesional (13) y en Santiago de Chile la creación de una unidad especializada se asoció con una progresiva disminución de las mismas (26). Sin embargo, dada la incidencia de estos trastornos y las fallas diagnósticas detectadas a nivel del primer estamento de salud hay un acuerdo respecto de que es necesario involucrar a todo el sistema en los esfuerzos destinados a lograr una adecuada detección de los mismos (29).

Este problema sanitario presenta un claro antecedente en la depresión mayor, patología con la que se ha encontrado el mismo tipo de dificultades en su detección. Por un lado se han reportado que la brecha para acceder a un tratamiento en las personas afectadas por depresión mayor es similar a la encontrada en las personas que sufren TBs (17). Por el otro, se ha reportado que los profesionales del primer estamento del sistema de salud fallan en detectar la mitad de los casos de depresión y sólo proveen un adecuado tratamiento a menos de un tercio (5). Sin embargo, a diferencia de los TBs, en el caso de la depresión mayor desde hace tiempo se ha reconocido esta necesidad y se han desarrollado programas de entrenamiento para su detección orientados a agentes formales e informales del sistema de salud (20, 22, 32). En el caso de la detección de los TBs no tenemos conocimientos del desarrollo de iniciativas similares a pesar de su similar peso sanitario.

Atentos a esta situación, con el auspicio de la *International Society for Bipolar Disorders*, se implementaron una serie de talleres sobre detección y diagnóstico de los TBs diseñados con el objetivo de alertar sobre la necesidad de mejorar el diagnóstico de estos trastornos y ofrecer herramientas teóricas y psicoeducativas

orientadas al diagnóstico de los mismos.

Dado que los primeros talleres fueron aplicados en Argentina, los mismos fueron inicialmente orientados a psicólogos clínicos ya que, como condición excepcional de ese país, el mismo cuenta con más de 100 psicólogos por cada 100.000 habitante, más del doble del valor promedio de otros países de la región (1). Posteriormente se incorporaron a estos talleres médicos generalistas aunque no se vetó la participación de otros profesionales del nivel primario de salud. En tres de estos talleres, los participantes llenaron una encuesta anónima dividida en dos partes, una antes del inicio y otra en el final. El objetivo de esta encuesta fue sondear el nivel de conocimientos previo acerca de los TBs entre los profesionales que participaron de los talleres, así como los cambios que este entrenamiento podría determinar. Se decidió realizar estas encuestas ante la imposibilidad de implementar otros dispositivos que pudieran mensurar adecuadamente el impacto de estos talleres. Aquí se informan los datos surgidos de dichas encuestas.

Material y Métodos

Los talleres consistían en una jornada de 3 horas de trabajo en la que uno o dos oradores exponían los contenidos usando un kit de diapositivas que eran entregadas al final de los mismos junto a material educativo accesorio. El primero de estos talleres se realizó en 2004, habiéndose realizado en total 6 hasta el momento. El primero y el último fueron coordinados FC y SAS y los restantes por SAS. El primero y el último solventados por becas irrestrictas del Laboratorio Abbott Argentina y GSK Argentina respectivamente. Se calcula que en total pasaron por estos talleres unos 700 profesionales.

Se diseñó una encuesta anónima que contenía preguntas de opciones múltiples que valoraban el nivel de entrenamiento y conocimiento respecto de los TBs y que, constando de dos partes, debía ser completada antes y luego de completado el entrenamiento (Ver Anexo I). Algunas de las preguntas incluidas en la primera parte se repetían en la segunda parte de la encuesta con el fin de valorar el efecto educativo del taller. Las

ANEXO 1. ENCUESTA PRE ENTRENAMIENTO EN TBP

Esta es una encuesta destinada a conocer, antes del entrenamiento, sus conocimientos acerca del Trastorno Bipolar (TBP) o Enfermedad Maníaco Depresiva. No esperamos que Usted conteste bien muchas de estas preguntas. Luego del entrenamiento volverá a contestar algunas de ellas. Como verá el cuestionario es anónimo, por favor haga su mejor esfuerzo por contestarlas.
Muchas gracias.

¿Dónde y cuándo está haciendo este entrenamiento?

Sexo Femenino Masculino Edad _____ años

Título con el que se desempeña en el área de la salud

Psicólogo

Médico no psiquiatra

Psiquiatra

Enfermero

Terapeuta ocupacional

Asistente social

Agente sanitario

Otro (aclare): _____

¿En que medida recibió información sobre los TBPs en la facultad o carrera?

Ninguna información

Poca información

Suficiente Información

Demasiada

¿En que medida recibió información sobre los TBPs en su formación de pos grado (residencia, curso superior, maestría)?

Ninguna información

Poca información

Suficiente Información

Demasiada

¿Entre las personas asistidas por Ud. alguna se encuentra en tratamiento por Trastorno Bipolar?

No Sí ¿Qué porcentaje aproximadamente de sus asistidos? ____%

¿Entre las personas asistidas por Ud. alguna se encuentra en tratamiento por Depresión?

No Sí ¿Qué porcentaje aproximadamente de sus asistidos? ____%

¿Entre las personas asistidas por Ud. alguna se encuentra en tratamiento por Trastornos de Ansiedad?

No Sí ¿Qué porcentaje aproximadamente de sus asistidos? ____%

¿Cómo califica su entrenamiento para asistir a personas afectadas por TBP?

Nada entrenado Poco entrenado Suficientemente entrenado Muy entrenado

¿Ud. tiene entre sus allegados (amigos / familiares / Conocidos / etc.) alguna/o que padezca Trastorno Bipolar?

No Sí

¿Cuál considera usted que es la causa de los TBPs?:

- Es una enfermedad psicológica producida por la crianza
 Es una enfermedad del sistema nervioso de base genética
 Es una enfermedad psicológica producida por diferentes traumas
 Es una enfermedad que se produce por el consumo de drogas

¿Cuál es la línea psicoterapéutica que Usted preferentemente aplica en pacientes bipolares?

Psicoanálisis Cognitiva Sistémica Ninguna Otra_____

¿Cuál de estos síntomas son característicos del Trastorno Bipolar? (puede marcar más de una opción).

- Delirios y Alucinaciones
 Agitación Psicomotriz/ Agresividad
 Inhibición psicomotriz/ Apatía
 Inestabilidad emocional

Cual de estos síntomas cree Usted son habituales de una crisis maníaca (puede marcar más de una opción):

- Humor elevado/ exaltación anímica
 Alucinaciones auditivas/ Delirios
 Disminución de la necesidad de dormir
 Charlatán/ mal hablado/ impertinencias
 Aumento del deseo sexual
 Irritabilidad/ Agresividad
 Gastar dinero en exceso/ tomar decisiones riesgosas/ planes exagerados

¿Cuál cree usted que es la duración del tratamiento del TBP?

- El tratamiento se realiza mientras duran los síntomas
 El tratamiento es de por vida
 El tratamiento se continua 6 meses más luego de controlados los síntomas
 El tratamiento se continúa un año luego de controlado los síntomas

¿Usted cree que es positivo o negativo informar el diagnóstico a las personas afectadas por desórdenes mentales como el Trastorno Bipolar?

Creo es positivo Creo que es negativo Creo que es indiferente

¿Usted dispone de material informativo sobre el Trastorno Bipolar para ofrecer a las personas que usted asiste?

Si No

ENCUESTA POST ENTRENAMIENTO

Esta es la encuesta con la que evaluaremos el resultado de este entrenamiento. Muchas de estas preguntas ya las ha contestado, por favor haga su mejor esfuerzo por contestarlas nuevamente. Muchas gracias.

El curso ha sido según mi opinión:

- Muy malo Malo Regular Bueno Muy bueno Excelente

Por favor exprese su opinión respecto de los siguientes aspectos del curso:**Utilidad de la información**

- Muy mala Mala regular Buena Muy buena

Claridad en la exposición

- Muy mala Mala regular Buena Muy buena

Calidad de la información

- Muy mala Mala regular Buena Muy buena

Luego de recibir este entrenamiento, ¿cree que alguna persona por Usted asistida y que no ha sido diagnosticada como TBP merecería ese diagnóstico?

- Sí No Tal vez Sí pero no estoy de acuerdo con lo dicho

¿Y entre sus allegados (amigos / familiares / Conocidos / etc.)?

- Sí No Tal vez Sí pero no estoy de acuerdo con lo dicho

Repetiremos algunas preguntas de la primera encuesta**¿Cuál considera usted que es la causa de los TBPs?:**

- Es una enfermedad psicológica producida por la crianza
 Es una enfermedad del sistema nervioso de base genética
 Es una enfermedad psicológica producida por diferentes traumas
 Es una enfermedad que se produce por el consumo de drogas

¿Cuál de estos síntomas son característicos del Trastorno Bipolar? (puede marcar más de una opción).

- Delirios y Alucinaciones
 Agitación Psicomotriz/ Agresividad
 Inhibición psicomotriz/ Apatía
 Inestabilidad emocional

Cual de estos síntomas cree Usted son habituales de una crisis maníaca (puede marcar más de una opción):

- Humor elevado/ exaltación anímica
 Alucinaciones auditivas/ Delirios
 Disminución de la necesidad de dormir
 Charlatán/ mal hablado/ impertinencias
 Aumento del deseo sexual
 Irritabilidad/ Agresividad
 Gastar dinero en exceso/ tomar decisiones riesgosas/ planes exagerados

¿Cuál cree usted que es la duración del tratamiento del TBP?

- El tratamiento se realiza mientras duran los síntomas
 El tratamiento es de por vida
 El tratamiento se continúa 6 meses más luego de controlados los síntomas
 El tratamiento se continúa un año luego de controlado los síntomas

encuestas debían presentar más del 80% de los ítems de ambas partes correctamente completados a fin de ser incluidas en el análisis. Esta encuesta fue relevada en el primer y último taller realizado en la Ciudad de Buenos Aires y en el segundo, realizado en la Ciudad de San Salvador de Jujuy. Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó pruebas de Chi-cuadrado procesándose los mismos con el paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados

Se recogieron 227 encuestas, siendo posteriormente no incluidas en el análisis 34 (14,9%) de las cuales por no haber sido completadas de acuerdo a los criterios señalados. Se consideró como criterio para excluir una encuesta del análisis el no haber completado las dos partes con un porcentaje de preguntas adecuadamente completadas superior al 80%. Lamentablemente no se cuenta con datos precisos del monto de la concurrencia en los tres talleres en los que se administró esta encuesta, pero se estima que asistieron cerca de 500 profesionales, por lo que esta muestra representaría cerca del 38% de los asistentes. La composición de la muestra por títulos figura en la tabla 1. Dado que los talleres estuvieron enfocados específicamente al entrenamiento de psicólogos clínicos y médicos generalistas aquí se analizan los datos de los 119 psicólogos y 67 médicos generalistas que completaron la encuesta de manera adecuada para este análisis. Se excluyó de este análisis al resto de los otros profesionales y agentes sanitarios (miembros de la comunidad entrenados con el fin de realizar acciones de asistencia y prevención primaria) dado su bajo número y el mencionado hecho de que el contenido de los talleres presuponía un entrenamiento acorde al título de médico generalista o psicólogo.

Tabla 1. Composición de los profesionales que completaron la encuesta.

	N	%
Psicólogos	119	52,4
Psiquiatras	19	8,4
Enfermeros	3	1,3
Médicos Generalistas	67	29,5
Agentes Sanitarios	12	5,3
Terapeutas Ocupacionales	7	3,1
Total	227	100

El 89% de los psicólogos encuestados fueron mujeres con una edad de $37,3 \pm 12,1$ años. En el caso de los médicos el 47% fueron mujeres con una edad promedio de $43,34 \pm 11,2$ años. El 16% de los psicólogos que participaron de estos talleres reportó tener como línea

teórica principal de trabajo al psicoanálisis, el 57,5% a la psicología cognitiva y el 14% a la teoría sistémica (12,5% NS/NC).

Al final del taller el 85,5% de la muestra calificó el taller como "Muy Bueno" ó "Excelente", 12,5% como "Bueno" y 2 % como "Regular ó Malo" sin que se registraran diferencias respecto de la valoración del curso entre los médicos y psicólogos ni tampoco respecto de las 34 encuestas excluidas por no haber sido completadas correctamente.

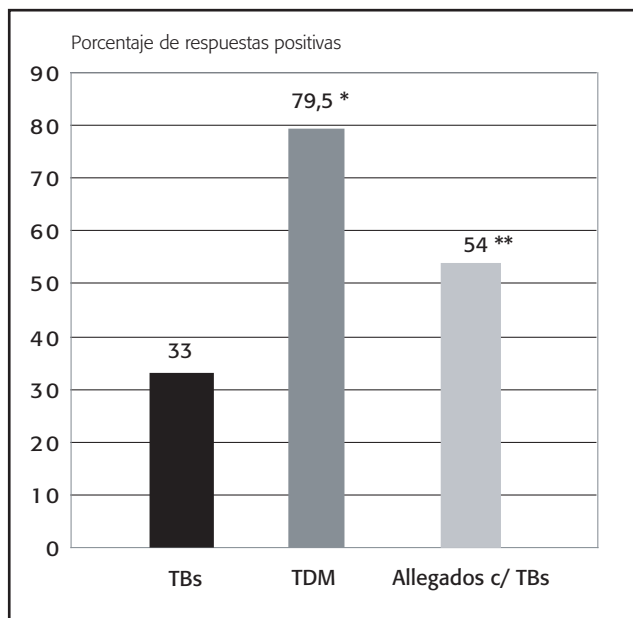
Se interrogó a los participantes respecto del nivel de información que habían recibido en su formación de grado ("¿En que medida recibió información sobre los TBs en la facultad?"). Entre los psicólogos el 19% reportó "ninguna información", el 71% "poca información", 9% "suficiente", 1% "Demasiada". Entre los médicos clínicos el 7,5% respondió "ninguna información", 82% "poca" y 10,5% "Suficiente". De la misma manera se interrogó sobre la formación en el postgrado ("¿En que medida recibió información sobre los TBs en su formación de postgrado (residencia, curso superior, maestría)?"). El 25% de los psicólogos respondió "ninguna", 52% "poca" y 23% "suficiente" mientras que los médicos respondieron 33,5% "Ninguna", 57% "Poca" y 9.5% "Suficiente".

Se indagó sobre la composición diagnóstica de los pacientes que tenían bajo atención los profesionales que asistieron a los talleres ("¿Entre las personas asistidas por Ud., alguna se encuentra en tratamiento por...?"). Entre los psicólogos el 58% reportó tener personas con diagnóstico de TB bajo su atención, porcentaje significativamente menor a lo reportado respecto de tener en atención personas con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) (73%) ($X^2 = 22.44$, $gl = 1$, $p < 0,001$), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (81,3%) ($X^2 = 115,36$, $gl = 1$, $p < 0,001$). Entre los médicos clínicos el 33% reportó tener pacientes con diagnóstico de TBs, un porcentaje significativamente menor al reportado respecto del diagnóstico de TDM (79.5%) ($X^2 = 21.730$, $gl = 1$, $p < 0,001$). y TAG (70%) ($X^2 = 13.349$, $gl = 1$, $p < 0,001$). Se encontraron diferencias significativas entre psicólogos y médicos en el porcentaje que reportaron tener pacientes en tratamiento con diagnóstico de TB (58% vs. 33%, $X^2 = 15.184$, $gl = 1$, $p < 0,001$) pero no entre aquellos que reportaron tener pacientes con diagnóstico de TDM o TAG. Por otra parte, el 48% de los psicólogos y el 54% de los médicos reportó tener allegados o familiares afectados por TBs (¿Ud. tiene entre sus allegados (amigos / familiares / Conocidos / etc.) alguna/o que padezca Trastorno Bipolar?). Curiosamente, el porcentaje de médicos que reportó tener allegados afectados por TBs fue significativamente mayor al que reportó tener pacientes con este diagnóstico bajo su atención (54% vs. 33%, $X^2 = 7.563$, $gl = 1$, $p = 0,006$) (Gráfico 1). El porcentaje de profesionales que respondieron conocer allegados afectados por TBs no varió significativamente luego del entrenamiento.

Gráfico 1. Reporte por parte de médicos generalistas de pacientes en atención y allegados o familiares con diagnósticos de TB y TDM.

“¿Entre las personas asistidas por Ud., alguna se encuentra en tratamiento por...?”.

“¿Ud. tiene entre sus allegados (amigos / familiares / conocidos / etc.) alguna/o que padezca Trastorno Bipolar?”



* Diferencia entre reporte por parte Médicos de TBs y TDM en atención: X^2 gl = 1, $p < 0,05$;

** Diferencia entre reporte por parte Médicos de TBs en atención y conocimiento de allegados con TBs; X^2 gl = 1, $p < 0,001$

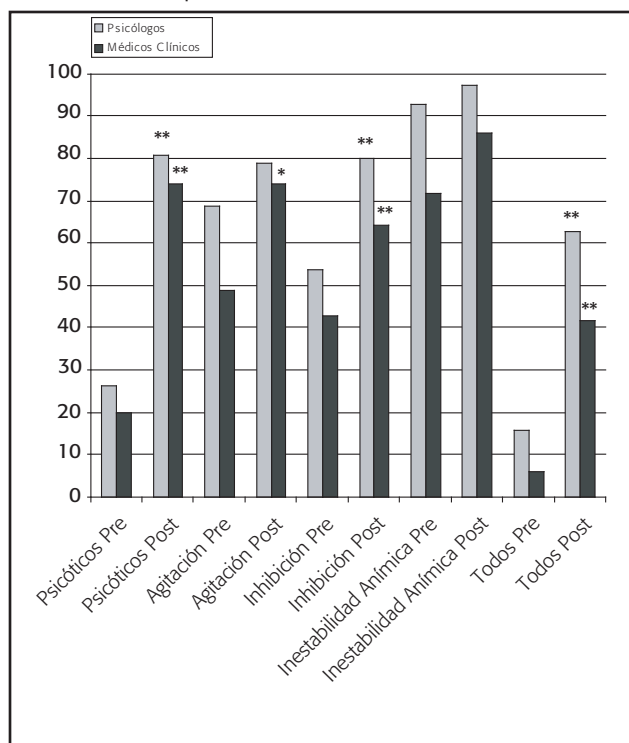
TBs: Trastornos Bipolares / TDM: Trastorno Depresivo Mayor

A pesar de que al menos la mitad de los psicólogos y un tercio de los médicos participantes informaron tener personas afectadas por TBs en tratamiento, ante la pregunta “¿Cómo califica su nivel de entrenamiento para asistir a personas afectadas por TBs?”, el 24% de los psicólogos contestó “nada entrenado”, 58% “poco entrenado”, 17% “suficientemente entrenado” y 1% “muy entrenado” y el 25% de los médicos contestó “nada...”, 67% “poco...” y 8% “suficientemente...”. Limitando esta pregunta a aquellos psicólogos que reportaron tener bajo su atención personas con diagnóstico de TBs, el 68,5% de los psicólogos consideró que su entrenamiento era nulo o poco, mientras que el 100% de los que no tenían estos pacientes en atención lo valoró de esa manera ($X^2 = 76.07$, gl = 3, $p < 0,001$).

Sólo el 27,5% de los psicólogos y el 1,5% de los médicos reportó contar con material informativo adecuado para ofrecer a sus pacientes (“¿Usted dispone de material informativo sobre el Trastorno Bipolar para ofrecer a las personas que usted asiste?”) aunque este porcentaje se incrementó significativamente en aquellos psicólogos que reportaron asistir a personas afectadas por TBs (13,3% vs. 42%; $X^2 = 23.3$, gl = 1, $p < 0,001$).

En la encuesta se incluyó una lista de 4 síntomas básicos de los TBs en las dos partes de la encuesta (“¿Cuál de estos síntomas son característicos del Trastorno Bipolar?”) (Delirios y Alucinaciones; Agitación Psicomotriz/Agresividad; Inhibición psicomotriz/Apatía; Inestabilidad emocional). Sólo el 16% de los psicólogos y el 6,2% de los médicos marcaron todos como correctos en la encuesta hecha al inicio del taller, subiendo este porcentaje luego de finalizado el taller al 63% entre los psicólogos ($X^2 = 7.89$ gl = 1, $p = 0,005$) y al 46% entre los médicos ($X^2 = 49.98$, gl = 1, $p < 0,001$) (ver gráfico 2). De la misma manera se ofreció una lista de síntomas maníacos básicos (Humor elevado/exaltación anímica; Alucinaciones auditivas/Delirios; Disminución de la necesidad de dormir; Charlatán/mal hablado/imperitencias; Aumento del deseo sexual; Irritabilidad/Agresividad/Conductas riesgosas; Gastar dinero en exceso/planes exagerados), encontrándose que antes del curso sólo 18,5% de los psicólogos y el 6% de los médicos reconoció correctamente todos los síntomas, porcentaje que aumentó al 66,5% en el caso de los psicólogos ($X^2 = 12.115$ gl = 1, $p = 0,001$) y al 51% en el caso de los médicos ($X^2 = 49.98$ gl = 1, $p < 0,001$). El porcentaje de respuestas correctas fue significativamente más alto entre aquellos médicos que informaron estar asistiendo a personas afectadas por TBs respecto de aquellos que no (19% vs. 0%; $X^2 = 7.56$ gl = 1, $p = 0,006$) pero no presentó diferencias significativas en el caso de los psicólogos que reportaron tener o no pacientes con ese diagnóstico en atención.

Gráfico 2. “¿Cuál de estos síntomas son característicos del Trastorno Bipolar?”



Comparación respuestas pre y post taller: (*) X^2 gl = 1, $p < 0,05$; (**) X^2 gl = 1, $p < 0,001$

También se interrogó a los participantes respecto de cual consideraba era la causa de los TBs ("¿Cuál considera Usted que es la causa de los TBs?"). Antes de iniciado el taller el 9% de los psicólogos indicó como causa a cuestiones relacionadas con la crianza, 67.5% a causas genéticas, 22% como consecuencia de traumas psicológicos y 2% por el efecto de drogas de abuso. Los médicos hicieron lo propio señalando el 5% a cuestiones de crianza, 35.5% a causas genéticas, 56% a traumas psicológicos y 4,5% al abuso de drogas. Luego del curso, prácticamente el 100% de ambos grupos de profesionales indicaron las genéticas como causas de los TBs. Los psicólogos que reportaron atender personas con TBs refirieron antes del taller las genéticas en una significativa mayor proporción (80% vs. 60,5%; $X^2 = 119.614$ gl = 3, $p < 0,001$).

En otra pregunta se interrogó sobre cual creía debía ser la duración del tratamiento en el caso de un paciente con diagnóstico de TB ("¿Cuál debe ser la duración del tratamiento de los Trastornos Bipolares?") encontrándose las respuestas expresadas en la tabla 2.

Tabla 2. "¿Cuál debe ser la duración del tratamiento de los Trastornos Bipolares?"

	Psicólogos (%)		Médicos Generalistas (%)	
	Pre Taller	Post Taller	Pre Taller	Post Taller
Hasta control de síntomas	2,5	2	6,5	3
Menos de 1 año	33	10.5	36	3
Continuo	64.5	87.5*	55.5	95**

Pre Taller vs. Post Taller:

* X^2 gl = 1, $p < 0,05$;

** X^2 gl = 1, $p < 0,001$

Finalmente se interrogó respecto de si el curso les había permitido corregir el diagnóstico de alguno de los pacientes que estaban en ese momento bajo su tratamiento ("Luego de recibir este entrenamiento, ¿cree que alguna persona por Usted asistida y que no ha sido diagnosticada como TB merecería ese diagnóstico?") contestando afirmativamente el 54% de los psicólogos y el 95,5% de los médicos. El 28,5 de los psicólogos optó por la opción NS/NC.

Discusión

Aquí se presentan los datos resultantes de una experiencia piloto en el entrenamiento de profesionales del primer estamento del sistema de salud en la detección de trastornos bipolares. El primer dato a destacar es que la mayoría de los profesionales que concurren a estos talleres reportaron haber recibido muy poca formación de grado y postgrado en relación a los trastornos bipolares. Vale señalar que los datos referidos por psicólogos que participaron de estos talleres deben extrapolarse con

especial precaución al resto de estos profesionales. Es factible suponer que los asistentes a estos talleres presentaban una motivación y conocimiento mayor respecto de los TBs que la media de los psicólogos de la Argentina. En esta muestra, más del 50% refirió tener como referencia teórica la psicología cognitiva cuando datos relevados en un universo más amplio muestran que el psicoanálisis es la referencia teórica para alrededor de la mitad de los psicólogos en la Argentina, representando la psicología cognitiva cerca del 12% (24). De todos modos, el nivel de formación sobre los TBs reportado por los psicólogos participantes resultó alarmantemente bajo. Solo el 18% refirió tener suficiente entrenamiento clínico para atender estos pacientes y más del 80% informó no haber recibido suficiente formación en el pregrado y postgrado. De acuerdo a esto, menos del 20% logró identificar correctamente una lista de síntomas básicos del TB y más de un tercio reportó creer que el tratamiento de los TBs debía limitarse a un año o menos de seguimiento. Más preocupante, el nivel de conocimiento reportado no varió entre aquellos psicólogos que refirieron tener en atención personas afectadas por TBs respecto de aquellos que no.

El desconocimiento de elementos básicos de la clínica y terapéutica de los TBs entre los psicólogos genera un doble problema. Por un lado limita la capacidad diagnóstica de estos profesionales. Un trabajo que exploró el proceso diagnóstico y terapéutico de personas en tratamiento por trastornos bipolares en centros asistenciales de Argentina encontró que el 20% de las personas incluidas en la Argentina habían realizado su primera consulta con un psicólogo, hecho que aumentaba significativamente las posibilidades de sufrir demoras diagnósticas (30). Por el otro, la falta de conocimientos básicos sobre los TBs también dificulta la administración de los tratamientos psicoterapéuticos que han demostrado ser eficaces en disminuir los costes de estos desórdenes (4).

En el caso de los médicos que concurren a estos talleres la situación no fue distinta. Sólo el 8% refirió tener suficiente entrenamiento para atender personas afectadas por TBs pese a que el 33% de ellos refirió tener bajo su cuidado médico personas con ese diagnóstico. Como podría esperarse, estos profesionales refirieron tener más pacientes con diagnóstico de Depresión y Trastorno de Ansiedad que con diagnóstico de Trastorno Bipolar aunque resultó llamativo que hayan informado tener más familiares o allegados afectados por TBs que personas bajo su atención con ese diagnóstico, más aún si se tiene en cuenta que las personas afectadas por TBs usan dos veces más el sistema de salud que la población general (28). Se ha reportado que las fallas diagnósticas se incrementan en aquellas personas que son asistidas en el primer nivel de salud.

Por esta razón, la falta de entrenamiento entre los médicos clínicos sobre aspectos básicos de los TBs debe ser vista con preocupación más allá de las implicancias que esto tiene para la detección oportuna de los mismos. Las personas afectadas por TBs presentan más problemas médicos generales que la población general (2, 19) y algunos de sus tratamientos implican riesgos clínicos y metabólicos agregados (8).

Finalmente, más de la mitad de los psicólogos y casi todos los médicos refirieron no poseer material informativo para distribuir entre sus pacientes, siendo este un recurso sumamente económico y que ha sido ponderado como de mucha utilidad por los usuarios (30) y que ha sido directamente ligado al nivel de cumplimiento terapéutico (27).

Respecto de la efectividad de estos talleres, de la comparación entre la encuestas pre y post curso se puede observar una clara mejoría en todos los puntos evaluados. Como ejemplo, el desconocimiento respecto de que los síntomas psicóticos son habituales en las crisis afectivas de los TBs ha sido reiteradamente identificado como una de las causas más comunes de confundir los TBs con trastornos del espectro esquizofrénico (30). En esta encuesta, antes del inicio del taller menos del 30% identificó correctamente a los síntomas psicóticos como parte del cortejo clínico de los TBs, subiendo a más del 70% luego de terminado el mismo. Por otra parte, más de la mitad de los psicólogos y casi la totalidad de los médicos refirieron al finalizar estos talleres creer haber podido detectar nuevos casos de TBs entre los pacientes que tenían en ese momento en tratamiento. Si bien estos datos son alentadores, hay que tomarlos con precaución. Evaluaciones de la eficacia de programa de entrenamiento para mejorar la detección de la Depresión Mayor han demostrado que es necesario medir el impacto de los mismos midiendo directamente las variaciones en los

porcentuales de diagnósticos realizados y no solamente basándose en la impresión o reportes de los asistentes (20).

Conclusiones

En resumen, esta experiencia piloto permite pensar que con dispositivos sumamente económicos como los talleres realizados se podrían mejorar la capacidad de agentes claves del sistema de salud para detectar oportunamente los trastornos bipolares. Esto permitiría reducir las demoras diagnósticas que sufren la mayoría las personas afectadas por los mismos, lo que determinaría una significativa reducción en su impacto mórbido. Dado el potencial impacto sanitario y bajo costo de estos dispositivos, deberían ser considerados en forma prioritaria entre las iniciativas estatales para el control de los trastornos afectivos. Sin embargo, para evaluar la eficacia de estos talleres se deberían incluir medidas que registren prospectivamente los cambios en las tasas diagnósticas de los profesionales entrenados. Más allá de esto, parece evidente que debería prestarse mayor atención a los TBs en la formación de grado y postgrado de los profesionales del sistema de salud.

Agradecimientos: al profesor Itzak Levav, por su estímulo y fuerte guía académica ■

Referencias bibliográficas

1. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50: 143-151.
2. Barchana M, Levav I, Lipshitz I, Pugachova I, Kohn R, Weizman A, et al. Enhanced cancer risk among patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008 May; 108 (1-2): 43-8.
3. Berk M, Malhi GS, Hallam K, Gama CS, Dodd S, Andreatza AC, et al. Early intervention in bipolar disorders: Clinical, biochemical and neuroimaging imperatives. *J Affect Disord* 2009 Apr; 114 (1-3): 1-13.
4. Colom F, Strejilevich S, Vieta E. Psicoeducación, un tratamiento consolidado y eficaz. En: Akiskal y otros, Editores: Trastornos Bipolares conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2006, pp. 55-68.
5. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates, S. Non detection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 3-12.
6. Das AK, Olfson M, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, Blanco C,

- Feder A, et al. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *JAMA* 2005; Feb, 23; 293 (8): 956-63.
7. Das Gupta R, Guest J. Annual cost of bipolar disorder to UK society. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 227-233.
 8. Fagiolini A, Chengappa KN, Soreca I, Chang J. Bipolar disorder and the metabolic syndrome: causal factors, psychiatric outcomes and economic burden. *CNS Drugs* 2008; 22 (8): 655-69.
 9. Frye M, Calabrese J, Reed M, Wagner K, Lewis L, McNulty J, et al. Use of Health Care Services Among Persons Who Screen Positive for Bipolar Disorder. *Psychiatr Serv* 2005 Dec; 56: 1529-1533.
 10. Ghaemi SN, Bauer M, Cassidy F, Malhi GS, Mitchell P, Phelps J, et al. Diagnostic guidelines for bipolar disorder: a summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report. ISBD Diagnostic Guidelines Task Force. *Bipolar Disord*. 2008 Feb; 10: 117-28.
 11. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002 Nov; 63 (11): 985-991.
 12. Hilty D, Brady K, Hales R. A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatr Serv* 1999 Feb; 50 (2): 201-213.
 13. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003 Feb; 64 (2): 161-74.
 14. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord* 2003; 73: 123-31.
 15. Keck P Jr, Kessler RC, Ross R. Clinical and economic effects of unrecognized or inadequately treated bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Practice* 2008; 14 (Supl 2): 31-38.
 16. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18 (4/5): 229-40.
 17. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82: 858-866.
 18. Kratz Gazallea F, Andreazza A, Ceresér K, Hallal PC, Santin A, Kapczinski F, et al. Clinical impact of late diagnose of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2005; 86: 313-316.
 19. Kupfer D. The increasing medical burden in Bipolar Disorder. *JAMA* 2005; 293: 2528-2530.
 20. Levav I, Kohn R, Montoya I, Palácio C, Rozic P, Solano I, et al. Training Latin American primary care physicians in the WPA module on depression: results of a multicenter trial. *Psychol Med* 2005; 35: 35-45.
 21. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007 May; 64 (5): 543-52.
 22. Moreno P, Saravanan Y, Levav I, Kohn R, Miranda CT. Evaluation of the PAHO/WHO training program on the detection and treatment of depression for primary care nurses in Panama. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 61-65.
 23. Morselli P, Elgie R. GAMIAN-Europe/ BEAM survey I-global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disord* 2003; 5: 265-278.
 24. Muller F. Psychotherapy in Argentina: Theoretical orientation and clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration* 2008 Dec; Vol 18 (4): 410-420.
 25. Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
 26. Retamal P, Humphreys D, Montt A. Características de los pacientes con Trastorno Bipolar. Unidad de Enfermedades del Ánimo. Hospital del Salvador. Santiago. Chile. *Acta psiquiát psicol Am lat* 2000; 45: 60-66.
 27. Rosa AR, Marco M, Fachel JM, Kapczinski F, Stein AT, Barros HM. Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007 Jan, 30; 31 (1): 217-224.
 28. Simon G, Unützer J. Health care utilization and costs among patients treated for bipolar disorder in an insured population. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1303-1308.
 29. Strejilevich S, Correa E. Costs and challenges of bipolar disorders: Focus in the South American Region. *J Affect Disord* 2007; (98): 165-167.
 30. Strejilevich S, García Bonetto G, Chan Mónica, Galeno R. Problemas actuales respecto del diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en nuestro medio: experiencia y opinión de los usuarios. *Pren. Méd. Argen.* 1999; 86: 823-830.
 31. Strejilevich S, Retamal Carrasco P. Percepción del impacto y el proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile. *Vertex, Rev Arg de Psiquiatria* 2003; 14 (54): 245-52.
 32. van Os TW, Ormel J, van den Brink RH, Jenner JA, van der Meer K, Tiemens BG, et al. Training primary care physicians improves the management of depression. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21: 168-176.