



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **Eficacia del tratamiento psicoeducativo grupal en el Trastorno Bipolar**

Estudiante: Desamparados Agulló Bernabéu

Tutelado por: Patricia Romero Marco

Soria, 28 de mayo de 2019



“Aprendí que no se puede dar marcha atrás, que la esencia de la vida es ir hacia adelante.”

*Agatha Christie*

## RESUMEN

**Introducción.** El trastorno bipolar se trata de una enfermedad mental grave, crónica, recurrente y multifactorial. Se caracteriza por el cambiante estado de ánimo. La prevalencia del trastorno bipolar es alta, por lo que se considera un importante problema de salud pública, además se trata de la 6ª causa de discapacidad en todo el mundo. Es necesario aplicar un tratamiento combinando fármacos con tratamiento psicoterapéutico, para mejorar el curso y pronóstico de la enfermedad. La función de enfermería es fundamental en el transcurso del proceso asistencial. El equipo de enfermería forma parte del tratamiento psicoeducativo.

**Objetivo.** El objetivo de esta revisión es describir la eficacia de la psicoeducación grupal en el trastorno bipolar, como adyuvante del tratamiento farmacológico habitual del paciente.

**Metodología.** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica entre marzo y abril de 2019, mediante las bases de datos: PubMed, Scopus, Dialnet, Psycodoc, Medline y el buscador de artículos Google Académico. Seleccionándose un total de 4 artículos para resolver el objetivo principal, en las bases de datos de PubMed, Scopus y Dialnet. Se han seleccionado estudios con tratamiento psicoeducativo grupal publicados en los últimos 10 años, a excepción de uno elegido por su relevancia.

**Resultados.** Se seleccionaron 4 estudios y tras su lectura crítica se obtuvo que la psicoeducación grupal, como tratamiento adyuvante del tratamiento farmacológico, se trata de una intervención eficaz para los pacientes con trastorno bipolar. Se evidenciaron resultados de una mejora en cuanto al número de recurrencias y hospitalizaciones, así como una disminución del tiempo de ambas, además el tiempo hasta sufrir una recaída se incrementa. Este efecto es duradero en el tiempo, incluso hasta 5 años tras haber finalizado la intervención psicoeducativa.

**Conclusiones.** La terapia psicoeducativa grupal mejora de forma significativa algunos aspectos de las personas con trastorno bipolar, así como el número de recurrencias y hospitalizaciones (disminuyendo además la duración de ambas). Falta conocimiento acerca de la psicoeducación y su eficacia. Serían convenientes futuras investigaciones que consideren aspectos relevantes como el tipo de trastorno bipolar, el sexo o el tiempo de evaluación que pueden afectar a los resultados obtenidos.

**Palabras clave.** Trastorno bipolar; psicoeducación; grupal; eficacia.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. TRASTORNO BIPOLAR .....	1
1.1.1. Definición .....	1
1.1.2. Tipos de trastorno bipolar .....	1
1.1.3. Tipos de episodios .....	2
1.2. ETIOLOGÍA .....	3
1.2.1. Genética .....	3
1.2.2. Factores ambientales y psicosociales .....	3
1.2.3. Alteraciones anatómicas del cerebro .....	4
1.3. EPIDEMIOLOGÍA .....	4
1.3.1. Prevalencia .....	4
1.3.2. Género.....	4
1.3.3. Edad de inicio .....	5
1.4. COMORBILIDAD.....	5
1.5. TRATAMIENTO.....	5
1.5.1. Tratamiento farmacológico .....	6
1.5.2. Tratamiento psicoterapéutico .....	7
1.6. MÉTODOS DE EVALUACIÓN.....	8
1.7. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO .....	10
1.8. RIESGO DE SUICIDIO .....	10
2. JUSTIFICACIÓN .....	11
3. OBJETIVOS.....	11
4. METODOLOGÍA.....	11
5. RESULTADOS .....	12
6. DISCUSIÓN.....	19
7. CONCLUSIONES .....	22
8. BIBLIOGRAFÍA.....	23
9. ANEXOS .....	I
Anexo I. Criterios para episodio maníaco.....	I
Anexo II. Criterios diagnósticos para el episodio hipomaníaco .....	II
Anexo III. Criterios para el episodio de depresión mayor.....	III
Anexo IV. Criterios para el episodio mixto .....	IV
Anexo V. Puntuación de los estudios según la escala Jadam.....	IV
Anexo VI. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS).....	V
Anexo VII. Young Mania Rating Scale (YMRS).....	VIII
Anexo VIII. Contenido del Programa Psicoeducativo.....	X

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

**Tabla 1.** Estudios incluidos en la revisión.

**Tabla 2.** Resultados principales de los estudios seleccionados.

**Figura 1.** Diagrama de flujos. Proceso de selección de los artículos.

## **LISTADO DE ABREVIATURAS**

CDRS: Escala de depresión de Calgary

CI: coeficiente intelectual

CIE: clasificación internacional de enfermedades

DSM: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

EPS: educación para la salud

GC: grupo control

GE: grupo experimental

HDRS: Escala de depresión de Hamilton (*Hamilton depression rating scale*)

PANSS: escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia

PEG: psicoeducación grupal

SCID: entrevista clínica estructurada para el DSM-IV

TB: Trastorno Bipolar

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

YMRS: Escala de evaluación de la manía (*Young mania rating scale*)

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. TRASTORNO BIPOLAR**

#### **1.1.1. Definición**

El trastorno bipolar (TB) se trata de una enfermedad mental grave, de carácter crónico, recurrente y de origen multifactorial. Se caracteriza por el cambiante estado de ánimo, que fluctúa entre dos extremos: la manía y la depresión. Por lo general, el TB limita la funcionalidad del individuo y requiere un abordaje integral, se estima que es una de las principales causas médicas de discapacidad<sup>1-3</sup>.

#### **1.1.2. Tipos de trastorno bipolar**

Los trastornos bipolares son comórbidos con otros trastornos psiquiátricos (incluyendo los trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias, por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de personalidad), esta comorbilidad puede conllevar una mayor dificultad, a la par que lentitud, para el diagnóstico de la enfermedad y así mismo la pauta de un correcto tratamiento; esta comorbilidad también se asocia con un peor pronóstico de la patología<sup>4</sup>. Diversos estudios han señalado la tendencia a infradiagnosticar el TB, especialmente en pacientes que cursan episodios depresivos, ya que se puede confundir con una depresión unipolar<sup>5</sup>. Se ha estimado que en torno al 35% de los pacientes no buscan tratamiento hasta 10 años después de haber experimentado el primer episodio, y de los pacientes que solicitan tratamiento tras el episodio inicial hasta un 34% reciben diagnóstico de otro proceso psiquiátrico<sup>5, 6</sup>. La alta prevalencia del trastorno, así como el diagnóstico tardío o no reconocido provocan un tratamiento incorrecto, costes sanitarios elevados y altas tasas de comorbilidad<sup>7</sup>.

Hay diferentes tipos de trastorno bipolar según como sea el curso del trastorno, es decir, dependiendo del tipo de episodios manifestados.

El trastorno bipolar tipo I está caracterizado por la aparición de uno o más episodios maníacos o mixtos (anexos I y IV). Además, es frecuente que también se experimenten uno o varios episodios de depresión mayor (anexo III), pero no es necesario para el diagnóstico. El trastorno bipolar tipo II se trata de un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores, que deben estar acompañados por, al menos, un episodio hipomaníaco; además los síntomas deben de provocar un malestar clínicamente significativo, o bien un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En el caso de que la persona presenciara un episodio de tipo maníaco o mixto el diagnóstico pasaría a ser directamente de TB tipo I. Aquellos episodios del estado de ánimo que son inducidos por sustancias (drogas u otros medicamentos) o los secundarios a otra enfermedad médica no se tienen en cuenta para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar (ni tipo I ni tipo II)<sup>8</sup>.

Se conoce por recurrencia, o recidiva, al cambio en la polaridad del episodio o a la aparición de un nuevo episodio agudo (entre un episodio y el siguiente tiene que haber pasado un período mínimo de dos meses). Por otra parte, un cambio en la polaridad se trata de un



curso clínico en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maníaco o mixto, o viceversa. Sin embargo, si un episodio hipomaníaco evoluciona hacia uno de tipo maníaco o mixto, o bien un episodio maníaco evoluciona hacia uno mixto (o viceversa), se considera como un único episodio<sup>8</sup>.

El trastorno ciclotímico se trata de una alteración en el estado de ánimo crónica y fluctuante que comprende períodos con síntomas hipomaníacos o con síntomas depresivos, sin llegar a cumplir criterios diagnósticos para un episodio hipomaníaco, maníaco o depresivo mayor; con una duración de 2 años (1 año para adolescentes o niños), y los intervalos sin presencia de síntomas deben tener una duración inferior a 2 meses. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno ciclotímico solamente se establece si en el período inicial de 2 años no se presentan episodios de tipo depresivo, maníaco o mixto; tras los 2 primeros años del trastorno ciclotímico pueden aparecer episodios maníacos, depresivos o mixtos, en el caso de que se manifestaran se diagnosticarían ambos trastornos, es decir, trastorno ciclotímico y TB tipo I o II (dependiendo de las características definitorias)<sup>8</sup>.

### **1.1.3. Tipos de episodios**

Los individuos con TB tienen fluctuaciones en el estado emocional que ocurren en diferentes momentos de la enfermedad, son los llamados episodios de ánimo. Éstos se clasifican como maníacos, hipomaníacos o depresivos, y tienen que cumplir una serie de criterios para ser diagnosticados como tal. Además, las personas con trastorno bipolar también tienen periodos de estabilización del humor, esta etapa se denomina eutimia<sup>9</sup>.

La versión actualizada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* es la 5ª edición<sup>10</sup>, sin embargo los artículos plasmados en la revisión del presente trabajo se centran en los criterios diagnósticos de la 4ª edición, por lo que el presente TFG se ha elaborado en base a la 4ª edición<sup>8</sup> para la definición de los criterios diagnósticos para los episodios. Las dos principales diferencias entre ambas ediciones<sup>8, 10</sup>, que son relevantes en el presente trabajo son que los episodios mixtos que aparecen en el DSM-IV-TR<sup>8</sup> se reemplazan por una nueva especificación “características mixtas” en el DSM-V-TR<sup>10</sup>, ya no son un tipo de episodios. El otro cambio significativo es la adición de que los cambios en la actividad o en la energía del individuo también son un criterio diagnóstico para los episodios del estado de ánimo<sup>10</sup>.

Los episodios de tipo maníaco están caracterizados por la alteración en el estado de ánimo, la conducta, el sueño y la cognición del individuo<sup>3</sup>. El estado de ánimo se encuentra persistentemente elevado con presencia de síntomas como euforia, autoestima excesiva con pensamientos de grandiosidad, que pueden llegar incluso a ser delirantes, con una disminución de sueño, verborrea, fuga de ideas inquietud, pensamiento acelerado e incluso pueden aparecer síntomas psicóticos<sup>6</sup>. Los criterios diagnósticos para un episodio maníaco los podemos encontrar en el Anexo I.

La hipomanía cursa con una elevación del estado de ánimo pero con menor intensidad que en el caso de la manía. El individuo se siente exaltado, positivo, confiado y no es consciente de la situación. En la hipomanía nunca aparecen síntomas psicóticos. Es común

confundirla con la eutimia si aparece tras un episodio depresivo<sup>6</sup>. En el Anexo II se incluyen los criterios diagnósticos para un episodio de tipo hipomaníaco.

El episodio depresivo se caracteriza principalmente por la tristeza y la disforia, además de la desaceleración del pensamiento y de las actividades. La clínica es variada, pero los principales síntomas son la tristeza, la apatía, ideas de culpa, insomnio o hipersomnia, así como aislamiento y llanto, entre otros<sup>3</sup>. En el Anexo III encontramos los criterios diagnósticos para un episodio de depresión mayor.

Los episodios mixtos indican la presencia de un episodio maníaco y un episodio depresivo mayor al mismo tiempo, es decir, se trata del solapamiento de sintomatología tanto depresiva y maníaca. Pueden aparecer cambios, en cuestión de horas de un estado maníaco a uno depresivo, o por el contrario que aparezcan de forma simultánea síntomas tanto maníacos como depresivos<sup>11</sup>. Los criterios diagnósticos para un episodio mixto están incluidos en el Anexo IV.

## **1.2. ETIOLOGÍA**

No se conoce con exactitud la patogénesis del trastorno bipolar. Sin embargo, las hipótesis actuales integran hallazgos biológicos, psicológicos, sociales y genéticos como posibles factores desencadenantes del trastorno<sup>3</sup>.

### **1.2.1. Genética**

Uno de los factores de riesgo más consolidado y sistemático es tener una historia familiar de trastorno bipolar. Existe un riesgo promedio de 5 a 10 veces superior entre los familiares de los individuos con trastorno bipolar<sup>10</sup>. En torno al 50% de los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tienen un familiar de primer grado con un trastorno del estado de ánimo<sup>12</sup>. El riesgo aumenta en función del grado de parentesco<sup>10</sup>.

Existen estudios que han demostrado que la concordancia entre gemelos homocigóticos es del 60-70%, lo que demuestra que existen otros factores como los biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales que influyen en la etiología de la enfermedad<sup>2,3</sup>.

### **1.2.2. Factores ambientales y psicosociales**

Según el DSM-5, el trastorno bipolar es más frecuente en los países ricos que en los pobres, con una prevalencia de 1,4% frente al 0,7%, respectivamente<sup>10</sup>.

Los acontecimientos vitales estresantes parecen intervenir en la aparición del TB en aquellos sujetos que son genéticamente vulnerables, además, pueden influir en el desencadenamiento de recidivas<sup>3</sup>. Los acontecimientos vitales negativos (fracasos o pérdidas) pueden desencadenar episodios depresivos, mientras que los episodios maníacos pueden estar precedidos tanto por acontecimientos negativos como positivos (lograr cumplir un objetivo)<sup>12</sup>.

Algunos de los factores sociales que se han identificado como predisponentes del trastorno bipolar son el pobre apoyo social, el maltrato durante la infancia, la baja autoestima y las distorsiones cognitivas. La calidad del apoyo social que reciben las personas diagnosticadas de TB tiene un valor predictivo, básicamente porque los pacientes cumplen peor el tratamiento y probablemente son diagnosticados y tratados de forma mucho más tardía, en los casos con bajo apoyo social<sup>3</sup>. Además, el propio trastorno es estresante y puede conducir a los sujetos a una mayor desestabilización, aumentando la probabilidad de sufrir nuevos episodios<sup>12</sup>.

### **1.2.3. Alteraciones anatómicas del cerebro**

En los estudios basados en técnicas de neuroimagen estructural y funcional, se han encontrado las siguientes alteraciones en individuos con trastorno bipolar: agrandamiento de los ventrículos laterales, mayor prominencia de los surcos corticales, agrandamiento del tercer ventrículo, hiperintensidades subcorticales en la sustancia blanca, reducción del volumen frontal, del cerebelo, del hipocampo y cambios en la amígdala<sup>2, 3</sup>. Sin embargo, aún se desconoce si las anomalías anatómicas del cerebro son la causa o la consecuencia del propio trastorno<sup>12</sup>.

## **1.3. EPIDEMIOLOGÍA**

### **1.3.1. Prevalencia**

La prevalencia del trastorno bipolar es alta, por lo que se considera un importante problema de salud pública. Según los datos de la *National Comorbidity Survey*, la prevalencia vital estimada es del 1% para el TB tipo I, del 1,1% para el TB tipo II y del 2,4% para síntomas subumbrales del trastorno bipolar<sup>3</sup>. En España, faltan estudios epidemiológicos que cuantifiquen con mayor fiabilidad la incidencia del trastorno bipolar. Sin embargo, algunos de los estudios muestran que la prevalencia está en torno a 70 casos por 100.000 habitantes<sup>1</sup>. Estas estimaciones dependen de los cambios en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo y de la zona geográfica<sup>12</sup>.

El trastorno bipolar es la sexta causa de incapacidad en todo el mundo. Además, tiene una alta tasa de mortalidad, entre el 25-50% intentan suicidarse al menos una vez, y entre el 10-20% de los sujetos que lo intentan lo consiguen, siendo más frecuente al inicio de la enfermedad<sup>6</sup>.

### **1.3.2. Género**

El trastorno bipolar se produce prácticamente en la misma proporción (1:1) en ambos sexos<sup>2, 3</sup>. Se pueden apreciar diferencias en cuanto a los tipos de TB; en el trastorno bipolar tipo I cursa aproximadamente igual entre ambos sexos, lo que se diferencia es la forma de presentación, en los varones se suele apreciar con más frecuencia los episodios de manía, una edad de inicio más temprana y una mayor duración de los episodios maníacos, mientras que las mujeres tienden a desencadenar episodios mixtos y más depresivos. En el trastorno bipolar

tipo II sí que hay diferencias de género, siendo éste dos veces más frecuente en mujeres. En este sentido, las diferencias de género son una prueba de la heterogeneidad de la presentación del trastorno bipolar<sup>12</sup>.

### 1.3.3. Edad de inicio

Los primeros episodios del trastorno bipolar suelen aparecer en la adolescencia o durante los primeros años de la vida adulta<sup>6</sup>. El 50% de los pacientes suelen cursar el primer episodio antes de los 25 años. Existe una relación entre la edad media de inicio y el tipo de trastorno bipolar (edad media de inicio: TB tipo I 18,4 años; TB tipo II 20 años y formas subclínicas del espectro bipolar 21,9 años)<sup>12</sup>.

## 1.4. COMORBILIDAD

La prevalencia de comorbilidad en el TB con otros trastornos mentales es elevada, se estima que en torno al 50% de los individuos tienen alguna enfermedad simultánea<sup>13, 14</sup>. La comorbilidad psiquiátrica adelanta el inicio del trastorno, aumenta la refractariedad al tratamiento, empeora el curso clínico y el pronóstico, además eleva el riesgo de suicidio<sup>2</sup>. A continuación se muestran los trastornos mentales que se han asociado con mayor frecuencia al trastorno bipolar:

- **Trastornos de ansiedad:** la mayoría de los individuos con TB presentan síntomas subsindrómicos de ansiedad, y hasta un 40% cumplen criterios diagnósticos de algún trastorno de ansiedad, en especial trastorno por ataques de pánico, fobia social y trastorno por estrés postraumático<sup>2</sup>.
- **Trastorno por consumo de sustancias:** más del 50% de los pacientes con trastorno bipolar muestran un abuso de sustancias comórbido, siendo más frecuente en los varones jóvenes con enfermedad bipolar tipo II. Suele tratarse de un policonsumo de alcohol más drogas estimulantes<sup>2</sup>.
- **Trastorno de la personalidad:** se trata del principal predictor del incumplimiento terapéutico<sup>14</sup>.
- **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños:** el trastorno bipolar en niños es comórbido con el TDAH, con una prevalencia de entre el 26-60% de los casos. Dicha comorbilidad dificulta el diagnóstico y complica el tratamiento<sup>2</sup>.

## 1.5. TRATAMIENTO

La intervención debe ir encaminada a la remisión de los síntomas y también a la recuperación funcional del individuo. Para ello, es necesario aplicar un tratamiento en el que se combine los fármacos con tratamiento psicoterapéutico, con el fin de mejorar el curso y pronóstico de la enfermedad<sup>15</sup>. El trastorno bipolar afecta a diversas áreas del funcionamiento de las personas, además estos pacientes presentan, como he mencionado anteriormente, una

elevada tasa de comorbilidad psiquiátrica, por lo que el tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar. Se debe diseñar un régimen terapéutico individualizado para cada paciente, teniendo en cuenta sus características individuales, familiares y ambientales<sup>2</sup>.

Se puede clasificar el tratamiento en tres etapas, cada una de ellas dotada de sus propios objetivos: fase aguda, tiene como objetivo alcanzar la remisión sintomática; fase de continuación, trata de evitar una recaída y fase de mantenimiento, su principal objetivo es restaurar el funcionamiento psicosocial y evitar la recurrencia<sup>2</sup>.

La función de enfermería es fundamental en el transcurso del proceso asistencial. El equipo de enfermería forma parte del tratamiento que se puede realizar de manera global, incluyendo otros profesionales de la salud, trabajando en un equipo interdisciplinar, además de la colaboración activa del paciente para llevar a cabo la consecución de los objetivos del plan terapéutico<sup>15</sup>.

### 1.5.1. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico para el trastorno bipolar es el abordaje básico<sup>16</sup>, en primer lugar se centra en la estabilización de la fase aguda, cuyo objetivo principal es conseguir que un paciente con un episodio maníaco o depresivo consiga una recuperación sintomática y llegue a la fase de eutimia. Una vez estabilizado el paciente, los objetivos son la prevención de recaídas, la reducción de síntomas prodrómicos, la mejora de las relaciones sociales y del funcionamiento laboral (fase de mantenimiento)<sup>17</sup>.

**Estabilizadores del humor:** los eutimizantes, también conocidos como estabilizadores de ánimo o del humor, son fármacos que mantienen al paciente en fase de eutimia, es decir, favorecen la estabilidad anímica. Además, reducen el número de recaídas y la intensidad de las mismas. Son la base del tratamiento. Se usan durante todas las fases del trastorno bipolar, ya sea en la manía, depresión o eutimia<sup>18</sup>.

- **Litio:** es el recurso farmacológico de primera elección en el tratamiento del trastorno bipolar. Su principal indicación es la profilaxis del TB, ya que reduce tanto el número como la gravedad de las reagudizaciones. Sin embargo, es más efectivo en la prevención de episodios maníacos que en los depresivos. Un metaanálisis acerca de ensayos clínicos, concluyó que el litio reduce hasta un 80% el riesgo de intento autolítico, así como el riesgo de suicidio. Los efectos adversos más frecuentes son el malestar gástrico, el temblor fino, la poliuria y la polidipsia. Se recomienda realizar un reconocimiento antes del inicio del tratamiento con litio, dicho reconocimiento constaría de exploración física, un electrocardiograma (ECG), un análisis de sangre (hemograma, determinación de creatinina, urea y aclaramiento de creatinina, función tiroidea, glucemia basal e ionograma), la medición de la presión arterial y el peso<sup>3</sup>.
- **Valproato:** es efectivo en el tratamiento de la manía, siendo su tasa de respuesta del 50%. Algunos de los efectos secundarios que pueden presentar los individuos en tratamiento con valproato serían letargia y confusión, irritación gástrica e hiperamonemia, ganancia ponderal, temblor, hiperandrogenismo y en ocasiones,

muy raramente, puede provocar fallo hepático fulminante. Tiene un importante efecto teratógeno, por lo que se debe cuestionar su uso en mujeres en edad fértil. Es aconsejable la realización de una analítica de sangre que incluya un hemograma y la determinación de las enzimas hepáticas, además de calcular el IMC antes del inicio del tratamiento, se repetirán cada 6 meses<sup>3</sup>.

- **Carbamazepina:** se trata de un estabilizador del humor de segunda elección, y está indicado en el tratamiento de la manía aguda, sobre todo en pacientes refractarios al tratamiento con litio y valproato<sup>2</sup>. La carbamazepina es un potente inductor enzimático, por lo que interacciona con numerosos fármacos. Los principales efectos secundarios que se pueden dar son diplopía, mareo, sedación, náuseas, cefalea e hiponatremia<sup>2,3</sup>.
- **Lamotrigina:** su efectividad en el tratamiento de la manía aguda es controvertida, sin embargo puede ayudar en el tratamiento del episodio de depresión mayor<sup>2</sup>.

**Antipsicóticos:** se usan para controlar las fases maníacas e hipomaníacas fundamentalmente<sup>11</sup>. Los antipsicóticos típicos son efectivos, sin embargo los atípicos son los de primera elección, ya que ofrecen una serie de ventajas, que serían la menor incidencia de efectos secundarios (sobre todo los síntomas extrapiramidales), tienen una cierta acción antidepressiva (esta acción es útil ya que con frecuencia tras un episodio maníaco aparece uno depresivo), y el inicio de acción es más rápido<sup>2</sup>.

**Benzodiacepinas:** este grupo de fármacos son útiles como tratamiento coadyuvante en agitación psicomotriz, síntomas de ansiedad, insomnio, disforia y agresividad. Se debe emplear la dosis mínima efectiva y durante el menor tiempo necesario, debido a que las benzodiacepinas tienen como efecto secundario crear dependencia y tolerancia<sup>2,3</sup>.

**Antidepresivos:** son el tratamiento de elección en los episodios de depresión mayor, se tratan de los fármacos que crean más controversia, debido al riesgo de viraje a fase maníaca<sup>6</sup>. Los antidepresivos más usados son los inhibidores de la recaptación de serotonina, añadiéndose además un estabilizador del humor<sup>11</sup>.

La falta de adherencia al régimen terapéutico ha demostrado contribuir de manera significativa a la recurrencia de síntomas, al aumento de las tasas de hospitalización así como un mayor riesgo de suicidio. Además, puede afectar negativamente a otros aspectos como son la capacidad laboral, las relaciones familiares y sociales<sup>14,19</sup>.

### 1.5.2. Tratamiento psicoterapéutico

La psicoterapia se complementa al tratamiento farmacológico como terapia de mantenimiento, se debe aplicar principalmente cuando el individuo se encuentre en fase asintomático o de eutimia<sup>6</sup>. Hay diferentes tipos de psicoterapia (terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y de ritmos sociales, intervención familiar)<sup>5</sup>, sin embargo nos vamos a centrar en la psicoeducación, en concreto la grupal.

Dentro de la educación para la salud (EPS) encontramos la psicoeducación. La EPS es una de las funciones básicas de la enfermería, se trata de un pilar fundamental que busca el fin

de que los usuarios, así como sus familiares, reciban una información adecuada respecto a la enfermedad. Uno de sus objetivos es aumentar y consolidar los conocimientos de los usuarios, así como la enseñanza del desarrollo de habilidades para un mejor afrontamiento de los problemas que el TB acarrea. Dentro de esta intervención es necesario la elaboración de programas específicos que traten los temas fundamentales como son: el conocimiento y la detección de los síntomas del trastorno, el correcto manejo terapéutico y la importancia de seguir un estilo de vida saludable. Todos estos objetivos están íntimamente relacionados entre sí, ya que si el paciente no posee conciencia de la enfermedad no va a entender por qué razón tiene que seguir un tratamiento o por qué debe seguir unos hábitos de vida saludable<sup>15</sup>. La principal distinción de la psicoeducación frente a la EPS es la inclusión de técnicas específicas que van orientadas a la comprensión y reducción del malestar psicológico (manejo del estrés, relajación, control de pensamientos, técnicas de autocontrol, entre otros)<sup>20</sup>.

La psicoeducación es indispensable en el plan terapéutico de los individuos con trastorno bipolar. Este tipo de abordaje consiste en educar tanto al paciente como a su familia acerca de los síntomas de la enfermedad, las causas, el pronóstico, las diferentes opciones terapéuticas y los riesgos de no seguir correctamente el tratamiento o dejarlo cuando se observe mejoría<sup>2</sup>. No trata solamente de “informar” sobre la enfermedad que padecen, está asentada en el modelo médico biopsicosocial. Proporciona, por lo tanto, un acercamiento tanto teórico como práctico hacia la comprensión y afrontamiento de las consecuencias de la enfermedad<sup>21</sup>.

Podemos definir la psicoeducación como un enfoque sistemático, estructurado, que busca un acercamiento pedagógico hacia la enfermedad y su tratamiento. Incluye tanto objetivos educativos como psicosociales, que requieren el uso de métodos y técnicas didácticas para desarrollar un cambio permanente en el comportamiento del paciente. Lo que se quiere conseguir con los programas de psicoeducación estructurados es que los pacientes puedan mejorar la calidad de sus vidas a través del aumento de sus conocimientos acerca de la enfermedad, incluyendo información sobre las tasas de recurrencia de los episodios, el tratamiento farmacológico y sus efectos adversos, así como la importancia de llevar una vida bien estructurada<sup>22</sup>.

En los programas psicoeducativos se deben de incluir solamente a los pacientes que se encuentren en la fase de eutimia. Es fundamental tener en cuenta el estado afectivo a la hora de comenzar el tratamiento psicoeducativo. Cuando se encuentran en fase depresiva tienden a retener únicamente los aspectos negativos de la información que se les ofrece, así mismo las dificultades cognitivas que padecen en dicho periodo interfieren en el proceso del aprendizaje. Por otra parte, los pacientes en fase maníaca presentan distraibilidad y problemas cognitivos que interfieren en la percepción y aplicación adecuada de la información, además pueden mostrar comportamientos conductuales que resulten disruptivos para el resto del grupo<sup>21</sup>.

## **1.6. MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

Los artículos que se van a analizar a continuación, utilizaron los siguientes instrumentos para la evaluación de los estudios:

La escala HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*) se trata de la más utilizada para la evaluación de la depresión. La versión original constaba de 21 ítems, pero se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Los 17 ítems valoran síntomas depresivos, experimentados durante la pasada semana. Para interpretar los valores obtenidos se ha de tener en cuenta que se puede conseguir hasta un total de 52 puntos, siendo 0 la mejor puntuación que se puede obtener. La interpretación del puntaje sería el siguiente: de 0 a 7 fase de eutimia; de 14 a 18 depresión moderada; de 19-22 depresión severa y mayor a 23 puntos depresión muy severa<sup>23</sup> (Anexo VI).

La escala YMRS (*Young Mania Rating Scale*) se trata de una de las escalas más utilizadas para la evaluación de los síntomas maníacos. La escala se basa en 11 ítems que se apoyan en la percepción del paciente en relación con su estado de salud durante las 48 horas previas<sup>24</sup>. Los ítems se puntúan en una escala de intensidad que fluctúa entre 0 y 4, y otras entre 0 y 8. La puntuación total que se puede obtener oscila entre 0 y 60; una puntuación de 0-6 es compatible con fase de eutimia; de 7-20 es compatible con episodio mixto y una puntuación mayor a 20 es indicativo de episodio maníaco, a mayor puntuación mayor gravedad del episodio<sup>16</sup> (Anexo VII).

La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID) consta de entrevistas diagnósticas, y podemos encontrar dos diferentes, una para el evaluar las patologías del eje I (SCID-I) y la otra para las del eje II (SCID-II). La SCID - I empieza con una visión general abierta, incluyendo preguntas acerca de la demografía, la historia laboral, periodos del pasado y actuales de psicopatología, así como el tratamiento que sigue actualmente y período en el que se encuentra. Tras estas cuestiones iniciales se encuentran el módulo diagnóstico, formado por preguntas de la entrevista junto con los criterios diagnósticos del DSM-IV y las calificaciones pertinentes. La SCID-II está pensada para diagnosticar los diez trastornos estándar de la personalidad del eje II del DSM-IV, así como el trastorno de la personalidad no especificado. Los ítems por los que se compone son similares a los de la SCID-I. La SCID-II está estructurada por varias preguntas organizadas en distintas secciones según los diagnósticos de trastorno de la personalidad del DSM-IV. En aquellos individuos que se muestre algún tipo de trastorno de la personalidad se les ofrecerá otro cuestionario para obtener una mayor información<sup>25</sup>.

La Escala de Depresión de Calgary (CDRS) se utiliza para evaluar el nivel de depresión en pacientes esquizofrénicos y está estructurada por 9 ítems, se usa para medir el nivel de depresión en pacientes esquizofrénicos. Proporciona una puntuación de gravedad de la depresión, que oscila entre 0 y 27 puntos. Una puntuación entre 0-5 muestra que no hay depresión, entre 6-27 indicaría un estado depresivo<sup>16</sup>.

La Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) se trata de una escala que evalúa, como su propio nombre indica, los síntomas positivos y negativos para la esquizofrenia. Para el estudio de Ductor<sup>16</sup> se aplicó la subescala de síntomas positivos (PANSS-P); ésta evalúa el síndrome positivo de la esquizofrenia, consta de 7 ítems que se puntúan en una escala de likert de 7 grados de intensidad. Al obtener una puntuación de 1 se entiende como ausencia de síntomas, mientras que la puntuación de 7 implica la presencia de síntomas graves<sup>16</sup>.



El análisis de supervivencia se trata de una herramienta indispensable para los ensayos clínicos. Su aplicación es para el estudiar o medir el tiempo que transcurre entre dos eventos de interés, como por ejemplo la aparición de un acontecimiento adverso después de haber realizado una intervención terapéutica, en este caso la psicoeducación grupal. Para realizar la comparación entre dos curvas de supervivencia es imprescindible combinar la información de todos los tiempos para decidir si las curvas en comparación provienen de la misma población, para ello se usa el método *log rank*<sup>26</sup>.

### **1.7. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO**

El trastorno bipolar tiende a presentar una evolución crónica y recurrente, pero no es sistemática. Existe una gran variabilidad en la evolución y pronóstico de los individuos, esta se debe al número de episodios y las características de éstos<sup>10,12</sup>.

Un individuo que manifieste rasgos psicóticos en uno de sus episodios maníacos tiene mayor probabilidad de incluir rasgos psicóticos en episodios posteriores. Además, la recuperación interepisódica incompleta es más frecuente en aquellos sujetos con episodios acompañados de rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo<sup>10,12</sup>.

El patrón de ciclos rápidos (más de 4 episodios en un año) se asocia a un peor pronóstico y la probabilidad de recuperación es menor. El periodo de eutimia suele ser más corto en aquellos pacientes que presentan un patrón recurrente de episodios, lo que insinúa una mayor frecuencia de episodios<sup>10,12</sup>.

Conjuntamente, la mayor duración de la enfermedad influye negativamente en la recuperación. Algunos de los factores que se asocian de manera independiente con la recuperación funcional serían la mayor educación, un menor número de años con la enfermedad y estar casado<sup>10</sup>.

### **1.8. RIESGO DE SUICIDIO**

Se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida de los pacientes con TB es de 15 veces superior al de la población en general. El trastorno bipolar supone un cuarto de los suicidios consumados. La historia previa de intentos de suicidios, así como el porcentaje de días con depresión durante el último año, se asocian a un mayor riesgo de intentos de suicidio, así como de suicidios consumados. Las tasas de prevalencia en el trastorno bipolar tipo I y II a lo largo de la vida son similares (36'3% y 32'4%, respectivamente). Sin embargo, la letalidad de los intentos es mayor en el TB tipo II. Aproximadamente, un tercio de los individuos con este tipo de TB refiere antecedentes de intento de suicidio<sup>10</sup>.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Se ha escogido la eficacia de la psicoeducación grupal en personas con trastorno bipolar para la elaboración del trabajo de fin de grado (TFG), debido a que el trastorno bipolar se trata de una patología mental grave, con los criterios que ello conlleva, es decir, la cronicidad, discapacidad y dependencia, con un grado significativo de dificultad para un adecuado rendimiento laboral y una correcta integración social<sup>1-3</sup>. Además, es una de las causas de mayor incapacidad laboral a nivel mundial, presentando también tasas de mortalidad muy superiores a las de la población general, debido al elevado riesgo de suicidio<sup>10</sup>.

La psicoeducación es indispensable en el plan terapéutico de los individuos con trastorno bipolar, consiste en educar tanto al paciente como a su familia acerca de la enfermedad y de cómo seguir el tratamiento para poder alcanzar un estilo de vida adecuado<sup>21</sup>.

Las intervenciones por parte de enfermería son, por lo tanto, de gran importancia en los cuidados de los individuos en las diferentes etapas de la enfermedad. En la fase de mantenimiento o eutimia, es importante incidir en la psicoeducación, para lograr que el individuo con trastorno bipolar evite recaídas y alcance un estilo de vida saludable. Esta intervención se puede llevar a cabo junto con un equipo multidisciplinar, para conseguir un abordaje integral<sup>15, 20, 21</sup>.

## 3. OBJETIVOS

- **Objetivo general:** Describir la eficacia de la psicoeducación grupal en el trastorno bipolar.

## 4. METODOLOGÍA

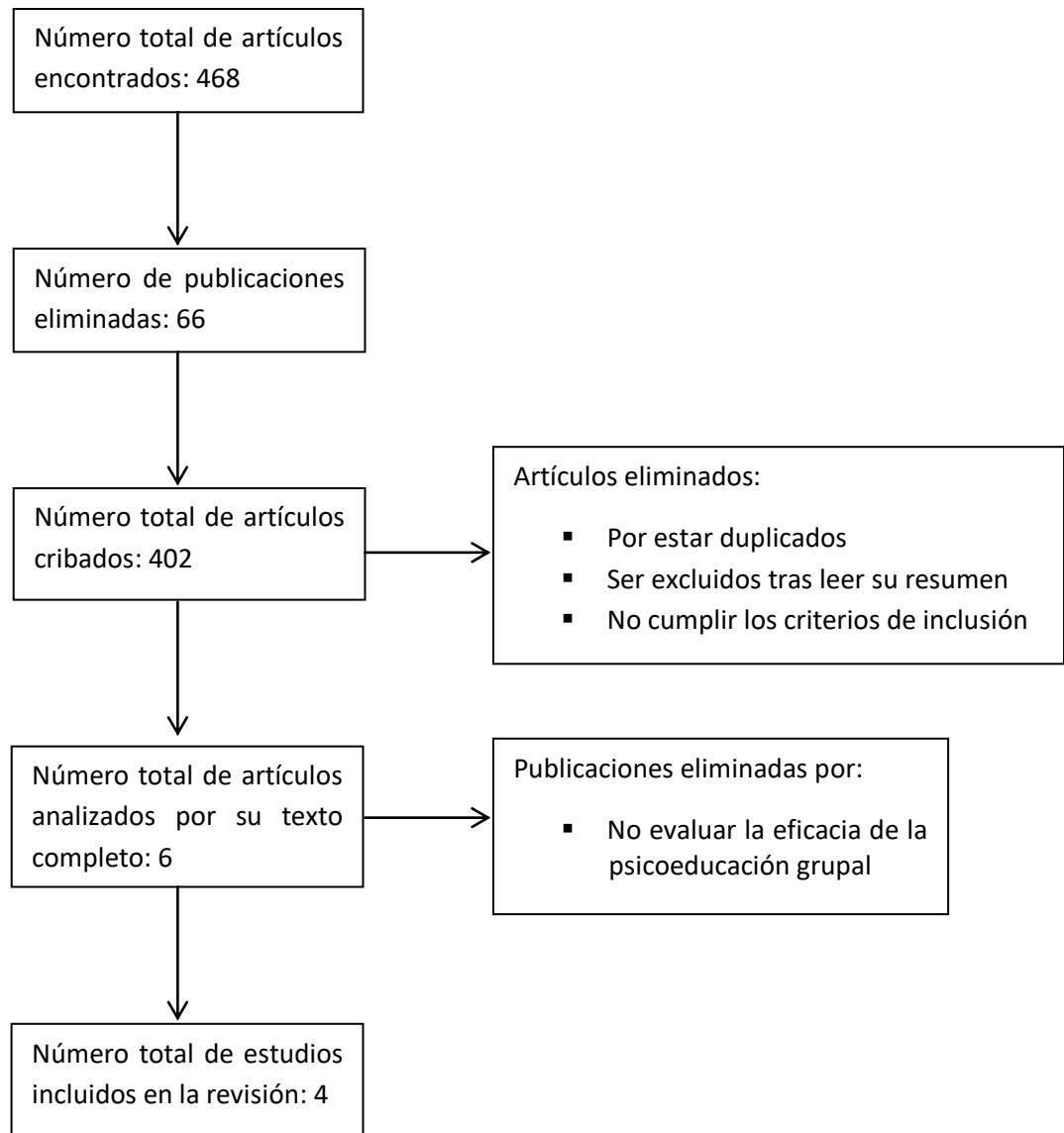
Con el fin de alcanzar el objetivo planteado se ha realizado una amplia búsqueda bibliográfica entre marzo y abril de 2019, mediante el manejo de las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Dialnet, Psycodoc, Medline y en el buscador de artículos Google Académico; además del uso de libros y páginas web de instituciones de referencia como American Psychiatric Association (APA) y Organización Mundial de la Salud (OMS). La Figura 1 muestra el proceso que se ha seguido para la selección de artículos.

Para la búsqueda de artículos se utilizaron las siguientes palabras clave en español y en inglés: “trastorno bipolar”, “psicoeducación”, “grupal” y “eficacia”; *bipolar disorder*, *psychoeducation*, *group and efficacy*.

Los criterios de inclusión aplicados a la búsqueda bibliográfica para la selección de artículos han sido los siguientes:

- Artículos con una antigüedad máxima de 10 años. Sin embargo, se emplearon otros anteriores por su relevancia.
- Estudios centrados en la psicoeducación grupal y que analicen su eficacia.

Figura 1. Diagrama de flujos. Proceso de selección de los artículos.



Fuente: Elaboración propia

## 5. RESULTADOS

Se han seleccionado un total de 4 artículos para resolver el objetivo planteado. De los artículos revisados dos de ellos se tratan de ensayos clínicos aleatorizados, otro se basa en un estudio controlado y el restante es un estudio de casos (ver tabla 1). El estudio más antiguo de los revisados, se publicó en abril del año 2003<sup>28</sup>, ha sido escogido debido a su relevancia; el resto cumplen todos los criterios de inclusión. Todos ellos utilizan la psicoeducación grupal como tratamiento adyuvante.

Se ha utilizado la escala Jadad para medir la calidad metodológica de los estudios seleccionados. Los estudios se califican de acuerdo con la presencia de tres características metodológicas (la aleatorización, el enmascaramiento y la responsabilidad de los participantes para con el estudio) que son fundamentales en los ensayos clínicos. Según la puntuación obtenida el artículo se considera de alta calidad (entre 3-5 puntos) o de baja calidad (menos de 3 puntos)<sup>27</sup>. Teniendo en cuenta la puntuación de esta escala, obtenemos que 2 de los artículos escogidos tienen una baja calidad, concretamente el estudio de Candini et. al.<sup>30</sup> y el estudio de Ductor<sup>16</sup> al obtener ambos una puntuación de 1. Mientras que los ensayos de Colom et. al.<sup>28, 29</sup> tendrían una alta calidad, al haber obtenido una puntuación de 3 (tabla 1, ver Anexo V).

**Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión**

<b>Autor y año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tamaño muestra</b>	<b>Escala Jadad<sup>27</sup></b>
<b>Colom et. al.<sup>28</sup>, 2003</b>	Ensayo clínico aleatorizado	Valoración de la eficacia de la PEG	n = 120	3
	Continuación			
<b>Colom et. al.<sup>29</sup>, 2009</b>	ensayo clínico aleatorizado (2003)	Evaluación de la eficacia a largo plazo de la PEG	n = 120	3
<b>Candini et. al.<sup>30</sup>, 2013</b>	Estudio controlado	Evaluar la eficacia de la PEG en las hospitalizaciones	n = 102	1
<b>Ductor<sup>16</sup>, 2014</b>	Estudio de casos	Valorar la efectividad de la PEG a los 6, 12 y 18 meses de su finalización	n = 21	1

Fuente: Elaboración propia. Leyenda: psicoeducación grupal (PEG)

Todos los estudios cuentan con una muestra mayor a 100 participantes<sup>28-30</sup>, a excepción del estudio de casos de Ductor<sup>16</sup> que tiene una n = 21. La muestra está compuesta por participantes de 18 a 65 años inclusive<sup>16, 28-30</sup> exceptuando el estudio de Ductor<sup>16</sup> que no limita la edad máxima de la muestra. Así mismo se diferencia el tipo de trastorno bipolar del que está diagnosticado cada participante<sup>16, 28-30</sup>, y hay una mayor prevalencia de participantes con TB tipo I. El número de mujeres de las muestras es mayor en todos los estudios, a excepción del estudio de Ductor<sup>16</sup> que tiene mayor proporción de hombres.

**Tabla 2. Resultados principales de los estudios seleccionados (primera parte)**

	<b>Colom et. al.<sup>28</sup> (2003)</b>	<b>Colom et. al.<sup>29</sup> (2009)</b>	<b>Candini et. al.<sup>30</sup> (2013)</b>	<b>Ductor<sup>16</sup> (2014)</b>
Muestra	n = 120 (H 44, M 76)	n = 120 (H 44, M 76)	n = 102 (H 50 , M 52)	n = 20 (H 12, M 8)
Grupos	GC = 60p, GE = 60p	GC = 60p, GE = 60p	GC = 45p, GE = 57p	GE = 20p
Subtipo TB	TB I = 100p, TB II = 20p	TB I = 100p, TB II = 20p	TB I = 96p, TB II = 6p	TB I = 17p, TB II = 2p, Ciclotimia = 1p
Tipo de intervención	GC: Tto psiq. + farmacológico + reuniones no estructuradas GE: Tto psiq. + farmacológico + PEG	GC: Tto psiq. + farmacológico + reuniones no estructuradas GE: Tto psiq. + farmacológico + PEG	GC: Tto psiq. + farmacológico GE: Tto psiq. + farmacológico + PEG	Tto farmacológico + PEG
Programa psicoeducativo	6 meses 21 sesiones 90 min/sesión	6 meses 21 sesiones 90 min/sesión	6 meses 21 sesiones 90 min/sesión	6 meses 21 sesiones 90 min/sesión
Evaluación inicial	YMRS, HDRS-17	YMRS, HDRS-17	SCID-I, YMRS, HDRS-17	YMRS, CDRS, PANSS, cuestionario de conocimientos y recaídas
Evaluación posterior	C/2m YMRS, HDRS-17, SCID-I y SCID-II, inventario de Holmes y Rahe	C/2m YMRS, HDRS-17, SCID I y SCID II, inventario de Holmes y Rahe	SCID-I, YMRS, HDRS-17 GE: cuestionario de satisfacción PEG	A los 6, 12 y 18m tras intervención: YMRS, CDRS, PANSS, cuestionario de conocimientos y recaídas
<b>Nº de recurrencias</b>	Fase de tto GC: 36p (60%) GE: 23p (38%)* Fase de seguimiento GC: 55p (92%) GE: 40p (67%) ***	Fase de tto GC: 36p (60%) GE: 23p (38%)* Fase de seguimiento GC (8'37) GE (3'86) ***	- - -	- - A los 6 meses 1p
<b>Tiempo transcurrido hasta las recurrencias</b>	Log Rank=13.45 ***	Log Rank=9.953 **	-	-

**Tabla 2 (cont.)**

		<b>Colom et. al.<sup>28</sup> (2003)</b>	<b>Colom et. al.<sup>29</sup> (2009)</b>	<b>Candini et. al.<sup>30</sup> (2013)</b>	<b>Ductor<sup>16</sup> (2014)</b>
<b>Hospitalizaciones</b>	Fase de tto	GC: 8p (13'3%) GE: 9p (16'1%)	GC: 8p (13'3%) GE: 9p (16'1%)	GC: 5p (11'1%) GE: 3p (5'3%)	-
	Fase de seguimiento	GC: 21p (35%) GE: 14p (25%)	GC: 24p (40%) GE: 17p (30'4%)	GC: 16p (35'5%) GE: 5p (8'8%) ***	A los 6 meses 1p
	Media/mediana de días	GC: 14'83 días GE: 4'75 días *	GC (45) > GE (30)*	GC: 10'16 días GE: 1'75 días ***	-
	Al inicio	-	GC: 25'9% GE: 30'5%	-	-
<b>No adherencia al tto</b>	Tras el seguimiento	-	GC: 14'3% GE: 14%	-	-

Fuente: Elaboración propia. Leyenda: grupo control (GC); grupo experimental (GE); psicoeducación grupal (PEG); participantes (p); tratamiento (tto); trastorno bipolar tipo I o tipo II (TB I o TB II); *Young Mania Rating Scale* (YMRS); *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS-17); *Structured Clinical Interview* (SCID); Escala de depresión de Calgary (CDRS); *The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia* (PANSS); Log Rank: análisis de supervivencia; significación \*<0.05, \*\*<0.01, \*\*\*<0.001

Colom et. al.<sup>28,29</sup> y Candini et. al.<sup>30</sup> dividieron la muestra en dos grupos (grupo control y grupo experimental o psicoeducado), la diferencia a la hora de la selección de ambos grupos fue que Colom et. al.<sup>28,29</sup> lo hizo de forma aleatorizada, mientras que Candini et. al.<sup>30</sup> no. Una vez divididos los participantes en estos dos grandes grupos, se dividieron en subgrupos formados por 8-12 participantes cada uno. Por otra parte, toda la muestra de Ductor<sup>16</sup> recibió la intervención psicoeducativa debido a que era una muestra pequeña, así mismo, los participantes se subdividieron en grupos<sup>16, 28-30</sup>.

Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra fueron:

- Colom et. al.<sup>28, 29</sup> y Candini et. al.<sup>30</sup>: cumplir los criterios diagnósticos según el DSM-IV para trastorno bipolar tipo I o tipo II; encontrarse en la fase de eutimia durante, al menos, 6 meses para Colom et. al.<sup>28, 29</sup>, y al menos 3 meses para Candini et. al.<sup>30</sup>; haber participado en el curso previo al menos durante 24 meses para Colom et. al.<sup>28, 29</sup>, o 18 meses para Candini et. al.<sup>30</sup> y por último firmar el consentimiento informado para participar en el ensayo. Por otra parte, los criterios de exclusión fueron los siguientes: la comorbilidad del eje I (según el DSM-IV) a excepción de la dependencia a la cafeína y la nicotina; el retraso mental (CI < 70) y el daño cerebral orgánico o sordera.
- Ductor<sup>16</sup>: estar diagnosticado de trastorno bipolar tipo I, II o ciclotimia, según los criterios del CIE-10, ser mayor de edad, encontrarse en fase de eutimia y dar consentimiento verbal informado. Por otra parte, los criterios que se tuvieron en cuenta para la exclusión fueron los siguientes: TB que presenta comorbilidad grave con trastornos del eje II, consumir tóxicos o presencia activa de sintomatología psicótica.

En todos los estudios se dieron casos de abandonos y retiradas. En el estudio de Ductor<sup>16</sup> solamente finalizó el estudio un 76'19% de la muestra inicial (2 participantes abandonaron una vez iniciado el programa, 2 no llegaron a incorporarse a la intervención y uno sufrió una descompensación en la sesión número 15 y tuvo que ser excluido). En el estudio de Colom et. al.<sup>28</sup> 53 participantes del grupo control estaban bien adheridos al tratamiento, los 7 restantes se retiraron de la intervención, sin embargo, asistieron a las evaluaciones; por otra parte, en el grupo experimental se consideraron 44 participantes como adheridos al tratamiento, del resto, 4 fueron retirados por experimentar recaídas y 12 no acudieron a la intervención pero asistieron a las evaluaciones durante los 2 años de seguimiento. La muestra de la que partió Colom et. al.<sup>29</sup> para las evaluaciones era de 60 en el GC y 56 en el GE; tras los 5 años de seguimiento, 11 participantes fueron excluidos del GC y 6 del GE, por lo que finalizaron 49 y 50 participantes respectivamente. Candini et. al.<sup>30</sup> obtuvo que en el GE de los 57 participantes iniciales, 11 se retiraron del estudio por diversas razones (recaídas, ofertas de empleo o negación de la enfermedad), consiguiendo que el 80'7% finalizara la intervención psicoeducativa, mientras que no hubo abandonos en el GC.

Los estudios estaban estructurados en dos etapas: la etapa de tratamiento (igual para los cuatro artículos) la cual consta de 21 semanas en las que todos los pacientes recibieron atención psiquiátrica estándar junto a su tratamiento farmacológico habitual; el grupo experimental, además recibió psicoeducación grupal. La segunda etapa es la de seguimiento,

en la que toda la muestra continuó con su tratamiento farmacológico habitual y en la cual se evaluó a los participantes durante un tiempo determinado tras la finalización de la anterior etapa. La duración de la etapa de seguimiento para Colom et. al.<sup>28</sup> fue de 2 años, para Colom et. al.<sup>29</sup> fue de 5 años, mientras que para Candini et. al.<sup>30</sup> fue de 1 año y para Ductor<sup>16</sup> duró 18 meses.

Todos los autores coinciden en la estructura de la psicoeducación grupal; esta se compone de 21 sesiones, cada una de ellas con una duración de 90 minutos y repartidas a lo largo de 6 meses. Las sesiones están destinadas a mejorar 4 áreas fundamentales de la vida del paciente con trastorno bipolar: conciencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento, detección temprana de recurrencias y estilo de vida regular<sup>16, 28-30</sup>.

Para la evaluación inicial todos los autores coinciden en realizar la escala YMRS<sup>16, 28-30</sup>, tres de ellos realizan también la escala HDRS-17<sup>28-30</sup>. Así mismo, Candini et. al.<sup>30</sup> evalúa a los pacientes con SCID-I. Ductor<sup>16</sup> utiliza la escala CDRS, PANSS, cuestionario de conocimientos y recaídas. Para la evaluación durante la fase de seguimiento los autores utilizan distintos instrumentos: Colom et. al.<sup>28, 29</sup> evaluó a sus participantes cada 2 meses con las escalas YMRS, HDRS-17, SCID-I y SCID-II, así como el inventario de Holmes y Rahe; Candini et. al.<sup>30</sup> utilizó un cuestionario de satisfacción destinado al grupo que recibió psicoeducación, por último, Ductor<sup>16</sup> evaluó a sus participantes a los 6, 12 y 18 meses tras haber finalizado la intervención psicoeducativa, con los mismos instrumentos de evaluación que en la inicial.

Tres artículos cuentan el número de recurrencias<sup>16, 28, 29</sup> obtienen de forma global que los participantes que recibieron psicoeducación grupal presentan un menor número de recurrencias frente a aquellos que no la recibieron. Colom et. al.<sup>28</sup> obtiene que en la fase de tratamiento hay un 22% más de recurrencias en el GC que en el GE siendo los resultados significativos ( $P < 0.05$ ), mientras que en la fase de seguimiento este valor se ve aumentado hasta el 25%, incrementándose además la significación ( $P < 0.001$ ). Colom et. al.<sup>29</sup> obtiene resultados de 3.86 en el grupo experimental vs 8.37 en el grupo control, por lo que tras los 5 años de seguimiento sigue habiendo mejores resultados en aquellos participantes que recibieron PEG ( $P < 0.0001$ ). Ductor<sup>16</sup> obtiene que el 6'25% de la muestra experimenta recurrencias.

Ambos estudios de Colom et. al.<sup>28, 29</sup> estudian el análisis de supervivencia de los participantes hasta la aparición de una recurrencia (tiempo transcurrido hasta que se desencadena una recurrencia comparando las curvas de eventos para el GC y el GE).

Colom et. al.<sup>28</sup> obtiene diferencias significativas en las curvas de eventos entre el grupo control y el experimental para el tiempo transcurrido sin ninguna recurrencia (log rank = 13'45,  $P < 0.001$ ). También realiza un análisis de supervivencia diferenciando el tipo de episodio. El análisis de supervivencia para el episodio maníaco, mixto o depresivo (log rank = 9'3,  $P < 0.004$ ); análisis de supervivencia para la recurrencia depresiva (log rank = 15'47,  $P < 0.001$ ); análisis de supervivencia para el tiempo hasta recurrencias mixtas (log rank = 7'95,  $P < 0.05$ ) y análisis de supervivencia para la recurrencia maníaca o hipomaníaca (log rank = 7'79,  $P < 0.006$ ).



Las curvas de eventos obtenidas para Colom et. al.<sup>29</sup>, en relación al análisis de supervivencia hasta cualquier recurrencia, fueron significativamente diferentes entre el grupo control y el experimental (log rank = 9'953,  $P < 0.002$ ).

En todos los estudios se obtuvieron resultados acerca del número de hospitalizaciones producidas<sup>16, 28-30</sup>.

En la fase de tratamiento Colom et. al.<sup>28,29</sup> observó un mayor número de hospitalizaciones en el GE que en el GC, siendo estas un 2'8% mayor en el primer grupo. Por el contrario, Candini et. al.<sup>30</sup> observó que el GC tuvo un 5'8% más de hospitalizaciones que el GE.

Todos los autores<sup>16, 28-30</sup> obtuvieron que en la fase de seguimiento hubo un menor número de hospitalizaciones en el grupo psicoeducado frente al grupo control (ver tabla 2); sin embargo, solamente Candini et. al.<sup>30</sup> encontró diferencias significativas en los resultados obtenidos, ya que en el GC hubo 35'5% de hospitalizaciones frente al 5'8% del GE ( $P < 0.001$ ). Por otro lado Colom et. al.<sup>28,29</sup> encontró resultados muy similares entre ambos estudios, a los 2 años de seguimiento obtuvo un 10% más de recurrencias en el GC, mientras que a los 5 años de seguimiento ese porcentaje fue de 9'6%, por lo cual la diferencia no es significativa entre ambos estudios. En el estudio de Ductor<sup>16</sup> solamente fue hospitalizado un paciente de la muestra.

Tres de los autores<sup>28-30</sup> coinciden en que la media de los días que los pacientes permanecen hospitalizados es menor en la muestra incluida en el programa psicoeducativo que en el GC. La diferencia de días de hospitalización descritos por los autores fueron ( $8'41 \pm 10'08 \pm 15$ ). Ductor<sup>16</sup> no tiene en cuenta este parámetro, al no tratarse de un estudio controlado.

Tanto Colom et. al.<sup>28, 29</sup> como Candini et. al.<sup>30</sup> obtienen resultados significativos. La media de días que los participantes estuvieron hospitalizados para Candini et. al.<sup>30</sup> fue de 10'16 para el grupo control y de 1'75 para el experimental; para Colom et. al.<sup>28</sup> fue de 14'83 para el GC y de 4'75 para el GE y para Colom et. al.<sup>29</sup> la mediana de los días ingresados para los participantes fue 45 días ingresados en el GE y 30 en el GC.

La adherencia al tratamiento psicoeducativo es en todos los estudios revisados buena. Colom et. al.<sup>28</sup> obtiene en su primer ensayo una adherencia psicoeducativa del 73'3%, mientras que en la continuación del ensayo<sup>29</sup> esta adherencia es del 89'2%. Candini et. al.<sup>30</sup> obtiene un 80'7% de adherencia a la intervención terapéutica y Ductor<sup>16</sup> un 76'19%.

Colom et. al.<sup>29</sup> es el único autor que estudia la falta de adherencia al tratamiento farmacológico al inicio y al final de su estudio, obteniendo los siguientes resultados: al inicio obtiene que en el GC el 25'9% de los participantes no tienen una buena adherencia a la farmacoterapia, así mismo en el GE obtiene que esto le sucede al 30'5% de ellos. Al finalizar su estudio observa que mejora la adherencia farmacológica en ambos grupos, siendo del 14'3% (la falta de adherencia) en el GC, mientras que el GE es del 14%. Concluyendo que estos datos obtenidos no tienen ninguna significación en relación a ambos grupos estudiados.

## 6. DISCUSIÓN

Los artículos utilizados en esta revisión valoran la efectividad de la psicoeducación grupal en personas con trastorno bipolar basándose en distintos aspectos y en diferentes estudios.

En los cuatro estudios<sup>16, 28-30</sup> analizados para la actual revisión se percibe, en la muestra, un mayor número de participantes con diagnóstico de TB tipo I (n = 213) que de tipo II (n = 28), sería interesante que para posteriores estudios se dividieran los resultados en función del tipo de diagnóstico, ya que al haber mucha más cantidad de pacientes con TB tipo I, no se conoce con certeza si la psicoeducación grupal es efectiva para toda la población con trastorno bipolar. Puede que este factor influya a la hora de los resultados obtenidos en los diferentes parámetros.

Cabe destacar que, en general, hay un mayor número de mujeres (n = 136) frente al de hombres (n = 106) en los estudios analizados<sup>16, 28-30</sup>. Puede que esta pequeña diferencia altere los resultados obtenidos, sería conveniente que para futuros estudios se intente tener un grupo más igualado.

La muestra se acota a participantes de 18 a 65 años, en prácticamente todos los estudios<sup>28-30</sup>; al tener conocimiento de que el diagnóstico ronda a los 25 años de edad<sup>12</sup>, sería interesante que tras el diagnóstico, en la siguiente fase de eutimia que se produzca en el paciente, este sea incluido en un programa de psicoeducación para así poder evitar futuras recaídas, ya que con un mayor número de recurrencias el pronóstico de la enfermedad empeora por lo que es de vital importancia la prevención de recaídas en el trastorno bipolar.

Todos los estudios<sup>16, 28-30</sup> han utilizado la misma estructura para el programa psicoeducativo, se trata del diseño de psicoeducación grupal de Colom et. al.<sup>28</sup>, está estructurado en 21 sesiones que se imparten a lo largo de 6 meses, con una duración de 90 minutos por sesión. El hecho de que todos los estudios analizados hayan utilizado el mismo diseño de programa psicoeducativo conlleva tanto ventajas como desventajas; la ventaja que se puede encontrar es la capacidad de poder estudiar a fondo la eficacia de la intervención psicoeducativa llevada a cabo y la compatibilidad de los artículos, no obstante si simplemente se investiga en base a esta estructura como sabremos si hay alguna intervención con mayor eficacia.

Aunque los estudios presentan similar estructura, el momento de la evaluación final no ha sido el mismo para todos los artículos, por lo que este parámetro podría tratarse de uno de los factores que hace que existan diferencias en cuanto a los resultados de los distintos autores. Colom et. al.<sup>28</sup> realiza la evaluación final tras un seguimiento de sus pacientes de 2 años, en el primer ensayo realizado<sup>28</sup>, y de 5 años en la continuación de dicho ensayo<sup>29</sup>; por otro lado, para Candini et. al.<sup>30</sup>, la fase de seguimiento tiene una duración de 1 año, y para Ductor<sup>16</sup> de 18 meses; podría ser que con el transcurso del tiempo la eficacia de la intervención psicoeducativa vaya disminuyendo. Tras los 5 años de seguimiento Colom et. al.<sup>29</sup> obtiene que la psicoeducación grupal es eficaz a lo largo del tiempo, al comparar los datos obtenidos con los de Candini et. al.<sup>30</sup>, que realiza la evaluación tras un año del programa psicoeducativo, encontramos que consigue mejores resultados este último autor, por lo que se debería plantear si estos se deben a que los conocimientos adquiridos están más recientes. Dada la

evidencia de que la psicoeducación grupal sigue siendo efectiva tras el paso del tiempo, sería interesante valorar si los resultados mejorarían si se impartieran una o varias sesiones “de recuerdo” tras un período de haber finalizado la intervención, con el fin de reforzar los conocimientos adquiridos.

En cuanto al número de recurrencias los únicos que tienen en cuenta dicho parámetro son Ductor<sup>16</sup> y Colom et. al.<sup>28,29</sup>, aunque Ductor<sup>16</sup> no obtiene resultados significativos (podría ser por el pequeño tamaño de la muestra y por no tratarse de un estudio con grupo control aleatorizado). Colom et. al.<sup>28,29</sup> consigue datos significativos en el grupo experimental, el cual sufre menos recurrencias que el control. Por lo que queda constatado que la terapia psicoeducativa ayuda a que los participantes estén durante más tiempo en fase de eutimia retrasando las recaídas. En el programa psicoeducativo se tratan cuatro áreas fundamentales que son el conocimiento de la enfermedad, la importancia de la adherencia farmacológica, la detección temprana de recurrencias y el estilo de vida regular, para futuras investigaciones podría estudiarse cuál de estos cuatro bloques contribuye en mayor medida con la efectividad de los resultados y así poder incidir sobre ellas, o mejorar las otras áreas para lograr en conjunto una eficacia integral.

Solamente Colom et. al.<sup>28, 29</sup> describe el tiempo transcurrido hasta la primera recurrencia, por lo tanto aunque hay evidencia de que este lapso de tiempo es mayor para los pacientes que recibieron psicoeducación, es conviene tratar estos datos con prudencia, pues sólo hay un autor que los describe. Creo que dada la importancia de este aspecto convendría tenerlo en cuenta para futuros estudios. En el ensayo de 2003 Colom et. al.<sup>28</sup> obtiene que aparecen en primer lugar las recurrencias de tipo maníaco y con mayor frecuencia frente a las depresivas en los participantes incluidos en el grupo experimental; mientras que en el 2009, tras el análisis de los datos obtenidos tras los 5 años de seguimientos, Colom et. al.<sup>29</sup> concluye que el efecto de la psicoeducación es menor en los episodios depresivos ya que tienen una mayor prevalencia frente al resto de episodios. Esta situación puede deberse a que el efecto de la psicoeducación se incremente para los episodios maníacos con el paso del tiempo mientras que disminuye para los depresivos.

Se han encontrado diferencias en los resultados acerca de las hospitalizaciones en cuanto al número de estas, principalmente entre el estudio de Candini et. al.<sup>30</sup> y el de Colom et. al.<sup>28, 29</sup>. Estas distinciones pueden deberse al momento en el que se realiza el análisis final tras haber completado el tratamiento psicoeducativo, es decir, Candini et. al.<sup>30</sup> realiza esta evaluación final tras 1 año de haber finalizado la intervención, mientras que Colom et. al.<sup>28,29</sup> la hace tras 2 años y posteriormente después de 5 años tras haber finalizado el programa psicoeducativo. Esta diferencia temporal podría ser la causante de las distinciones en los resultados de ambos autores. Candini et. al.<sup>30</sup> obtiene datos significativos para el GE, mientras que Colom et. al.<sup>28, 29</sup> consigue mejores hallazgos en los participantes psicoeducados pero sin llegar a ser significativos los datos obtenidos. Este hecho podría deberse a la diferencia de tiempo entre las evaluaciones, que el efecto psicoeducativo disminuya relativamente con el paso del tiempo.

Con la media de días hospitalizados ocurre lo mismo que con el número de hospitalizaciones. Candini et. al.<sup>30</sup> y Colom et. al.<sup>28, 29</sup> obtienen resultados significativos, sin

embargo Candini et. al.<sup>30</sup>, obtuvo los resultados con una mayor significación para este aspecto. Candini et. al.<sup>30</sup> realiza la evaluación final al año de haber finalizado la intervención psicoeducativa; mientras que Colom et. al.<sup>28, 29</sup> la hace a los dos años y posteriormente a los 5 años. Podría ser que durante ese espacio de tiempo se den un mayor número de hospitalizaciones incrementándose, a su vez, la media de días para la estancia hospitalaria y por ello que Candini et. al.<sup>30</sup> haya obtenido unos resultados con mayor significación frente a los de Colom et. al.<sup>28, 29</sup>.

La adherencia a la intervención psicoeducativa es buena en todos los estudios analizados<sup>16, 28-30</sup>, ya que los abandonos que se reciben en todos los artículos son debidos a factores ajenos (por no llegar a incorporarse al tratamiento, sufrir recurrencias u ofertas de empleo). El único estudio en el que hubo casos de retiradas por discrepancia en los conocimientos impartidos fue en el estudio de Candini et. al.<sup>30</sup>, el cual obtuvo un 7'07% de abandonos en el grupo experimental. Todos los estudios obtuvieron una buena adherencia psicoeducativa, el autor que consiguió una mejor adherencia para sus participantes fue Colom et. al.<sup>29</sup>, siendo Candini et. al.<sup>30</sup> el estudio con menor adherencia a la psicoeducación por parte de sus participantes.

En cuanto a la adherencia farmacológica, solamente Colom et. al.<sup>29</sup> redactó los resultados obtenidos acerca de este aspecto. No obtuvo resultados significativos, sin embargo al ser uno de los principales 4 temas que se tratan en la psicoeducación, sería de gran interés que se tuviera en cuenta para futuros estudios.

Casi todos los autores han encontrado diferencias significativas (entre el grupo control y el experimental) en alguno de los aspectos analizados en los resultados obtenidos como el número de recurrencias y la duración de las mismas, el número de hospitalizaciones así como la duración de la estancia hospitalaria, conviene tener en cuenta que Colom et. al.<sup>28, 29</sup> aleatorizan la muestra, y Candini et. al.<sup>30</sup> no aleatoriza la muestra. Por otro lado Ductor<sup>16</sup> no obtiene resultados significativos, podría ser en general por el diseño del estudio: por el reducido tamaño de la muestra, por tener solamente un grupo de pacientes y no tratarse de un estudio control aleatorizado.

Colom et. al.<sup>28</sup> tras los 2 años de seguimiento obtiene mejores resultados para el grupo experimental en todos los aspectos analizados, mientras que en el siguiente estudio<sup>29</sup> estos resultados siguen siendo mejores para el grupo que recibió psicoeducación, por lo que el programa psicoeducativo es eficaz a lo largo del tiempo y sin la necesidad de realizar ninguna sesión de refuerzo.

Si se realizaran los estudios con la nueva edición del DSM (5ª) () los resultados obtenidos por los autores podrían cambiar. Al eliminar los episodios mixtos, estos pasarían a ser maníacos o depresivos, dependiendo de los síntomas predominantes, pero con características mixtas, por lo que las estadísticas de los resultados cambiarían. Así mismo, al incluir que los cambios en la actividad o energía del individuo también se consideran como un criterio diagnóstico, podrían elevarse las tasas de recurrencias.

## **7. CONCLUSIONES**

El tratamiento psicoeducativo grupal es efectivo para los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar.

El tratamiento psicoeducativo grupal disminuye el número de recurrencias de los pacientes y la duración de las mismas. Este efecto beneficioso puede alargarse hasta 5 años tras el tratamiento, aunque disminuye a lo largo del tiempo.

El tratamiento psicoeducativo grupal reduce el número de hospitalizaciones y la media de días de estancia hospitalaria.

La adherencia al tratamiento psicoeducativo grupal es muy buena. Dada la baja adherencia al tratamiento farmacológico la terapia psicoeducativa adquiere un papel fundamental en el tratamiento de los pacientes con trastorno bipolar.

Falta conocimiento acerca de la psicoeducación grupal y su eficacia. Serían convenientes futuras investigaciones que consideren aspectos relevantes como el tipo de trastorno bipolar, el sexo o el tiempo de evaluación.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo MF, Lahera G, Lalucat L, Fernández-Liria A. Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141(7): 305.e1 - 305.e10.
2. Soutullo Esperón C, Figueroa Quintana A, Miranda Vicario EM, de Castro Manglano P. Enfermedad bipolar o maníaco-depresiva. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2011; 10(84): 5684 - 5692.
3. Zarabanda Suárez M., García Montes M., Salcedo Jarabo D., Lahera Forteza G. Trastorno bipolar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2015; 11(85): 5075 - 5085.
4. Vieta E., Berk M., Schulze TG., Carvalho AF., Supprs T., Calabrese JR., et. al. Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018; 4(18008).
5. Vieta E., Reinares M. Trastorno bipolar y ciclotimia. En: Palomo T., Jiménez-Arriero MA., (editores). *Manual de psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad; 2009. p. 311-323.
6. Bordas Reig R. El trastorno bipolar. *FMC*. 2013; 20(10): 565-572.
7. Sales Orts R., Sánchez Martínez V. Trastornos del estado de ánimo. En: Galiana Roch JL. *Enfermería Psiquiátrica*. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 121-129.
8. American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
9. Parekh R. What Are Bipolar Disorders? [Internet]. *Psychiatry.org*. 2019 [acceso 29/03/2019]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/bipolar-disorders/what-are-bipolar-disorders>
10. American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR*. Madrid: Panamericana.
11. Sevillá J, Pastor C. Trastornos bipolares. En: Caballo VE., Salazar IC., Carroble JA. directores. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide; 2011. p. 339-359.
12. García Blanco AC., Sierra P., Livianos L. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: últimas aproximaciones. *Psiquiatr Biol*. 2014; 21(3): 89-94.
13. García-Jiménez J., Álvarez-Fernández M., Aguado-Bailón L., Gutiérrez-Rojas L. Factores asociados a la polaridad predominante en el trastorno bipolar: una revisión sistemática. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2017; 12(1): 52-62.
14. López-Castroman J., Beca-García E., Oquendo MA. Trastorno bipolar: ¿qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas? *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2009; 2(1): 42-48.
15. Fornés Vives., Gómez Salgado J. Principales problemas de Salud Mental e intervención enfermera. Madrid: Enfo Ediciones; 2008.
16. Ductor Recuerda MJ. Intervenciones psicosociales en el trastorno afectivo bipolar: valoración de los grupos psicoeducativos en una unidad de rehabilitación de salud mental. *Apuntes de psicología*. 2014; 32(2): 181-189.

17. Geddes JR., Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*. 2013; 381(9878): 1672-1682.
18. López A. Trastorno afectivo bipolar: la enfermedad de las emociones. 8ª ed. Madrid: EDAF; 2006.
19. Vieta E., Azorin JM., Bauer M., Frangou S., Perugi G., Martínez G., Schreiner A. Psychiatrists' perceptions of potential reasons for non- and partial adherence to medication: Results of a survey in bipolar disorder from eight European countries. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 143(1-3): 125-130.
20. Cuevas-Cancino JJ., Moreno-Pérez NE. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*. 2017; 14(3): 207-218.
21. Pino Pino A., Belenchón Lozano M., Sierra San Miguel P., Livianos Aldana L. Trastorno bipolar y psicoeducación: desarrollo de un programa para clínicos. San Vicente (Alicante): Club Universitario; 2008.
22. Gumus F., Buzlu S., Cakir S. Effectiveness of Individual Psychoeducation on Recurrence in Bipolar Disorder; A Controlled Study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015; 29(3): 174-179.
23. Purriños MJ. Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Disponible en: <https://afanorsaber.com/wp-content/uploads/2017/04/depresion-escala-hamilton.pdf>
24. Young Mania Rating Scale. MEASURE. 2006; Disponible en: <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/Young-Mania-Rating-Scale-Measure-with-background.pdf>
25. Kübler U. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). 1919-1920.
26. Gómez G., Cobo E. Hablemos de... análisis de supervivencia. *GH Continuada*. 2004; 3(4): 185-191.
27. Berger VW, Alperson SY. A General Framework for the Evaluation of Clinical Trial Quality. *Rev Recent Clin Trials*. 2009; 4(2):79-88.
28. Colom F., Vieta E., Martínez-Arán A., Reinares M., Goikolea JM., Benabarre A., et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(4): 402-407.
29. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-Year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009;194(3):260-265.
30. Candini V, Buizza C, Ferrari C, Caldera MT, Ermentini R, Ghilardi A, et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *J Affective Disord* 2013; 151(1):149-155.

## 9. ANEXOS

### Anexo I. Criterios para episodio maníaco

---

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura como mínimo una semana (o cualquier duración si se necesita hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido 3, o más, de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo:
  - 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
  - 2. Disminución de la necesidad de dormir (se siente descansado después de 3 horas de sueño).
  - 3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
  - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
  - 5. Facilidad de distracción (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 objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
  - 7. Participación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (inversiones de dinero imprudentes o indiscreciones sexuales, entre otras).
- C. Los síntomas no cumplen criterios para el episodio mixto (ver anexo IV).
- D. La alteración del estado de 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 síntomas psicóticos.
- E. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento) o a otra enfermedad médica.

---

Fuente: elaboración propia adaptada de DSM-IV-TR<sup>8</sup>



## Anexo II. Criterios diagnósticos para el episodio hipomaníaco

---

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), y han estado presentes en un grado significativo:
  - 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandiosidad.
  - 2. Disminución de la necesidad de dormir (se siente descansado después de 3 horas de sueño).
  - 3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
  - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
  - 5. Facilidad de distracción (la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
  - 6. Aumento de la actividad intencionada (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
  - 7. Participación excesiva en actividades placenteras o con un alto potencial de producir consecuencias graves (dedicarse de forma desenfadada a compras o juergas, entre otras).
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en la actividad son observables por parte de otras personas.
- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización, no hay síntomas psicóticos.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, fármaco u otro tratamiento) ni de otra enfermedad médica.

---

Fuente: elaboración propia adaptada de DSM-IV-TR<sup>8</sup>

### Anexo III. Criterios para el episodio de depresión mayor

---

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas presentes durante un período de dos semanas, que representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido (1) o pérdida de interés o capacidad para el placer (2).
1. Estado de ánimo deprimido a mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (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 (según refiere el propio sujeto o de la observación).
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más del 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 enlentecimiento 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 culpabilidad 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.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (Anexo IV).
- C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ejemplo: después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.
- 

Fuente: elaboración propia adaptada de DSM-IV-TR<sup>8</sup>

#### Anexo IV. Criterios para el episodio mixto

- 
- A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco (ver anexo I) como para un episodio depresivo mayor (ver anexo III) (exceptuando el criterio de la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.
  - B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
  - C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, medicamento u otro tratamiento) ni a otra enfermedad médica.
- 

Fuente: elaboración propia adaptada de DSM-IV-TR<sup>8</sup>

#### Anexo V. Puntuación de los estudios según la escala Jadad<sup>27</sup>

	Colom et. al. <sup>28</sup> (2003)	Colom et. al. <sup>29</sup> (2009)	Candini et. al. <sup>30</sup> (2013)	Ductor <sup>16</sup> (2014)
Descrito como aleatorio	1	1	0	0
Método de aleatorización descrito y apropiado	1	1	0	0
Descrito como doble ciego	0	0	0	0
Método de doble ciego descrito y apropiado	0	0	0	0
Descripción de retiros y abandonos	1	1	1	1
Si el método utilizado para generar la secuencia de aleatorización no era apropiado, restar 1 punto	0	0	0	0
Si el estudio fue descrito como doble ciego, pero el método de cegamiento era inapropiado, restar 1 punto	0	0	0	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: elaboración propia adaptada de Berger VW, Alperson SY (2009)<sup>27</sup>. Leyenda: puntuación Sí = 1, No = 0. En los 2 últimos ítems Sí = - 1, No = 0

## **Anexo VI. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (primera parte)**

---

### **1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)**

- 0 |\_ | Ausente
- 1 |\_ | Indica las sensaciones solo al ser preguntado
- 2 |\_ | Relata oral y espontáneamente las sensaciones
- 3 |\_ | No comunica verbalmente las sensaciones, las expresa (expresión, llanto, etc.)
- 4 |\_ | Manifiesta las sensaciones verbalmente y de forma no verbal espontánea

### **2. Sensación de culpabilidad**

- 0 |\_ | Ausente
- 1 |\_ | Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2 |\_ | Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones
- 3 |\_ | La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad
- 4 |\_ | Oye voces acusatorias o de denuncia y/o alucinaciones visuales amenazadoras

### **3. Idea de suicidio**

- 0 |\_ | Ausente.
- 1 |\_ | Le parece que la vida no merece la pena ser vivida
- 2 |\_ | Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- 3 |\_ | Ideas o amenazas de suicidio
- 4 |\_ | Intentos de suicidio

### **4. Insomnio precoz**

- 0 |\_ | Ausente
- 1 |\_ | Dificultades ocasionales para dormirse, más de media hora
- 2 |\_ | Dificultades para dormirse cada noche

### **5. Insomnio medio**

- 0 |\_ | Ausente
- 1 |\_ | Se queja de estar inquieto durante la noche
- 2 |\_ | Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...)

### **6. Insomnio tardío**

- 0 |\_ | Ausente
- 1 |\_ | Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse
- 2 |\_ | No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

### **7. Problemas en el trabajo y/o actividades**

---

---

**Anexo VI (cont.)**

- 0 |\_ | Ausentes
- 1 |\_ | Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad (trabajo, actividad)
- 2 |\_ | Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación
- 3 |\_ | Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad
- 4 |\_ | Dejó de trabajar por la presente enfermedad

**8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)**

- 0 |\_ | Palabra y pensamiento normales
- 1 |\_ | Ligero retraso en el diálogo
- 2 |\_ | Evidente retraso en el diálogo
- 3 |\_ | Diálogo difícil
- 4 |\_ | Torpeza absoluta

**9. Agitación**

- 0 |\_ | Ninguna
- 1 |\_ | "Juega" con sus manos, cabellos, etc.
- 2 |\_ | Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

**10. Ansiedad psíquica**

- 0 |\_ | No hay dificultad
- 1 |\_ | Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 |\_ | Preocupación por pequeñas cosas
- 3 |\_ | Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla
- 4 |\_ | Terrores expresados sin preguntarle

**11. Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad:**

- 0 |\_ | Ausente
- 1 |\_ | Ligera
- 2 |\_ | Moderada
- 3 |\_ | Grave
- 4 |\_ | Incapacitante

**12. Síntomas somáticos gastrointestinales**

- 0 |\_ | Ninguno
- 1 |\_ | Pérdida del apetito, pero come. Sensación de pesadez en el abdomen

---

**Anexo VI (cont.)**

- 2 |\_ | Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales

**13. Síntomas somáticos generales**

- 0 |\_ | Ninguno
- 1 |\_ | Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía
- 2 |\_ | Cualquiera de los síntomas anteriores si está muy bien definido

**14. Síntomas genitales (pérdida de la libido o trastornos menstruales)**

- 0 |\_ | Ausentes
- 1 |\_ | Débiles
- 2 |\_ | Graves
- 3 |\_ | Incapacitantes

**15. Hipocondría**

- 0 |\_ | No la hay.
- 1 |\_ | Preocupado de sí mismo (corporalmente)
- 2 |\_ | Preocupado por su salud
- 3 |\_ | Se lamenta constantemente (solicita ayuda, etc.)
- 4 |\_ | Ideas delirantes hipocondríacas

**16. Pérdida de peso (completar solamente A o B)****A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)**

- 0 |\_ | No hay pérdida de peso
- 1 |\_ | Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual
- 2 |\_ | Pérdida de peso definida según el enfermo

**B. Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)**

- 0 |\_ | Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio)
- 1 |\_ | Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio)
- 2 |\_ | Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio)

**17. Conciencia de la enfermedad**

- 0 |\_ | Se da cuenta de que está deprimido y enfermo
- 1 |\_ | Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a algún factor
- 2 |\_ | Niega estar enfermo

Fuente: elaboración propia adaptada de HDRS<sup>23</sup>

## Anexo VII. Young Mania Rating Scale (YMRS) (primera parte)

---

### 1. Euforia

- 0 |\_| Ausente
- 1 |\_| Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta
- 2 |\_| Clara pero subjetiva, apropiada al contenido (optimista, seguro de sí mismo...)
- 3 |\_| Elevada e inapropiada
- 4 |\_| Claramente eufórico, risa inapropiada, canto, etc.

### 2. Hiperactividad

- 0 |\_| Ausente
- 1 |\_| Subjetivamente aumentada
- 2 |\_| Vigoroso, hipergestual
- 3 |\_| Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede estar calmado)
- 4 |\_| Hiperactividad continua (no puede permanecer calmado)

### 3. Impulso sexual

- 0 |\_| Normal
- 1 |\_| Posible o moderadamente aumentado
- 2 |\_| Claro aumento al preguntar
- 3 |\_| Elevado de forma espontánea (discurso con contenido sexual y preocupación por el tema)
- 4 |\_| Actos o incitaciones sexuales evidentes

### 4. Sueño

- 0 |\_| Normal
- 1 |\_| Disminución en menos de 1 hora
- 2 |\_| Disminución en más de 1 hora
- 3 |\_| Refiere disminución de la necesidad de dormir
- 4 |\_| Niega la necesidad de dormir

### 5. Irritabilidad

- 0 |\_| Ausente
- 2 |\_| Aumentada (subjetivamente)
- 4 |\_| Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia
- 6 |\_| Predomina la irritabilidad en la entrevista, brusco y cortante
- 8 |\_| Hostil, no colaborador, entrevista imposible

### 6. Expresión verbal

- 0 |\_| No aumentada
- 2 |\_| Sensación de locuacidad
- 4 |\_| Aumentada de forma fluctuante y verborrea ocasional

---

**Anexo VII (cont.)**

- 6 | \_ | Claramente aumentada en ritmo y cantidad difícil de interrumpir, intrusiva
- 8 | \_ | Verborrea ininterrumpible y continua

**7. Trastorno del curso del pensamiento-lenguaje**

- 0 | \_ | Ausentes
- 1 | \_ | Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento
- 2 | \_ | Distraibilidad clara, descarrilamiento, taquipsiquia
- 3 | \_ | Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, ecolalia
- 4 | \_ | Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible

**8. Trastornos del contenido del pensamiento**

- 0 | \_ | Ausentes
- 2 | \_ | Planes discutibles, nuevos intereses
- 4 | \_ | Proyectos especiales, misticismo
- 6 | \_ | Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia
- 8 | \_ | Delirios, alucinaciones

**9. Agresividad**

- 0 | \_ | Ausente
- 2 | \_ | Sarcástico, enfático, lacónico
- 4 | \_ | Querulante, se pone en guardia
- 6 | \_ | Amenaza al entrevistador, habla gritando, entrevista dificultosa
- 8 | \_ | Claramente agresivo, destructivo, entrevista imposible

**10. Aspecto/apariencia**

- 0 | \_ | Higiene e indumentaria apropiadas
- 1 | \_ | Ligeramente descuidada
- 2 | \_ | Mal arreglado, moderadamente despeinado, vestimenta sobrecargada
- 3 | \_ | Despeinado, semidesnudo, maquillaje llamativo
- 4 | \_ | Completamente desaseado, vestimenta muy adornada

**11. Conciencia de la enfermedad**

- 0 | \_ | Presente, admite la enfermedad y acepta el tratamiento
- 1 | \_ | Posiblemente enfermo (según él)
- 2 | \_ | Niega la enfermedad, aunque admite el cambio en la conducta
- 3 | \_ | Niega la enfermedad, pero admite un posible cambio en la conducta
- 4 | \_ | Niega cualquier cambio en la conducta así como la enfermedad

---

Fuente: elaboración propia adaptada de YMRS<sup>24</sup>



## **Anexo VIII. Contenido del Programa Psicoeducativo (Programa para Trastornos Bipolares de Barcelona) <sup>28</sup>**

1. Introducción
2. ¿Qué es el trastorno bipolar?
3. Causas y factores desencadenantes
4. Síntomas de la manía e hipomanía
5. Síntomas de la depresión y episodios mixtos
6. Curso y pronóstico del trastorno bipolar
7. Tratamiento: estabilizadores del humor
8. Tratamiento: antipsicóticos
9. Tratamiento: antidepresivos
10. Niveles séricos: litio, carbamacepina y valproato
11. El embarazo y asesoramiento genético
12. Psicofarmacología y terapias alternativas
13. Riesgos asociados con el abandono al tratamiento
14. El alcohol y otras drogas: riesgos en el trastorno bipolar
15. Detección temprana de episodios maníacos e hipomaníacos
16. Detección temprana de episodios mixtos y depresivos
17. ¿Cómo actuar cuando se detecta un nuevo episodio?
18. Regularidad en los hábitos diarios
19. Técnicas para el manejo del estrés
20. Técnicas para la resolución de problemas
21. Sesión final