



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2016-17)

Trabajo Fin de Grado

**Intervenciones de enfermería en un
paciente con trastorno bipolar en fase
maníaca.**

Revisión Bibliográfica

Alumno/a:

Sandra Hernando Gavilán

Tutor/a:

Dr^a. D^a Fermina Alonso del Teso

Julio, 2017

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	5
2.1 Concepto de Trastorno bipolar.....	5
2.2 Etiopatogenia.....	5
2.3 Epidemiología.....	7
2.4 Fases.....	8
2.5 Diagnóstico.....	9
2.6 Comorbilidad.....	10
2.7 Tratamiento.....	10
2.8 Evolución y pronóstico.....	13
2.9 Trastorno bipolar y suicidio.....	14
3. JUSTIFICACIÓN.....	14
4. OBJETIVOS.....	15
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	19
a) Tratamiento con carbonato de litio.....	20
b) Psicoeducación.....	21
c) Adherencia al tratamiento.....	27
7. CONCLUSIONES.....	30
8. BIBLIOGRAFÍA.....	31
9. ANEXOS.....	36

1. RESUMEN

Introducción: El trastorno bipolar (TB) es un trastorno mental grave y recurrente del estado de ánimo que limita la funcionalidad del paciente y requiere un abordaje farmacológico y psicosocial, debido a ello son esenciales unos cuidados integrales por parte de enfermería. Es un importante problema de salud pública, con una incidencia del 1,2% de la población que se produce aproximadamente igual en ambos sexos con una edad de inicio entre los 20-30 años. Está asociado a un elevado riesgo de suicidio y en la fase maníaca se pueden alterar la toma de decisiones causando problemas legales.

Objetivos: Dar a conocer cuáles son las mejores estrategias enfermeras para el tratamiento y cuidados del trastorno bipolar.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en varias bases de datos: Cuiden, Pubmed, Scielo, ClinicalKey y revistas científicas. Seleccionando aquellos artículos adecuados para la realización de este trabajo.

Resultados: El abordaje terapéutico para el TB se compone de una terapia farmacológica y una psicoterapia. Enfermería ante el tratamiento con litio interviene en promoción de la salud y utiliza la metodología enfermera para favorecer el conocimiento por parte del paciente y así evitar la falta de actividad terapéutica. La psicoeducación es el tratamiento no farmacológico más efectivo y fácil de usar, que se puede abordar de manera individual o grupal y también dirigirse a la familia. Mediante programas psicoeducativos se contribuye a mejorar la adherencia terapéutica, reducir las recaídas, las hospitalizaciones y mejorar el funcionamiento familiar, ocupacional y social del paciente con trastorno bipolar.

Conclusiones: Se puede afirmar que mediante unas correctas actuaciones sobre el paciente se consigue una mejor calidad de vida y un mejor pronóstico. Y se ha demostrado que el tratamiento más eficaz de la fase maníaca del trastorno bipolar, es la combinación de fármacos y psicoeducación.

Palabras Clave: Trastorno bipolar, intervención de enfermería, psicoeducación, manía.

ABSTRACT

Introduction: The bipolar disorder (BD), is a serious and recurrent mental disorder that limits the functionality of the patient and requires a pharmacological and psychosocial approach, due to is essential integral care by nurses. It is an important public problem of health, with an incidence of 1.2% of the population that appears approximately equal in both sexes with a starting age between 20-30 years. It is associated with a high risk of suicide and in the manic phase it can disrupt the decision making causing legal problems.

Aims: Inform about the best strategies of nursing for the treatment and care of bipolar disorder.

Tool and methods: A bibliographic review has been carried out in several databases: Cuiden, Pubmed, Scielo, ClinicalKey and scientific journals. Selecting those items suitable for the accomplishment of this project.

Results: The therapeutic approach of the TB consists of a pharmacological therapy and a psychotherapy. Nursing during the treatment with lithium interfere in health promotion and uses the methodology of nursing in favor of the knowledge of the patient part and to avoid the lack of therapeutic activity. Psychoeducation is the most effective and userfriendly non-pharmacological treatment which can be apply individually, in groups and also to the members of the family. By psychoeducational programs it contributes to improve the therapy adherence, reduce relapse, hospitalizations, and improve the domestic performance, occupational, and social of the patients with bipolar disorder.

Conclusions: It can be confirmed that through some correct actions on the patient a better quality of life and a better prognosis is achieved. And it has been proved that

the most effective treatment of the manic phase of bipolar disorder, is the combination of drugs and psychoeducation.

Keywords: Bipolar disorder, nursing intervention, psychoeducation, mania.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 CONCEPTO DE TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno Bipolar (antes llamado enfermedad maníaco-depresiva) está considerado un trastorno mental grave que se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita la funcionalidad del paciente y requiere un abordaje integral farmacológico y psicosocial. Especialmente en los casos que son mal o infradiagnosticados (y consecuentemente mal tratados) constituye una enfermedad devastadora con una enorme carga socioeconómica y sanitaria. ⁽¹⁾

2.2 ETIOPATOGENIA

2.2.1 Alteraciones genéticas

Más del 50% de los pacientes con TB tienen un familiar de 1º grado con un trastorno del estado de ánimo, y los descendientes de pacientes con TB tienen un riesgo 5-10 veces mayor de desarrollar la enfermedad que la población general, siendo un trastorno que puede llegar a repetirse a lo largo de varias generaciones. ⁽²⁾

2.2.2 Anomalías Neurohormonales

Se ha observado una disfunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal en todas las etapas de la enfermedad bipolar, incluyendo los periodos asintomáticos. Esta

desregulación podría subyacer tanto a la vulnerabilidad a episodios futuros, como al mantenimiento del curso crónico del trastorno y a la ansiedad asociada. ⁽²⁾

2.2.3 Anomalías anatómicas del cerebro

Los pacientes con TB no presentan tanto diferencias estructurales concretas como un menor volumen general de la sustancia gris y, lo que es más importante, anomalías funcionales en la actividad neuronal de la circunvolución frontal superior izquierda, la circunvolución frontal medial y la ínsula izquierda.

Actualmente aún se desconoce si las anomalías son la causa o la consecuencia del trastorno. Mientras que los episodios afectivos recidivantes en el TB tipo I parecen tener efectos neurodegenerativos perjudiciales, las intervenciones psicoterapéuticas exitosas parecen normalizar la actividad anormal de los circuitos neuronales. ⁽²⁾

2.2.4 Influencias Psicosociales

Las personas con trastorno bipolar experimentan un incremento de los acontecimientos vitales previo al inicio de la enfermedad o a la recurrencia de los episodios afectivos. Mientras que los acontecimientos vitales negativos como fracasos o pérdidas pueden precipitar los episodios depresivos, los episodios maníacos pueden estar precedidos tanto por acontecimientos negativos y/o amenazantes, tales como insultos u hostilidad familiar, como por acontecimientos positivos, tales como la consecución de un logro. No obstante, se ha de tener en cuenta que el TB afecta y es afectado por el ambiente en el cual los pacientes recaen y se recuperan. La propia enfermedad es estresante en sí misma y puede conducir a una mayor desestabilización, aumentando la probabilidad de sufrir este tipo de eventos; de esta manera, la enfermedad crearía un ciclo de autoperpetuación al actuar como factor de mantenimiento. ⁽²⁾

2.3 EPIDEMIOLOGIA

2.3.1 Prevalencia

Es un importante problema de salud pública, con una incidencia del 1,2% de la población, lo que representa más de 100 millones en todo el mundo. El TB es la sexta causa principal de incapacidad y se asocia con aumento de la mortalidad, que no se limita solo al suicidio. Del 25 al 50% de los pacientes intentan suicidarse al menos una vez, y entre el 10-20% de los que lo intentan lo consiguen, siendo más frecuente al inicio de la enfermedad.

Representa una de las principales causas de patología psiquiátrica y está entre las principales causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) entre los 15 y los 45 años. ⁽³⁾

2.3.2 Género

El Trastorno Bipolar tipo I se produce aproximadamente igual en ambos sexos, aunque la forma de presentación suele ser diferente entre hombres y mujeres; algunos estudios apuntan que los hombres suelen presentar más frecuentemente manía unipolar, una edad de inicio más temprana y una mayor duración de los episodios maníacos, mientras que las mujeres tienden a experimentar más episodios mixtos y más episodios depresivos. Sin embargo, sí que parece haber diferencias de género en el TB tipo II, siendo 2 veces más frecuente en mujeres que en hombres. ⁽²⁾

2.3.3 Edad de Inicio

El Trastorno bipolar puede afectar tanto a personas muy jóvenes como a muy mayores, aunque la edad de inicio más frecuente suele ser la adolescencia tardía o la adultez temprana. La mitad de los pacientes suelen tener el primer episodio antes de los 25 años (18,4 años para el TB tipo I, 20 años para el TB tipo II y 21,9 años para las formas subclínicas del espectro bipolar) y existe una relación directamente proporcional entre la edad media de inicio y la gravedad del subtipo de TB. Los adolescentes reúnen con más frecuencia que los adultos los criterios para la manía y la hipomanía, sin embargo, los problemas a la hora de identificar a

estas edades los cambios de humor patológicos hace que en su adultez sean falsos negativos en TB y en su lugar sean diagnosticados de trastorno depresivo mayor en presencia de sintomatología depresiva. ⁽²⁾

2.4 FASES

El trastorno bipolar se expresa en fases de diversos tipos, que se caracterizan por la presencia de unos **síntomas** concretos que son los que ayudan a diagnosticar el trastorno:

Manía

La manía está caracterizada por un estado de ánimo eufórico, aunque en ocasiones puede dominar la irritabilidad. Cognitivamente, el paciente maníaco presenta una autoestima elevada y cogniciones megalomaniacas. El curso del pensamiento es rápido y acelerado, distraíble, al igual que el habla, también acelerada, lo que lleva a un discurso difícil de seguir que en grado extremo llega a ser ininteligible (fuga de ideas). Disminuyen los requerimientos de sueño y la conducta suele ser hiperactiva y desinhibida, con gastos excesivos y gran impulsividad.

La manía más grave produce una alteración grave del funcionamiento, que suele precisar hospitalización. En la mitad de los casos se acompaña de síntomas psicóticos, es decir, delirios y/o alucinaciones. Los delirios suelen ser de grandeza, religiosos y sexuales, pero también pueden ser incongruentes con el estado de ánimo (de perjuicio o paranoides), lo que puede provocar su confusión con otros trastornos que cursan con psicosis, como la esquizofrenia. ⁽⁴⁾

Hipomanía

La hipomanía es una forma leve de manía en la que existe un cambio apreciable en el funcionamiento de la persona, pero sin un deterioro importante del mismo. Por ello, la hospitalización o los síntomas psicóticos comportan una gravedad incompatible con la hipomanía que conlleva el diagnóstico directo de manía. Puede

ser difícil de diferenciar de un estado de alegría normal. La labilidad emocional, una cierta irritabilidad, el abuso de sustancias como el alcohol, la relación temporal con una depresión, o una ligera reducción del sueño son pistas que pueden guiar en el diagnóstico. La hipomanía tiene criterios parecidos a la manía, pero menos intensos y más cortos (4 días en vez de 7). Si cursa con psicosis o necesita hospitalización, automáticamente se considera manía. ⁽⁴⁾

Depresión bipolar

La depresión bipolar es clínicamente indistinguible de la unipolar. No hay ningún síntoma específico que diferencie ambos cuadros. Sin embargo, algunas características pueden ser más indicativas de depresión bipolar que de unipolar, por ejemplo, las formas depresivas más graves, como la depresión psicótica y la melancolía, sobre todo en pacientes jóvenes. También la depresión atípica, que cursa con hipersomnia, hiperfagia y astenia marcada, es más frecuente en pacientes con trastorno bipolar tipo II. ⁽⁴⁾

Episodios de remisión o eutimia

Son periodos en los que el estado de ánimo se va normalizando y los síntomas de la enfermedad desaparecen prácticamente por completo. ⁽⁵⁾

2.5 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de TB es tardío y dificultoso, suele pasar una media de 8 años entre el primer contacto con los profesionales de la salud y la realización del diagnóstico bipolar. Un 35% de los pacientes no buscan tratamiento hasta 10 años después del episodio inicial, otro 34% son diagnosticados de otros procesos psiquiátricos, como los trastornos de personalidad o trastornos por abuso de sustancias, debido a la frecuente concurrencia de síntomas maniformes en estos trastornos. Además, el infraconocimiento de la clínica hipomaníaca favorece que reciban el diagnóstico de depresión unipolar cuando realmente tiene una depresión bipolar. ⁽³⁾

2.6 COMORBILIDAD

Entendemos por comorbilidad la concurrencia de dos o más trastornos mentales. Los diagnósticos comórbidos hallados con más frecuencia asociados al TB son ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾:

- **Alcoholismo**, suele ser un factor premórbido que precede en torno a 1 año al episodio maníaco y suele ser de peor pronóstico. El riesgo relativo de comorbilidad alcohólica y TB alcanza cifras del 6% en varones y del 10% en mujeres.
- **Consumo de sustancias**, agrava el curso del TB más que desencadenar su debut.
- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)** es el diagnóstico diferencial más importante para el TB en la preadolescencia y adolescencia temprana, en contraposición a depresión monopolar, trastornos por ansiedad, esquizofrenia y abuso de alcohol, en adolescentes tardíos y adultos.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo**, suele ser previo al inicio del TB.
- **Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, alteraciones del control de impulsos y trastornos de ansiedad.**

2.7 TRATAMIENTO

2.7.1 Tratamiento farmacológico

El trastorno bipolar es uno de los trastornos psiquiátricos para los que existen más recursos farmacológicos y en el que más se ha avanzado en los últimos años. El objetivo del tratamiento es la estabilización anímica y la evitación de recaídas. ⁽⁸⁾

El objetivo de la terapia es estabilizar el estado de ánimo, evitar la aparición de episodios de polaridad opuesta y prevenir eventuales recaídas. Los tratamientos utilizados para alcanzar estos objetivos incluyen ⁽⁸⁾:

- **Estabilizadores del humor:** litio y anticonvulsivantes (valproato, carbamazepina, lamotrigina)

- **Antipsicóticos** (típicos y atípicos)
- **Antidepresivos y ansiolíticos**
- **Terapias no farmacológicas** (tratamiento electroconvulsivante, intervenciones psicosociales y otras terapias físicas).

a) Tratamiento de mantenimiento:

Los fármacos utilizados en el tratamiento de mantenimiento “regulan” el estado de ánimo y evitan las recaídas tanto maníacas como depresivas; son los llamados eutimizantes o estabilizadores del estado de ánimo, que el paciente deberá tomar a largo plazo. El más utilizado es el litio. ⁽⁵⁾

El litio resulta un fármaco fundamental en el tratamiento del trastorno bipolar y en la mayor parte de los pacientes mejora el curso de la enfermedad, pero no puede mantenerles completamente libres de síntomas y de recaídas. Por este motivo, cada vez resulta más frecuente la politerapia, que en general es más eficaz, aunque no siempre más efectiva, por comportar más efectos adversos y riesgo de mal cumplimiento. ⁽⁹⁾

Es sumamente importante que durante el tratamiento se realice un continuo control de los niveles séricos, procurando que estos niveles no se sobrepasen de 1,5 mEq/l, puesto que se podría producir un episodio de toxicidad debido al estrecho margen terapéutico que tiene. Los niveles óptimos se encuentran entre 0,8 y 1,2 mEq/l. ⁽¹⁰⁾ En aquellas ocasiones en las que el paciente no puede seguir el tratamiento con litio, existen otros eutimizantes que se han usado tradicionalmente para el tratamiento de la epilepsia y que se ha demostrado que también previenen recaídas del trastorno bipolar. Algunos medicamentos que realizarán la función estabilizadora serían: ácido valproico, carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina y topiramato. ⁽⁵⁾

b) Tratamiento de las fases maníacas:

Generalmente el tratamiento se hace en régimen de ingreso hospitalario por el elevado riesgo autolítico. El tratamiento primordial son los eutimizantes, principalmente el litio, aunque es un fármaco de acción lenta y muchas veces no es suficiente para contener la importante inquietud psicomotriz del paciente maníaco.

En algunos casos es necesario añadir fármacos antipsicóticos atípicos que se deben dar a dosis bajas moderadas y durante el menor tiempo posible.

Los fármacos utilizados para evitar los síntomas de “subida” o euforia típicos de estas fases son los antimaníacos, antipsicóticos o neurolépticos: risperidona, ziprasidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol, clozapina y el amisulpiride. ⁽⁵⁾

2.7.2 Tratamiento no farmacológico

Los tratamientos psicológicos más utilizados en el trastorno bipolar y los que más eficacia han demostrado son: la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar y sobre todo la psicoeducación. Todos ellos son un tratamiento complementario eficaz junto con el tratamiento farmacológico. ^{(4) (5)}

El tratamiento psicoterapéutico adecuado prolonga los períodos de estabilidad, puede tratar algunos síntomas leves, así como algunas enfermedades comórbidas, y mejora la aceptación de la enfermedad, el cumplimiento terapéutico y el pronóstico de la enfermedad. ⁽⁴⁾

- **Terapia cognitivo conductual**

Diseñada en sus orígenes para el tratamiento de la depresión unipolar, los objetivos del tratamiento cognitivo conductual para el TB buscan modificar las distorsiones cognitivas sobre la enfermedad, monitorear las recaídas, la severidad, y el curso de los síntomas. ⁽¹¹⁾

- **Terapia familiar**

El núcleo familiar del paciente sufre un gran impacto y un gran desgaste. Las familias generalmente, no entienden la enfermedad y/o los síntomas del paciente. Esto genera una confrontación entre el paciente y su familia que se traduce en ansiedad, soledad y riesgo de suicidio para el paciente con TB.

Uno de los modelos de terapia familiar validados empíricamente es el de la terapia focalizada en la familia propuesto por Miklowitz y su equipo. ⁽¹¹⁾ El objetivo de sus intervenciones consiste en mejorar el funcionamiento familiar mediante la psicoeducación del paciente y sus vínculos respecto a la naturaleza de los síntomas, el curso y tratamiento de la enfermedad. Se busca que tanto el paciente

como sus allegados desarrollen habilidades y adquieran los conocimientos adecuados para un buen manejo del trastorno. Adicionalmente, se ayuda a los miembros de la familia a adquirir recursos en comunicación y resolución de problemas buscando prevenir o disminuir posibles conflictos.

- **Psicoeducación**

La psicoeducación tiene como objetivo enseñar al paciente numerosos aspectos de la enfermedad que le ayuden a convertirse en un colaborador activo en el manejo de la misma. Según E. Vieta y F. Colom, entre los objetivos de la psicoeducación del TB, se encuentran: “aprender a mantener estilos de vida regulares y hábitos sanos, detectar síntomas iniciales de recaída, evitar someterse a situaciones estresantes, realizar actividades lúdicas que favorezcan la relajación, conocer los efectos nocivos del incumplimiento terapéutico o mejorar el conocimiento de los fármacos empleados y de sus efectos secundarios para reducir su abandono”.⁽⁵⁾

2.8. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Este trastorno tiende a presentar una evolución crónica y recurrente. La duración promedio de los episodios es de 13 semanas, aunque la probabilidad de recuperarse es menor para aquellos pacientes que han sufrido más episodios y para los episodios depresivos mayores frente a los maníacos.⁽⁹⁾

A lo largo de la evolución de la enfermedad, el paciente bipolar puede desarrollar síntomas psicóticos, ciclación rápida (cuatro o más descompensaciones en un año), presencia de fases mixtas (con simultaneidad de síntomas depresivos y maníacos), comorbilidad psiquiátrica y médica, deterioro cognitivo y psicosocial, riesgo de suicidio y auto o heteroagresividad.

Si el trastorno está mal controlado, lo cual no es infrecuente ya que tan solo el 40% de los pacientes consigue un control significativo de sus síntomas mediante el tratamiento farmacológico, el paciente suele tener profundas consecuencias interpersonales, tales como la pérdida de empleo, los conflictos familiares y la separación matrimonial. Otros factores que han sido asociados al mal pronóstico en el TB tipo I han sido el pobre funcionamiento social previo, tener un diagnóstico

comórbido de abuso o dependencia de drogas, actual o pasado, la duración del ingreso y la polaridad depresiva o mixta en contraposición con la manía unipolar. ⁽²⁾

2.9. TRASTORNO BIPOLAR Y SUICIDIO

La incidencia de suicidio en pacientes con trastornos afectivos es del 15%, una tasa de suicidio 44 veces mayor al resto de la población en general. Siendo mayor riesgo en pacientes con depresiones psicóticas y en bipolares.

El trastorno bipolar, constituye un factor de riesgo significativo tanto para los intentos de suicidio como para el suicidio en sí. El riesgo de suicidio a lo largo de la vida en los pacientes con este trastorno se ha estimado entre un 6 y un 15%. Las tasas de suicidio, que son un promedio de 0.4% anual en los varones y mujeres con un diagnóstico de trastorno bipolar, son 20 veces mayores que las de la población general. ⁽¹²⁾

Las ideas de autoeliminación y el comportamiento suicida son frecuentes en los enfermos bipolares. Se han identificado como factores de riesgo para el intento de suicidio en los pacientes bipolares la duración y severidad de los episodios depresivos, la desesperanza, los estados mixtos, la comorbilidad con abuso de alcohol o sustancias psicoactivas y la presencia de impulsividad o rasgos agresivos en el patrón de personalidad. A pesar de lo efectiva que es la medicación para los pacientes bipolares, sólo 1/3 de éstos es sometido a tratamiento. Es digno de mención que, entre el 15% y el 20% de los pacientes con trastorno bipolar que no reciben atención médica se suicidan. ⁽¹³⁾

3. JUSTIFICACIÓN

Se ha escogido este tema para la realización del trabajo fin de grado porque el trastorno bipolar es una enfermedad mental grave, crónica, recurrente y devastadora, con una influencia sobre millones de personas en todo el mundo, lo que supone de forma directa (ingresos hospitalarios) como de forma indirecta (bajas laborales) un gran gasto económico y social, que hace necesario un

esfuerzo colectivo en busca de soluciones, tanto farmacológicas como terapéuticas. Supone una importante afectación en la calidad de vida de los pacientes con un elevado riesgo de complicaciones médico-legales, más claramente durante los episodios maníacos.

El paciente bipolar en el transcurso de una manía no tiene conciencia de enfermedad, por lo que tiene verdaderas dificultades para seguir las prescripciones médicas, los cuidados de enfermería y la asistencia a citas programadas. Por tanto, un buen tratamiento y manejo de la enfermedad disminuiría este tipo de problema, de ahí que sea fundamental la implicación de la enfermera en el seguimiento y control de esta enfermedad mental, así como en la intervención para mejorar la adherencia terapéutica mediante estrategias y psicoeducación para reducir el número de recaídas y reingresos, mejorando el pronóstico de la enfermedad.

4. OBJETIVOS

General

- Averiguar cuáles son las mejores estrategias enfermeras para el tratamiento y cuidados del trastorno bipolar.

Específicos

- Conocer que es el trastorno bipolar e identificar las características de un paciente en fase maníaca.
- Analizar la implicación de la enfermera para una correcta adherencia terapéutica y su papel en los programas de psicoeducación.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica, siguiendo una estrategia de búsqueda basada en la pregunta de investigación llamada P.I.C.O, (tabla 1): Paciente, Intervención, Comparación y Resultado: ¿Qué intervenciones de enfermería hay para enfermos maníacos de un trastorno bipolar?, con el objetivo de encontrar la literatura científica que existe sobre las intervenciones que mejoran la calidad de vida de estos pacientes.

P (Población de pacientes)	I (Intervención)	C (Comparación)	O (Resultado esperado)
Pacientes maníacos con TB	Intervenciones de enfermería más relevantes	-----	Conocimientos actuales.

Tabla 1. Modelo PICO

Formulada la pregunta PICO, se utilizan los siguientes tesauros, en términos DeCs (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings), y a su vez combinándolos con el operador booleano AND (tabla 2).

DeCs	MeSH
Trastorno bipolar	Bipolar disorder
Intervención de Enfermería	Nursing intervention
Cumplimiento terapéutico	Therapeutic compliance
Psicoeducación	Psychoeducation
Manía	Mania

Tabla 2. Descriptores

Para llevar a cabo este trabajo, la búsqueda se ha obtenido mediante la consulta directa y acceso, vía Internet, en bases de datos como: Pubmed, SciELO, Cuiden, Clinical Key, Dialnet. (Tabla 3, 4, 5, 6, 7, 8)

BASE DE DATOS: CUIDEN			
Descriptores	Nº artículos	Artículos seleccionados	Nº de referencia en la bibliografía
Psicoeducación AND trastorno bipolar	8	3	18,19,23
Litio AND trastorno bipolar	7	2	14,25

Tabla 3. Cuiden

BASE DE DATOS: CLINICAL KEY			
Descriptores	Nº artículos	Artículos seleccionados	Nº de referencia en la bibliografía
Trastorno bipolar	158	2	2,6

Tabla 4. Clinical Key

BASE DE DATOS: SCIELO			
Descriptores	Nº artículos	Artículos seleccionados	Nº de referencia en la bibliografía
Litio AND intoxicación	2	1	10

Tabla 5. SciELO

BASE DE DATOS: PUBMED			
Descriptores	Nº artículos	Artículos seleccionados	Nº de referencia en la bibliografía
Bipolar disorder AND nursing evidence	18	1	20
Bipolar disorder AND psychoeducation	306	1	21

Tabla 6. Pubmed

BASE DE DATOS: DIALNET			
Descriptores	Nº artículos	Artículos seleccionados	Nº de referencia en la bibliografía
Trastorno bipolar AND enfermería	14	1	17

Tabla 7. Dialnet

BASE DE DATOS: SCIENCE DIRECT			
Descriptor	Nº artículos	Artículos seleccionados	Nº de referencia en la bibliografía
Trastorno bipolar	16	1	3

Tabla 8. Science Direct

No obstante, además de las consultas en las bases de datos, se accedió a Google Académico, buscador especializado de Internet. También se han consultado revistas electrónicas de enfermería y psiquiatría, manuales de enfermería en salud mental y de trastornos mentales, guías de práctica clínica de distintas comunidades, página oficial de la OMS y páginas de psicología y psiquiatría.

La búsqueda se realizó desde Marzo a Junio de 2017, seleccionando aquellos documentos que informasen sobre las actuaciones que existen por parte de enfermería para los pacientes bipolares, así como datos epidemiológicos y posibles tratamientos, publicados tanto en idioma español como inglés. Los excluidos fueron aquellos artículos que por su contenido no resultaban acordes a la finalidad del trabajo.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica de los distintos tipos de Intervenciones, los cuidados de enfermería van dirigidos a:

- El tratamiento con Litio
- La psicoeducación como complemento del tratamiento farmacológico
- La adherencia al tratamiento

a) Tratamiento con Carbonato de Litio.

Para el tratamiento del TB el fármaco de elección es el Litio. Los artículos revisados exponen que es intervención enfermera el manejo frente al tratamiento con litio en un paciente bipolar, pero la labor de enfermería no se tiene que limitar solo a la administración del fármaco, sino que se deben realizar una serie de intervenciones que favorezcan la adquisición de conocimientos por parte del paciente para evitar los efectos adversos, las intoxicaciones o la falta de actividad terapéutica por no alcanzar los niveles plasmáticos óptimos. ⁽¹⁴⁾

Los objetivos que se propone enfermería ante este tratamiento son conseguir la estabilidad del estado de ánimo a través del correcto tratamiento, fomentar la adherencia al tratamiento y detectar su incumplimiento, prevenir una intoxicación, valorar los efectos secundarios (diarreas, temblor de manos, polidipsia y poliuria, hipotiroidismo), evaluar el estado de ánimo y educar al paciente y familia sobre el tratamiento. ⁽¹⁵⁾

El personal de enfermería es quien debe dar una serie de consejos y precauciones que conlleva la toma del fármaco como son: seguir una dieta normosódica e ingerir abundantes líquidos, realizar ejercicio físico, evitar tomar alcohol y cafeína, evitar el embarazo ya que atraviesa la barrera placentaria, no debe tomarse en los tres primeros meses de gestación y evitar la lactancia, entre otras. ⁽¹⁴⁾

En la intervención ante un paciente en tratamiento con litio se utiliza el proceso de atención de enfermería (PAE) y el principal diagnóstico de enfermería utilizado sería el siguiente:

NANDA: Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078).

NOC: Conocimiento. Medicación (1808), Conocimiento. Proceso de enfermedad (1803), Seguridad (1809).

NIC: Enseñanza: medicamentos prescritos (5616), Enseñanza: individual (5606) (anexo I).

Revisada esta intervención se puede concluir que es importante informar del riesgo que conlleva el tratamiento con litio, concienciar a los profesionales de enfermería en la enseñanza como intervención enfermera y que utilizar la metodología

enfermera, repercute beneficiosamente para que los pacientes hagan una descripción de los efectos indeseables, precauciones, y administración correcta del fármaco. Lo cual conllevará a un aumento de la adherencia al tratamiento, evitando así recaídas y reingresos, con un manejo del medicamento por parte del paciente de forma correcta y segura.

b) Psicoeducación

Entre los distintos abordajes psicoterapéuticos que se han realizado en el trastorno bipolar uno de los más utilizados y que paulatinamente va demostrando su eficacia es la psicoeducación.

La Psicoeducación va más allá de la simple información, ofrece a las personas con TB un enfoque teórico y práctico hacia la comprensión y manejo de las consecuencias de la enfermedad y les permite colaborar de forma activa y participativa en algunos aspectos de su tratamiento. Se diferencia de la educación estándar porque trata también las reacciones emocionales de los pacientes hacia la propia información, fomentan el cumplimiento terapéutico del paciente, previene recidivas, permite el entrenamiento en habilidades e incluye estrategias orientadas a reforzar el funcionamiento social y laboral. ⁽¹⁶⁾

V. Martínez y cols llevaron a cabo la implementación de un programa psicoeducativo de 21 sesiones semanales de 60 minutos cada una (anexo II), con el objetivo de determinar si las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera mejorarían la capacidad de afrontamiento a las actividades de la vida diaria de los pacientes con TB. Este programa psicoeducativo, se basa en el modelo mejor validado en los últimos años como es el propuesto por Colom y Vieta, estos autores proponen un programa psicoeducativo de grupo para que los pacientes eutímicos comprendan y se enfrenten a las consecuencias de la enfermedad con las herramientas teóricas y prácticas. También fomentan la adherencia al tratamiento, la capacidad de detectar signos prodómicos y promover la importancia de asumir una forma ordenada y un estilo de vida saludable. ⁽¹⁶⁾

Los resultados confirman que la utilidad de la psicoterapia en la mejoría de la evolución de los pacientes bipolares es incuestionable y que los profesionales de enfermería deben ofrecer a los pacientes el mejor tratamiento disponible, siendo la psicoeducación el más efectivo y fácil de usar.

La psicoeducación también pretende potenciar la colaboración activa entre los pacientes y sus familiares en el tratamiento del trastorno, ya que cuando los familiares de pacientes bipolares están correctamente informados acerca de la enfermedad, son ellos quienes detectan habitualmente las primeras señales de recaída y quienes se responsabilizan del paciente si éste no tiene conciencia de enfermedad. ⁽¹⁷⁾

V. Ibañez propone la utilización del cine, con proyección de películas que reflejan una representación juiciosa del trastorno afectivo bipolar, como una herramienta del programa psicoeducativo compuesto por las intervenciones de la enfermera para la atención a familiares de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar (anexo III). A través de la respuesta emocional y educativa que genera la película y mediante la identificación del familiar espectador con los protagonistas de la misma, se pretende mejorar el proceso de aprendizaje y el grado de satisfacción del usuario ante la intervención enfermera realizada. Además, con la mejora del proceso de aprendizaje es posible que se establezcan estilos de conducta adecuados dentro de la familia. Con todo ello, se optimizaría la resolución de los diagnósticos enfermeros que presentan estos familiares y que están relacionados con la falta de conocimientos acerca de la patología, se mejoraría el clima familiar y las estrategias de afrontamiento de la familia, con lo que previsiblemente se reduciría el número de recaídas del paciente. ⁽¹⁷⁾

A pesar de utilizar el cine como herramienta didáctica enfermera, no está demostrada su efectividad, por lo que en este artículo se propone llevar a cabo una investigación de tipo experimental, mediante un ensayo clínico aleatorio con el que se podría verificar si el programa de atención de enfermería propuesto aumenta los niveles de conocimiento de los familiares afectos de trastorno bipolar y/o mejora el clima familiar y/o se establecen estrategias de afrontamiento afectivas. El diseño cuasiexperimental permitiría valorar la efectividad del programa psicoeducativo de enfermería y del cine como herramienta didáctica. ⁽¹⁷⁾

Desde el punto de vista de enfermería y según la NANDA en pacientes con TB se pueden identificar diversos diagnósticos enfermeros como son:

riesgo de suicidio (00150) y deterioro del patrón del sueño (00095), diagnósticos que con un programa de psicoeducación se pueden abordar de forma más explícita.

Debido a la alta incidencia de suicidio que se produce en este trastorno, surge la necesidad de ayudar a los pacientes a detectar los momentos que les podrían llevar a realizar alguna tentativa autolítica. ⁽¹⁸⁾

En la Unidad de Salud Mental comunitaria del área sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla, se llevó a cabo un estudio a través de un diseño cuasiexperimental con grupo control, longitudinal y prospectivo, realizado por la enfermera junto otros profesionales, para prevenir el suicidio en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar. Donde la variable independiente estudiada fue un grupo de psicoeducación y las variables dependientes analizadas fueron el nivel de calidad de vida, episodios recurrentes de la enfermedad, tasa de hospitalización del paciente, tasa de incidencia de intentos de suicidio, adherencia al tratamiento farmacológico y tasa de ideación autolítica.

El programa psicoeducativo (anexo IV) consta de 12 sesiones de 90 minutos cada una y se realizan con una periodicidad semanal, desarrollándose en tres fases:

- Primera: Educación sanitaria para que la persona adquiera conciencia de la situación actual y conocimiento de sí mismo.
- Segunda: Conocimiento de un estilo de vida saludable y la adquisición de conductas que favorezcan la salud.
- Tercera: Análisis de los recursos para afrontar situaciones críticas. Se trabajan técnicas de resolución de problemas, de activación conductual y de relajación-respiración.

Gracias al programa de psicoeducación se consigue que los pacientes bipolares tengan un mejor conocimiento de su enfermedad, de la medicación prescrita y de las características de la misma. Con esto se puede prolongar la calidad de vida de los pacientes y prevenir la aparición de recaídas o brotes que suponen un deterioro importante para el paciente, además de paliar muchas de las consecuencias de esta enfermedad, en concreto, las ideas e intentos autolíticos. ⁽¹⁸⁾

El sueño y la manía bipolar están relacionados en los siguientes aspectos: la necesidad disminuida del sueño es un marcador del estado maníaco; la privación del sueño es una causa de la manía y puede ser un agente etiológico en maníacos; el tiempo de sueño total es un calculador de los episodios maníacos futuros; y el tiempo de sueño total puede ser un marcador de la respuesta al tratamiento. ⁽¹⁹⁾

Para cubrir estas alteraciones, la psicoeducación también es efectiva en el deterioro del patrón del sueño en estos pacientes.

La enfermera especialista en salud mental propone una intervención sobre los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Salud Mental del Hospital Universitario de Nuestra Señora de Valme, con trastorno afectivo bipolar con alteración del patrón del sueño, aplicable desde la 1ª semana de ingreso, y realiza una identificación y seguimiento a fin comparar resultados de prevalencia del grupo experimental sobre el grupo control y sobre otros datos publicados, permitiendo evaluar la eficacia de dicha intervención. ⁽¹⁹⁾

A través de un estudio cuasi experimental se valoró la efectividad del plan de cuidados, la variable independiente estudiada fue el NIC: Mejorar el sueño, y las variables dependientes fueron el sueño, la necesidad de reposo y sueño, los factores que dificultan el descanso y sueño, crisis en el TB, horas de sueño y descanso nocturno durante la hospitalización, nº de recaídas y la alteración en el patrón del sueño.

Tras la valoración de ingreso se inicia la intervención de enfermería con un programa psicoeducativo de 7 sesiones individuales y grupales de una hora de duración, para mejorar la calidad del sueño (anexo V).

En las intervenciones para abordar la alteración del sueño, se describieron beneficios en cuanto a la calidad y cantidad del sueño mediante cambios en los hábitos higiénicos y hábitos de vida en personas con trastorno del sueño, así como la aplicación de un programa de enfermería para el autocuidado, que incluye medidas de higiene del sueño y relajación, obtuvo una mejoría en la calidad del sueño percibida en un 80% de los pacientes incluidos en el mencionado programa. Se puede confirmar que la psicoterapia usada en el trastorno bipolar utiliza los componentes de psicoeducación que actúan en la identificación de los síntomas prodrómicos (alteración del sueño) y la importancia de la regularidad de la forma de vida, incluyendo la estabilización del ritmo sueño-vigilia. ⁽¹⁹⁾

Según los autores Crowe y cols el tratamiento farmacológico para tratar un trastorno bipolar es insuficiente debido a las altas tasas de no adhesión, afirman que la psicoeducación es una pieza fundamental en el tratamiento de estos pacientes y aconsejan que el personal que la lleve a cabo sea enfermería, ya que son los profesionales sanitarios que más tiempo pasan con el paciente y por lo tanto quiénes tienen un mayor vínculo con este. ⁽²⁰⁾

Según los autores el manual más efectivo y adecuado para las enfermeras que llevan a cabo la psicoeducación en estos pacientes, es el de Colom y Vieta en el año 2006. La intervención descrita en el manual recomienda una duración de 21 sesiones repartidas en 1 año, las sesiones deberían durar una hora y media aproximadamente. En el manual se recomienda que el grupo de pacientes no sea superior a 14 y que estos lleven en fase de eutimia seis meses como mínimo. Esta intervención esta descrita para ser llevada a cabo por enfermeras especializadas en salud mental y consiguió una reducción de las recaídas, una mejor conciencia de la enfermedad en los pacientes a los que se les realizó. ⁽²⁰⁾

Rouget y cols. en su revisión sistemática sobre la psicoeducación en los trastornos bipolares también afirman que el personal de enfermería tiene las herramientas necesarias para llevar a cabo la psicoeducación, utilizada sola o como complemento de otras intervenciones. Las evidencias disponibles señalan que las intervenciones psicosociales asociadas a la psicofarmacología, contribuyen a mejorar la adherencia terapéutica, reducen las recaídas, las hospitalizaciones y mejoran el funcionamiento familiar, ocupacional y social del paciente con trastorno bipolar. ⁽²¹⁾

Un estudio realizado en la UHB de psiquiatría del Hospital universitario de Móstoles sustenta que el nº de reingresos en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar es mucho más bajo que en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide o depresión, ya los pacientes bipolares son los que más conciencia de enfermedad tienen por lo tanto es más fácil trabajar con ellos. Se puede afirmar que la psicoeducación es la herramienta ideal para disminuir el nº de reingresos hospitalarios. En el estudio se realizó psicoeducación cuando el paciente estaba en fase eutímica o cuando presentaba síntomas subsindrómicos. ⁽²²⁾

La enfermera especialista en salud mental, está capacitada para intervenir en programas psicoeducativos grupales a través de la inteligencia emocional con el fin de mejorar las aptitudes personales (autoconciencia, autocontrol, automotivación), y las aptitudes sociales (empatía y habilidades sociales) de los pacientes con TB. Con esta intervención se consiguen estrategias y recursos personales que hacen capaz a una persona con TB de comprender y manejar los estados afectivos logrando una mejor adaptación psicológica y social, mejorando con ello su calidad de vida. ⁽²³⁾

Algunos de los déficits que poseen los pacientes bipolares son dificultades en el área laboral y en las relaciones interpersonales, falta de asertividad, dificultad para ejecutar las habilidades que poseen y falta de confianza en sí mismos. Todas estas alteraciones funcionales repercuten en la calidad de vida, incluso si el paciente está eutímico. ⁽²³⁾

En el Centro de Salud Mental de la Malvarrosa se llevó a cabo un estudio experimental con intervención en grupo único con medición pre-test/post-test dirigido a pacientes entre 15 y 24 años diagnosticados de TB. El instrumento de medida fue la escala TMMS-24 de inteligencia emocional (anexo VI) y el cuestionario de calidad de vida.

El programa fue dividido en 3 fases con una duración total de 7 meses:

- Fase primera (3 meses): previa al inicio del programa, tiene lugar la recogida de información y planificación: selección de pacientes por muestreo según criterios de inclusión, escala TMMS-24 en la 1ª visita, explicación del programa y entrega del consentimiento informado en la 2ª visita, y valoración por patrones funcionales y cuestionario de calidad de vida en la 3ª visita. Por último, formación de grupos.
- Fase segunda (3 meses): se lleva a cabo el desarrollo del programa psicoeducativo “La IE como herramienta de ayuda para el TB” de 12 sesiones, una por semana, de 90 minutos de duración. (anexo VII)
- Fase tercera (1 mes): Entrega de escalas, corrección y evaluación de resultados.

Tras la intervención psicoeducativa se espera que los pacientes con TB sean capaces de manejar y controlar sus estados emocionales internos, asumiendo de forma progresiva una mayor responsabilidad en sus propios actos y reacciones

creando con ello mayor sensación de seguridad y autocontrol, lo que les generará una mayor motivación con la que se sentirán más preparados para emprender nuevas relaciones interpersonales.

c) Adherencia al tratamiento

La interacción y el grado de comunicación que mantenga la enfermera con el paciente bipolar es muy valiosa. Esta relación implica un ejercicio interpersonal fundamental en el tratamiento de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento. Cuando esta relación es óptima, los pacientes adoptan una actitud diferente ante los tratamientos terapéuticos, pues tienen una adherencia significativa dado el apoyo de enfermería y de trabajo social. Así mismo, el cumplimiento mejora, en relación con la confianza que se pueda transmitir y con las capacidades y conocimientos que se posee. Además de ser atenta, la enfermera debe ser amigable y accesible y mostrarse interesada. ⁽²⁴⁾

La comunicación no verbal, el contacto ocular, la sonrisa, la adopción de posturas abiertas, los gestos, las actitudes y la entonación son factores que influyen significativamente en el mantenimiento de la relación terapéutica, e indirectamente en el cumplimiento de las prescripciones. La información debe ser suministrada en forma sencilla para el paciente y la familia, ha de ser de interés y ellos han de estar preparados para asimilarla y comprenderla. ⁽²⁴⁾

Además, la educación sanitaria llevada a cabo tanto al paciente como a sus familiares realizada por la enfermera, contribuye a la adherencia al tratamiento al disminuir los efectos indeseables y al aumentar la sensación de control por parte del paciente. ⁽¹⁴⁾

Las estrategias de manejo para lograr la adhesión al tratamiento son ⁽²⁴⁾:

– Mejorar la formación y mantener una capacitación continua al personal de salud implicado en el manejo de los psicofármacos. Esto permite un mejor manejo clínico de la contratransferencia, facilita la no interferencia de prejuicios y asegura la disminución de los errores clínicos.

- Incluir programas psicoeducativos para el paciente y la familia, donde se determinen unos objetivos claros y una metodología acorde con las necesidades y circunstancias.
- Prevenir y anticipar la probabilidad del abandono. Para ello es necesario determinar las creencias y evaluar los factores de riesgo personales, institucionales y sociales que puedan influir.
- Fomentar una adecuada y constante relación terapéutica, a través de entrenamientos, determinación de perfiles de enfermería y disminución de la rotación de personal.
- Evaluar la contención y el apoyo familiar, para que tome un papel activo en el proceso terapéutico.

La adherencia farmacológica es condición especial para que el paciente con TB pueda responder de forma satisfactoria al tratamiento. Diversos factores, contribuyen a una falta de incumplimiento terapéutico, destacando el déficit de conocimientos sobre los medicamentos, por lo tanto, el nivel de conocimiento de los pacientes debe ser identificado en la planificación de acciones de enfermería para optimizar el tratamiento. ⁽²⁵⁾

En el estudio realizado a pacientes diagnosticados de TB con tratamiento continuo de litio se evaluó la farmacoterapia prescrita, la adherencia farmacológica, el grado de conocimiento referente al n^o, dosis y frecuencia de las medicaciones prescritas, y el número de litemias realizadas por año en el servicio de salud mental, donde se realizó dicho estudio.

Muchos de estos pacientes eran sometidos a regímenes terapéuticos complejos, tenían conocimiento restringido sobre los fármacos prescritos, especialmente en lo que se refiere a la dosis y presentaban baja adherencia al tratamiento farmacológico. En ninguno de los participantes del estudio, fue alcanzada la proporción mínima de litemias por año descrita por la literatura para el tratamiento de mantenimiento con litio. ⁽²⁵⁾

La adherencia al tratamiento del paciente depende de si sigue las recomendaciones de los profesionales de la salud, y una mala adherencia está asociada a peor pronóstico, elevadas tasas de recaídas, hospitalizaciones y suicidio. Además, la falta de conocimiento sobre la dosis de los fármacos puede

facilitar la ineficacia del tratamiento por la utilización de los medicamentos por debajo de los niveles terapéuticos y puede elevar el riesgo de toxicidad, especialmente cuando se trata del litio que es un fármaco con estrecho margen terapéutico y efectos tóxicos graves. De este modo, se considera que el nivel de conocimiento sobre el fármaco está relacionado con mayor adherencia y menor riesgo de toxicidad. ⁽²⁵⁾

DISCUSIÓN

Actualmente el papel de enfermería es esencial en este trastorno mental porque los enfermeros tienen que ejercer como coordinadores de los cuidados que van a acompañar al paciente a lo largo de toda su vida, procurando mantener el autocuidado o rehabilitarlo cuando esta tienda a deteriorarse. Las enfermeras/os deben actuar durante los momentos de descompensación, tanto por exceso de ánimo (manía) como por falta (depresión), y los cuidados que tienen que poner en práctica van a ir dirigidos al control de síntomas y sobre todo a retomar una rutina de autocuidado que permita a la mente organizarse en tiempo y espacio para así contribuir a la recuperación.

Teniendo en cuenta que más de la mitad de los pacientes con trastorno bipolar presentan problemas de adherencia y un alto porcentaje de abandonos del tratamiento farmacológico, se hace patente que las repercusiones en la evolución de la enfermedad como las recaídas, disminución de la calidad de vida de los pacientes, aparición de los síntomas e intentos y actos autolíticos hacen de gran importancia no sólo la toma del tratamiento, sino las intervenciones de enfermería para hacer frente a las conductas y aptitudes ante el trastorno, las expectativas ante la enfermedad y favorecer la inclusión en el abordaje terapéutico de los familiares en su entorno social. Para ello es esencial unos cuidados basados en estimular la alianza terapéutica con el paciente que le ayude a conseguir conciencia de la enfermedad, mantener una buena adherencia al tratamiento y establecer una escucha empática donde pueda expresar sus emociones.

A pesar del avance científico el trastorno bipolar sigue siendo un estigma social, por esta razón, es importante seguir trabajando en un futuro, y avanzar en el

conocimiento y la mejora de los cuidados de enfermería sobre los pacientes bipolares, para mejorar su rehabilitación y disminuir la carga que conlleva sobre el paciente, su familia y la sociedad.

7. CONCLUSIONES

- El Trastorno bipolar es una patología crónica, severa e incapacitante que con frecuencia se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad.
- Mediante unas correctas actuaciones se mejora la calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad, siendo el tratamiento más eficaz la combinación de fármacos y psicoeducación.
- La implicación de la enfermera es esencial en el seguimiento y control del paciente, así como en la intervención para mejorar la adherencia terapéutica mediante estrategias y psicoeducación.
- La psicoeducación delegada en enfermería es efectiva en la prevención de recaídas y en la reducción del número de reingresos
- Las intervenciones de Enfermería también deben dirigirse a la familia del paciente, mediante programas de psicoeducación. Ya que la implicación de éstos en el proceso terapéutico fomenta la rehabilitación del enfermo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH / AEN. [Internet] 2012 [acceso 27 Febrero 2017] Disponible en: http://www.aeesme.org/wpcontent/uploads/docs/GPC_510_Trastorno_Bipolar_Ministerio.pdf_1
2. C. García-Blanco A. Sierra P, Livianos L. Nosología, Epidemiología y Etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. Psiquiatría Biológica [revista en internet] 2014 [acceso 12 Marzo 2017]; 21(3):89-94. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-nosologia-epidemiologia-etiotopogenia-del-trastorno-S1134593414000670?referer=buscador>
3. Bordas Reig R, Trastorno bipolar. FMC [revista en internet] 2013 [acceso 28 Marzo 2017]; 20(10):565-72. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/11342072/20>
4. Goikolea JM, Valentí M. Actualización del tratamiento del trastorno bipolar. Salud Mental en Atención primaria. Jano [revista en internet]. 2008 [acceso 12 Marzo]; 1714: 31-34. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/31/00310034_LR.pdf
5. Bellido Mainar JR, Sanz Valer Patricia. Buenas prácticas. El cuidado y la promoción de la autonomía personal en el trastorno bipolar. Manual para el cuidador [Internet]. Aragón: Gobierno de Aragón, departamento de servicios sociales y familia, 2013 [acceso 26 Febrero 2017] Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBie>

[nestarSocialFamilia/BienestarSocialFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/005.GUIA_BIPOLAR_.pdf](#)

6. Kemp DE et al. Enfermedades físicas y uso de sustancias comórbidas en el trastorno bipolar. *Psiquiatría Biológica* [revista en internet] 2010 [acceso 12 marzo 2017]; 17 (4):127-133. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-enfermedades-fisicas-uso-sustancias-comorbidas-S1134593410000631>
7. Torrens Mélich M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol* [revista en internet] 2008 [acceso 12 Marzo 2017]; 20 (4):315-320. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255/244>
8. Tondo L. El tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar. *Psicodebate* [revista en internet] 2014 [acceso 26 Febrero 2017], 14 (2): 83-100. Disponible en: <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/350>
9. Vieta E, Valentí M, Undurraga J. Limitaciones de los tratamientos tradicionales del trastorno bipolar. En: Vieta E. *Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar*. Madrid: Médica Panamericana; [Internet] 2014 [acceso 20 Marzo 2017] p.1-10. Disponible en: <http://www.herrerobooks.com/pdf/pan/9788498358216.pdf>
10. Domínguez LO, Medina OO, Cabrera SGA. Intoxicación con litio. *Anales de Medicina Interna* [revista en internet] 2006 [acceso 20 Marzo 2017] 23:441-445. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000900010
11. Lolich M, H. Vázquez GH, M. Álvarez LM, Tamayo JM. Intervenciones psicosociales en el trastorno bipolar: una revisión. *Actas españolas de*

psiquiatría [revista en Internet] 2012 [acceso 18 Marzo 2017]; 40 (2):84-92.
Disponible en:
<http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-84-92-211350.pdf>

12. Torres Collado L. Cuidados en el Trastorno Bipolar: Adherencia y complicaciones. Trabajo Fin de Grado. Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Almería. Almería 2013
13. Téllez Vargas J. Impulsividad y suicidio. Suicidio, Neurobiología, factores de riesgo y prevención. [revista en Internet] 2006 [acceso 15 Abril 2017]
Disponible en: <http://psiquiatriabiologica.esy.es/wp-content/uploads/2017/04/Combinar-resultado.pdf>
14. Marchena Sánchez C, López Sánchez O, Caballero Guerrero MJ, Delgado Fernández D. Seguridad en pacientes en tratamiento con carbonato de litio. Hygia de Enfermería [revista en internet] 2012 [acceso 5 junio 2017]; 80 (XIX):45-49. Disponible en:
<http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia80.pdf>
15. Caminero Luna P, Sardina Castelo C et al. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica. [Internet] Madrid: Consejería de Sanidad; 2011 [acceso 27 Marzo 2017] Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142701142689&language=es&pagename=ComunidadMadrid/Estructura
16. Martínez Cabello V, Quinta Aguza C, Cabello Fernández ME. Abordaje psicoeducativo de la enfermera especialista en salud mental en pacientes con trastorno afectivo bipolar. En: XV Congreso virtual de psiquiatria.com. Interpsiquis; [Internet] 2014 [acceso 2 Abril 2017] p.1-9. Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/14/40/16/14401697937698188277605453849057662057>

17. Ibáñez del Valle, V. El cine como herramienta didáctica para familiares de pacientes con trastorno bipolar. Metas de enfermería [revista en internet] 2007 [acceso 25 Abril 2017]; 10(9): 23-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2388880>
18. Jerez Barroso MR, Montes López AC, Pérez Blanco JM, Bahamonde García JM, Díaz Goicoechea M, Barrios Sánchez MJ. Efectividad de un programa de psicoeducación en pacientes con trastorno bipolar para prevenir el suicidio. Biblioteca Lascasas [Internet] 2013 [acceso 22 Mayo 2017]; 9(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0683.pdf>
19. Periañez Cordero MR, Jiménez Fuente B, Mera Domínguez S. Eficacia de la intervención de la enfermera especialista en salud mental en el deterioro del patrón del sueño en paciente con trastorno afectivo bipolar hospitalizado. Biblioteca Lascasas [Internet] 2011 [acceso 22 Mayo 2017]; 7 (3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0619.php>
20. Crowe M, Whitehead L, Wilson L, Carlyle D, O'Brien A, Inder M et al. Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder—A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. Int J Nurs Stud [revista en Internet] 2010 [acceso 11 Abril 2017]; 47(7): 896–908. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20233615>
21. Rouget BW, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literatura. J Affect Disord. [revista en internet] 2006 [acceso 11 Abril 2017]; 98(1-2):11-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16950516>
22. López Somolinos P, Cayón Gómez R, Romón Méndez M, Sánchez Torres S, Gutierrez Perez MA. La psicoeducación en el trastorno bipolar. UHB de psiquiatría. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. En: “Los espacios pedagógicos del cuidado” Vol. II: XXVI Congreso Nacional de Enfermería de

Salud Mental. 2009 [acceso 15 Junio 2017] p.103-116. Disponible en:
<https://es.scribd.com/document/227561848/Libro-63>

- 23.** Folgueral Martínez I. La inteligencia emocional como herramienta de ayuda en el trastorno bipolar. Programa psicoeducativo de enfermería especialista en salud mental. Investigación y Cuidados [revista en internet] 2010 [acceso 10 Junio 2017]; 8(17):27-36. Disponible en:
http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat4/pdf/revista_Invest_y_cuid_n17.pdf
- 24.** Pinilla Alarcón M. Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. Investigación en enfermería: Imágen y desarrollo [revista en internet] 2007 [acceso 11 abril 2017]; 9 (1): 37-50. Disponible en:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1585>
- 25.** Souza C, Vedana KGG, Mercedes BPC, Miasso AI. Trastorno bipolar y medicamentos: adhesión, conocimiento de los pacientes y monitorización sérica del carbonato de litio. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2013 [acceso 10 de Junio 2017]; 21 (2); [08 pantallas]. Disponible en:
<http://rlae.eerp.usp.br/index/search>

9. ANEXOS

ANEXO I. NIC: Criterio de intervenciones y actividades.

<p><u>NIC: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.</u> Definición: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos, y observar sus efectos.</p>	<p><u>NIC: 5606 Enseñanza: individual</u> Definición: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente</p>
<p>Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del litio</p>	<p>Establecer la credibilidad del educador</p>
<p>Informar al paciente nombre genérico y comercial</p>	<p>Establecer compenetración y determinar las necesidades de enseñanza del paciente</p>
<p>Informar al paciente acerca del propósito y acción del litio</p>	<p>Valorar las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas</p>
<p>Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos</p>	<p>Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (orientación, fatiga, dolor, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad)</p>
<p>Evaluar la capacidad del paciente para administrarse el medicamento él mismo</p>	<p>Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender, si procede</p>
<p>Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se olvida una dosis</p>	<p>Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.</p>
<p>Instruir al paciente sobre los criterios que han de utilizarse al decidir alterar la dosis/horario de la medicación, si procede.</p>	<p>Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas</p>
<p>Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.</p>	<p>Determinar la secuencia de presentación de la información</p>
<p>Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir), si procede.</p>	<p>Valorar el estilo de aprendizaje del paciente</p>
<p>Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos del litio.</p>	<p>Seleccionar los métodos/estrategias de enseñanza del paciente.</p>
<p>Enseñar al paciente a aliviar/prevenir ciertos efectos</p>	<p>Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades / incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.</p>
<p>Instruir al paciente sobre las acciones correctas</p>	<p>Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje,</p>

que debe tomar si se producen efectos secundarios.	según proceda.
Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosis	Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje.
Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos/comidas, si procede	Instruir al paciente, cuando corresponda
Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos	Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente
Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración	Reforzar la conducta, si se considera oportuno
Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios del litio	Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede.
Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito	Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
Recomendar al paciente llevar la documentación de régimen de medicación prescrita	Remitir al paciente a otros especialistas / centros para conseguir los objetivos de enseñanza, si es preciso.
Instruir al paciente sobre cómo conseguir las prescripciones, si procede.	Registrar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente de la información o las conductas del paciente que indiquen aprendizaje en el registro médico permanente.
Advertir al paciente de los riesgos asociados a la administración del medicamento caducados.	Incluir a la familia / ser querido, si es posible
Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.	
Incluir a la familia / ser querido, si procede	

ANEXO II. CONTENIDO DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN TAB

Bloque 1: Conciencia de Enfermedad

- Sesión 1. Introducción. Presentación y normas del grupo.
- Sesión 2. ¿Qué es la enfermedad bipolar?
- Sesión 3. Factores etiológicos y desencadenantes.
- Sesión 4. Síntomas: manía e hipomanía.
- Sesión 5. Síntomas: depresión y episodio mixto.
- Sesión 6. Curso y pronóstico.

Bloque 2: Adhesión Farmacológica

- Sesión 7. Tratamiento: estabilizadores del estado de ánimos.
- Sesión 8. Tratamiento: antimaníaco.
- Sesión 9. Tratamiento: antidepresivo.
- Sesión 10. Niveles plasmáticos de eutimizantes: litio, carbamazepina y valproato.
- Sesión 11. Embarazo y consejo genético.
- Sesión 12. Psicofarmacología versus terapias alternativas.
- Sesión 13. Riesgos asociados a la interrupción del tratamiento.

Bloque 3: Evitación del uso de sustancias

- Sesión 14. Sustancias psicoactivas: riesgo en la enfermedad bipolar.

Bloque 4: Detección precoz de nuevos episodios

- Sesión 15. Detección precoz de episodios maníacos e hipomaníacos.
- Sesión 16. Detección precoz de episodios depresivos y mixtos.
- Sesión 17. ¿Qué hacer cuando se detecta una nueva fase?

Bloque 5: Regularidad de hábitos y manejo del estrés

- Sesión 18. Regularidad de hábitos.
- Sesión 19. Técnicas para el control del estrés.
- Sesión 20. Estrategias de solución de problemas.

ANEXO III. DESARROLLO DEL PROGRAMA

El programa psicoeducativo está previsto que se desarrolle en tres fases:

1ª Fase. Evaluación Inicial

Se citará a los miembros de las familias que vayan a participar en el programa de forma individual en la consulta de Enfermería, donde se realizará una valoración inicial para detectar problemas relacionados con la falta o disminución de conocimientos acerca de la enfermedad, que pueden estar presentes en el entorno familiar del paciente diagnosticado de trastorno bipolar. Para la realización de esta primera evaluación utilizaremos las siguientes escalas propuestas por la NOC (en español, Clasificación de Resultados Enfermeros): Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803) y Afrontamiento de los problemas de la familia (2600). Por otro lado, también aplicaremos la Escala de Evaluación de Clima Social Familiar de Moos.

2ª Fase. Desarrollo del programa

Podemos distinguir dos tipos de intervenciones enfermeras en el programa:

- Grupales, donde se realizan actividades para el desarrollo de habilidades que serán comunes para todos los participantes.
- Individuales en consulta de Enfermería enfocadas a conseguir los objetivos marcados para cada miembro del grupo, mediante actividades más individualizadas para cada caso y encaminadas a superar dificultades personales.

Intervenciones grupales (sesiones 1-18)

Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos aproximadamente (exceptuando la sesión en la que se proyecta la película, la cual durará aproximadamente 2 horas y 30 minutos); los encuentros se realizarán una vez a la semana en el horario que se determine. Resulta práctico programar las sesiones a la hora de comer (14:00 horas o 14:30 horas) porque este horario permite que los familiares que están

trabajando o estudiando puedan acudir sin necesidad de pedir ningún tipo de permiso especial, lo que sin duda podría facilitar el cumplimiento.

Prácticamente todas las sesiones seguirán un mismo guion:

- Los primeros 15 o 20 minutos son considerados un período de calentamiento. Comenzando con una conversación informal, no necesariamente relacionada con el trastorno bipolar, y comentando con los miembros del grupo, por ejemplo, temas de actualidad, siempre tratando de mantener un tono amable y sincero, sin evitar hacer bromas, pero sin sentirse responsable de llevar el peso de la conversación. Pasados unos minutos se empieza haciendo propuestas de actividades que ya tengan que ver con el trabajo de psicoeducación propiamente dicho. Un primer trabajo sería una rueda, familiar por familiar, en la que invitamos, pero nunca forzamos a comentar si ha habido alguna incidencia relevante o algún cambio del estado de ánimo del enfermo durante la última semana. Si algún familiar comenta que se ha producido alguna variación, se le pide permiso para preguntarle al respecto y se valora hasta qué punto ésta nos parece relacionada con la patología; si la enfermera considera que cumple criterios de algún tipo de episodio o requiere medicación, cuando finalice la sesión le pedirá al familiar del paciente que le acompañe a la consulta para entrevistarle en profundidad y, si lo considera necesario, comunica al psiquiatra del paciente lo transmitido por su familiar. En esta fase, también se invita a los familiares de los pacientes a plantear cuestiones que hayan quedado pendientes en la sesión anterior o dudas que hayan surgido desde la semana pasada.
- Los 40 minutos siguientes se dedican a dar una clase o lección sobre el tema de la sesión, permitiendo que los asistentes intervengan libremente cuando lo consideren necesario e incluso animándoles a ello. En determinadas sesiones se realizan ejercicios por grupos, gráficos o ruedas de comentarios para asegurar la comprensión y la participación de todos los asistentes.

- La última media hora se dedica a discutir abiertamente el tema abordado en la sesión. La enfermera anima a los asistentes a participar y procura que ninguno de ellos monopolice la sesión.

Al final de cada sesión, se repartirá un breve resumen del material trabajado en cada sesión para que puedan consultarlo en cualquier momento, ya sea en el grupo o en su propio hogar.

Intervenciones individuales (sesiones 19-21)

Se realizarán en la consulta de Enfermería y tendrán una duración de entre 30-45 minutos cada una de ellas. La enfermera evaluará los objetivos que se han cumplido mediante el entrenamiento y los objetivos que aún no se han cumplido para trabajar sobre ellos.

3ª Fase. Evaluación Final

Se citará en la consulta de Enfermería a los familiares que hayan participado en el programa una vez concluidas las intervenciones para realizar una valoración enfermera y medir el grado de consecución de los objetivos establecidos. Estas evaluaciones serán realizadas mediante las escalas mencionadas anteriormente. Por otro lado, se realizará una nueva valoración enfermera para conocer el grado de consecución de los objetivos marcados individualmente.

ANEXO IV. PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA PREVENIR EL SUICIDIO

Primera sesión

Objetivo:

- Toma de contacto de los miembros del grupo
- Aprender la técnica de respiración controlada.

Contenido:

- Presentación de las enfermeras conductora y observadora del grupo, y de cada uno de sus integrantes, mediante una técnica grupal en la que, además, cada uno explica qué expectativas tiene acerca del grupo.

- Explicación de las normas del grupo (reglas de encuadre grupal): participación, confidencialidad, puntualidad, compromiso y respeto.
- Explicación de la metodología de la intervención y de las ventajas de la educación para la salud mental en grupo.
- Técnica de respiración controlada.

Segunda sesión

Objetivo:

- Facilitar una nueva visión del estado de ánimo tanto depresivo como maníaco, para identificar los comportamientos de evitación que ayudan a mantenerlo. Las fases maníacas o depresivas son una forma de estar y no una forma de ser, por lo tanto, se puede dejar de estar deprimido o maníaco.

Contenido:

- ¿Qué es el trastorno bipolar? Es necesario llegar a la definición del mismo a través de síntomas físicos y mentales (pensamientos)
- Consecuencias de estar deprimido/maníaco en las conductas y en los pensamientos
- Activación conductual ¿qué hacíamos antes que ahora no hacemos?, ¿qué conductas de evitación adoptamos? ¿qué tenemos más ganas de hacer cuando estamos maníacos?
- Identificar de qué manera estos síntomas interfieren en la realización de la vida diaria.

Tercera sesión

Objetivo:

- Iniciar la activación conductual

Contenido:

- Afrontamiento alternativo al estado de ánimo. A los pacientes, se les proporciona un cuaderno de actividad diaria y semanal, en el que tendrán que anotar aquellas actividades que realicen. También se les adjunta una hoja que llamamos “termómetro emocional” en la que el paciente, cada día, debe registrar su estado de ánimo.

Cuarta sesión

Objetivo:

- Tomar consciencia de la importancia del autocuidado. Cuidarse para avanzar.

Contenido:

- Alimentación y dieta equilibrada. Conceptos básicos sobre la necesidad de una buena alimentación y su repercusión en la salud y el bienestar de la persona.
- ¿Cómo establecer un buen hábito de sueño nocturno? Importancia del descanso para poder mantenerse activo durante todo el día.
- Educación para el correcto cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico prescrito. Efectos beneficiosos y posibles efectos adversos de los psicofármacos, y la importancia de una buena adherencia terapéutica.

Quinta y sexta sesión

Objetivo:

- Ayudar a los pacientes a identificar posibles problemas y/o conflictos que puedan generarle malestar psíquico.
- Ayudar a reconocer los recursos que tienen para hacer frente a las dificultades y mejorar el autocontrol de las propias emociones ante circunstancias negativas.

Contenido:

- Adiestramiento en la técnica de resolución de problemas. Orientación general hacia el problema. Definirlo. Buscar alternativas de solución. Valorar posibles alternativas con sus pros y contras. Escoger una alternativa y ponerla en práctica. Evaluar los resultados y si no son satisfactorios probar con otra alternativa de solución.

Séptima sesión

Objetivo:

- Tomar consciencia de la importancia de la autoimagen.
- Mejorar la autoimagen, la autoconfianza, la sensación de bienestar y, como consecuencia, la calidad de vida de los participantes.

Contenido:

- ¿cómo aumentar la autoestima? Identificar los puntos fuertes de cada paciente.

Octava sesión

Objetivo:

- Conocer y utilizar estrategias de comunicación que faciliten la asertividad.

Contenido:

- Saber identificar el estilo de comunicación asertiva
- Saber reaccionar positivamente
- Saber relacionarse efectivamente con los demás
- Aprender a decir no
- Actuar constructivamente en las situaciones de desacuerdo.

Novena sesión

Objetivo:

- Tomar consciencia del uso del tiempo (tareas y tiempos de la actividad diaria, tiempo para el ocio, recreo y disfrute del tiempo libre)

Contenido:

- Actividad física. Aprender a realizar ejercicio físico planificado y supervisado.
- La gestión del tiempo. Generar alternativas de actividades.
- Actividades diarias. Utilizar como herramientas la planificación, la priorización y la visión de conjunto de las situaciones del día a día.

Décima y undécima sesión

Objetivo:

- Aprender estrategias cognitivas, que les ayuden a identificar los pensamientos negativos irracionales característicos de los estados depresivos del TB.

Contenido:

- Identificación de pensamientos negativos y elaboración de otros más adaptativos.
- Saber clasificar los pensamientos y sus consecuencias
- Técnica de reestructuración cognitiva.

Duodécima sesión

Objetivo:

- Despedida de grupo y evaluación

Contenido:

- Retroalimentación entre participantes y enfermeras.

Terminado este periodo psicoeducativo, se evaluará a los 3 meses, la efectividad del programa y si se han cumplido los objetivos propuestos, así como valorar los intentos y las ideas autolíticas. Esta evaluación se llevará a cabo durante unos 2 meses. Pasados 5 meses de evaluación, se realizará otra vez una nueva evaluación con los mismos parámetros que se evaluaron la vez anterior. Por consiguiente, la duración total del estudio será de unos 15 meses.

ANEXO V. PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO

1ª SESIÓN: Conocer ciclo sueño/vigilia del paciente y educación para la salud sobre la fisiología del sueño y la importancia de un sueño adecuado.

2ª SESIÓN: Relación del trastorno afectivo bipolar y el sueño.

3ª SESIÓN: Determinar los factores que dificulta un buen descanso nocturno. Ajustes en el ambiente.

4ª SESIÓN: Determinar los efectos de la medicación en el sueño del paciente.

5ª SESIÓN: Educación para la salud sobre hábitos higiénicos para un sueño adecuado.

6ª SESIÓN: Agrupación de actividades y ejercicio físico. Siesta.

7ª SESIÓN: Técnicas de relajación. Importancia para mejorar el descanso nocturno.

ANEXO VI. TMMS-24

Instrucciones

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5

23.	Tengo mucha energía cuando siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

La TMMS -24 está basada en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional. En la tabla 1 se muestran los tres componentes.

Tabla 1. Componentes de la IE en el test.

	Definición
Atención	Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada
Claridad	Comprendo bien mis estados
Reparación	Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente

Evaluación

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor *atención emocional*, los ítems del 9 al 16 para el factor *claridad emocional* y del 17 al 24 para el factor *reparación de las emociones*. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.

Recuerde que la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que haya sido al responder a las preguntas.

Atención

Puntuaciones Hombres	Puntuaciones Mujeres
----------------------	----------------------

<p>Debe mejorar su atención: presta poca atención</p> <p>< 21</p>	<p>Debe mejorar su atención: presta poca atención</p> <p>< 24</p>
<p>Adecuada atención</p> <p>22 a 32</p>	<p>Adecuada atención</p> <p>25 a 35</p>
<p>Debe mejorar su atención: presta demasiada atención</p> <p>> 35</p>	<p>Debe mejorar su atención: presta demasiada atención</p> <p>> 36</p>

Claridad

Puntuaciones Hombres	Puntuaciones Mujeres
<p>Debe mejorar su claridad</p> <p>< 25</p>	<p>Debe mejorar su claridad</p> <p>< 23</p>
<p>Adecuada claridad</p> <p>26 a 35</p>	<p>Adecuada claridad</p> <p>24 a 34</p>
<p>Excelente claridad</p> <p>> 36</p>	<p>Excelente claridad</p> <p>> 35</p>

Reparación

Puntuaciones Hombres	Puntuaciones Mujeres
<p>Debe mejorar su reparación</p> <p>< 23</p>	<p>Debe mejorar su reparación</p> <p>< 23</p>
<p>Adecuada reparación</p> <p>24 a 35</p>	<p>Adecuada reparación</p> <p>24 a 34</p>

Excelente reparación > 36	Excelente claridad > 35
------------------------------	----------------------------

ANEXO VII. PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

SESIÓN 2. LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES

1. Saludo y recordatorio

- Repaso de la sesión anterior y aclaración de dudas.

2. Las emociones básicas:

- Los participantes explicarán que entienden por emoción, se irán anotando las ideas en la pizarra, posteriormente se aclararán los conceptos.

Actividad: cada participante tendrá que decir una situación en la que vivió cada una de las emociones básicas (alegría, afecto, miedo, ira y tristeza), se anotarán en la pizarra. Después se analizarán las situaciones.

3. La expresión de la emoción

- Se explicará el estudio de expresión facial de las emociones de Ekman, y tendrán que identificar en cada rostro la emoción básica que expresa.



4. Efecto espejo

- Explicaremos la importancia que tiene que seamos conscientes del efecto del lenguaje no verbal en las emociones de los demás, mediante; **Actividad:** de contagio emocional.

5. Liberar tus emociones

- Cada participante cogerá un folio y responderá a las siguientes preguntas:

- ¿Puede decir cuál de las 5 emociones básicas te cuesta más expresar (alegría, afecto, miedo, tristeza, ira)?
- Escribe 10 razones que te motivan dicha emoción cuando eras niño (aunque te prohibieran pensarlo). Hazlo desde tu perspectiva adulta.
- Recuerda una situación en tu vida en la que viviste esa emoción con detalle y realismo: siéntela intensamente y amplíala al máximo.
- Enumera 10 situaciones cotidianas en las que puedes sentir dicha emoción básica ahora.
- Pensando en una de las situaciones anteriores ¿cómo te sientes cada vez que alguien o algo te provoca esa emoción?, anota 5 signos físicos y 5 cosas que dices mentalmente al sentir dicha emoción.
- ¿Puedes idear formas concretas de expresión de dicha emoción que sean aceptables y te descarguen? Anota 5 formas para practicarlas con otras personas y 5 para llevarlas a cabo solas.