




LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR

OCCUPATIONAL THERAPY IN BIPOLAR DISORDER.

María del Carmen Rodríguez Martínez¹ y Rosa María Moreno Sánchez².

View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you by  CORE

El trastorno bipolar cursa como una enfermedad crónica, es un trastorno mental grave, caracterizado por presentar episodios cíclicos extremos en el estado de ánimo. Esto lleva a la persona a experimentar una sintomatología diversa y variable, que altera el desarrollo normal de las actividades de la vida cotidiana, disminuyendo la calidad de vida de las personas que padecen este trastorno. El objetivo de esta revisión es conocer las intervenciones que puede llevar a cabo el Terapeuta Ocupacional en el trastorno bipolar, desde un enfoque psicosocial. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas de procedencia sanitaria: Cochrane Plus, Dialnet, LILACS y PubMed. Se identificaron 32 artículos, de los cuales se evalúan los 9 artículos que cumplen con los criterios de inclusión a través de la lectura crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme). Cabe destacar que los estudios existentes sobre el tratamiento del trastorno bipolar son limitados, las intervenciones psicológicas son tan eficaces como el uso de medicamentos en el tratamiento del trastorno depresivo mayor y pueden mejorar la eficacia de los medicamentos en el tratamiento del trastorno bipolar. Dentro de las intervenciones, la psicoterapia aporta beneficios en resultados sintomáticos y funcionales del trastorno bipolar. A través de la aplicación de distintas terapias, podemos intervenir en diferentes áreas ocupacionales de la vida de personas con trastorno mental. El tratamiento que genera mayor eficacia combina tratamientos farmacológicos, junto a terapias cognitivo- conductuales o psicosociales.

Palabras clave

Trastorno Bipolar, Terapia Ocupacional, intervención psicosocial

Abstract

Introduction: *Bipolar disorder attends as a chronic disease is a severe mental disorder, characterized by extreme cyclical episodes in the mood. For that reason, people experience diverse and variable symptoms, disrupting the normal development of activities of daily living, decreasing the quality of life of people with this disorder. The purpose of this revision is to determine the role of Occupational Therapy intervention in bipolar disorder, from a psychosocial approach. A literature review was carried out, using some scientific databases of healthcare: Cochrane, Dialnet, LILACS and PubMed.*

Thirty two articles were identified, of which 9 items that meet the criteria for inclusion through critical reading CASPe (Critical Appraisal Skills Programme) are evaluated. It is necessary consider that the studies on the treatment of bipolar disorder are limited, psychological interventions are as effective as the use of drugs in the treatment of major depressive disorder and can improve the efficacy of drugs in the treatment of bipolar disorder. With respect the intervention, Psychotherapy provides symptomatic and functional benefits of bipolar disorder. Through the application of different therapies, we can intervene in different occupational areas of life in people with mental disorders. The treatment produces more effective drug treatments combined, with cognitive or behavioral therapies.

Keywords

Bipolar disorder, Occupational Therapy, psychosocial intervention.

Recepcionado: 19/12/2016

Aceptado: 30/05/2017

¹ Terapeuta Ocupacional. Doctora en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga (España). c/ Arquitecto Francisco Peñalosa-Ampliación del Campus de Teatinos, 29071 Málaga. Tlf: +34951952887, email de correspondencia: marrodmar@uma.es

² Terapeuta Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga (España). c/ Arquitecto Francisco Peñalosa-Ampliación del Campus de Teatinos, 29071 Málaga. c/ Arquitecto Francisco Peñalosa-Ampliación del Campus de Teatinos, 29071 Málaga. Tlf: +34951952887



INTRODUCCIÓN

Definición del Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar se define como un trastorno mental grave y repetitivo, caracterizado por presentar episodios cíclicos de oscilaciones extremas y a menudo impredecibles en el estado de ánimo, con fases de manía o hipomanía, normalmente combinados con episodios depresivos (Aragónés et al., 2014).

Como base del trastorno bipolar podemos decir que existe una disfunción en la regulación del estado de ánimo, lo que lleva a la persona a experimentar una sintomatología diversa y extrema, experimentando picos elevados o decaídos, con diferente duración, lo que altera el comportamiento humano y el desarrollo normal de las actividades de la vida cotidiana, disminuyendo la calidad de vida de las personas que lo padecen, viéndose dañada de forma severa (Eberhard, 2004). En el DSM-5 y respecto a los trastornos bipolares desaparece el episodio mixto. *“Pasa a ser un especificador de curso. Se podrá aplicar tanto a los episodios depresivos del trastorno bipolar como a la depresión unipolar, y tanto a los episodios maníacos como a los hipomaníacos”* (De Dios et al., 2014).

Esta enfermedad además de afectar a la propia persona, perjudica seriamente en sus relaciones sociales de su entorno más cercano. Se trata de una enfermedad crónica que provoca grandes limitaciones en la funcionalidad de las personas que sufren este trastorno. (Bravo, Lahera, Lalucat & Fernández, 2013). La edad media del comienzo de este trastorno esta en torno a los 25 años, estas personas pueden llegar a experimentar una pérdida de 9 años en relación a su esperanza de vida (Eberhard, 2004).

El 42 % de las personas con este trastorno presentan comorbilidades. Principalmente se asocian otros trastornos de personalidad como son: obsesivo-compulsivo, límite, narcisista, evitativo, histriónico y antisocial (Guía de la práctica clínica, 2009). Un indicador de comorbilidad que se encuentra comúnmente en relación con el trastorno bipolar es el abuso de sustancias (Guía de práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012). El 70% de las personas con trastorno bipolar no reciben un diagnóstico correcto, aplazando una media de ocho años su diagnóstico médico (Guía de la práctica clínica, 2009). La ocupación influye de manera notoria en los efectos de una enfermedad o discapacidad (Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional, 2010). Para un correcto tratamiento, el trastorno bipolar necesita un abordaje integral, con la

combinación de fármacos y terapia psicosocial (Guía de práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Episodios del Trastorno bipolar.

Los episodios pueden especificarse como hipomaníacos, maníacos sin síntomas psicóticos, maníacos con síntomas psicóticos, depresivos leves o moderados, depresión grave sin síntomas psicóticos, depresión grave con síntomas psicóticos, mixtos o en remisión. La CIE-10 no incluye el trastorno bipolar II como una entidad diagnóstica aparte (Guía de práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Las personas que padecen el trastorno bipolar, pueden pasar deprimidos casi el 50% de su vida y el 11% con síntomas maníacos o hipomaníacos (Barbeito et al., 2014).

La presencia de ansiedad, es una característica a destacar en relación a los episodios producidos por este trastorno. Un aumento de ansiedad se corresponde con un mayor riesgo de suicidio, con una duración mayor del curso de la enfermedad, con una mayor estadística de falta de adherencia al tratamiento (Vázquez y Sanz, 2004). Por tanto, durante el proceso de intervención se debe tener en cuenta tanto la presencia como el nivel de gravedad que pueda generar la ansiedad en el trastorno bipolar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Abordajes terapéuticos aplicados en el trastorno bipolar

Tratamiento Farmacológico.

Para el tratamiento del Trastorno Bipolar desde Terapia Ocupacional, tenemos que tener en cuenta la fase en la que se encuentra el usuario. Para la fase depresiva, debemos valorar la sintomatología acompañante durante esta fase, ya descrita anteriormente. Un ejemplo sería el enlentecimiento psicomotor, deberemos dar instrucciones sencillas, dejando tiempo al usuario para que pueda obtener tiempo para responder (Crepeau, Cohn, Schell, Willard & Spackman, 2005).

Los objetivos principales para el tratamiento de un episodio agudo maníaco o depresivo, serán que la persona pueda regresar en la mayor brevedad de tiempo posible, a su nivel de funcionamiento normal previo, atenuando los síntomas que desencadenan estos episodios, para que remitan (Muñiz de la Torre, 2009).

Según Muñiz de la Torre (2009) el tratamiento de la depresión bipolar más utilizado en una situación Aguda sería:

- Litio, Anticonvulsivantes (lamotrigina, valproato, carbamazepina), Antipsicóticos Atípicos y Antidepresivos
- Muchas de las personas con trastorno bipolar, buscan en un principio un tratamiento efectivo contra la depresión, ya que este período depresivo se repite con mayor frecuencia entre estos usuarios y cursa con mayor gravedad. Para el tratamiento de la fase depresiva, se ha aprobado recientemente el uso de lurasidona (Bawa & Scarff, 2015).
- El tratamiento de la hipomanía o manía en una situación aguda según Muñiz de la Torre (2009) sería:
- Litio, Anticonvulsivantes, Antipsicóticos convencionales (Haloperidol, Clorpromazina), Antipsicóticos Atípicos y Benzodiazepinas (Lorazepam).

Tratamiento no Farmacológico

La labor del Terapeuta Ocupacional será ofrecer la información necesaria sobre el trastorno bipolar, para que la persona pueda entenderlo y enfrentarse de manera eficaz cuando sea necesario, promoviendo la comunicación, aumentando la adherencia al tratamiento farmacológico, enseñando estrategias de afrontamiento y solución de problemas (Gómez y Salvanés, 2003). De esta forma, se reduce el riesgo de suicidio y se mejora el funcionamiento social y ocupacional para obtener una mejor calidad de vida, promoviendo estilos de vida saludables y dentro de una cotidianidad en lo referido en sus actividades de la vida diaria básicas (Barbeito et al., 2014).

En la fase maníaca, el Terapeuta Ocupacional debe evitar el exceso de actividad, por motivos de seguridad, ya que el usuario no es consciente del grado de actividad física desempeñada (Crepeau et al., 2005). Las personas con trastorno bipolar sufren habituales recaídas, estos acontecimientos suceden frecuentemente cursando de forma crónica, presentando una sintomatología que queda patente, por lo que se origina dificultades a nivel social y laboral (Gómez, 2013). Por tanto, no solamente hay que tratar los episodios sintomáticos, sino que debería

existir un atención continua en el tratamiento de esta enfermedad (Muñiz de la Torre, 2009).

Se ha descubierto que la mejor solución para evitar que se produzcan recaídas y sintomatología característica de este trastorno, es combinar psicofármacos y terapia psicológica (Barbeito et al., 2014).

Como señala Silva Concha (2004), el modelo psicosocial se caracteriza por un conjunto de intervenciones dirigidas a la mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su integración, fomentando un funcionamiento lo mas autónomo, integrado e independiente. Si bien, el modelo psicosocial se articula a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad. Las intervenciones sobre el ambiente incluyen desde la psicoeducación hasta el asesoramiento a las familias. De hecho, uno de los tratamientos psicológicos con mayor éxito de aplicación sobre este trastorno es la Psicoeducación, dirigido tanto al usuario como a sus familiares (Barbeito et al., 2014).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General:

Conocer la intervención de Terapia Ocupacional en el trastorno bipolar.

Específicos:

Conocer qué aspectos interfieren en el desempeño de las áreas ocupacionales de personas diagnosticadas con trastorno bipolar.

Conocerlas diferentes terapias aplicadas al trastorno bipolar, desde un enfoque psicosocial.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas de procedencia sanitaria, recabando información actualizada sobre el trastorno bipolar. Se han utilizado varios documentos. Se han utilizado las bases de datos: Cochrane Plus, Pubmed, Dialnet



y LILACS de los artículos publicados hasta septiembre 2016, seleccionando las fechas de publicación de los últimos diez años (2006-2016), utilizando las siguientes palabras clave: Trastorno Bipolar, Terapia Ocupacional e intervención psicosocial.

Criterios inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Tipo de usuarios: se incluyen aquellos artículos que muestren a humanos, personas de edad adulta, mayores de 18 años, con diagnósticos primarios de ansiedad generalizada o de depresión mayor, y tipo de trastorno: Bipolar I, Bipolar II, o fase eutimia.

Tipos de intervención: todos aquellos artículos, que incluyen el modelo cognitivo- conductual.

Idiomas: exclusivamente los artículos científicos escritos en español e inglés.

Textos completos.

Tipos de estudios: revisiones sistemáticas, estudios de casos - controles y de cohortes.

Criterios de exclusión

Tipo de usuarios: se excluyen aquellas personas menores edad, no diagnosticadas con trastorno bipolar.

Tipo de estudio: todos los estudios de un caso único, revisiones históricas, tesis doctorales, consensos de expertos y reseñas.

Tipos de intervención: todos aquellos artículos que no guarden relación con la intervención de terapia ocupacional, desde la perspectiva de salud mental.

Artículos que incluyan a otros trastornos afectivos del estado de ánimo, viéndose el trastorno bipolar con ninguna o poca relevancia.

Cronología: no se incluyen artículos publicados con más de 10 años de antigüedad desde su edición y 15 para libros.

Tipo de estudio: no se tendrán en cuenta artículos de opinión, revisiones bibliográficas, ni cartas al director.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda y artículos incluidos en las diferentes bases de datos.

BASE DE DATOS	DESCRIPTORES	Nº DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS QUE CUMPLEN CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Cochrane Plus	Trastorno Bipolar y terapias	2	2
	Trastorno Bipolar y Terapia Ocupacional	0	0
	Trastorno Bipolar y tratamiento psicosocial	0	0
Dialnet	Trastorno Bipolar y terapias	8	1
	Trastorno Bipolar y Terapia Ocupacional	0	0
	Trastorno Bipolar y tratamiento psicosocial	4	1
Lilacs	Trastorno Bipolar y terapias	3	1
	Trastorno Bipolar y Terapia Ocupacional	1	0
	Trastorno Bipolar y tratamiento psicosocial	0	0
Pubmed	Bipolar disorder and therapies	10	3
	Bipolar disorder and occupational therapy	0	0
	Bipolar disorder and psychosocial intervention	6	1

Fuente: elaboración propia, 2016.



RESULTADOS

La validez de los resultados seleccionados se evaluó a través de la lectura crítica CASPe, evidencia sobre la eficacia clínica. Se analizan los 9 artículos finalmente seleccionados, los resultados obtenidos muestran en la tabla los niveles de evidencia en base al instrumento CASPe con la finalidad de obtener unos resultados visibles de cada uno de los artículos científicos escogidos.

A continuación se incluye una tabla resumen con los resultados, teniendo en cuenta el formato de la pregunta PICO

Tabla 2. Resumen de los artículos seleccionados. Fuente: elaboración propia: 2017

ARTÍCULO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	P.CASPE
Soares et al. (2007)	Determinar la efectividad clínica y el coste-efectividad de las intervenciones farmacológicas y / o psicosociales para la prevención de recaídas en personas con trastorno bipolar.	Se llevaron a cabo revisiones sistemáticas sobre la eficacia clínica y económica de los tratamientos.	Se realizó un análisis utilizando los métodos de comparación de tratamiento mixto (MTC) para permitir comparaciones indirectas que se harán entre los tratamientos. Un modelo económico de los tratamientos para la prevención de la recaída en el trastorno bipolar se desarrolló.	El mejor tratamiento para los usuarios bipolares I con síntomas depresivos fue principalmente el valproato, seguido de litio más imipramina. Para los usuarios bipolares I con síntomas maníacos principalmente, olanzapina fue el mejor tratamiento. La evidencia sugiere que la terapia cognitivo-conductual (TCC), en combinación con el tratamiento habitual, es eficaz para la prevención de recaídas.	7/8
Hollon & Ponniah (2010).	Conocer la efectividad de terapias psicológicas en trastornos del estado de ánimo. Diferenciar entre los efectos del tratamiento en la reducción de los síntomas agudos frente a la prevención de la recaída posterior en comparación a los medicamentos.	Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos PubMed y PsycINFO, para identificar (ECA) de las terapias psicológicas en trastornos del estado de ánimo. Los ensayos incluyeron a personas adultas con trastorno del estado de ánimo diagnosticado, asignados al azar a diferentes tratamientos, incluyendo una o más intervenciones psicosociales.	Los enfoques terapéuticos evaluados en los ensayos se clasificaron como dinámica (N = 17), interpersonal (N = 19), cognitivo-conductual (N = 64), de comportamiento (N = 22), experiencial-humanista (N = 6), marital / familiar o psico-educativo (N = 2).	En el trastorno bipolar, la terapia centrada en la familia y la TCC son posiblemente eficaces como complemento a la medicación en el tratamiento de la depresión.	8/8

ARTÍCULO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	P.CASPE
Jarman, Perron, Kilbourne y Teh, (2010).	Conocer la efectividad percibida en el tratamiento farmacológico y complementario entre pacientes veteranos con trastorno bipolar	Psicoterapia, tratamiento farmacológico y terapias complementarias	Asociación de la medicina complementaria y alternativa con tratamientos convencionales (psicótrofos y psicoterapias), y cumplimiento en el tratamiento médico en personas con trastorno bipolar.	Los usuarios que no perciben la psicoterapia como tratamiento eficaz para obtener un mejor funcionamiento social, usan mayor número de terapias alternativas. El cumplimiento de la medicación no se asoció significativamente con el uso de estas terapias alternativas. Las personas no satisfechas con el tratamiento médico mayormente utilizan terapias alternativas.	2/8
Miklowitz, D. J. (2010).	Estudiar las intervenciones psicoterapéuticas como coadyudantes a la farmacología en el trastorno bipolar, que son efectivas para estos usuarios y en qué intervalos.	Psicoeducación individual y en grupo, terapia familiar, cuidado sistemático, terapia interpersonal y terapia cognitivo conductual.	Terapias que reportan mayor efectividad en episodios agudos y en periodos de recuperación. Asimismo, se pretende comparar cuáles ofrecen mayor beneficio en la aplicabilidad de síntomas maníacos o depresivos.	La terapia familiar, interpersonal y el cuidado sistemático resultaron ser los más efectivos en la prevención de las recurrencias cuando se iniciaban tras un episodio agudo, mientras que la terapia cognitivo conductual y la psicoeducación en grupo parecieron ser más efectivas cuando se iniciaban durante un periodo de recuperación. Los programas psicoeducacionales individuales y de cuidado sistemático fueron más efectivos para los síntomas maníacos que para los depresivos, mientras la terapia familiar y la terapia cognitivo conductual fueron más efectivas para los síntomas depresivos.	7/8



ARTÍCULO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	P.CASPE
Van Lieshout & MacQueen (2010).	Comparar la eficacia, la aceptabilidad y la seguridad de la monoterapia con estabilizadores del estado de ánimo en combinación de un tratamiento antidepressivo en adultos con depresión bipolar aguda.	Revisión sistemática y meta-análisis de ensayos controlados aleatorios, doble ciego.	Se analizaron dieciocho estudios con un total de 4.105 participantes. La monoterapia estabilizador del estado de ánimo se asoció con mayores tasas de respuesta (riesgo relativo (RR) = 1,30; IC del 95%: 1,16 a 1,44, el número necesario a tratar (NNT) = 10; IC del 95%: 7-18) y la remisión (RR = 1,51, 95% CI 1,27 a 1,79, NNT = 8, 95% CI 5-14) con respecto al placebo.	La terapia de combinación no fue estadísticamente significativa frente a la monoterapia. El aumento de peso, el cambio y las tasas de suicidio no fue diferente entre los grupos. No se encontraron diferencias entre los medicamentos individuales o clases de fármacos para cualquier resultado.	5/8
Miró, MT et al., (2011)	Conocer el grado de eficacia en el mantenimiento de las mejoras logradas después de aplicar tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena para tratar ansiedad y depresión.	Se aplicó MBCT a los usuarios con depresión mayor remitida con dos o más episodios y a los sujetos con depresión unipolar y bipolar (con ideación suicida) remitida. Se utilizó MBSR a los participantes con trastornos de ansiedad y se intervino con DBT en las personas mayores con depresión mayor y al menos un trastorno de la personalidad.	Identificación de los estudios clínicos acerca de la implementación de terapias psicológicas basadas en la Atención Plena en personas con ansiedad y depresión. Se utilizó la MBSR en los casos de ansiedad, problemas físicos, y personas que siguen algún tipo de psicoterapia o consumen medicación y para poblaciones no clínicas. No hubo grupo de control.	Los tratamientos MBSR y MBCT ayudaron a mejorar el funcionamiento psicológico. El modelo MBCT se muestra eficaz a la hora de prevenir las recaídas en depresión, también es favorable en el tratamiento de síntomas afectivos residuales en usuarios depresivos resistentes al tratamiento.	8/8

ARTÍCULO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	P.CASPE
Miguélez-Pan, Pousa, Cobo & Duño (2014).	Conocer la relación existente entre los déficits de funciones cognitivas ejecutivas en la funcionalidad de los usuarios con Trastorno Bipolar Tipo I, incluso aquellos eutímicos.	Estudio descriptivo de corte transversal, se administró una batería de tests neuropsicológicos y ejecutivos. I.	muestra de 31 usuarios con trastorno bipolar I eutímicos y 25 adultos sanos.	los usuarios puntuaron peor en flexibilidad mental, implementación de planes, atención dividida y fluencia ($p < 0.05$). Mejores resultados en tareas de planificación, atención dividida y fluencia se asociaron con un mejor uso del tiempo libre, mayores competencias para vivir independientemente y disfrutar de una profesión compleja. Los déficits persistentes en las funciones ejecutivas en personas bipolares eutímicas pueden relacionarse con las dificultades que refieren en su ajuste personal y ocupacional.	9/10
Cakmak, Süt, Öztürk, Tamam & Bal, 2016).	Analizar los efectos de la intervención de Terapia Ocupacional y las intervenciones psicosociales en el funcionamiento individual y social de usuarios que están en tratamiento psiquiátrico	48 pacientes participaron en las actividades ocupacionales fueron incluidos en el grupo de estudio y 43 pacientes que no participaron en estas actividades fueron incluidos en el grupo control.	Se comparó grupo experimental con grupo control	Se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) en las actividades ocupacionales.	8/8



Como puede verse en los resultados, los estudios analizados presentaron puntuaciones por lo general alta, salvo el de Jarman, Perron, Kilbourne y Teh (2010), El estudio más actual corresponde al de Cakmak, Süt, Öztürk, Tamam & Bal, 2016). Dicho estudio es el único que evalúa la ocupación de manera significativa.

- MBCT (Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena)
- MBSR (reducción de estrés basado en la atención plena)
- DBT (terapia conductual dialéctica)
- TCC (terapia cognitiva conductual)
- MTC (tratamiento mixto).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los trastornos del estado de ánimo caracterizados por presentar episodios de depresión o manía, hoy en día tienen una alta prevalencia (Hollon & Ponniah, 2010). A través de la aplicación de los diferentes tipos de terapias, se consigue intervenir en diferentes áreas ocupacionales de la vida de las personas con trastorno mental (Barbeito et al., 2014).

Cabe destacar la casi inexistente presencia de artículos de terapia ocupacional y su intervención en las bases de datos que se seleccionaron para llevar a cabo esta revisión. Los estudios existentes sobre el tratamiento del trastorno bipolar son pocos y limitados, por las altas tasas de interrupción y de corta duración (Van Lieshout & MacQueen, 2010). Tal y como señalan Goodwin, et al. (2016), los trastornos de ansiedad son altamente comórbidos con el trastorno bipolar desde una perspectiva de por vida. Los síntomas de ansiedad suelen ser persistentes entre episodios y pueden contribuir a la inestabilidad del estado de ánimo.

El trastorno depresivo mayor y el distímico que es menos severo, pero más crónico, implican solamente depresión, mientras que el trastorno bipolar requiere episodios de manía o hipomanía. Los trastornos del estado de ánimo representan la gran mayoría de los suicidios y son una de las principales causas de discapacidad (Hollon & Ponniah, 2010).

Aquellos tratamientos que destacan la adherencia al tratamiento y un reconocimiento precoz de los síntomas del estado de ánimo, tienen efectos mayores sobre la manía, mientras aquellos tratamientos que recalcan las estrategias cognitivas e interpersonales como medida

de afrontamiento tienen efectos más potentes sobre la depresión (Miklowitz, 2010).

En relación al tratamiento de la sintomatología referida a la ansiedad, el modelo más utilizado según Miró et al., (2011) ha sido la aplicación de la reducción de estrés basado en la atención plena. Respecto al tratamiento de la sintomatología depresiva afirma que la terapia MBCT es la más eficaz a la hora de prevenir las recaídas.

Respecto a la farmacología, en cuanto a la prevención de recaídas depresivas, se encontró que el mejor tratamiento para los usuarios bipolares I con síntomas depresivos fue principalmente el valproato, seguido de litio más imipramina. Para los usuarios bipolares I con síntomas maníacos principalmente, olanzapina fue el mejor tratamiento. Esta revisión encontró que para la prevención de todas las recaídas, litio, valproato, lamotrigina y la olanzapina se desempeñaron mejor que el placebo, con el litio y la lamotrigina teniendo mayor evidencia (Soares, et al., 2007).

Por otra parte Van Lieshout & MacQueen (2010) apuntan a que los estabilizadores del estado de ánimo son moderadamente eficaces para la depresión bipolar aguda. Medicamentos como la olanzapina y litio son eficaces para la prevención de recaídas maníacas. También son eficaces como terapia de mantenimiento para la prevención de la recaída en el trastorno bipolar medicamentos como el Litio, valproato, lamotrigina y la olanzapina (Soares et al., 2007).

Existen evidencias de que la TCC, la psicoeducación de grupo y la terapia familiar, son beneficiosas como complemento a los tratamientos farmacológicos de mantenimiento para la prevención de recaídas (Soares, et al., 2007). Autores como Ramírez et al. (2017) señalan la importancia de llevar a cabo estudios que describan el nivel de emociones expresadas, la carga y el funcionamiento de las familias de los pacientes bipolares y esquizofrénicos y que evalúen la eficacia de la intervención multimodal (IM) en comparación con la intervención tradicional (IT) en el funcionamiento familiar y en la percepción que de este tienen el paciente y sus cuidadores.

Tanto la psicoterapia y los medicamentos son utilizados en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo. El tratamiento con medicamentos, ha sido considerado, como pauta de tratamiento para la depresión severa y el trastorno bipolar. Por otra parte, no todas las personas responden de la misma manera a los tratamientos pautados, con eficaces resultados respecto a la toma de medicamentos. Algunos usuarios responden mejor a la psicoterapia que a los medicamentos, ya que la psicoterapia tiene efectos duraderos, que pueden reducir posibles riesgos



posteriores y que los medicamentos no pueden (Hollon & Ponniah, 2010). En esta línea, Barbeito et al., (2014) señala que la aplicación de terapias psicoeducativas, combinadas con tratamiento farmacológico mejora la funcionalidad y reduce el número de hospitalizaciones y recaídas maníacas en personas con trastorno bipolar.

Estos descubrimientos pueden tener implicaciones en el campo de salud mental. Muchos de los usuarios con menor grado depresivo pueden ser tratados adecuadamente por terapeutas menos expertos, utilizando intervenciones psicológicas, mientras que los tratamientos con efectos específicos (ya sea farmacológico o psicoterapéutico) sean llevados a cabo por terapeutas más expertos en los personas con depresiones mayores o el trastorno bipolar (Soares et al., 2007, Langer et al., 2016).

Las intervenciones psicológicas más recientes son tan eficaces como el uso de medicamentos en el tratamiento del trastorno depresivo mayor y pueden mejorar la eficacia de los medicamentos en el tratamiento del trastorno bipolar (Hollon & Ponniah, 2010).

En relación a evidencias sobre distintos programas de intervención, cabe señalar que estudios recientes como el de Díaz-Zuluaga et al., (2017) señalan que no existe diferencias significativas a nivel psicológico entre usuarios con trastorno afectivo bipolar y con esquizofrenia que estuvieron bajo Intervención tradicional, comparados con usuarios recibieron terapia cognitivo conductual. Según MacQueen y Memedovich (2017), las estrategias no farmacológicas, como la rehabilitación cognitiva y el ejercicio, se estudian cada vez más en pacientes con trastornos del estado de ánimo. A pesar del creciente interés en las estrategias para dirigir la función cognitiva, existe una escasez de ensayos de alta calidad que examinen modos de intervención farmacológicos o no farmacológicos.

Destacan también algunos avances en recientes estudios como el de Hidalgo-Mazzei, et al. (2015), en el que indican que el uso de nuevas tecnologías en la intervención psicológica con personas que padecen un trastorno bipolar, puede ser beneficioso cuando los pacientes viven en lugares lejanos, no van a poder asistir de forma presencial durante un tiempo o tienen algún problema de movilidad. Sin embargo, es preciso que los profesionales y los usuarios tengan una capacitación para usarlas de forma adecuada. Por su parte, Lewandowski et al. (2016), implementan un programa de remediación cognitiva basado en Internet en personas con trastorno bipolar con psicosis, se trata de programas que tienen la finalidad de mejorar el acceso a la formación, de manera que conozcan más sobre su enfermedad utilizando la web.

Los resultados encontrados en los diferentes estudios presentados en esta revisión, demuestran que las diferentes psicoterapias psicosociales aportan beneficios en cuanto a los resultados sintomáticos y funcionales en personas que padecen este trastorno.

En la relación del Terapeuta ocupacional- con el usuario, se requiere una colaboración activa en el trabajo, para la solución de los problemas que puedan aparecer en personas con trastorno bipolar. Hay que tener en cuenta que tanto en una fase como en otra, el usuario puede llegar a presentar una alteración del juicio, Por lo que la labor del Terapeuta Ocupacional irá enfocada a que esta sintomatología pueda ser reconocida en el menor tiempo posible, tanto por el propio usuario como por sus familiares y allegados, con el fin de poder realizar una rápida intervención (Crepeau et al., 2005). Aunque el usuario responda bien a la medicación, debemos proporcionarle recomendaciones para que pueda seguir una vida equilibrada, previniendo así posibles recaídas (Crepeau et al., 2005). Respecto a la conducta, es necesario tal y como señalan Miró et al., (2009) que se observen con detalle las consecuencias de ese comportamiento, con el fin de general junto al usuario estrategias para la solución de problemas.

Echeburúa, De Corral y Salaberría (2010) señalan que desde el modelo cognitivo- conductual, se han desarrollado nuevos enfoques aplicables a este trastorno como es la terapia de aceptación y compromiso, la cual no es propiamente una terapia psicológica. Dicha terapia introduce el yoga y la relajación como herramientas útiles. En su estudio añaden que la terapia de aceptación y compromiso no se centra en eliminar los síntomas, sino en ayudar a la persona a que recupere una vida normal, lo que conlleva la aceptación de los posibles problemas que pudieran acontecer. Además de la terapia de aceptación y compromiso, otra de las terapias conductuales que están en auge hoy en día es la llamada "mindfulness", a través de estas terapias se puede llegar a manejar los pensamientos y recuerdos indeseados (Barraca, 2011). Asimismo, es importante tener en cuenta la realización de actividades ocupacionales significativas tal y como indican Cakmak, Süt, Öztürk, Tamam & Bal (2016) en su estudio, el cual muestra las repercusiones positivas significativas en el tratamiento de pacientes no psicóticos. Se constató también que el uso de actividades ocupacionales significativas mejora el rendimiento personal y social, influyendo en la satisfacción de los usuarios.

La Terapia Ocupacional es un medio importante en la recuperación de los usuarios, para que puedan conseguir integrarse en la sociedad y llevar una vida la más

normalizada, con la mayor autonomía y calidad de vida posible (Talavera, 2007). Tal y como señala Gómez (2013), para la planificación de la intervención en salud mental, debemos tener en cuenta algunas preguntas basadas en el Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner referidas a la identidad y competencia profesional.

En definitiva, a través de la aplicación de distintas terapias, se puede intervenir en diferentes áreas ocupacionales de la vida de personas con trastorno mental. La combinación resultante del tratamiento farmacológico junto a terapias psicológicas educativas, resulta ser la elección que mejores resultados favorables reportan para la prevención de recaídas y mejoras significativas respecto a la diversa sintomatología producida por el trastorno afectivo bipolar, reduciendo así el número de hospitalizaciones y recaídas en personas con trastorno bipolar.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2005). *Bipolar Disorder (Manic Depression)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Aragónés, E., López, J.A., Escobar, F., Téllez, J., Mínguez, J., Párraga, I., Suarez, T., Piñero, M.J., Guzón, M.M. (2014). *Cribado para el trastorno bipolar en pacientes de atención primaria que presentan síntomas psicológicos*. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002054>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Médica Panamericana.
- Ávila A, et al. (2010). *Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso*. 2º Ed. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Barbeito, S., Ruiz de Azua, S., Vega, P., Alberich, S., González, I., Bermúdez, C., y González, A. (2014). *Evaluación de la eficacia de técnicas psicosociales (rehabilitación cognitiva vs psicoeducación) como tratamiento adicional al tratamiento farmacológico en trastorno bipolar*. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. Recuperado de <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209586260&DocumentID=AEV000138>
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37(155), 43-63.
- Bawa, R., y Scarff, J. R. (2015). Lurasidone: a new treatment option for bipolar depression—a review. *Innovations in clinical neuroscience*, 12(1-2), 21-23.
- Bellido, J.R., Berrueta, L.M., y Ariñez, I. (2004). La aportación de la Terapia Ocupacional en el abordaje de la funcionalidad del trastorno de la personalidad. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, TOG, 1, 1-63. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num1/num1art6.htm>
- Bellido, J.R., y Sanz, P. (2013). *El cuidado y la promoción de la autonomía personal en el trastorno bipolar*. Gobierno de Aragón. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Recuperado de http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/BienestarSocialFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/005.GUIA_BIPOLAR_.pdf
- Bravo, M., Lahera, G., Lalucat, L., Fernández, A. (2013). Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial. *Medicina Clínica*, 141(7), 305.e1-305.e10. Doi: 10.1016/j.medcli.2013.05.
- Cakmak, S., Süt, H., Öztürk, S., Tamam, L., & Bal, U. (2016). The Effects of Occupational Therapy and Psychosocial Interventions on Interpersonal Functioning and Personal and Social Performance Levels of Corresponding Patients. *Archives of Neuropsychiatry*, 53(3), 234-240.
- Crepeau, E., Cohn, E., Schell, B., Willard, H., y Spackman, C. (2005). *Terapia Ocupacional. Adultos con enfermedades mentales: diagnósticos psiquiátricos y aspectos relacionados de la intervención*. Terapia Ocupacional. 10ª ed. Madrid: Médica Panamericana.
- De Dios, C., Goikolea, J. M., Colom, F., Moreno, C., & Vieta, E. (2014). Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4), 179-185.
- Díaz-Zuluaga, A. M., et al. (2017). Efecto de una intervención multimodal en el perfil psicológico de pacientes con Esquizofrenia y TAB tipo I: Estudio del Programa PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 56-64.
- Eberhard, W. (2004). *Bipolar. Leben mit extremen emotionen*. Barcelona, España: Robinbook.
- Echeburúa, E., De Corral, P., y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (2), 85-99.
- Gómez, C. (2013). *Intervención desde terapia ocupacional en salud mental*. Barcelona: Monsa-Prayma.
- Gómez, J., y Salvanés, R. (2003). *Terapia Ocupacional en psiquiatría*. Zaragoza: Miraeditores.
- Goodwin, G. M., et al. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 30(6), 495-553.
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012). *Guía de práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar* [versión resumida]. 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. UAH/AEN Núm. 2012/1. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_510_Trastorno_Bipolar_resum.pdf
- Guía de la práctica clínica*. (2009). *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar*. México: Secretaría de salud.



- Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_510_Trastorno_Bipolar_Ministerio.pdf
- Halsband, S., Herbst, L., Agote, D., Barenbaum, R., Del Guercio, A., Kahn, C., Rodríguez, M., Saidman, N., Sepich, T., y Vinacour, C. (2013). *Guía preliminar sobre introducción al tratamiento de trastorno bipolar*. Capyn. Recuperado de: http://www.capyn.org/guias/guia_preliminar_sobre_introduccion_al_tratamiento_de_trastorno_bipolar_%282013%29.pdf
- Hidalgo-Mazzei, D., Mateu, A., Reinares, M., Matic, A., Vieta, E., & Colom, F. (2015). Internet-based psychological interventions for bipolar disorder: Review of the present and insights into the future. *Journal of affective disorders*, 188, 1-13.
- Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and anxiety*, 27(10), 891-932.
- Huxley, N., & Baldessarini, R. J. (2007). Disability and its treatment in bipolar disorder patients. *Bipolar disorders*, 9(1-2), 183-196.
- Jarman, C. N., Perron, B. E., Kilbourne, A. M., & Teh, C. F. (2010). Perceived treatment effectiveness, medication compliance, and complementary and alternative medicine use among veterans with bipolar disorder. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(3), 251-255.
- Langer, Á. I., Carmona-Torres, J. A., Van Gordon, W., & Shonin, E. (2016). Mindfulness for the Treatment of Psychosis: State of the Art and Future Developments. In *Mindfulness and Buddhist-Derived Approaches in Mental Health and Addiction* (pp. 211-223). Springer International Publishing.
- Lewandowski, K. E., Sperry, S. H., Ongur, D., Cohen, B. M., Norris, L. A., & Keshavan, M. S. (2016). Cognitive remediation versus active computer control in bipolar disorder with psychosis: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 1-9. DOI 10.1186/s13063-016-1275-7
- Luque, R., & Berrios, G. E. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 40, 120-146.
- MacQueen, G. M., & Memedovich, K. A. (2017). Cognitive Dysfunction in Major Depression and Bipolar Disorder: Assessment and Treatment Options. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(1), 18-27. doi: 10.1111/pcn.12463
- Miguélez-Pan, M., Pousa, E., Cobo, J., & Duño, R. (2014). Cognitive executive performance influences functional outcome in euthymic type I bipolar disorder outpatients. *Psicothema*, 26(2), 166-173.
- Miklowitz, D. J. (2010). Tratamiento coadyuvante para el Trastorno Bipolar: Actualización de las Evidencias. *RET: Revista de toxicomanías*, (59), 3-17. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627153> el
- Miró, M. T., Perestelo, L., Pérez, J., Giménez, S., Rivero, A., & González, M. (2009). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero, A., González, M., & Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología*, 16(1), 1-14.
- Muñiz de la Torre, M.J. (2009). *Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar*. Recuperado de http://medsol.co/informacion/medolan/Tratamiento%20farmacologico_%20Bipolar.pdf
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2011). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf?ua=1
- Ramírez, A., et al. (2017). Emociones expresadas, carga y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar tipo I de un programa de intervención multimodal: PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 2-11
- Silva Concha, L. (2004). Modelo psicosocial y envejecimiento: análisis, reflexividad y posibilidades en programas y políticas de la tercera edad. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 4, 35 - 40. doi:10.5354/0717-5346.2004.160.
- Soares, K. Bravo, V. Beynon, S. Dunn, G. Barbieri, M. Duffy, S. Geddes, J. Gilbody, S. Palmer, S. Woolacott, N. (2007). A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health Technology Assessment*, 11 (39). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0014925/>
- Valverde, M. A. T. (2007). Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 5, 1-52. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num5/Revision2.htm>
- Van Lieshout, R. J., & MacQueen, G. M. (2010). Efficacy and acceptability of mood stabilisers in the treatment of acute bipolar depression: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 196(4), 266-273.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (2004). Trastornos del estado de ánimo. En M. Ortiz-Tallo (Ed.), *Trastornos psicológicos*, 2ª ed. (pp. 131-153). Archidona, Málaga: Ediciones Aljibe.