

**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

**INTERVENCIONES PSICOSOCIALES  
EFECTIVAS EN PACIENTES CON  
TRASTORNO DE BIPOLARIDAD**

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial  
en Salud Mental Comunitaria**

**Autora:** D<sup>a</sup> Marta Garzón Navarro-Pelayo

**Tutor:** Dr. Eladio Joaquín Collado Boira

**Fecha de lectura:**

# ÍNDICE

○ Resumen	3
○ Palabras clave	3
○ Introducción	5
○ Justificación y objetivos	7
○ Metodología	8
○ Resultados	11
○ Discusión	17
○ Conclusión	19
○ Bibliografía	21
○ Anexos	26

## ❖ RESUMEN

**Introducción:** El trastorno bipolar se define como un trastorno mental grave, incapacitante y recurrente, que afecta a >1% de la población mundial. Emerge a edades tempranas, a causa de la interacción de factores genéticos, biológicos y ambientales. Dada la complejidad de esta enfermedad, actualmente los investigadores no sólo se centran en la remisión clínica, sino también en la recuperación funcional y el bienestar. Es por ello por lo que la farmacoterapia por sí sola no es suficiente, esta debe ir acompañada de intervenciones de rehabilitación psicosocial.

**Objetivos:** Revisar la literatura científica existente para conocer y documentar aquellas intervenciones psicosociales más efectivas en la recuperación del paciente con trastorno bipolar, y lograr así, junto con la farmacoterapia, la estabilización de este. Destacar, además, el estudio de la Terapia Interpersonal y del Ritmo Social en el presente trabajo.

**Metodología:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scielo, Scopus, Cuiden, Cinahl y PyscInfo. Se incluyeron estudios que investigaran acerca de las intervenciones psicosociales más efectivas en la recuperación de la persona que sufre trastorno de bipolaridad.

**Resultados:** Tras realizar un análisis minucioso, se seleccionaron finalmente 20 artículos. La mayoría de los estudios consideraron intervenciones psicosociales más efectivas la intervención familiar y de pareja, la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual, la remediación cognitiva y la terapia interpersonal y del ritmo social, entre otras. Sobre esta última, es necesario estudiar aún más sobre su mayor o menor efectividad en combinación con otras terapias psicológicas.

**Conclusión:** El trastorno bipolar es la principal causa de discapacidad en los jóvenes, ya que puede provocar un deterioro cognitivo y funcional y un aumento de la mortalidad, en particular por suicidio. En esta revisión se ha podido comprobar que es fundamental combinar farmacoterapia con tratamiento psicosocial, ya que todas las aquí estudiadas mejoran la adherencia al tratamiento y reducen la tasa de recaídas, entre otras funciones, logrando así mantener al paciente en estado eutímico.

**Palabras clave:** *trastorno bipolar, tratamientos psicosociales.*

## ❖ ABSTRACT

**Introduction:** Bipolar disorder is defined as a severe, disabling, recurrent mental disorder, affecting >1% of the world's population. It emerges at an early age, due to the interaction of genetic, biological and environmental factors. Given the complexity of this disease, researchers are currently not only focused on clinical remission, but also on functional recovery and well-being. That is why pharmacotherapy alone is not enough, it must be accompanied by psychosocial rehabilitation interventions.

**Objectives:** To review the existing scientific literature to know and document those psychosocial interventions that are most effective in the recovery of patients with bipolar disorder, and thus achieve, together with pharmacotherapy, its stabilization. Also highlight the study of Interpersonal Therapy and Social Rhythm in this work.

**Methodology:** A bibliographic review was carried out in the PubMed, Scielo, Scopus, Cuiden, Cinahl and PyscInfo databases. Studies that investigated the most effective psychosocial interventions in the recovery of the person suffering from bipolar disorder were included.

**Results:** After a thorough analysis, 20 articles were finally selected. Most of the studies considered more effective psychosocial interventions: family and couple intervention, psychoeducation, cognitive-behavioral therapy, cognitive remediation, and interpersonal and social rhythm therapy, among others. On the latter, it is necessary to study even more about its greater or lesser effectiveness in combination with other psychological therapies.

**Conclusion:** Bipolar disorder is the principal cause of disability in young people, as it can lead to cognitive and functional decline and increased mortality, particularly from suicide. In this review it has been possible to verify that it is essential to combine pharmacotherapy with psychosocial treatment, since all those studied here improve adherence to treatment and reduce the rate of relapse, among other functions, thus managing to keep the patient in a euthymic state.

**Key words:** *bipolar disorder, psychosocial treatments.*

## ❖ INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar se define como un trastorno mental grave, incapacitante y recurrente, que afecta a >1% de la población mundial. El trastorno bipolar es la principal causa de discapacidad en los jóvenes, ya que puede provocar un deterioro cognitivo y funcional y un aumento de la mortalidad, en particular por suicidio y enfermedades cardiovasculares. Emerge a edades tempranas, a causa de la interacción de factores genéticos, biológicos y ambientales.<sup>1,2</sup> Este trastorno es altamente hereditario y los familiares de pacientes bipolares tienen un mayor riesgo de desarrollar este tipo de trastorno y los relacionados con el estado de ánimo. La evidencia apoya que los familiares de primer grado de un adulto que sufre esta enfermedad tienen un riesgo de 8 a 10 veces mayor de desarrollar trastorno bipolar y un riesgo de 2 a 3 veces mayor de desarrollar trastornos unipolares en comparación con la población general. El riesgo es aún mayor para los niños con ambos padres afectados.<sup>3</sup>

Se caracteriza por episodios de manía y depresión durante los cuales se producen cambios extremos en el estado de ánimo, en las conductas y en la cognición.<sup>1,2</sup> Se pueden diferenciar el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II. El trastorno bipolar I se define por la presencia de un episodio sindrómico, maníaco; y el trastorno bipolar II es definido por la presencia de un episodio hipomaníaco y un episodio depresivo mayor.<sup>4,5</sup> Más allá de las variables clínicas, otros factores, como el sexo, contribuyen al rendimiento neurocognitivo en el trastorno. Existen diferencias de sexo en términos de epidemiología, fenomenología clínica, curso de la enfermedad y otras características clínicas. La mayoría de los estudios han encontrado una prevalencia similar de trastorno bipolar tipo I entre hombres y mujeres, sin embargo, el tipo II es más común en mujeres. Por lo general, las mujeres que sufren este trastorno tienen un mayor riesgo de presentar depresión.<sup>6,7</sup>

Son frecuentes los períodos de recuperación y recaída, provocando esto un deterioro funcional que dificulta la rutina diaria de la persona, sus relaciones sociales y su desempeño laboral.<sup>1</sup>

Algunos estudios confirman que la mayoría de los pacientes con trastorno bipolar muestran disfunción neurocognitiva, incluso durante la eutimia (fase de normalidad entre episodios de manía o depresión). Algunos de estos déficits neurocognitivos están

presentes no solo en el desarrollo temprano de la enfermedad sino también en etapas premórbidas. Según los metaanálisis más recientes, los dominios más afectados son la atención, el aprendizaje verbal, la memoria y las funciones ejecutivas.<sup>8,9</sup>

Las personas que sufren trastorno bipolar tienen entre 20 y 30 veces más probabilidad de morir por suicidio en comparación con la población general. De hecho, aproximadamente el 30-50% de los adultos con trastorno bipolar, tiene al menos un intento de suicidio. La evidencia disponible también sugiere que el trastorno bipolar II presenta una tasa de suicidio más alta que el tipo I.<sup>4</sup>

El trastorno bipolar es una enfermedad periódica, de evolución impredecible y con un pronóstico cambiante. El cumplimiento terapéutico se considera como uno de los principales determinantes del desarrollo de la enfermedad, puesto que la mala adherencia al tratamiento farmacológico provoca mayor número de recaídas, con las consiguientes consecuencias en el ámbito personal, económico, laboral y sanitario (mayor número de consultas e ingresos hospitalarios, entre otros).<sup>1</sup>

Intervenciones tempranas en la aparición inicial de los síntomas del trastorno, farmacoterapias óptimas y tratamientos psicosociales basados en la evidencia científica, son elementos clave en el tratamiento de la enfermedad, utilizados también para la prevención de recaídas y mejora de la calidad de vida.<sup>1</sup> Dada la complejidad de esta enfermedad y sus consecuencias, actualmente los investigadores y clínicos no sólo se centran en la remisión clínica, sino también en la recuperación funcional y el bienestar, volver al funcionamiento normal y al logro de una vida significativa. Se sabe que incluso después del primer episodio maníaco, solo 1 de cada 3 pacientes recupera el funcionamiento psicosocial al año de seguimiento, lo que determina que los resultados funcionales en la bipolaridad son indudablemente deteriorados desde el comienzo de la enfermedad y debe convertirse en una prioridad en el tratamiento.<sup>2</sup>

Bien es cierto que el uso fármacos, como antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo, es de suma importancia para paliar los síntomas y disminuir el deterioro, sin embargo, las farmacoterapias por sí solas no son suficientes, estas deben ir acompañadas de intervenciones de rehabilitación psicosocial. El principal objetivo de estas últimas, añadidas a la farmacoterapia, es aumentar la eficacia del tratamiento, asegurando la adherencia del paciente, la prevención de recaídas y la mejora del afrontamiento de habilidades, reduciendo de esta manera la destructividad de la

enfermedad. Además, se potencia el funcionamiento psicosocial, empoderando a los pacientes contra la estigmatización.<sup>1,9</sup>

Por otro lado, la evidencia ha demostrado que las intervenciones psicosociales basadas en la familia pueden reducir el número de ingresos hospitalarios y el riesgo de recaídas. Los pacientes con trastorno bipolar y sus familiares se caracterizan por altos niveles de emoción expresada, ausencia de cohesión familiar y adaptabilidad y relaciones interpersonales familiares inadecuadas. La familia actuando como un factor de riesgo o de protección es un papel crítico a lo largo la vida de estos pacientes.<sup>10</sup>

En el presente trabajo, cabe destacar la terapia interpersonal y del ritmo social en la recuperación del paciente con trastorno bipolar. Esta facilita un sentido de control y confianza al ayudar a la persona a emprender rutinas prácticas que pueden integrarse en su vida diaria. Se enfoca en la comunicación y las habilidades para resolver problemas, y genera un sentido de esperanza al trabajar el desarrollo de estrategias de autocontrol relevantes para sus necesidades específicas, experiencias de los síntomas y la vida que eligen vivir.<sup>11</sup>

Es esencial motivar y favorecer el enganche terapéutico de estos pacientes, ya que, una vez iniciado el tratamiento, en muchas ocasiones los pacientes interrumpen el mismo y pueden recaer, debido a razones tales como mala percepción, abulia, falta de motivación, ansiedad, depresión, problemas cognitivos, cargas de un tratamiento prolongado o estigmatización. El paciente debe ser evaluado de forma individual, con su familia y entorno desde el primer episodio, e iniciar intervenciones para prevenir cualquier pérdida funcional.<sup>1</sup>

## ❖ JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Para identificar y valorar las distintas terapias existentes de rehabilitación psicosocial en pacientes con trastorno mental grave, en este caso, con trastorno bipolar, es necesario llevar a cabo una búsqueda exhaustiva en la literatura científica. Por tanto, esta revisión bibliográfica tiene como objetivo revisar la literatura existente para conocer y destacar la importancia de aplicar aquellas intervenciones psicosociales que logran la recuperación del paciente, y que, junto con la farmacoterapia, ayudan a la estabilización de la persona y a la recuperación del control de su vida.

## ❖ METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica hasta el día 15 de junio de 2022 sobre los distintos métodos empleados en rehabilitación psicosocial de personas con trastorno de bipolaridad.

Los artículos seleccionados para este estudio se obtuvieron mediante una búsqueda en diferentes bases de datos, con los siguientes criterios de inclusión para un examen más preciso:

- Estudios que investigaran las terapias psicosociales más efectivas que contribuyeran a la recuperación del paciente con trastorno bipolar.
- Artículos publicados con una antigüedad de cinco años, desde el año 2018 hasta la actualidad.
- Se ha establecido límite de idiomas, se han seleccionado artículos en inglés, francés y español.
- Según el tipo de diseño se han incluido todos aquellos que tuviesen relación con el tema a tratar excluyendo revisiones bibliográficas, sistemáticas y metaanálisis.

Los descriptores (DeCS) en inglés utilizados fueron “bipolar disorder” y “psychosocial treatments”, combinadas por el operador booleano “AND”. Por tanto, la

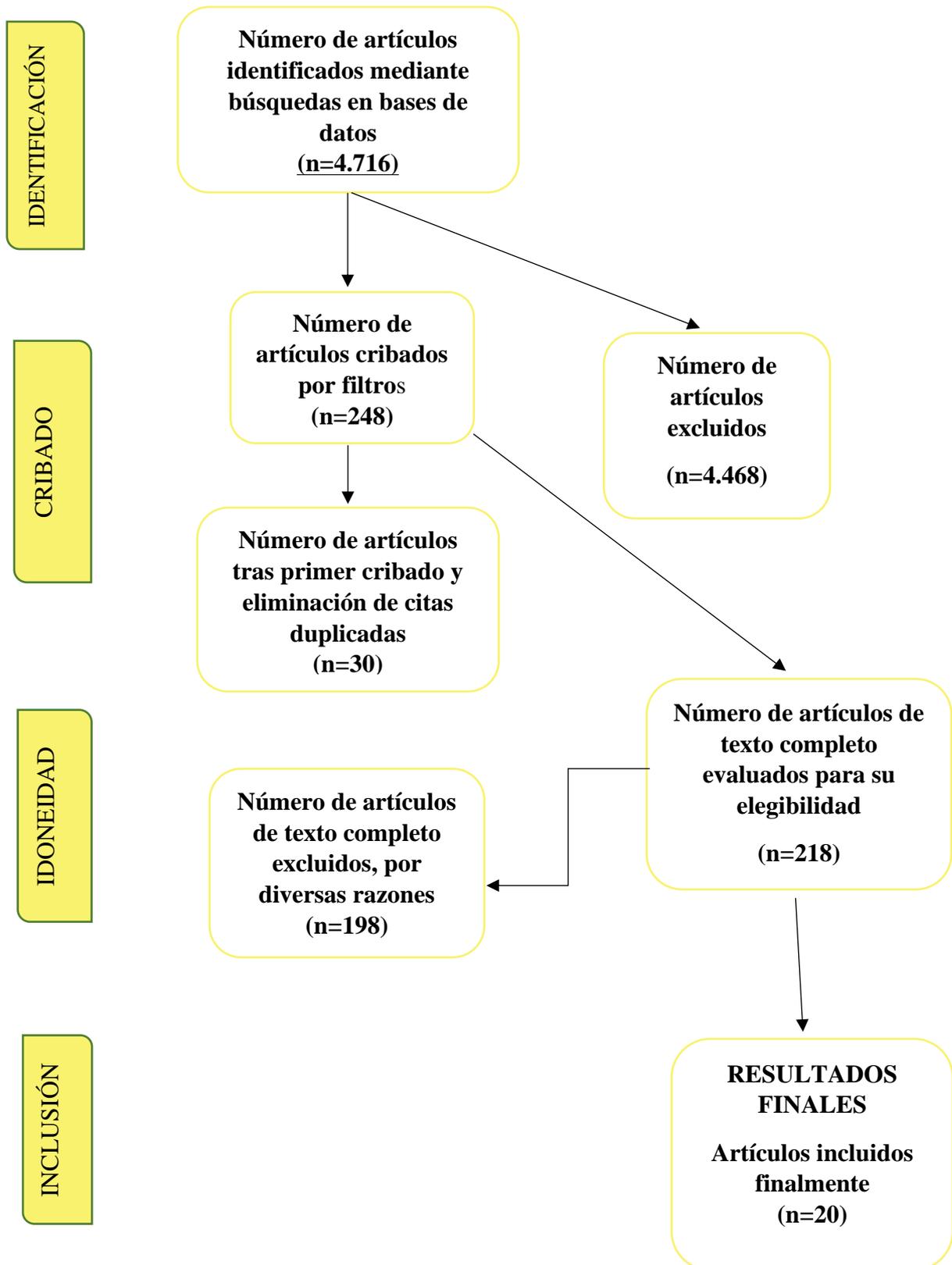
ecuación de búsqueda utilizada en todas las bases de datos fue “bipolar disorder” AND “psychosocial treatments”.

Las fuentes consultadas fueron Pubmed, Psycinfo, Scielo, Cinahl, Scopus, Cuiden y PsycINFO. En total, se dispuso de 4.716 artículos diferentes, de los que se excluyeron 4.468 por no cumplir los criterios de inclusión. De los 248 artículos restantes, se excluyeron 228 por estar duplicados en varias bases de datos, o, porque al examinar título y resumen, estos no trataban el tema buscado. A continuación, se leyeron con más profundidad los artículos restantes, quedando de forma definitiva 20 artículos que se consideraron interesantes para el estudio.

En el anexo I se muestra de forma esquemática un resumen de los resultados de la búsqueda en cada una de las bases de datos.

Se evaluó la calidad de los artículos empleados mediante la clasificación de los niveles de Oxford (OCEBM). Con ello, se analizaron los artículos y se les asignó un nivel de evidencia y un grado de recomendación acorde con las características de cada estudio, tal como aparece en el anexo II “Generalidades y calidad de los estudios seleccionados”.

## Diagrama de flujo



## ❖ RESULTADOS

### DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Tras realizar un análisis minucioso, 20 artículos cumplieron los artículos de inclusión seleccionados y resultaron interesantes para la revisión. De estos 20 estudios, encontramos ensayos controlados aleatorizados<sup>15,16,17,20,21,22,24,28,32,33,34</sup>, estudios transversales<sup>18</sup>, estudios longitudinales de los cuales dos son prospectivos<sup>26,30</sup> y 1 retrospectivo<sup>19</sup>, estudios de casos y controles<sup>23,35</sup>, informes de casos<sup>27</sup> y estudios observacionales descriptivos<sup>31</sup>.

### INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Los pacientes que reciben una terapia combinada, esto es tratamiento farmacológico y psicoterapia, tienen mejor pronóstico que aquellos que sólo son tratados farmacológicamente.

Entre los objetivos de las diferentes intervenciones psicosociales se encuentran aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el número de recaídas y rehospitalizaciones, mejorar la calidad de vida del paciente y sus familias, o evitar ingresos involuntarios. Además, con este tipo de tratamiento se mejora el funcionamiento psicosocial del paciente y su capacidad para enfrentarse a factores estresantes del entorno laboral y social, por ejemplo. Estudios demuestran que la rehabilitación cognitiva disminuye los síntomas depresivos y proporciona varias estrategias y técnicas neurocognitivas para abordar los principales déficits neurocognitivos asociados con el trastorno bipolar (por ejemplo, atención, memoria y funciones ejecutivas).<sup>12,13</sup>

Los enfoques psicoterapéuticos del trastorno bipolar con buena evidencia incluyen: la terapia cognitiva conductual (TCC), la psicoeducación, la terapia centrada en la familia, la remediación cognitiva y la terapia interpersonal y del ritmo social.<sup>14</sup> A

continuación se describen estas y otras intervenciones que han logrado buenos resultados:

### ***Intervención familiar y de pareja***

Las relaciones familiares y de pareja pueden ser un importante desencadenante de las recaídas anteriormente mencionadas. Por ello, es muy importante la psicoeducación de estas, logrando así aumentar la información y conocimiento de la enfermedad, y reducir el estrés, la carga y el conflicto con el paciente, disminuyendo así los síntomas del trastorno.

Es también interesante y de utilidad, hablar, por tanto, de la Emoción Expresada (EE). Esta consiste en la presencia de niveles elevados de crítica, hostilidad y/o exceso de sobreimplicación emocional hacia el paciente. Se puede modificar con la psicoeducación.<sup>15</sup>

Un ensayo clínico aleatorizado centrado en la terapia focalizada en la familia (*Family Focused Treatment, FFT*), determinó cambios en el funcionamiento psicosocial y familiar, con una mejora en el estado de ánimo de las personas en riesgo y con trastorno bipolar, inmediatamente después del tratamiento y durante los dos años de seguimiento. Esta terapia consiguió mejorar los síntomas depresivos y el funcionamiento socioemocional de los participantes.<sup>16</sup> Además, la cohesión familiar mejora y los conflictos disminuyen, en especial si se ofrece psicoeducación al inicio de la enfermedad y capacitación en habilidades.<sup>17</sup>

Por otro lado, un estudio realizado en Estados Unidos tuvo como objetivo explorar si los síntomas del estado de ánimo recientes estaban asociados con el apoyo social de amigos, familiares y parejas. Aquellos que comunicaron haber visto a familiares y a más de un amigo, obtuvieron puntajes de recuperación más altos. Por tanto, los síntomas recientes de hipomanía o manía se asociaron con un menor contacto familiar.

Esto concluye que el contacto y las relaciones con los amigos y la familia pueden contribuir a la recuperación. Sin embargo, se necesita más investigación para comprender cómo los síntomas de hipomanía o manía pueden influir en el acceso al apoyo familiar.<sup>18</sup>

Por tanto, un moderador potencial podría ser la calidad de las relaciones interpersonales, por ejemplo, las actitudes familiares y las críticas percibidas. Para investigar esta cuestión, se llevó a cabo un análisis que comparó la terapia cognitiva conductual (TCC) y la terapia de apoyo (ST) en trastorno bipolar remitido. Se encontró que las críticas negativas de los familiares predijeron la probabilidad de recurrencias depresivas. Estos resultados sugieren que podría ser importante evaluar las críticas percibidas y las actitudes familiares como moderadores potenciales del resultado del tratamiento en trastorno bipolar.<sup>19</sup>

### ***Remediación cognitiva***

La Terapia de Remediación Cognitiva (TRC) es una terapia de intervención psicológica que ha demostrado beneficios fiables para las personas con esquizofrenia, como una mejora del funcionamiento cognitivo central, funcionamiento diario y calidad de vida. Está planteada para paliar los síntomas y el funcionamiento general de los pacientes, al tratar sus déficits cognoscitivos. En ocasiones se emplea cuando el paciente no consigue beneficiarse de la terapia cognitiva-conductual.<sup>20,21</sup>

La cognición inicial y los déficits percibidos en el paciente pueden influir en el efecto de la TRC en el logro de los objetivos de recuperación. Es posible que se requieran adaptaciones de la terapia para ejercer mayores beneficios en los pacientes que responden menos cognitivamente.<sup>22</sup>

Se llevó a cabo un ensayo aleatorizado en Reino Unido para probar su eficacia en pacientes con trastorno bipolar. Los 29 participantes incluidos comprendían la edad entre los 18 y 65 años y la terapia fue aplicada por un psiquiatra durante doce semanas. Se logró una mejora en la memoria de trabajo, función ejecutiva, funcionamiento psicosocial y consecución de objetivos.<sup>20</sup>

De igual forma, en un estudio realizado en China, se quiso comprobar la eficacia del entrenamiento en interacción y cognición social aprobada en la esquizofrenia para el trastorno bipolar. La intervención tuvo una duración de ocho semanas, las cuales consistieron en las siguientes tres fases: comprensión de las emociones (3 sesiones), sesgos cognitivos sociales (3 sesiones) e integración (2 sesiones). Cada sesión tuvo una

duración de dos horas y se realizaron semanalmente. Los hallazgos sugirieron que la remediación cognitiva es una intervención factible y prometedora para los síntomas clínicos y el funcionamiento de los pacientes con trastorno bipolar en remisión parcial.<sup>23</sup> Las ganancias cognitivas tras aplicar esta terapia se traducen a cambios funcionales tres meses después de la intervención aproximadamente.<sup>24</sup>

### ***Terapia cognitivo-conductual (TCC)***

Esta intervención es adecuada para el tratamiento del trastorno bipolar debido a varios factores. En primer lugar, la TCC, al ser de naturaleza psicoeducacional, promueve el control y la autorregulación del afecto. Por otro lado, ha demostrado ser efectiva en el aumento de la adherencia al tratamiento farmacológico. Y, por último, debido a su efectividad en la prevención de recaídas de la depresión unipolar, se sugiere su utilidad también en estos pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, ya que un alto porcentaje de ellos presenta una recaída en un periodo de cinco años.<sup>25</sup>

Los principales objetivos de esta terapia son: facilitar la adherencia a la medicación, evitando los obstáculos que puedan dificultar dicha adherencia; educar al paciente, familia y personas de su entorno sobre el trastorno, su tratamiento y las posibles dificultades asociadas a este; enseñar a los pacientes distintos métodos útiles para registrar ocurrencia, gravedad y curso de los síntomas maníacos y depresivos, permitiendo así una intervención temprana si los síntomas empeorasen; ofrecer estrategias no farmacológicas para afrontar los síntomas conductuales y cognitivos; y proporcionar también habilidades para hacer frente a los problemas psicológicos que provocan los episodios maníacos y depresivos. Se podría decir que mejora la calidad de vida del paciente.<sup>26</sup>

En un ensayo clínico en el que los participantes tenían trastorno bipolar I y II fueron tratados con TCC grupal además del tratamiento habitual. La efectividad del protocolo se midió a través del análisis de secuencias de monitoreo diario del estado de ánimo antes, durante y después de la intervención, además de evaluar la sintomatología, las actitudes disfuncionales, el sentido de dominio, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida al inicio y al final de la intervención, y en el seguimiento a los 2 y 12

meses. Los resultados indicaron que hubo un cambio de estados depresivos a estados más eutímicos, y un aumento en el funcionamiento psicosocial general y la salud psicológica después de la intervención.<sup>27</sup>

Por otro lado, 39 personas fueron incluidas en un ensayo controlado aleatorizado, realizado en la Facultad de Medicina de São Paulo, Brasil. Los pacientes fueron asignados a dos grupos, uno para recibir el tratamiento habitual, y otro para someterse a rehabilitación cognitiva conductual, un tratamiento administrado en 12 sesiones grupales semanales. Todos los pacientes fueron reevaluados después de 12 semanas. El tratamiento habitual consistía en el farmacológico y las citas con enfermería de salud mental. La terapia cognitiva-conductual incluía módulos como atención y memoria, cognición social, resolución de conflictos, prevención de recaídas, entre otros.

Al inicio del estudio, ambos grupos eran estadísticamente similares en cuanto a variables clínicas, sociodemográficas y cognitivas. Al concluir la intervención, las personas tratadas con terapia cognitiva-conductual mejoraron significativamente el tiempo de reacción, la memoria visual y el reconocimiento de emociones. Mostró resultados interesantes en la mejora de algunos de los dominios cognitivos comúnmente deteriorados en el trastorno bipolar.<sup>28</sup>

Es por ello importante dentro de este tipo de terapia el entrenamiento en habilidades sociales (HHSS). Estas se definen como un conjunto de hábitos en nuestras conductas, pensamientos y emociones que permiten comunicarnos con los demás o reaccionar a diversas situaciones de forma eficaz, mantener relaciones interpersonales satisfactorias y sentir bienestar interior. De hecho, las personas con un nivel bajo de habilidades sociales son más propensas a sufrir estrés y malestar interior. Entre estas destaca la *asertividad*, que se define como la capacidad de comunicar nuestras emociones, pensamientos, deseos, opiniones, etc. sin ofender a los demás, con respeto. En un estudio transversal descriptivo realizado en Medellín, se reunió a un chico de 24 años y tres chicas de 20, 28 y 33 años, todos ellos con diagnóstico de trastorno bipolar. Se les entrevistó con el objetivo de conocer qué sabían de la enfermedad y cómo la vivían, sus relaciones sociales y sus formas de conocer gente. Asistieron a 6 sesiones de entrenamiento de estas habilidades, logrando un mayor autocontrol sobre los impulsos, un mayor manejo de pensamientos y mejor afrontamiento de problemas y conflictos.<sup>29</sup>

En el anexo III “Técnicas cognitivo-conductuales para el día a día”, se mencionan algunas técnicas enseñadas y practicadas en mi centro de prácticas de personas con trastorno bipolar.

### ***Psicoeducación***

Se ha comprobado que, a través de la educación, muchas de las batallas a aceptar la enfermedad, la toma de medicación y las preocupaciones acerca del futuro y el proyecto de vida pueden ser hablados y discutidos abiertamente, lo que va a beneficiar a pacientes y familiares.

En un ensayo controlado aleatorizado realizado con 18 pacientes con trastorno bipolar (tipo I y II) de tres hospitales franceses, se impartió educación terapéutica sobre la enfermedad durante 8 sesiones de 2 horas cada una. La evaluación de la calidad de vida y el estado de ánimo, la autoestima, el *insight* y el funcionamiento global se realizó antes y después del programa, utilizando una serie de herramientas como el “Cuestionario de calidad de vida” de la Organización Mundial de la Salud en versión corta (WHOQOL-Bref) o la “Escala de calificación de depresión de Hamilton”, entre otras. Los resultados mostraron una mejora de la calidad de vida y de la autoestima del paciente.<sup>30</sup>

Se reclama continuamente la necesidad de incluir la psicoeducación como una terapia psicológica muy importante en los tratamientos psicosociales de personas con trastornos mentales graves, en este caso, con trastorno bipolar. En un estudio observacional, se buscó determinar la efectividad de esta técnica para el trastorno bipolar en un entorno clínico de rutina. Se incluyeron 2819 pacientes, entre ellos, 402 no habían sido expuestos a psicoeducación en la primera visita, pero la recibieron durante los siguientes registros.

Como resultado, los períodos posteriores a la psicoeducación en relación con los períodos previos a esta se asociaron con una disminución del riesgo de recaída, episodios hipomaniacos, maníacos, episodios depresivos y hospitalización. Estos resultados demuestran que la psicoeducación para el trastorno bipolar es clave en el tratamiento psicosocial rutinario del paciente.<sup>31</sup>

### ***Terapia interpersonal y del ritmo social (IPSRT)***

La terapia interpersonal y del ritmo social fue desarrollada en 1994 por Frank et al. Este modelo se apoya en la teoría de que el déficit nuclear es la inestabilidad, fundamentada en que el humor estable emerge de la estabilidad de los “ritmos sociales”, de los patrones de actividad diaria y de la estimulación social, basándose en los ritmos circadianos. Prestar especial atención a las alteraciones que los sucesos interpersonales causan en las rutinas diarias y, por tanto, en los estados de humor.

Su objetivo es mejorar las relaciones interpersonales y establecer las rutinas diarias o ciclos rítmicos. Esta regulación y la del sueño puede proteger al paciente de nuevos episodios maníacos.<sup>32</sup>

En un estudio controlado aleatorizado llevado a cabo en Nueva Zelanda con 88 pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, se concluyó que, tras 18 meses de terapia interpersonal y del ritmo social junto con tratamiento farmacológico, la tasa de reingreso disminuyó significativamente, al igual que mejoró el funcionamiento del paciente.<sup>33</sup>

Es también interesante y enriquecedor conocer la opinión de las personas que padecen el trastorno y que reciben este tipo de terapias. Por ello, el siguiente estudio tuvo como objetivo examinar las experiencias de los participantes con la terapia interpersonal y de ritmo social, con o sin remediación cognitiva, y el impacto de esta intervención en su funcionamiento. Fueron 20 los participantes que completaron la intervención durante los 12 meses. Estos informaron que la terapia interpersonal y de ritmo social como complemento de la medicación fue eficaz en la mejora de su funcionamiento: nueva sensación de control y confianza, capacidad de concentración, nuevas habilidades de comunicación y resolución de problemas, y mejores rutinas diarias.<sup>34</sup>

En el anexo IV “Tabla de ejemplo de rutina diaria” se adjunta una tabla de horarios y rutinas diarias que han usado alguna vez pacientes de mi centro de prácticas.

Otras intervenciones como la *intervención psicológica positiva (PP)*, han demostrado también buenos resultados en la calidad de vida de las personas con este tipo de enfermedad. En un estudio llevado a cabo con 14 pacientes con depresión

bipolar, se demostró que, tras 8 semanas de seguimiento, la intervención PP condujo a mejoras en el afecto positivo y el optimismo en el tratamiento del trastorno, con tamaños de efecto grandes. Sin embargo, se necesitan ensayos aleatorios más grandes para evaluar más a fondo la eficacia de esta intervención en la población de alto riesgo. La intervención de PP consistió en los siguientes cuatro ejercicios:

Semana 1 - Carta de agradecimiento: los participantes escribieron una carta agradeciendo a alguien por un acto por el que estaban agradecidos.

Semana 2 - Uso de fortalezas personales.

Semana 3 - Realización de tres actos de bondad en un día.

Semana 4 - Imaginar el mejor yo posible: los participantes escribieron sobre su mejor vida posible en el futuro.<sup>35</sup>

## ❖ DISCUSIÓN

Los resultados recogidos en esta revisión bibliográfica en cuanto a las distintas intervenciones psicosociales existentes para la recuperación del paciente con trastorno bipolar son muy variados. Las más estudiadas y repetidas durante los estudios fueron la intervención familiar, la remediación cognitiva, la terapia cognitivo-conductual, la psicoeducación y la terapia interpersonal y del ritmo social. Gran parte de los artículos publicados sobre este tema coinciden en sus conclusiones, sin embargo, algunas variables están aún en controversia.

Como se indicó anteriormente, es tan esencial e importante en la recuperación de los pacientes con enfermedades de salud mental tanto el tratamiento farmacológico como el psicosocial. Como se ha descrito durante el trabajo, las intervenciones psicosociales complementarias son parte del método preferido para tratar el trastorno bipolar. Se ha visto en estudios anteriores que estas intervenciones logran diferentes objetivos, entre ellos la adherencia a la medicación o la reducción de la ideación suicida. Sin embargo, en un ensayo simple ciego en el que participaron 68 pacientes ambulatorios chinos con trastorno bipolar, los resultados demostraron el logro de la eutimia, la disminución de los síntomas de depresión y la mejora de la calidad de vida, pero no se observaron mejoras en la adherencia a la medicación, reducción de los síntomas maníacos o ideación suicida.<sup>34</sup>

En intervenciones como la remediación cognitiva, la evidencia científica indica que efectivamente la disfunción cognitiva influye significativamente en los resultados psicosociales de los pacientes. Por ello, es importante el estudio y el uso de intervenciones para tratar el deterioro cognitivo asociado al trastorno bipolar. En un estudio en el que se aplicó la remediación cognitiva y funcional en pacientes con trastorno bipolar, se detectó una reducción de los síntomas depresivos y un aumento en el funcionamiento psicosocial después de recibir 14 sesiones individuales de rehabilitación cognitiva. Por lo tanto, los prometedores resultados de este estudio allanaron el camino hacia más estudios sobre rehabilitación cognitiva en el trastorno bipolar.<sup>35</sup>

La mayoría de los estudios encontrados reflejan que tanto la intervención centrada en la familia como la psicoeducación son acciones psicosociales muy exitosas en la

prevención y recuperación del paciente. Sin embargo, en un estudio en el que participaron 119 jóvenes con síntomas del estado de ánimo activo y antecedentes familiares de trastorno bipolar, fueron asignados de forma aleatoria a 4 meses de intervención familiar o tratamiento solo psicoeducativo. Los análisis mostraron que los jóvenes obtuvieron mejores resultados en la disminución de síntomas depresivos con la intervención familiar. Se analizó el funcionamiento psicosocial con mejoras del estado de ánimo inmediatamente después del tratamiento y durante 2 años de seguimiento.<sup>36</sup>

Aún así, no debemos olvidar que la psicoeducación está muy relacionada con la mejora de la cohesión familiar y la reducción de conflictos. Las deficiencias en el funcionamiento familiar se asocian con síntomas depresivos y maníacos más graves, recurrencias más tempranas y más conductas suicidas en el trastorno bipolar de inicio temprano. La psicoeducación familiar y el entrenamiento en habilidades pueden mejorar la cohesión familiar en las distintas etapas del trastorno bipolar.<sup>37</sup>

La Terapia Interpersonal y del Ritmo Social es otra intervención descrita en este trabajo y demostrada en numerosos estudios como una terapia psicosocial muy útil en la recuperación del trastorno bipolar. En un ensayo controlado aleatorizado llevado a cabo en Christchurch, Nueva Zelanda, 68 pacientes con trastorno bipolar fueron asignados a un curso de 12 meses de Terapia Interpersonal y del Ritmo Social combinado con Remediación Cognitiva (IPSRT-CR) o sin esta (IPSRT).

El funcionamiento psicosocial y los síntomas de depresión mejoraron significativamente más en IPSRT en comparación con IPSRT-CR, y todas las medidas de funcionamiento y síntomas del estado de ánimo mostraron diferencias moderadas en el tamaño del efecto a favor del IPSRT. Por tanto, se llegó a la conclusión de que la combinación de dos terapias psicológicas dirigidas a la recuperación sintomática y cognitiva/funcional puede reducir el efecto de la IPSRT.<sup>38</sup>

## ❖ CONCLUSIÓN

El trastorno bipolar es definido como un trastorno mental grave, incapacitante y recurrente, que afecta a >1% de la población mundial. El grado de herencia es alto, y es causado por la interacción de factores genéticos, biológicos y ambientales. Se caracteriza por episodios de manía y depresión durante los cuales se producen cambios extremos en el estado de ánimo, conductas y cognición. En esta revisión se ha podido comprobar que la farmacoterapia es fundamental en el tratamiento de estos pacientes, pero que esta debe ir acompañada por intervenciones de rehabilitación psicosocial que aumenten la eficacia de la recuperación de la persona. Las terapias incluidas en esta revisión y que han demostrado durante el estudio ser eficaces son la intervención familiar y de pareja, la remediación cognitiva, la terapia cognitiva-conductual, la psicoeducación y la terapia interpersonal del ritmo social. Todas ellas mejoran la adherencia al tratamiento y reducen la tasa de recaídas, logrando mantener al paciente en eutimia, entre otras funciones. En el caso de la terapia interpersonal y del ritmo social, sería interesante y necesario estudiar y profundizar más acerca de su mayor o menor eficacia al combinarla con otras terapias psicológicas.

## ❖ AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos van dirigidos a mi tutor, el Doctor Eladio Joaquín Collado Boira, enfermero y profesor titular de la Universidad Jaume I de Castellón, por su dedicación y tiempo, por guiarme en la realización de este trabajo y por facilitar por varios medios la comunicación con los alumnos.

También me gustaría mencionar y dar las gracias a los usuarios que sufren trastorno bipolar del centro donde he realizado mis prácticas, por ayudarme a comprender ciertos comportamientos comunes de esta enfermedad, por reducir el estigma incluso en mí misma y por ofrecerme opiniones y experiencias respecto a algunas intervenciones psicosociales recibidas y mencionadas en este trabajo.

## ❖ BIBLIOGRAFÍA

1. Yıldız M. Psychosocial Rehabilitation Interventions in the Treatment of Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Arch Neuropsychiatry* 2021;58(1):77-82.
2. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR et al. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18008.
3. Duffy A, Carlson G, Dubicka B, Hillegers MHJ. Pre-pubertal bipolar disorder: origins and current status of the controversy. *Int J Bipolar Disord*. 2020;8(1):18.
4. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV et al. Bipolar disorders. *Lancet*. 2020;396(10265):1841-1856.
5. Rantala MJ, Luoto S, Borráz-León JI, Krams I. Bipolar disorder: An evolutionary psychoneuroimmunological approach. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Mar;122:28-37.
6. Solé B, Varo C, Torrent C, Montejo L, Jiménez E, Bonnin CDM et al. Sex differences in neurocognitive and psychosocial functioning in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2022;296:208-215.
7. Green E, Toma S, Collins J, Fiksenbaum L, Timmins V, Omrin D et al. Similarities and Differences Across Bipolar Disorder Subtypes Among Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2020 May;30(4):215-221.
8. Solé B, Jiménez E, Torrent C, Reinares M, Bonnin CDM, Torres I et al. Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: Treatment and Prevention Strategies. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2017;20(8):670-680.

9. Gillissie ES, Lui LMW, Ceban F, Miskowiak K, Gok S, Cao B et al. Deficits of social cognition in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord.* 2021.
10. Dou W, Yu X, Fang H, Lu D, Cai L, Zhu C et al. Family and Psychosocial Functioning in Bipolar Disorder: The Mediating Effects of Social Support, Resilience and Suicidal Ideation. *Front Psychol.* 2022;12:807546.
11. Perich T, Mitchell PB. Psychological interventions for young people at risk for bipolar disorder: A systematic review. *J Affect Disord.* 2019;252:84-91.
12. Kato T. Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2019;73(9):526-540.
13. McIntyre R, Berk M, Brietzke E, Goldstein B, López-Jaramillo C, Kessing L et al. Bipolar disorders, *The Lancet.* 2020;396:1841-1856.
14. Arnold I, Dehning J, Grunze A, Hausmann A. Old Age Bipolar Disorder- Epidemiology, Aetiology and Treatment. *Medicina (Kaunas).* 2021;8;57(6):587.
15. Miklowitz DJ, Merranko JA, Weintraub MJ, Walshaw PD, Singh MK, Chang KD et al. Effects of family-focused therapy on suicidal ideation and behavior in youth at high risk for bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2020;275:14-22.
16. Weintraub MJ, Schneck CD, Posta F, Merranko JA, Singh MK, Chang KD et al. Effects of family intervention on psychosocial functioning and mood symptoms of youth at high risk for bipolar disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2022;90(2):161-171.
17. O'Donnell LA, Weintraub MJ, Ellis AJ, Axelson DA, Kowatch RA, Schneck CD et al. A Randomized Comparison of Two Psychosocial Interventions on

- Family Functioning in Adolescents with Bipolar Disorder. *Family Process*. 2020;59(2):376–89.
18. Dunne L, Perich T, Meade T. The relationship between social support and personal recovery in bipolar disorder. *Psychiatr Rehabil J*. 2019;42(1):100-103.
  19. Lex C, Hautzinger M, Meyer TD. Perceived Criticism and Family Attitudes as Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder. *Clinical Psychology in Europe*. 2022;4(1):e4617.
  20. Strawbridge R, Tsapekos D, Hodsoll J, Mantingh T, Yalin N, McCrone P et al. Cognitive remediation therapy for patients with bipolar disorder: A randomised proof-of-concept trial. *Bipolar Disord*. 2021;23(2):196-208.
  21. Ott CV, Vinberg M, Bowie CR, Christensen EM, Knudsen GM, Kessing LV et al. Effect of action-based cognitive remediation on cognition and neural activity in bipolar disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):487.
  22. Tsapekos D, Strawbridge R, Cella M, Wykes T, Young AH. Towards personalizing cognitive remediation therapy: Examining moderators of response for euthymic people with bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2022;151:1-8.
  23. Zhang Y, Ma X, Liang S, Yu W, He Q, Zhang J et al. Social cognition and interaction training (SCIT) for partially remitted patients with bipolar disorder in China. *Psychiatry Research*. 2019;274:377-382.
  24. Tsapekos D, Strawbridge R, Cella M, Young AH, Wykes T. Does cognitive improvement translate into functional changes? Exploring the transfer mechanisms of cognitive remediation therapy for euthymic people with bipolar disorder. *Psychological Medicine*. 2021:1–9.
  25. Chand SP, Kuckel DP, Huecker MR. *Cognitive Behavior Therapy*. 2022 May 8. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 29261869.

26. Contreras YD. Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno bipolar I leve con características mixtas. Universidad Pontificia Bolivariana. 2019.
27. Henken HT, Kupka RW, Draisma S, Lobbestael J, van den Berg K, Demacker SMA et al. A cognitive behavioural group therapy for bipolar disorder using daily mood monitoring. *Behav Cogn Psychother*. 2020;48(5):515-529.
28. Gomes BC, Rocca CC, Belizario GO, Fernandes F, Valois I, Olmo GC et al. Cognitive behavioral rehabilitation for bipolar disorder patients: A randomized controlled trial. *Bipolar Disord*. 2019;21(7):621-633.
29. Mora C. Afectación de las habilidades sociales en el trastorno bipolar. 2019. Universidad EAFIT.
30. Lequimener-de Lorgeril V, Chirio-Espitalier M, Grall-Bronnec M. Influence d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur la qualité de vie de personnes souffrant d'un trouble bipolaire: premiers résultats. *Encephale*. 2019;45(2):127-132.
31. Joas E, Bäckman K, Karanti A, Sparding T, Colom F, Pålsson E. Psychoeducation for bipolar disorder and risk of recurrence and hospitalization - a within-individual analysis using registry data. *Psychol Med*. 2020;50(6):1043-1049.
32. Crowe M, Inder M, Douglas K, Carlyle D, Wells H, Jordan J et al. Interpersonal and Social Rhythm Therapy for Patients With Major Depressive Disorder. *Am J Psychother*. 2020;73(1):29-34.
33. Crowe M, Porter R, Inder M, Carlyle D, Luty S, Lacey C et al. Clinical Effectiveness Trial of Adjunctive Interpersonal and Social Rhythm Therapy for Patients With Bipolar Disorder. *Am J Psychother*. 2020;73(3):107-114.

34. Crowe M, Inder M, Porter R, Wells H, Jordan J, Lacey C et al. Patients' Perceptions of Functional Improvement in Psychotherapy for Mood Disorders. *Am J Psychother.* 2021;74(1):22-29.
35. Celano CM, Gomez-Bernal F, Mastromauro CA, Beale EE, DuBois CM, Auerbach RP et al. A positive psychology intervention for patients with bipolar depression: a randomized pilot trial. *Journal of Mental Health.* 2020;29(1):60–8.
36. Chen-Ju Lin, Yu-Hsin Huang, Kuo-Yang Huang, Shu-I Wu, Yi-Hung Chang, Hsiao-Mei Yeh et al. A Randomized Controlled Trial of Transcultural Validation of Group-Based Psychosocial Intervention for Patients with Bipolar Disorder, *Psychiatry Research.* 2020;290:113-139.
37. Solé B, Jiménez E, Torrent C, Reinares M, Bonnín CDM, Torres I et al. Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: Treatment and Prevention Strategies. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2017;20(8):670-680.
38. Weintraub MJ, Schneck CD, Posta F, Merranko JA, Singh MK, Chang KD et al. Effects of family intervention on psychosocial functioning and mood symptoms of youth at high risk for bipolar disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2022;90(2):161-171.
39. O'Donnell LA, Weintraub MJ, Ellis AJ, Axelson DA, Kowatch RA, Schneck CD et al. A Randomized Comparison of Two Psychosocial Interventions on Family Functioning in Adolescents with Bipolar Disorder. *Fam Process.* 2020;59(2):376-389.
40. Douglas KM, Groves S, Crowe MT, Inder ML, Jordan J, Carlyle D et al. A randomised controlled trial of psychotherapy and cognitive remediation to target cognition in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2022;145(3):278-292.

➤ ANEXOS

**Anexo I: Resumen de las bases de datos:**

Bases de datos	Ecuación de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PubMed	“bipolar disorder” AND “psychosocial treatments”	1262	11
Scielo	“bipolar disorder” AND “psychosocial treatments”	5	0
Scopus	“bipolar disorder” AND “psychosocial treatments”	1821	2
Cuiden	“bipolar disorder” AND “psychosocial treatments”	2	0
Cinahl	“bipolar disorder” AND “psychosocial treatments”	108	2
PsycINFO	“bipolar disorder” AND “psychosocial treatments”	1518	5

## Anexo II: Generalidades y calidad de los estudios seleccionados:

Autores	Año de publicación	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Miklowitz DJ et al. <sup>15</sup>	2020	Estudio controlado aleatorizado	127 participantes, de los cuales 75 padecen trastorno depresivo con al menos un familiar con trastorno bipolar tipo I o II, y 52 trastorno bipolar	Los participantes fueron seguidos durante un promedio de 105,9±64,0 semanas. Los jóvenes con altos niveles iniciales de ideación suicida (IS) que recibieron terapia centrada en la familia tuvieron niveles más bajos de esta idea en comparación con los jóvenes con altos niveles iniciales de IS que recibieron psicoeducación. El nivel de conflicto familiar medió significativamente los efectos del tratamiento en la IS durante el seguimiento.	1a	A
Weintraub MJ et al. <sup>16</sup>	2022	Estudio controlado aleatorizado	119 jóvenes con síntomas del estado de ánimo	Los jóvenes en terapia centrada en la familia informaron mayores mejoras en el funcionamiento familiar durante 24 meses	1a	A

			activo y antecedentes familiares de trastorno bipolar fueron asignados al azar a 4 meses de terapia centrada en la familia (FFT) o proceso psicoeducativo (EC)	en comparación con los de psicoeducación o atención mejorada. Las mejoras en el funcionamiento familiar mediaron las mejoras en los síntomas depresivos de los participantes.		
O'Donnell LA et al. <sup>17</sup>	2020	Estudio controlado aleatorizado	Los participantes fueron 144 adolescentes (edad media: 15,6 ± 1,4 años) con trastorno	Los participantes en FFT y EC informaron mejoras similares en los conflictos familiares a lo largo de los 2 años. En el grupo FFT, las familias de bajo conflicto tuvieron una mayor cohesión familiar en comparación con las familias de alto conflicto. Las familias de alto conflicto en	1a	A

			<p>bipolar (TB) I o II con un episodio del estado de ánimo en los último 3 meses. Los adolescentes y los padres fueron asignados al azar a 3 sesiones de terapia centrada en la familia (FFT) (21 sesiones) o psicoeducación (EC)</p>	<p>ambos grupos de tratamiento tendieron a mostrar mayores reducciones en el conflicto durante 2 años que las familias de bajo conflicto. La psicoeducación familiar y el entrenamiento en habilidades pueden mejorar la cohesión familiar en las primeras etapas del TB.</p>		
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<b>Dunne L et al.<sup>18</sup></b>	2019	Estudio transversal retrospectivo	312 participantes con un diagnóstico confirmado de TB fueron reclutados a través de las redes sociales	Aquellos que reportaron depresión (52%) o hipomanía (47%) reportaron puntuación de recuperación más bajo. Aquellos que informaron haber visto a familiares y más de un amigo, obtuvieron puntajes de recuperación más altos junto con aquellos que estaban empleados y tenían una educación superior. Los síntomas recientes de hipomanía se asociaron con un menor contacto familiar.	2b	B
<b>Lex C et al.<sup>19</sup></b>	2022	Estudio longitudinal retrospectivo	Se llevó a cabo un análisis que utilizó un conjunto de datos existente de un estudio anterior realizado por el mismo grupo que comparó la	Las críticas de los familiares predijeron la probabilidad de recurrencias depresivas, especialmente en las terapias de apoyo. Podría ser interesante evaluar las críticas percibidas y las actitudes familiares como moderadores potenciales del resultado del tratamiento.	2b	B

			terapia cognitiva conductual (TCC) y la terapia de apoyo (ST) en TB remitido			
<b>Strawbridge R et al.<sup>20</sup></b>	2021	Estudio controlado aleatorizado	60 participantes entre 18 y 65 años con trastorno bipolar fueron aleatorizados al tratamiento habitual (TAU) con o sin terapia de remediación cognitiva individual	Se obtuvieron mayores mejoras tanto en la cognición como en el funcionamiento psicosocial en aquellas personas que recibieron terapia de remediación cognitiva frente al tratamiento habitual.	1a	A

			(TRC) durante 12 semanas			
<b>Ott CV et al.<sup>21</sup></b>	2018	Estudio controlado aleatorizado	58 pacientes con TB en remisión total o parcial de 18 a 55 años con deterioro cognitivo. Los participantes se asignan al azar a 10 semanas de remediación cognitiva	La RC tiene efectos beneficiosos sobre la cognición y el funcionamiento en pacientes remitidos con TB. Los resultados también proporcionarán información sobre cambios tempranos en la actividad neuronal asociados con la mejora de la cognición.	1a	A
<b>Tsapakos D et al.<sup>22</sup></b>	2018	Estudio controlado aleatorizado	40 personas con trastorno bipolar en estado eutímico fueron asignadas al	Los beneficios del tratamiento en la cognición y el funcionamiento psicosocial no se vieron afectados por las características previas del paciente. Sin embargo, la cognición inicial y los déficits percibidos	1a	A

			tratamiento habitual y otras 40 a terapia de remediación cognitiva	pueden influir en el efecto de la RC en el logro de los objetivos de recuperación.		
Zhang Y et al. <sup>23</sup>	2019	Estudio de casos y controles	74 pacientes en China con TB fueron asignados aleatoriamente a los grupos de entrenamiento en interacción y cognición social (SCIT) o psicoeducación durante 8 semanas	SCIT es una intervención prometedora para los síntomas clínicos y el funcionamiento de los pacientes con TB. Sin embargo, se necesitan más estudios para observar el impacto a largo plazo de la SCIT en la mejora emocional y funcional de estos pacientes.	3b	B

Tsapekos D et al. <sup>24</sup>	2021	Estudio controlado aleatorizado	80 personas con trastorno bipolar fueron asignadas a un grupo de tratamiento habitual con remediación cognitiva y a otro sin esta	Se lograron mejoras en el funcionamiento cognitivo y psicosocial en el grupo que recibió como complemento la remediación cognitiva frente al grupo que no la recibió.	1a	A
Contreras YD et al. <sup>26</sup>	2019	Estudio longitudinal prospectivo	Chica de 23 años universitaria con trastorno bipolar de tipo I cuyo tratamiento se apoya en la terapia	El caso clínico se llevó a cabo en 14 sesiones en las que se pusieron en práctica técnicas como reconstrucción cognitiva, psicoeducación de la enfermedad, adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico, identificación de pródromos y entrenamiento en habilidades de comunicación interpersonal. Se lograron mejoras en el funcionamiento psicosocial y una mayor adherencia al tratamiento.	2b	B

			cognitivo-conductual			
<b>Henken HT et al.<sup>27</sup></b>	2020	Informe de casos	24 participantes con trastorno bipolar I o II recibieron terapia cognitivo-conductual grupal además del tratamiento habitual. La efectividad se midió a través del monitoreo diario del estado de ánimo antes, durante y después de la intervención	Hubo un cambio de estados depresivos a estados más eutímicos. También se produjo un aumento en el funcionamiento psicosocial y la salud psicológica tras la intervención.	3b	B

<b>Gómez BC et al.<sup>28</sup></b>	2019	Estudio controlado aleatorizado	Se incluyeron un total de 39 pacientes bipolares tipo I o II, 19 en el grupo de tratamiento habitual (TAU) y 20 en la rehabilitación cognitiva-conductual (CBR)	Tras la intervención, las personas con CBR mejoraron significativamente el tiempo de reacción, la memoria visual y el reconocimiento de emociones. Por el contrario, no presentaron un cambio en la calidad de vida después de 12 semanas de intervención.	1a	A
<b>Mora C.<sup>29</sup></b>	2019	Estudio transversal descriptivo	Se incluyeron 4 pacientes con trastorno bipolar, 1 chico de 24 años y 3 chicas de 20, 28 y 33 años, los	Mayor autocontrol sobre los impulsos, un mayor manejo de pensamientos y mejor afrontamiento de problemas y conflictos	2b	B

			cuales asistieron a 6 sesiones de entrenamiento en habilidades sociales			
<b>Lequimener de Lorgeril V et al.<sup>30</sup></b>	2019	Estudio longitudinal prospectivo	Se incluyeron 18 pacientes en el programa de educación terapéutica en forma de 8 sesiones semanales o quincenales. Se midieron otros parámetros como el <i>insight</i> , la autoestima, el funcionamiento	La autoestima aumentó significativamente. Los cambios en la calidad de vida estuvieron fuertemente ligados a los cambios en la autoestima. La depresión se correlacionó inversamente con la calidad de vida al final del programa.	2b	B

			global y la intensidad de la depresión y la manía			
<b>Joas E et al.<sup>31</sup></b>	2020	Estudio observacional descriptivo	2819 pacientes con trastorno bipolar en Suecia. Entre ellos, 402 no habían sido expuestos a psicoeducación en la primera visita, pero recibieron psicoeducación durante los siguientes registros	La psicoeducación para el trastorno bipolar reduce el riesgo de episodios del estado de ánimo y la hospitalización cuando se implementa en la práctica clínica habitual.	2b	B

Crowe M et al. <sup>32</sup>	2020	Estudio controlado aleatorizado	Un total de 30 pacientes, 19 con trastorno depresivo mayor y 11 con trastorno bipolar fueron asignados aleatoriamente para recibir terapia interpersonal y del ritmo social durante 12 meses; además la mitad recibió adicionalmente rehabilitación cognitiva	Se observaron mejoras en los niveles de depresión y funcionamiento a los 12 meses en comparación con el valor inicial.	1a	A
------------------------------	------	---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---

Crowe M et al. <sup>33</sup>	2020	Estudio controlado aleatorizado	88 pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tipo I o II en Nueva Zelanda, fueron asignados aleatoriamente a 18 meses de terapia interpersonal y del ritmo social o al tratamiento habitual	Se encontró que una combinación de terapia interpersonal y del ritmo social y farmacoterapia durante 18 meses mejoró el funcionamiento del paciente y disminuyó la tasa de reingreso.	1a	A
Crowe M et al. <sup>34</sup>	2021	Estudio de casos y controles	20 participantes (11 hombres, 9 mujeres, de 22 a 55 años) recibieron terapia	Sintieron una mayor sensación de control y confianza, capacidad de concentración, nuevas habilidades de comunicación y resolución de problemas, y mejores rutinas diarias	3b	B

			interpersonal y de ritmo social como complemento de la medicación, sola o en combinación con rehabilitación cognitiva			
<b>Celano CM et al.<sup>35</sup></b>	2020	Estudio controlado aleatorizado	25 pacientes hospitalizados por depresión bipolar fueron aleatorizados para recibir una intervención de psicología positiva (n=14)	La terapia de psicología positiva produjo mejoras en el afecto positivo y el optimismo.	1a	A

			o de condición de control (n=11) durante 4 semanas			
--	--	--	----------------------------------------------------	--	--	--

### **Anexo III: Técnicas cognitivo-conductuales para el día a día:**

- Observar nuestros propios pensamientos y emociones de forma objetiva. Para ello podemos realizar ejercicios como por ejemplo el siguiente:

*Cierra los ojos durante unos minutos e intenta darte cuenta de cuáles son algunas de las cosas que te dices a ti mismo, aceptando los pensamientos que vengan, siendo un simple observador: ¿Qué pensamiento es el que más se repite? ¿Qué sientes cuando piensas eso? ¿Te hace sentir bien? ¿Te provoca alguna reacción negativa?*

- Conocer cómo nuestros propios pensamientos sobre nosotros mismos desencadenan emociones, generalmente negativas. Ejemplo:

*Esta noche ibas a un concierto con una amiga, al cual tú le habías invitado y regalado las entradas. Sin embargo, tres horas antes decide no ir por no encontrarse bien. Puedes interpretar esta situación como una actitud de desagrado y abandono por parte de la amiga. ¿Qué sentimiento tendrías al hacer esa interpretación? Sin embargo, si interpretas que puede encontrarse mal de verdad y no le apetece, ¿qué sentimiento vas a provocar?*

- Practicar las emociones positivas que quieras sentir más a menudo. Ejemplo:

*Es una buena idea hacer un planning de nuestro día, hacer cosas que te hagan sentir competente y seguro. El segundo objetivo es poder convivir con algo de ansiedad, aceptar que puede estar con nosotros, pero reconocer que no puede controlar nuestra vida.*

- Ser consciente de lo que te dices a ti mismo y del impacto que esto tiene sobre tu bienestar. Cambiar el discurso negativo y crítico contra uno mismo. Ejemplo:

*Pongamos el caso de un niño con tartamudez, al que sus compañeros de escuela le llaman tonto por no saber leer bien. De tanto escucharlo, es probable que él mismo piense que es tonto, repitiéndoselo a sí mismo de forma constante y provocando que ese pensamiento esté muy presente en su cerebro.*

- Observa dónde va tu mente y tráela de nuevo al momento presente. Ejemplo:

*¿Eres consciente de cuándo estás sintiendo ansiedad al abandonar el presente? ¿Sufres al pensar en el futuro o al recordar el pasado?*

**Anexo IV: Tabla de ejemplo de rutina diaria:**

HORA ACTIVIDAD										
Levantarse										
Desayunar										
Deporte										
Trabajo/ Estudio										
Tareas de casa										
Comida de mediodía										
Ocio										
Ducha										
Cena										
Meditación										
Acostarse										