

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

POSGRADO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS EN
LOS TRATAMIENTOS PARA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO
DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EN COMPARACIÓN
CON OTROS MODELOS TERAPÉUTICOS O TRATAMIENTO
USUAL (TAU) QUE NO UTILICEN PSICOEDUCACION**

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado Especialidad en Psicología Clínica para optar al grado y título de
Especialista en Psicología Clínica

LICDA. KARINA PERAZA LEIVA

SAN PEDRO

JUNIO, 2020

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar a Dios, por haber puesto este gran anhelo en mi corazón y por haberme sostenido y guiado durante todo este proceso. A mi familia por su amor incondicional y por haber creído en mí, aun cuando parecía un imposible, a mi novio por su paciencia, comprensión y grata compañía.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haber puesto ángeles en mi camino durante todo el proceso de especialidad.

A mis amados padres, Seidy y Juan Carlos, por el don de la vida, por la disponibilidad y las constantes muestras de amor a pesar de la distancia. Por haber forjado en mi raíces de constancia y esfuerzo y porque su ejemplo construyó en mi alas para emprender mi camino, a mi hermana Andrea, por ser luz en mi vida, a mis hermanos Daniel y Alexander por su ternura y apoyo.

A Lley mi novio, por su paciencia, compañía y recordarme lo importante de vivir.

A Denise, mi fiel amiga y compañera de residencia, por su paciencia, entusiasmo, coraje y hermandad, por dos años de experiencias compartidas, sin su apoyo, mi proceso no hubiera sido el mismo.

A Melissa, por su amistad incondicional, por las carcajadas compartidas, a Diego por su motivación y compañía.

A mis supervisores y cada uno de mis profesores, todos dejaron huella en mi saber profesional y también en mi corazón, gracias infinitas por transmitir sus conocimientos, acompañarme y guiarme en el crecimiento profesional, en especial a Ivannia Chinchilla, por su sintonía y su habilidad para transmitir los saberes, a Mariano Solórzano por su incondicional, a Cinthya Mena por estar, por su genuino apoyo y espiritualidad, a Dalyana Vargas por su dulzura y anuencia, a Nicole Hernández y Paola Echeverri por creer en mi trabajo.

A mi querida jefa, la Dra. Rocio Jiménez, por su comprensión afecto y por siempre creer en mi trabajo y vocación.

A Isaura Lobo, por su disponibilidad y escucha atenta que me ha permitido transitar en mi propio proceso de transformación personal.

A cada uno de mis pacientes, porque ellos son la razón de mi labor, por su enseñanza, resiliencia y fuerza que les caracteriza, porque su lucha y valentía ha calado en mí, y me ha permitido ver más allá de sus diagnósticos.

HOJA DE APROBACIÓN

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica.”



Dra. Karen Quesada Retana
Directora Programa de Posgrado en Psicología Clínica



Dr. Alfonso Villalobos Pérez



Licda. Geisel Karina Peraza Leiva.

Candidata.

Contenido

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACION	1
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	5
Trastorno bipolar: Generalidades	5
Clasificación de los Trastornos Bipolar DSM V	8
Caracterización del trastorno Bipolar	8
Etiología del Trastorno Bipolar.....	8
Teoría genética	9
Teoría neurobiología.....	10
Factores psicosociales.....	11
Curso y evolución.....	11
Modelos de abordaje del Trastorno Bipolar	12
La terapia cognitiva y terapia cognitiva-conductual.....	13
Terapia familiar y terapia marital.....	14
La terapia interpersonal	15
Psicoeducación	16
CAPITULO III: METODOLOGÍA	22
Estrategia metodológica	22
Objetivos de estudio	25
Muestra de estudio.....	26
Criterio de inclusión	26
Criterios de exclusión.....	27
Proceso de Búsqueda de Información	27
Proceso de extracción de datos	32
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	33
Población: personas con diagnóstico del Trastorno Afectivo Bipolar	33
Participantes	33
Tipo de muestra	34
Tipo de diagnóstico	35
Intervención: Programas Psicoeducativos	35

Enfoque terapéutico	35
Formato de terapia	35
Duración de sesiones	36
Componentes abordados.....	37
Variables abordadas.....	38
Comparacion: Treatment As Usual que no utilicen psicoeducación (TAU)	40
Estudios de grupo control	40
Outcomes (Resultados): Niveles de eficacia, grados de recomendación de las intervenciones.....	40
Resultados de los estudios.....	40
Análisis estadístico.....	41
CAPITULO V. DISCUSION	52
Limitaciones.....	54
Retos y oportunidades.....	55
CAPITULO VI CONCLUSIONES.....	56
Referencias Bibliográficas	59

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	6-7
Tabla 2	7-8
Tabla 3	18
Tabla 4	24
Tabla 5	26
Tabla 6	27
Tabla 7	45
Tabla 8	66-73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.

31



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Karina Peraza Leiva, con cédula de identidad 119770469, en mi condición de autor del TFG titulado Efectividad de los programas psicoeducativos en los tratamientos para personas con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, en comparación con otros modelos terapéuticos o tratamiento usual (TAU) que no utilicen psicoeducación.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Geisel Karina Peraza Leiva

Número de Carné: 889229 Número de cédula: 119770469

Correo Electrónico: geisel.peraza@ucr.ac.cr

Fecha: 04 agosto 2020 Número de teléfono: 88530758

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Alfonso V. Malobos Pérez

Karina Peraza Leiva
FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.

JUSTIFICACION

El Trastorno Afectivo Bipolar, se considera un trastorno psiquiátrico grave, recurrente, que afecta a hombres y mujeres de diversas edades. Esta patología se caracteriza por tener tasas altas de recaída, que interfieren en el desarrollo intrapersonal, psicosocial, así como en la calidad de vida de dichos pacientes. Según investigaciones recientes:

Los trastornos bipolares a su vez se subdividen en trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado, y van a implicar necesariamente la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, y que normalmente vendrán acompañados por la presencia, o historia de episodios depresivos mayores. La literatura refiere que cerca del 15 al 20% de pacientes con bipolaridad cometen suicidio, se ha calculado que en promedio la persona pasa ciento veinticinco meses de su vida enfermo. Dittel, Cordero y Sandoval (2018, p.2)

A pesar de los recientes avances a nivel farmacológico, muchos de los pacientes desarrollan una cronicidad incapacitante, que tiene repercusiones a nivel interpersonal, familiar y social en su conjunto, ocasionando consecuentes hospitalizaciones, disminuyendo la calidad de vida del paciente. Dittel, Cordero y Sandoval (2018) encontraron en su investigación una “percepción moderada de la calidad de vida en la población estudiada, existiendo una correlación negativa entre componentes de funcionamiento y contextuales, con la percepción de calidad de vida” (p.13) lo que significa que entre mayor dificultad se presente en cuanto a la participación social, mayor será el impacto a nivel funcional en la calidad de vida del paciente con diagnóstico del trastorno afectivo bipolar.

En la actualidad también se ha evidenciado que la remisión sintomática no es completa. En muchas ocasiones esto significa una recuperación no funcional, por lo tanto se puede considerar que el tratamiento farmacológico está limitado debido a la poca adherencia al mismo que tienen

las personas con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar. Ductor (2014) hace referencia a los puntos anteriores:

Los hallazgos de varios estudios longitudinales, por ejemplo, al menos el 40% de los pacientes bipolares con tratamiento farmacológico, recidivan dentro del primer año y el 60% dentro de los dos primeros años (Gitlin, Swendsen, Heller & Hamme, 1995; Gelenberg *et al.*, 1989; Kalbag, Miklowitz & Richards, 1999). Hasta el 60% muestran afectación social y laboral en los 4-5 años siguientes a un episodio agudo (Coryel *et al.*, 1993; Goldberg, Harrow & Grossman, 1995).

Diversos estudios han demostrado que la psicoeducación forma parte de una gama de herramientas psicoterapéuticas, coadyuvantes del tratamiento farmacológico, brindando a la persona con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, estrategias de afrontamiento a su sintomatología, con el objetivo de optimizar el manejo de su enfermedad, mejorar la adherencia al tratamiento, logrando optimizar la calidad de vida de estos pacientes.

De acuerdo con Rodríguez, López y Fagnani (2014) la psicoeducación comparte ciertos elementos terapéuticos con las demás intervenciones psicosociales: se ofrece información acerca de la enfermedad y sus tratamientos; se promueve el cumplimiento del tratamiento farmacológico; se entrena a los pacientes en la detección y manejo de pródromos y se promueven comportamientos saludables advirtiendo sobre conductas de riesgo, para fomentar un estilo de vida que reduzca las posibilidades de nuevas crisis. Por tanto, la psicoeducación en sus diversas modalidades podría representar una mejoría significativa en el paciente con Trastorno Afectivo Bipolar, al generar conciencia de la enfermedad, aumentando su participación con respecto al tratamiento farmacológico en su recuperación y favorecer un sentido de responsabilidad de sí mismo.

Además, es importante reconocer el papel de la psicoeducación como parte de los abordajes psicosociales más utilizados para el tratamiento psicológico en la persona con diagnóstico del Trastorno Afectivo Bipolar, teniendo en cuenta que la psicoeducación puede ser utilizada en conjunto con otros modelos psicoterapéuticos por ejemplo, desde la cognitiva conductual, así como de diversos abordajes de tratamiento, o utilizado como un procedimiento estructurado. La

psicoeducación como parte de otros abordajes se ha utilizado a nivel individual, de pareja o a través intervenciones familiares. Siendo un coadyuvante de la comprensión de la enfermedad a través de la integración de aspectos como lo son detección precoz de los síntomas, regulación de hábitos y conductas, mejorando la adherencia al tratamiento, aportando mayor y fidedigna información acerca de su enfermedad, permitiendo al paciente tener mejores herramientas en su funcionamiento diario.

Tomando en cuenta la prevalencia del Trastorno Afectivo Bipolar en nuestro país según los indicadores de salud (2015) del Ministerio de Salud Pública por tasa de 100000 habitantes fue de 1,3 en hombres y 2,2 en mujeres en el año 2015, así como la incidencia de egresos por descompensación al Hospital Nacional Psiquiátrico que según la base de datos SIAH-ARCA, servicio de redes HNP, en el primer semestre 2019 se registran 138 ingresos a este centro hospitalario, y en el segundo semestre 2019 se contabilizaron 150 casos. Razón por la que considero fundamental que el Posgrado de Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica continúe trabajando arduamente para mejorar la calidad y condiciones de vida de esta población.

Considero fundamental este estudio a fin de evidenciar que la psicoeducación ya ha sido comprobada como un modelo de intervención eficaz que permite al paciente desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces, fortaleciendo la comprensión de su patología e involucrando a su sistema familiar y a sí mismo de manera asertiva en el manejo de su enfermedad. Siendo la psicoeducación parte de los modelos de intervención que ha propiciado mayor calidad de vida a personas con Trastorno Afectivo Bipolar y sus familias.

En Costa Rica, no se cuenta con estudios previos que hayan investigado la eficacia de la psicoeducación en conjunto con otro tipo de intervenciones, a pesar que países como Estados Unidos, Grecia, Ginebra, España, han obtenido en sus investigaciones resultados positivos. Y al ser un trastornos mental mayor, con un curso que destaca por ser una patología con tendencia a la recurrencia de episodios y que por tanto requiere un alto número de hospitalizaciones, además, de la alta probabilidad de presentar complicaciones como son la ideación suicida, ciclación rápida o comorbilidad con trastornos psicóticos, se considera fundamental buscar estrategias de intervención que sean eficaces y que además sean compatibles con nuestra labor clínica y con el sistema de salud de nuestro país.

También es fundamental recordar que la efectividad de la psicoeducación no solo tiene incidencia positiva en el paciente y su familia, si no que al poder formar grupos de psicoeducación permite mejorar los tiempos de espera a nivel de atención en el sistema de salud, asociado a eso se ha comprobado que la psicoeducación en Trastornos Afectivos Bipolar mejora la adherencia al tratamiento, reduce la cantidad de consultas y de internamientos, aumentando la calidad de vida estos.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

Trastorno bipolar: Generalidades

El Trastorno Afectivo Bipolar, en sus diversas presentaciones es una patología recurrente, crónica, que impacta con múltiples consecuencias negativas tanto a los y las pacientes, sus familias y la sociedad en su conjunto. Según Aparecido, Werne y Juruena, dicha patología es un trastorno con morbilidad y mortalidad significativas, caracterizándolo por un curso coyuntural episódico a largo plazo de fluctuaciones extremas en el estado de ánimo que se manifiestan como episodios maníacos, depresivos o mixtos repetidos con una recuperación completa entre episodios, pero altas tasas de cronicidad que tienen un impacto social y en el desarrollo ocupacional (2011, p.409).

Aunado a lo anterior, Soo, Zhang, Khong, Low, Thambyrajah, Alhabsyi, McIntyre (2018), clasifican al Trastorno Afectivo Bipolar como una condición psiquiátrica con síntomas multifacéticos, cambios cerebrales estructurales y déficits neuropsicológicos, que a pesar de la variedad diversa de agentes farmacológicos efectivos disponibles, en las diferentes fases del Trastorno Bipolar más del 50% de los pacientes no son adherentes al tratamiento. Lo anterior, contribuye a resultados clínicos desfavorables, situación que supone una carga importante para el paciente y su sistema familiar; lo anterior se asocia a: episodios recurrentes del estado de ánimo, hospitalizaciones, y la pérdida de productividad debido a las frecuentes ausencias del trabajo, disminuyendo la calidad de vida, lo que incrementa el riesgo de suicidio hasta 20 veces mayor en comparación con la población en general (p.1).

Penna, Alvares y Dante (2018), en su artículo, investigaron la influencia de dicha patología en la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el Trastorno Bipolar es la 46° causa de discapacidad y mortalidad de un total de 291 enfermedades y causas de daños, lo que lo posiciona por encima del cáncer de mama y las demencias. Además, se demostró que los costos de atención en salud de los pacientes con trastorno bipolar son cuatro veces más altos que en la población general (p.2). Lo anterior, refleja la urgencia que tienen los pacientes con diagnóstico del Trastorno Afectivo Bipolar de ser atendidos en los centros de salud desde un sistema atención primaria, donde al usuario se le brinde la psicoeducación y seguimiento psicoterapéutico, a fin de propiciar mayor calidad de vida a quienes lo padecen, así como su entorno familiar.

Respecto al Trastorno Afectivo Bipolar Pediátrico (TBP), Frías, Palma y Farriols (2014), consideran que es un trastorno mental que “afecta aproximadamente al 2% de los jóvenes de menos de 18 años. Del mismo modo, el 55-60% de los pacientes adultos con trastorno bipolar inician su patología durante la infancia o adolescencia, con frecuencia exhibiendo formas subliminales del trastorno. La persistencia de esta psicopatología en la edad adulta temprana conduce a logros académicos más pobres” (p.2). Lo anterior justifica el aumento de conflictos interpersonales con los cuales lidian las personas con Trastorno Afectivo Bipolar. Por lo tanto, la reducción de los factores de riesgo y los síntomas tempranos de bipolaridad puede aumentar la probabilidad de un buen pronóstico a largo plazo.

Tabla 1. Clasificación Diagnóstica

<i>Clasificación de los Trastornos Bipolar según CIE 10.</i>
<p>En el apartado Trastornos del humor (afectivos) de la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) se establecen los siguientes criterios diagnósticos generales:</p> <p>Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados.</p> <p>A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar.</p>

<i>Clasificación de los Trastornos Bipolar según CIE 10</i>	<i>Continuación</i>
	<p>Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud.</p> <p>La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.</p>

Fuente tomada de: Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10, 1992).

Los anteriores criterios diagnósticos incluyen: Trastorno maníaco-depresivo; Psicosis maníaco-depresiva; Reacción maníaco-depresiva.

Los criterios diagnósticos anteriores excluyen el Trastorno Bipolar, Episodio Maníaco (F30.-) y Ciclotimia (F34.0).

Tabla 2. Sub. Clasificación del TAB

Clasificación diagnóstica del Trastorno Afectivo Bipolar.
- F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.
- F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.
- F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.
- F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
- F31.30 Sin síndrome somático.
- F31.31 Con síndrome somático.
- F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

- F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
- F31.8 Otros trastornos bipolares.
- F31.9 Trastorno bipolar sin especificación

Elaboración propia a partir de CIE-10 (1992, pp. 147-154).

Clasificación de los Trastornos Bipolar DSM V

Según el DSM V (American Psychiatric Association, 2014) el trastorno afectivo bipolar se subdivide en trastorno bipolar I con episodio maniaco, hipomaniaco, o de depresión mayor, y el Trastorno Bipolar II, debe cumplir los criterios de episodio hipomaniaco actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado. (Ver Anexos)

Caracterización del trastorno Bipolar

Etiología del Trastorno Bipolar

A través de los años, diversos autores han identificado posibles causas asociadas al origen del trastorno bipolar, sin embargo, aún no se ha logrado identificar la patogénesis con exactitud. Algunas de las teorías sobresalientes a lo largo de la historia ha sido la influencia del factor genético, biológico, así como los factores psicosociales, en dicho sentido se podría considerar como aspectos fundamentales que datan a través de los años la etiología de dicha patología. Así mismo, otros autores hacen referencia a:

Dentro de las causas consideradas en el Trastorno Afectivo Bipolar, se destacan los factores genéticos, asociada presencia de alteraciones neurocognitivas en familiares de primer grado de consanguinidad no afectados (Arts, Jabben, Krabbendam y van Os, 2008; Balanzá-Martínez et al., 2008; Bora et al., 2008). Otra causal asociada, son los factores ambientales, entre ellos las sustancias adictivas y los fármacos (Hartman, 1995; Van Gorp, Altshuler, Theberge, Wilkins y Dixon, 1998), así como posibles sucesos o episodios traumáticos ocurridos a temprana edad en el paciente (Savitz, Van der Merwe, Stein, Solms y Ramesar, 2008). En última instancia, se resaltan aquellos factores o elementos relacionados con el

progreso de la enfermedad, tales como la sintomatología, el diagnóstico y su pronóstico (Rios y Escudero 2017, p.244)

Teoría genética

Zarabanda, García, Salcedo y Lahera (2015) hacen mención acerca de los genes que han sido estudiados, destacando su múltiple interacción de muchos genes con efectos pequeños, en lugar de un solo gen con un efecto importante. Refiriéndose a que estos genes implicados en la patogénesis de esta enfermedad pueden tener efectos pleiotrópicos y confieren riesgo para otros tipos de psicopatología. Los genes candidatos más replicados en los estudios son:

El transportador de serotonina 5HTT, el de la monoaminoxidasa A (MAOA), el de la tirosina hidroxilasa (que interviene en la síntesis de dopamina [DA] y noradrenalina [NA]), el de la catecol-ortometil-transferasa (COMT) (que degrada la DA y NA), los de los receptores de dopamina DRD2 y DRD4, el del factor neurotrófico de crecimiento derivado del cerebro BDNF (*Brain-derived neurotrophic growth factor*), la neuro-regulina 1 y los de función aún desconocida G72 y G30 (p.5076).

Por otra parte, Sarason y Sarason (2006) mencionan que dos terceras partes de quienes desarrollan este trastorno tienen antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo.

Sin embargo, el riesgo aumenta si los miembros de la familia de generaciones anteriores también tuvieron trastorno bipolar. Dichos autores, afirman lo siguiente “a pesar de un riesgo hereditario real, el estrés también influye en el trastorno bipolar. Las personas que padecen esta vulnerabilidad genética tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas del trastorno si hay una gran cantidad de estrés en sus vidas” (p.361).

En la misma línea Vieta (2018) menciona que el rango de heredabilidad en trastornos bipolares es estimado en hasta 85% ², siendo de los trastornos psiquiátricos con mayor fuerza genética. Estos mismos autores mencionan que:

Aunque los trastornos bipolares se encuentran entre los más heredables trastornos psiquiátricos, los factores genéticos y ambientales contribuyen al desarrollo de la

enfermedad. Gen-ambiente. Las interacciones pueden estar mediadas por alteraciones epigenéticas. Los factores genéticos y ambientales pueden contribuir a la desarrollo de trastornos bipolares a través de cambios neuronales que modifican los circuitos cerebrales. Estos cambios sistémicamente y afectan el comportamiento del cuerpo, lo que lleva a un deterioro psicosocial y cognitivo (Vieta, 2018, p.4).

Teoría neurobiología

Zarabanda et al (2015), hacen referencia a como los estudios de neuroimagen a través de los últimos años, han logrado identificar alteraciones en la estructura y función cerebral en el trastorno bipolar. Entre las alteraciones que han encontrado destacan “agrandamiento de los ventrículos laterales, mayor prominencia de los surcos corticales, agrandamiento del tercer ventrículo, hiperintensidades subcorticales en la sustancia blanca, reducción del volumen frontal del cerebelo y del hipocampo y cambios en la amígdala” (p.5076).

Por tanto, como lo menciona Rios y Escudero (2017) el impacto del trastorno Afectivo Bipolar en la conducta y en el afecto de las personas que lo padecen, obedece a un desequilibrio en la homeostasis cerebral, estando involucrados los circuitos límbicos y sus proyecciones a través del sistema nervioso desarrollando sintomatología propia de este diagnóstico debido a las alteraciones en el funcionamiento a nivel de conexiones subcortical- corticales, estando en estudio los ejes hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) e hipotálamo-pituitario-tiroideo (HPT), generando sintomatología que obedece a alteraciones en la química cerebral, principalmente en torno a la Serotonina, Dopamina y Oxitocina, y las síntesis de enzimas y neurotransmisores derivados de estas sustancias, llegando a comprometer el funcionamiento de la Acetilcolina y su acción sobre la memoria y el aprendizaje.. Por tanto, algunos autores afirman que en pacientes con Trastorno Bipolar existe activación diferenciada en algunas áreas como:

Reducción en áreas de reconocimiento emocional de rostros humanos, entre ellas, el córtex orbitofrontal, el córtex cingulado ventral anterior y el estriado ventral. Respecto a las implicaciones neurofuncionales, se han reportado alteraciones en diversos marcadores neurales asociados a la plasticidad y la funcionalidad cognitiva (Bearden et al., 2008;

Bremner et al., 2002; Frazier et al., 2005), y alteraciones en la conexión entre varias regiones cerebrales, como la corteza prefrontal ventral y la amígdala, así como desregulaciones en la conectividad interhemisférica (Chepenik et al., 2010). Además, plantea una posible relación entre el ritmo circadiano y trastornos del estado de ánimo, asociada a alteraciones en la producción de melatonina y feniletilamina; lo que explicaría la evidente desregulación del ciclo sueño-vigilia y la fluctuación a nivel comportamental en el TAB (Ríos y Escudero, 2017, p. 243).

Factores psicosociales

Los estresores psicosociales juegan un papel desencadenante en la recaída de quienes padecen la enfermedad. Según Zarabanda et al (2015), “los acontecimientos vitales estresantes parecen intervenir en la aparición de la enfermedad en sujetos genéticamente vulnerables y pueden influir en el desencadenamiento de sucesivas recaídas. La calidad del apoyo social tiene valor predictivo, fundamentalmente porque los pacientes cumplen peor el tratamiento y probablemente son diagnosticados y tratados de forma mucho más tardía” (p.5076).

Por otra parte, Freund y Juckel (2011, p.65) hace referencia a que “los modelos cognitivos de manía se formularon de forma análoga a la del modelo de desesperanza de la depresión. Según este modelo, vulnerabilidad dada promueve esquemas disfuncionales y facilita errores cognitivos (p. ej., sobregeneralización, atribución global y estable como resultado de experiencias positivas anticipadas o actuales)” lo que significa que las creencias o esquemas cognitivos tienen un impacto significativo en el desarrollo de dicho diagnóstico.

Curso y evolución

Según Colom y Evita (2004) “la evolución depende de que la adherencia que presente el paciente a su tratamiento, cuando hay una adecuada constancia terapéutica y farmacológica la evolución suele ser buena, en cambio, sin tratamiento, la evolución es casi siempre muy negativa; con constantes recaídas y graves consecuencias familiares, laborales y sociales” (p.13).

Lo habitual es que la sintomatología propia del Trastorno Afectivo Bipolar no sea lo suficientemente estructurada y clara en la adolescencia, aunado a los cambios emocionales que la misma etapa del ciclo vital del desarrollo genera y sus consecuentes alteraciones conductuales, puede que sean las razones por las que tiende a pasar desapercibido, sin embargo, al inicio de la adultez joven se exacerbaban los síntomas, presentándose fases o periodos de episodios depresivos o episodios maníacos, los cuales en su mayoría generan mucha inestabilidad intrapersonal por sus marcadas conductas de riesgo e así como por la incertidumbre que genera al sistema familiar.

El debut del primer episodio se da a partir de emergentes o “situaciones ambientales estresantes. Sin embargo, a partir de ahí el Trastorno Afectivo Bipolar, se va independizando de las circunstancias ambientales y psicológicas, de modo que los mecanismos biológicos reguladores del estado de ánimo parecen entrar en una oscilación permanente” (Colom y Evita, 2004, p. 14) generando en la persona portadora del diagnóstico una incapacidad de alcanzar su propia autorregulación emocional.

La evidencia establece que cada nueva recaída en personas con Trastorno Afectivo Bipolar, le hace más sensibles a presentar episodios reiterados en el estado de ánimo, así como su imposibilidad de equilibrar su alteración conductual, por tanto, aumenta la probabilidad de presentar una nueva crisis ante estresores medioambientales, llegando a desarrollar Ciclación Rápida, término al que Colom y Evita (2004) se refieren como “la sucesión ininterrumpida de fases depresivas y de fases eufóricas descontroladas, siendo más habitual en mujeres”(p.14).

Modelos de abordaje del Trastorno Afectivo Bipolar

Al ser el trastorno bipolar una patología psiquiátrica tan recurrente a nivel mundial, existen diversos tratamientos (TAU) a nivel farmacológico y a nivel de intervención psicoterapéutica se han evidenciado la efectividad de diferentes modelos terapéuticos que se han utilizado en conjunto con la terapia farmacológica a fin de disminuir la sintomatología de la enfermedad y propiciar mayor adherencia a la medicación y en consecuencia mayor calidad de vida en los pacientes.

Tratamiento Usual o terapia farmacológica

El tratamiento usual (TAU) o la terapia farmacológica es la primera línea de elección en cuanto al abordaje de personas con Trastorno Afectivo Bipolar, esto al ser una enfermedad mental

mayor, la cual requiere de psicofármacos para el manejo y estabilización de la sintomatología afectiva predominante, dentro de las líneas de elección farmacológica se encuentran los estabilizadores del estado de ánimo, anticonvulsivos, los antipsicóticos de primera y segunda generación, antidepresivos y ansiolíticos, a sabiendas que la medicación para personas con este diagnóstico es imprescindible y el abandono constituye la primera causa de recaída.

Respecto a la intervención psicoterapéutica y a la gran demanda que tienen estos pacientes de acompañamiento en el proceso de aceptación y autogestión de su enfermedad la literatura encontrada conceptualiza las diversas intervenciones utilizadas

A lo largo de la historia y debido a la recurrencia del trastorno afectivo bipolar, ha existido un creciente interés por el desarrollo de intervenciones psicosociales para el abordaje de dicho trastorno, algunas de ellas son: psicoeducación, la terapia cognitivo conductual, las intervenciones familiares enmarcadas en un enfoque psicoeducativo y la terapia interpersonal y de ritmos sociales. Tales intervenciones psicosociales pretenden contribuir a la prevención de recaídas y comparten diferentes elementos terapéuticos como puede ser ofrecer información acerca de la enfermedad y sus tratamientos, promover el cumplimiento del tratamiento farmacológico y la detección y manejo de pródromos (Zarabanda et al, 2015, p.5084).

La terapia cognitiva y terapia cognitiva-conductual

Según Mora (2019) “La terapia cognitiva se centra en identificar los pensamientos parasitarios o egodistónico, y reemplazarlos por otros pensamientos positivos. La terapia cognitiva conductual ayuda a identificar aquellos pensamientos que están afectando la vida del individuo a través de sintomatología que desencadena los episodios bipolares” (p.6). Por tanto a lo largo del tiempo se ha incentivado la utilización de este modelo dentro de programas de psicoeducación y también específicamente de esta denominación.

Por tanto, la Terapia Cognitiva Conductual según Chávez, Benitez, Ontiveros (2014) comparte una serie de características con otras psicoterapias útiles en el tratamiento de la depresión bipolar, tanto en su formato de intervención a través de estrategias terapéuticas estructuradas, en el cual se busca la raíz del problema basados en un modelo de diátesis y estrés, y bajo una modalidad de contenido psicoeducativo que busca el cambio en el estilo de vida y por ende en la calidad de vida del usuario. Lo anterior a través del desarrollo de nuevas y más adaptativas estrategias de afrontamiento, a fin es propiciar experiencias emocionales correctivas asociadas a la enfermedad.

Terapia familiar y terapia marital

El contexto familiar es afectado por los pacientes con trastorno bipolar. Por lo tanto Perlick, Miklowitz, Lopez, Chou, Kalvin, Adzhiashvili, Aronson (2010) citado por Cabrera (2018) hacen referencia a que:

Las familias que hacen frente al trastorno bipolar pueden beneficiarse de las intervenciones familiares como resultado de los cambios en la capacidad de los cuidadores para manejar el estrés y regular su estado de ánimo, incluso cuando el paciente no está disponible para el tratamiento. Los familiares de los pacientes con trastorno bipolar experimentan altas tasas de carga subjetiva y objetiva que los ponen en riesgo de tener resultados adversos en la salud física y la salud mental. Asume que el ambiente donde el paciente vive influye en las recaídas. Señala que la TF se aplica una vez que el paciente se estabiliza de la fase aguda de un episodio. La enfermedad y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente, de forma bidireccional (p.199)

Así mismo, se ha evidenciado que de las intervenciones más relevantes, han sido las terapias familiares maritales propuestas por el grupo de Clarkin, siendo de las que a la fecha tienen mayor validez científica (Clarkin et al., 1990; Clarkin, Hass y Glick, 1988; Glick, Clarkin, Haas, Spencer y Chen, 1991; Haas et al., 1991; Spencer et al., 1988) y el de Miklowitz (Miklowitz y Goldstein, 1990, 1997; Miklowitz et al., 2000). Este grupo ha desarrollado una intervención

familiar para los núcleos sistémicos y personas con patología psiquiátrica, que se encuentran en un contexto de hospitalización., tomando en cuenta pacientes bipolares. Becoña (2001, p.513) describe el tratamiento de la siguiente manera:

Dura un promedio de 9 sesiones y se centra en ayudar a los pacientes a afrontar la hospitalización y a hacer planes para una vez le haya sido dada el alta. A lo largo del tratamiento se entrena al paciente y a su familia a aceptar que el trastorno es real y que probablemente es crónico”, que es necesario el tratamiento farmacológico junto al psicológico una vez haya sido dado de alta, identificar los estresores que pueden precipitar la recaída, aprender el modo de modificar los patrones familiares disfuncionales y ser capaz de hacerle frente a los estresores en el futuro (2001, p.513).

La terapia interpersonal

Según Frank (2000) citado por Perlick et al (2018) la terapia de ritmo interpersonal y social es:

Una psicoterapia individual diseñada específicamente para el tratamiento del trastorno bipolar, creció a partir de un modelo cronobiológico postula tienen una predisposición genética al ritmo circadiano y las anomalías del ciclo sueño-vigilia que pueden ser responsables, en parte, de las manifestaciones sintomáticas de la enfermedad. Administrado juntamente con medicamentos, la TIRS combina los principios básicos de la psicoterapia interpersonal con las técnicas conductuales, para ayudar a los pacientes a regularizar sus rutinas diarias, disminuir los problemas interpersonales y cumplir los regímenes de medicamentos. Modula los factores biológicos y psicosociales para mitigar las vulnerabilidades circadianas de los pacientes y el ciclo sueño-vigilia, mejorar el

funcionamiento general y gestionar mejor el caos potencial de la sintomatología del trastorno bipolar (pp.199-200).

En la actualidad, se ha informado que la terapia de ritmo social que combina los principios básicos de la psicoterapia interpersonal y las técnicas conductuales para ayudar a los pacientes a regularizar sus rutinas, y a mejorar la adherencia a los regímenes de medicación.

Psicoeducación

A lo largo de los años existen diversos conceptos que explican el papel del modelo de intervención psicoeducativo, Cuevas y Moreno (2017) hacen referencia a la psicoeducación como una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a un grupo de familiares del paciente o a quienes padecen la enfermedad, información específica acerca de la enfermedad. Es un proceso en el cual un facilitador (profesional del área de la salud) detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y abordaje de un padecimiento desde su entorno, situación que implica también la consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Según Gumus, Buzlu, Cakir (2015) “La psicoeducación se define como un enfoque sistemático, estructurado y pedagógico de la enfermedad y su tratamiento. La psicoeducación incluye objetivos educativos y psicosociales que requieren el uso de métodos y técnicas pedagógicas para desarrollar un comportamiento permanente” (p.175).

El formato individual o grupal va desde intervenciones breves, proporcionando principalmente información sobre la enfermedad y el tratamiento, a los más complejos, cubren una variedad de aspectos de la enfermedad, las recientes investigaciones, indican que el número de sesiones varía de 2 a 21, y el tratamiento se caracteriza por varios grados de personalización. Cuatro áreas principales de información superpuestas proporcionadas incluyen: causas, síntomas y curso de la enfermedad; tratamiento; patrones de recaída, síntomas tempranos, desencadenantes de

recaída (como consumo de drogas y alcohol), vida e interpersonales Estrés, ritmos circadianos y sociales (Szentágotai-Tatar 2018, p.44).

Según Bulacio (2004) la psicoeducación se refiere a:

Proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida (Bulacio, 2004, p.1).

Por tanto tomando en cuenta la perspectiva de la psicoeducación anterior, se concluye que este modelo de intervención integra técnicas terapéuticas y recursos de autoayuda, a través de la construcción de mecanismos que desencadenan y mantienen la sintomatología de la enfermedad, permitiendo que el usuario reinterprete las manifestaciones físicas a la luz de la nueva información. Por tanto, existe evidencia que dichas intervenciones son eficaces, Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2010), la psicoeducación y los programas para aumentar la adherencia a la medicación son eficaces, logrando la identificación de pródromos o síntomas asociados a posibles hospitalizaciones, por tanto reduce la tasa de recaída.

Así mismo, Stanford y Colom (2013) se refieren a la psicoeducación para el trastorno Afectivo Bipolar como:

Un enfoque simple dirigido a mejorar el resultado del tratamiento de pacientes con trastorno bipolar y mejorar la prevención de episodios futuros, este tipo de terapia psicológica se puede ofrecer como tratamiento complementario al estándar farmacoterapia y entrega información entrenamiento conductual basado en el ajuste estilo de vida del paciente y estrategias para hacer frente a trastorno bipolar, incluida la mejora de la enfermedad conciencia, adherencia al tratamiento, detección temprana de recaídas y evitar posibles

daños factores como el abuso de sustancias y la falta de sueño. La psicoeducación es una intervención que busca capacitar a los pacientes con herramientas que permitan que sean más activos en su proceso de terapia. Se basa en la autoayuda del paciente, debido a que es altamente estructurado y que requiere una directiva por parte del terapeuta (Stanford y Colom, 2013, p.12).

Respecto a la psicoeducación en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar, existen diversos autores que proponen aspectos específicos a tomar en cuenta, respondiendo al concepto de psicoeducativa anterior, estos autores proponen un programa estructurado para los cuidadores de pacientes, en el cual establecen áreas a abordar por sesiones, por tanto Stanford y Colom (2013) afirman que dichos programas han tenido evidencia profiláctica siempre y cuando sea una intervención complementaria a la terapia farmacológica. Ver tabla 3.

Tabla 3. Programa de Trastorno Bipolar de Barcelona psicoeducativo intervención para cuidadores de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar

Contenido del Programa Psicoeducativo de Trastorno Bipolar.
<ul style="list-style-type: none"> • Comprender la naturaleza de la enfermedad. • Principales síntomas e identificación temprana de los prodromos: maníaco e hipermánico. • Identificación de factores desencadenantes. • Tratamiento: estabilizadores del ánimo • Tratamiento: antipsicóticos y antidepresivos. • Familia y tratamiento: mejora de la adherencia • Planificación de estrategias de afrontamiento. • Emergencias: pensamientos suicidas, hospitalización, embarazo y asesoramiento sobregénica. • Prevención y manejo del estrés familiar: Capacitación en habilidades de comunicación. • Prevención y manejo del estrés familiar: capacitación en resolución de problemas • Recursos legales y sociales.

Fuente: Propósito y efectividad de la psicoeducación en pacientes con trastorno afectivo Bipolar en un entorno de Clínica para el trastorno Bipolar. Stanfford, N., Colom, F., 2013, *Acta Psychiatr Scand*, (127) 11–18.

Los autores Stanfford y Colom (2013) señalan que la psicoeducación no solo ayuda a la adherencia al tratamiento, sino que en la modalidad psicoeducativa familiar ha sido altamente eficiente en prevención de episodios maniacos, esto a través de la comprensión e identificación de posibles factores desencadenes.

A propósito, Mosquera y Eiriz (2008), propone que como parte de las sesiones psicoeducativas en personas con Trastorno Afectivo Bipolar se debe trabajar generalidades como lo es el autocuidado, la importancia de establecer hábitos de sueño saludables, la evitación de drogas y estresores, entrenamiento en prácticas de alimentación saludables, así mismo, esta autora hace mención de la importancia de psicoeducar al paciente y su familia en especificidades como lo son:

- Posibles causas del trastorno afectivo bipolar, haciendo énfasis en que la herencia genética hace al ser humano más vulnerable al padecimiento de dichas patologías, más sin embargo, el ambiente ejerce un efecto fundamental en la precipitación de una crisis.
- Psicoeducación específica del trastorno, enfocadas en la individualidad de cada caso, centrado en los hábitos que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de quien lo padece.
- Psicoeducación en la depresión: esta autora hace referencia a los síntomas propios del episodio depresivo siendo la “apatía, la falta de ilusión, sensación de tristeza, baja autoestima, dificultad para realizar tareas, falta de concentración y deseos de morir” (Mosquera y Eiriz, 2008, p.118) siendo estos algunos de los síntomas que el paciente o la familia debe identificar para poder buscar ayuda profesional.
- La psicoeducación en Manía; estando está relacionada con el aumento de la actividad, en la cual se proponen los siguientes síntomas como factores de alerta “Irritabilidad, Hiperactividad, disminución de la necesidad de dormir, Locuacidad, aumento de la sociabilidad, euforia, ideas de grandeza, ideas delirantes y alucinaciones” (Mosquera y Eiriz, 2008, p.119)
- Psicoeducación en síntomas de la fase de hipomanía: “caracterizada por aumento de autoestima, exageración de las propias capacidades, embarcarse en varias cosas al mismo

tiempo, aumento de la sociabilidad, gastar más de lo habitual, optimismo, falta de autocrítica cambios, bruscos de humor” (Mosquera y Eiriz, 2008, p.125).

- El tratamiento, cuidados y efectos colaterales, por otra parte la autora hace referencia a realizar un abordaje en el papel fundamental de la familia y la importancia de una colaboración activa en cuanto al manejo del tratamiento, pese a que la persona sea una adulta responsable, esto con el fin de fortalecer los vínculos positivos, lograr mayor comprensión del trastorno.

Por otra parte, Colom et al, (2003) propone según sus estudios, áreas de intervención que se deben tomar en cuenta al implementar la psicoeducación como herramienta terapéutica en el manejo de trastornos afectivos Bipolares, los cuales son subdivididos en tres líneas de atención, en primera línea de intervención debe estar enfocada en crear conciencia de la enfermedad en el paciente; detección temprana de sintomatología prodrómica y cumplimiento del tratamiento; En segunda línea: implementar estrategias de manejo del estrés a fin de evitar el abuso de sustancias; inducir el estilo de vida saludable y prevenir el comportamiento suicida; en tercera línea: Mejorar el conocimiento y hacer frente al consenso psicosocial. Así como dar secuencias de episodios pasados y futuros; mejorando el funcionamiento interpersonal con el objetivo de aumentar el bienestar y por ende mejorar la calidad de vida del usuario.

Así mismo, otros autores hacen referencia a los diversos ámbitos que son objeto de intervención desde la psicoeducación, afirmando que esta no se limita a la provisión de información con validez científica, sino que se busca instaurar herramientas de afrontamiento positivo, siendo una estrategia para mejorar la clínica. Soo et al, (2018), afirma que “las sesiones son implementadas por un terapeuta y generalmente involucra al paciente y al miembros de la familia en la misma o diferentes sesiones o dentro de los grupos que se denominan familiares, individuales o grupales”(p.1). En los últimos años, las intervenciones psicoeducativas se han realizado de manera virtual, siendo denominada según Soo et al, (2018) Psicoeducación por internet.

La psicoeducación en sus diversas modalidades integra en sí misma los aspectos más relevantes del resto de los tratamientos psicológicos testeados para el Trastorno afectivo Bipolar: según Perry, Tarrrier, Morris, McCarthy Limb, (1999) citados por Rodriguez, Lopez y Fanani (2014, p.101), “la detección precoz de síntomas, la regularización de hábitos, la mejora del cumplimiento terapéutico y el manejo de los síntomas y resolución de problemas además se

complementa perfectamente con la psicoeducación familiar, un aspecto crucial para el manejo de los pacientes bipolares”, estas autores Rodriguez, Lopez y Fanani (2014), mencionan el efecto positivo por sí mismo que genera la modalidad psicoeducativa virtual, en comparación del individual, puesto que permite un efecto colaborativo entre los miembros, logrando un ambiente de contención y apoyo grupal, siendo un ambiente que no se logra gestar cuando la intervención se hace de manera individual.

Independientemente de la modalidad utilizada, lo que sí es claro es que se ha evidenciado que a través de la psicoeducación se logra capacitar al paciente para tomar un papel activo en el proceso terapéutico, por lo tanto, potencialmente reducir el estigma, la culpa y la impotencia, así como generar mayor apoyo por parte del cuidador, involucrándolo en el rol de cuidador, y fortaleciendo recursos de afrontamiento por ambas partes, Colom (2014) aseguran que la psicoeducación no puede ser un tratamiento estático e inmutable, sino más bien un programa dinámico que evolucionará siguiendo la evolución del curso de patología y las características propias de cada paciente.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

Estrategia metodológica

Para la presente investigación se realizó una Revisión Sistemática la cual, de acuerdo con Sánchez (2010), es “un tipo de investigación científica que tiene como propósito integrar de forma objetiva y sistemática los resultados de los estudios empíricos sobre un determinado problema de investigación, con objeto de determinar el ‘estado del arte’ en ese campo de estudio” (p.53).

Por lo tanto,

Una revisión sistemática es un tipo de investigación científica mediante la cual se revisa la literatura científica sobre un tópico partiendo de una pregunta formulada de forma clara y objetiva, utilizando métodos sistemáticos y explícitos para localizar, seleccionar y valorar críticamente las investigaciones relevantes a dicha pregunta y aplicando protocolos sistemáticos para la recogida de datos e información de dichas investigaciones, con el objetivo de alcanzar conclusiones válidas y objetivas sobre qué es lo que dicen las evidencias sobre dicho tópico (Sánchez, 2010, p.54).

Tomando en cuenta lo anterior, en esta investigación se utilizó la revisión sistemática como método para recopilar los conocimientos científicos más relevantes y actualizados en relación con la efectividad de los programas psicoeducativos en los tratamientos para personas con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, ya que como lo establece Sánchez y Botella (2010) desde la perspectiva de la psicología basada en la evidencia, las revisiones sistemáticas se consideran actualmente como la mejor herramienta que ayuda a tomar decisiones de las mejores prácticas en el ámbito sanitario sintetizando las pruebas científicas respecto a qué tratamientos, intervenciones o programas de prevención son los más adecuados.

De tal manera, las revisiones sistemáticas se dividen en cualitativas o cuantitativas (metaanálisis):

Las revisiones cualitativas presentan la evidencia en forma “descriptiva” y sin análisis estadístico, también conocidas como revisiones sistemáticas (revisiones sistemáticas sin metaanálisis). Las revisiones cuantitativas también pueden presentar la evidencia de forma descriptiva, pero la gran diferencia versus la revisión cualitativa radica principalmente en el uso de técnicas estadísticas para combinar “numéricamente” los resultados frente a un estimador puntual, también denominado “metaanálisis” (Aguilera, 2014, p.359).

En relación con lo anterior, la revisión sistemática es una investigación secundaria ya que no es un trabajo experimental, el centro del estudio no son los pacientes sino los estudios clínicos disponibles en los recursos electrónicos o bases de datos. Según Petticrew y Roberts (2016) consideran que una revisión tiene como objetivo integral identificar todos los estudios relevantes para responder a una pregunta particular y evalúa la validez (o "solidez" de cada estudio) teniendo esto en cuenta al llegar y desarrollar las conclusiones.

Estos trabajos de investigación conocidos como Revisiones Sistemáticas, se realizan siguiendo los pasos específicos según las recomendaciones metodológicas, por tanto se parte de una pregunta estructurada del problema clínico, requiere de la descripción de aspectos metodológicos, se realiza una evaluación estructurada de los artículos científicos a tomar en cuenta a partir de criterios de inclusión y exclusión, y en el análisis cualitativo y cuantitativo, y a partir de ello, se establecen conclusiones e inferencias basada en la evidencia científica.

Según Cochrane Iberoamericano (2012) las revisiones sistemáticas “tiene como objetivo reunir toda la evidencia empírica que cumple unos criterios de elegibilidad previamente establecidos, con el fin de responder una pregunta específica de investigación” (p.16).

Por lo que la definición de la pregunta estructurada del problema clínico según Petticrew y Roberts (2016) se puede enmarcar utilizando un modelo llamado PICO (Población, Intervención,

Comparación, Resultado), que alienta al investigador a considerar los componentes de la pregunta, de la siguiente manera:

- Población: se define la población en la cual el examinador está interesado, el o los grupos de edad, las personas con una necesidad social o de salud particular.
- Intervención: Se especifica qué intervención exactamente es de interés a revisar, se delimita si es una intervención o un grupo de intervenciones, tomando en cuenta que puede haber varias intervenciones relacionadas utilizadas para abordar el mismo problema.
- Comparación: se va a definir ¿con qué se compara la intervención?, ya que toda revisión sistemática requiere un objeto de comparación.
- Resultados: Para muchas intervenciones sociales hay una amplia gama de resultados, y la evaluación de la efectividad implica recopilar información sobre los impactos positivos y negativos, y evaluar el equilibrio entre ellos. Al especificar la pregunta de revisión, es importante determinar qué resultados son los más relevantes para responder la pregunta.

Por tanto, al requerir la revisión de diversos estudios dentro de una misma revisión sistemática, para este trabajo de investigación se tomarán en cuenta los cuatro componentes anteriores propuestos por Petticrew y Roberts (2016) población, Intervención, comparación, resultados (Outcomes) y se agregará el tipo de estudio (Studies), de manera explícita a través del siguiente formato:

Tabla.4 Formulación del problema mediante el Formato PICOS

P	Personas con diagnóstico de Trastorno Bipolar
I	Programas psicoeducativos.
C	Treatment As Usual que no utilicen psicoeducación (TAU).
O	Niveles de eficacia, grados de recomendación de las intervenciones.
S	Estudios Clínicos Aleatorizados.

Objetivos de estudio

Objetivo General

Identificar la efectividad de los programas psicoeducativos en los tratamientos para personas con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, en comparación con otros modelos terapéuticos o tratamiento usual (TAU) que no utilizan psicoeducación.

Objetivos específicos

1. Analizar la efectividad de los programas psicoeducativos que acompañan el tratamiento usual (TAU) en la atención de personas con Trastorno Afectivo Bipolar, en relación con aquellas intervenciones que no utilizan psicoeducación.
2. Identificar los diferentes tipos de tratamiento terapéutico que han sido utilizados, junto a programas psicoeducativos, para el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB).
3. Analizar la evidencia científica disponible en relación con el Tratamiento Usual (TAU) que han utilizado la psicoeducación para el tratamiento de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB).

Como parte del proceso que conlleva este trabajo de investigación, en la búsqueda bibliográfica así como estudios científicos pertinentes, se considera que dicha exploración debe ser global, sin restricciones, haciendo uso de las bases de datos electrónicas más importantes. Según Molina (2013), debe “especificarse con claridad los criterios de inclusión y exclusión de los trabajos que se encuentren, haciendo especial hincapié en sus características principales, como población de estudio, intervención o exposición y resultados obtenidos” (p.284).

Muestra de estudio

La presente investigación utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual consiste en que “las muestras que están formadas por los casos disponibles a los cuales se tiene acceso. Estas muestras son válidas en cuanto a que un determinado diseño de investigación así las requiere; sin embargo, los resultados se aplican nada más a la muestra en sí o a muestras similares en tiempo y lugar (transferencia de resultados), pero esto último con suma precaución. No son generalizables a una población ni interesa esta extrapolación” (Hernández, 2014, p.390).

El corpus analítico de los estudios científicos estuvo compuesto por la selección de artículos definidos bajo los siguientes criterios de inclusión:

Criterio de inclusión

De las publicaciones localizadas, se seleccionaron aquellas que cumplieran con los siguientes criterios:

Tabla.5

Criterios de inclusión
-Ensayos clínicos aleatorizados (Randomizados y controlados) donde se realiza la comparación directa entre pacientes con trastorno bipolar que han recibido intervenciones psicoeducativas y los que han recibido otros tipos de intervenciones.
-Revisiones sistemáticas de diversas modalidades de intervención que utilicen psicoeducación comparadas con otros modelos de tratamiento que no utilicen psicoeducación.
-Meta-análisis sobre la influencia de la psicoeducación en la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno bipolar.
-Artículos comprendidos entre el año 2014 y 2020

Elaboración propia

Finalmente, se escogen siete estudios: una revisión sistemática (Miziou et al, 2017), tres estudios experimentales controlados (Çuhadar y Olcay, 2014; Gumus, Buzlu, Cakir, 2015; Azevedo et al, 2014) un ensayo.

Criterios de exclusión

Así mismo, se eliminan los estudios que cumplieran con las siguientes características:

Tabla. 6

Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> -Reportes y ensayos teóricos. -Investigaciones sin evidencia científica. -Estudios de caso. - Tratamientos que no incluyan psicoeducación. - Artículos que incluyan Tratamientos usual (TAU) que no reporten psicoeducación.

Elaboración propia

Proceso de Búsqueda de Información

Para la elaboración de la presente revisión sistemática se siguieron las recomendaciones metodológicas y pasos a seguir, considerando el formato y las pautas utilizadas para la preparación y publicación de las revisiones sistemáticas de la Cochrane Collaboration (www.cochrane.org) y de la Declaración Prisma (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (www.prisma-statemente.org).

Asimismo, se siguió el proceso de selección de estudios para una Revisión Sistemática de acuerdo con los siguientes criterios dados por el Centro Cochrane Iberoamericano (2011):

1. Integrar los resultados de la búsqueda mediante programas informáticos de gestión de referencias bibliográficas, y eliminar los registros duplicados de un mismo informe.
2. Examinar los títulos y resúmenes para eliminar los informes claramente irrelevantes (en este estadio los revisores deberían, en general, incluir más que excluir).
3. Recuperar el texto completo de los informes potencialmente relevantes.
4. Vincular y reunir los informes múltiples de un mismo estudio examinar el texto completo de los informes para verificar el grado de cumplimiento que tienen los estudios de los criterios de elegibilidad.

6. Establecer correspondencia con los investigadores, en caso necesario, para aclarar la elegibilidad del estudio (puede ser conveniente solicitar al mismo tiempo información adicional resultado que faltan).

7. Tomar una decisión definitiva sobre la inclusión del estudio y proceder a la obtención de los datos (p.p.168-169).

Por tanto, para la selección de los artículos y estudios de la presente revisión sistemática se realizaron las siguientes fases:

- a. Primera fase del proceso de búsqueda y selección de los artículos para este trabajo de investigación, se identificaron las bases de datos con mayor respaldo científico, se filtraron los estudios utilizando las categorías acordes al tema de investigación,
- b. Segunda fase se filtraron los artículos científicos según criterios de inclusión y exclusión,
- c. Tercera fase se filtran las investigaciones a partir de la revisión documental, analizando títulos y resúmenes acorde a la temática de investigación. Se fueron seleccionando y excluyendo los artículos de acuerdo con la información obtenida desde el resumen (abstract), lográndose para esta Revisión Sistemática recopilar siete estudios que cumple con los criterios requeridos propuestos anteriormente.

Durante la primera fase se realizó un proceso de búsqueda en el cual se encontraron trece estudios en la base de datos Cochrane bajo las siguientes categorías: “bipolar disorder”, “psychosocial interventions” “psychoeducation intervention in bipolar disorder”, “Psychoeducation in bipolar affective disorder”, “Psychoeducation in bipolar disorder compared to other usual treatment models “OR”TAU. Sin embargo, una vez leídos y analizados con mayor

especificidad, se encontró que los artículos no cumplieron con los criterios de inclusión requeridos para el estudio.

Por tanto, en un segundo momento se continuó con la revisión de diferentes bases de datos, que permitieran una recolección adecuada de estudios que contemplen los criterios específicos a tomar en cuenta para esta revisión sistemática. Por lo que se optó por una revisión exhaustiva en la base de datos Science Direct, utilizando los siguientes tópicos: “Psychoeducation in bipolar affective disorder”, “psychosocial education in bipolar affective disorder”, de esta búsqueda general se encontraron 778 coincidieron con la búsqueda, más no con los criterios de inclusión, quedando solo 4 estudios que coincidían con el criterio de periodo, modalidad de intervención y población, sin embargo, uno de estos estudios no contaban con una modalidad de comparación por tanto se logra filtrar tres artículos de esta base de datos.

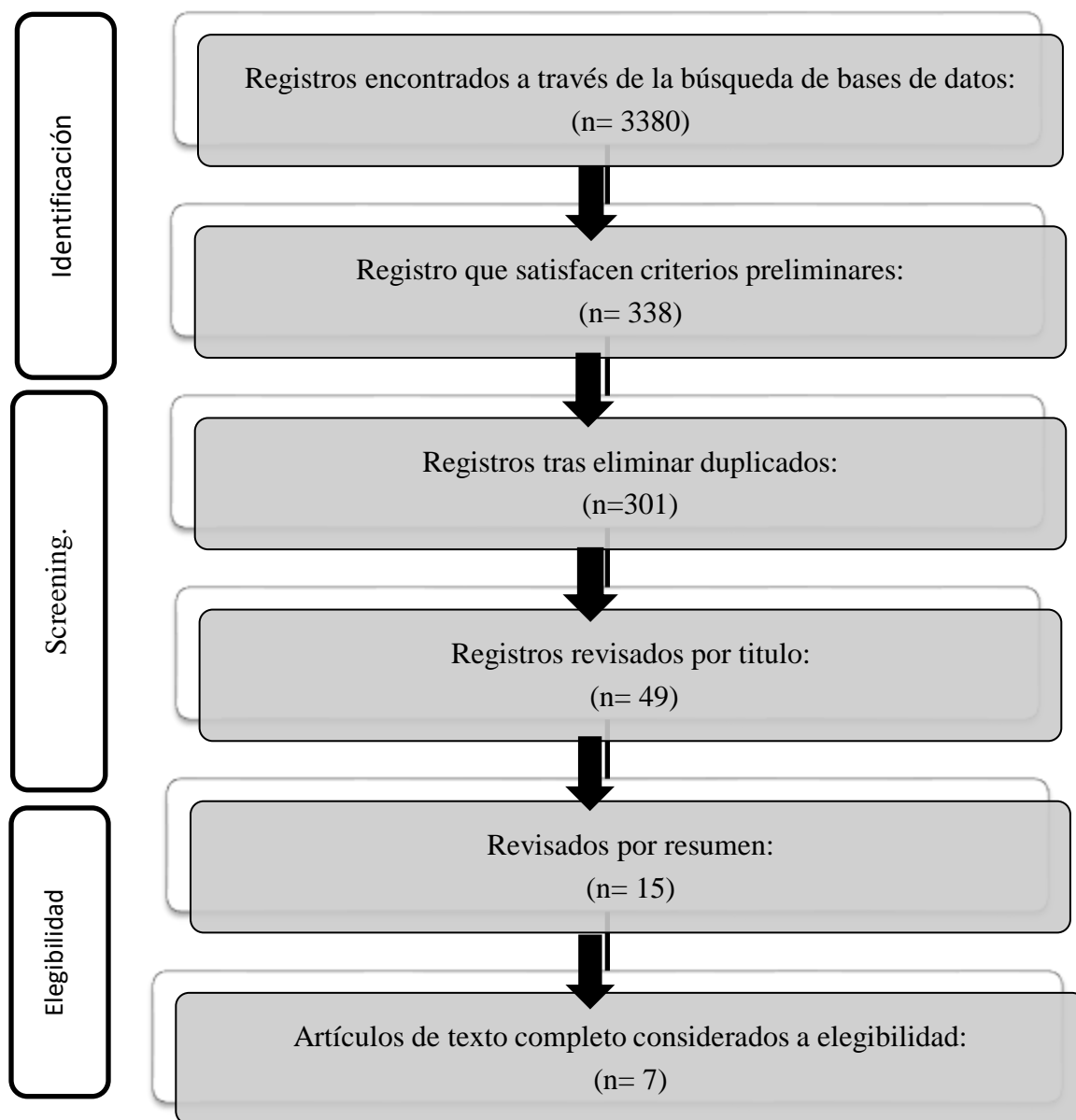
En un tercer acercamiento se realiza una nueva búsqueda a profundidad, eligiéndose como tercera fuente de información la base de datos llamada *Wiley online Library*. Se utilizaron las siguientes palabras: “*psychological intervention in bipolar disorder*”, “*Psychoeducation in bipolar affective disorder*”, obteniéndose en este primer filtrado 492 estudios, de los cuales tan solo dos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, la base de datos utilizada fue *EBSCOhost: Academic Search Complete*. Esta base que permite delimitar el tipo de documento a recuperar, y los términos de búsqueda introducidos, por lo que una vez hechas estas delimitaciones, la estrategia de búsqueda en *EBSCOhost* fue la siguiente: a) se introdujeron los siguientes términos de búsqueda: *psychological intervention in bipolar disorder*”, “*Psychoeducation in bipolar affective disorder*”, b) se filtraron 37 estudios por título.

Finalmente, al delimitarse el rango de tiempo correspondiente para dicha Revisión Sistemática, no fue posible obtener ningún artículo correspondiente al periodo 2014-2019.

Como ultimas fuentes de información utilizadas se revisaron: *Redalyc*, *Elsevier* y *Google académico* utilizando las siguientes palabras o buscadores: “*Psicoeducación en trastorno bipolar*”, “*modalidades de psicoeducación en trastornos afectivos bipolar*”, “*Psicoeducación en el trastorno bipolar comparado con otros modelos de tratamiento usual*”, “*Tratamiento en personas con trastorno bipolar*”, “*Trastorno bipolar*”, “*Intervención psicosocial en trastorno bipolar*” en las cuales se encontraron dos de los artículos utilizados para dicho trabajo de investigación.

Una vez encontrados los artículos se examinó todos los abstracts o resúmenes, tomando en consideración el cumplimiento de los criterios de inclusión. Se procedió a elaborar el siguiente cuadro llamado diagrama de flujo para así poder efectuar el análisis correspondiente:

Figura1. Diagrama de flujo de referencia



Proceso de extracción de datos

Según Molina (2013), el proceso de extracción de datos utiliza una matriz o “habitualmente un formulario diseñado al efecto. Este formulario debe recoger los aspectos más importantes de cada estudio, como fecha, procedencia y lugar de realización, y los correspondientes a población, intervención o exposición y resultados” (p.284).

Por tanto, para efectos de esta revisión sistemática se realizó una matriz en el cual se indicó el número de estudios, participantes utilizados en cada artículo, enfoque terapéutico, variables, formato de intervención terapéutica grupo de comparación con otros tratamientos usuales, duración de dichas intervenciones y numero de sesiones realizadas tanto en grupo control como en grupo experimental, tipo de muestra, edad promedio de los participantes, diagnóstico (trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar II o ambos). Las variables utilizadas se relacionaron con adherencia al tratamiento de personas con trastorno bipolar, prevención de recaídas, estrategias de afrontamiento, recurrencia en hospitalizaciones y disminución o aumento de sobrecarga familiar asociado al diagnóstico del trastorno afectivo bipolar. La presencia o no, de seguimiento y en caso afirmativo, el periodo o intervalo de tiempo de los seguimientos. Finalmente, un resumen de los resultados más relevantes a partir de los análisis estadísticos realizados por los autores.

Por otra parte, en otra matriz de vaciamiento y organización de datos se realizó un cuadro con la significancia estadística (significancia p) de cada uno de los estudios.

CAPITULO IV: RESULTADOS

Como se citó anteriormente se encontraron siete (7) artículos que cumplían con los criterios de interés para esta revisión sistemática. Siendo estudios que cuentan con criterios de inclusión y exclusión establecidos para este trabajo.

Para la realización del apartado analítico de resultados se ha desglosado el mismo en cinco componentes, de acuerdo al método de Petticrew y Roberts (2016), denominado modelo pico, en el cual se analiza la población, el modelo de intervención, la comparación de los modelos de psicoeducativo, así como los principales resultados de la efectividad de psicoeducación.

En el primer apartado se abordará el componente de población, a partir del número y tipo de participantes, muestra seleccionada, tipo de diagnóstico.

En un segundo apartado se analizará la intervención a partir de estos programas psicoeducativos a partir del enfoque terapéutico, formato de terapia, duración de sesiones, componentes abordados, y las variables explicadas.

En el tercer componente, se observarán los resultados a partir del método comparativo entre tratamiento usual y otros modelos de intervención, en donde se destacan los estudios de grupo de control.

Finalmente, se analizan los principales resultados de los estudios en cuanto a los niveles de eficacia alcanzados y los grados de recomendación de las intervenciones.

Población: Personas con diagnóstico del Trastorno Afectivo Bipolar

Participantes

La muestra total de esta revisión es de 289 participantes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, y 100 personas pertenecientes a núcleos familiares de las personas con diagnóstico no se cuenta con el dato de especificidad que identifique cuantas personas de género masculino y cuantas personas de género femenino. Se logra identificar un rango etario amplio de 18 a 70 años.

Tipo de muestra

El Trabajo de investigación realizado por Mizioul et al, (2017) utilizó un grupo control y un grupo experimental, partiendo de un grupo de 120 personas que fueron seleccionadas para dicha investigación.

Por otra parte, el artículo científico realizado por Faridhosseini et al, (2017) en el cual los autores proponen un grupo control de 12 personas y un grupo experimental de 12 individuos para un total de 24 personas que cumplían con el criterio de contar con un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar.

El estudio científico propuesto por Kolostoumpis et al, (2015) en el que los autores proponen una muestra de ochenta personas con el criterio de ser el familiar más cercano del paciente con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, siendo estos asignados al azar, en los cuales 40 de los participantes formaron parte del grupo control y 40 fueron asignados al grupo experimental.

El artículo científico realizado por Gex-Fabry et al, (2015) en el cual los autores utilizan una muestra de 20 pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar y 26 familiares a los cuales les brindan sesiones estructuradas de psicoeducación.

El estudio publicado por Gumus et al, (2015), los autores utilizan una muestra de 78 participantes que cumplían con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, en el cuales 37 de los mismos formaron parte del grupo experimental y 41 fueron elegidos para el grupo control.

El estudio científico publicado por Azevedo et al, (2014), consistió en utilizar una muestra de 61 personas que cumplían con el diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, dividiendo el grupo en dos subgrupos, en el cual 29 de los participantes, formaron parte del grupo experimental y 32 del grupo control.

De la misma manera, en el estudio científico publicado por Çuhadar y Olcay, (2014) hacen referencia a un grupo de cuarenta y siete participantes portadores de un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, en el cual veintitrés de estos formaron parte del grupo control y veinticuatro del grupo experimental para dicha investigación.

Tipo de diagnóstico

Es importante aclarar que todos los estudios utilizaron una muestra de personas que tienen el diagnóstico del Trastorno Afectivo Bipolar. Al este trastorno contar con una su clasificación según los manuales diagnósticos, los cuales son: Trastorno Afectivo Bipolar I caracterizado por episodios Maniaco – depresivo, y el Trastorno Afectivo Bipolar II que se caracteriza por episodios depresivos seguidos de episodios hipomaniacos. Se pretende revisar cuales de los estudios utilizaron este nivel de especificidad como parte de los criterios específicos en los estudios.

En cuanto al estudio realizado por Mizioul et al, (2017) utilizó la especificidad del trastorno Afectivo Bipolar tipo I y tipo II, en cuanto los estudios publicados por Faridhosseini et al, (2017); Kolostoumpis et al, (2015); Gex-Fabry et al, (2015); Azevedo et al, (2014); Çuhadar y Olcay, (2014) hace referencia del tipo de diagnóstico utilizado como Trastorno Afectivo Bipolar, sin especificar si toma en cuenta ambos tipos o no. Con respecto al estudio publicado por Gumus et al, (2015) utiliza tanto el diagnóstico del Trastorno Afectivo Bipolar tipo I y Tipo II, pero especifica que la mayor cantidad de la muestra corresponde a Trastorno Afectivo Bipolar tipo I.

Intervención: Programas Psicoeducativos

Enfoque terapéutico

En relación con el enfoque terapéutico utilizado para las comparaciones entre estudios, se identifica que en cinco de los artículos seleccionados utilizaron la psicoeducación grupal o individual versus el tratamiento usual (TAU) siendo este el tratamiento farmacológico Gumus et al (2015); Faridhosseini et al (2017); Azevedo et al (2014); Çuhadar y Olcay, (2014). Por otra parte, los otros dos artículos utilizan grupos de psicoeducación familiar comparado con solo la atención farmacológica al paciente Gex-Fabry et al (2015); Kolostoumpis et al (2015).

Formato de terapia

En función al formato de intervención grupal como modelo psicoterapéutico, se espera que este sea grupal, individual, familiar, o mixta. Por tanto en lo que respecta a tres de los estudios

elegidos para la presente revisión sistemática, utilizan como formato de terapia la *Psicoeducación Grupal* a personas que cursen con un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (Mizioul et al, 2017; Faridhosseini et al, 2017; Azevedo et al, 2014).

En cuanto a el estudio de (Kolostoumpis et al, 2015) utiliza el formato de psicoeducación *Grupal Familiar* como modelo de intervención para la implementación de la investigación.

Así mismo se utiliza el formato de intervención *Psicoeducación Mixta (Grupal e individual)* en dos de los estudios filtrados para esta revisión sistemática los cuales corresponden a (Gex-Fabry et al, 2015; Çuhadar y Olcay, 2014).

Duración de sesiones

Con respecto a la duración de sesiones, los diferentes estudios cuentan con diferentes periodos de tiempo e implementación de diversa cantidad de número de sesiones, por tanto, el estudio de Mizioul et al, (2017) utiliza un promedio de 21 sesiones y un seguimiento de 2 años.

En el estudio elaborado por Faridhosseini et al, (2017) se realizan ocho sesiones de psicoeducación grupal, en un periodo de un mes, aproximadamente dos veces por semana, y un seguimiento de seis meses.

En cuanto al estudio realizado por Kolostoumpis et al, (2015) ponen en práctica siete sesiones de intervención psicoeducativa grupal familiar, en un periodo de seis meses.

En cuanto al artículo de Gex-Fabry (2015) realizan 16 sesiones grupales psicoeducativas para pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar en un periodo de seis meses y medio.

La investigación elaborada por Gumus (2015) utiliza un formato de intervención mixta en la cual brinda psicoeducación grupal por un periodo de dos meses, con un periodo de seguimiento de seis meses posterior, y cuatro sesiones individuales de psicoeducación en un periodo de doce meses.

El estudio realizado por Azevedo et al, (2014) realiza un proceso de intervención psicoeducativo, en el cual realizan una sesión semanal por seis semanas (mes y medio) brindando seguimiento a los pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar que habían sido parte de la intervención grupal a los seis meses.

El trabajo de investigación propuesto por Çuhadar y Olcay (2014) realizan seis sesiones de psicoeducación grupal por un periodo de tres meses, y posteriormente se trabaja a nivel individual por un periodo de cuatro meses.

Componentes abordados

Parte de los componentes abordados durante las intervenciones psicoeducativas para el Trastorno Afectivo Bipolar y sus familiares en los diferentes estudios científicos utilizados para esta Revisión Sistemática fueron las siguientes: en el estudio propuesto por Mizioul et al, (2017) intervención familiar psicoeducativa en los cuales se abordan problemas de comunicación y estrategias de resolución de problemas, a nivel grupal en las intervenciones específicas con los pacientes con diagnóstico, se trabajaron sesiones en las cuales se estudia adherencia al tratamiento, prevención de recaídas y malestar subjetivo asociado al padecimiento.

En las intervenciones grupales propuestas por Faridhosseini et al, (2017) en su estudio, propone áreas específicas a abordar en las sesiones de psicoeducación, las mismas que son programadas de la siguiente manera: La primera sesión: el concepto de trastorno bipolar y su etiología. En la segunda sesión: sintomatología asociada a manía e hipomanía, en la tercera sesión: episodios depresivos y episodios mixtos. En la cuarta sesión: Se brindó información asociado al curso clínico y pronóstico. En la quinta sesión: la sesión se orientó a conocer los estabilizadores del estado de ánimo y sus efectos secundarios. En la sexta sesión: conocer antidepresivos disponibles, los mejores y más apropiados medicamentos antimaniacos y sus efectos secundarios. La séptima sesión: detección temprana de nuevos Episodios. Y en la octava sesión: ¿qué hacer cuando un nuevo episodio se detecta? Estrategias a implementar e identificación de pródromos.

Por otra parte, el artículo científico propuesto por Kolostoumpis et al, (2015) abordó contenidos en las sesiones de psicoeducación tales como: habilidades de comunicación, se brindó información sustancial acerca de generalidades del Trastorno Afectivo Bipolar, además se psicoeducó a la familia en remas y estrategias de manejo de la enfermedad, se brindaron estrategias que conciben el alivio y comprensión de parientes, manejo de emociones asociadas a la patología y un entrenamiento en habilidades para hacer frente eficazmente a las mismas.

Es estudio científico elaborado por Gex-Fabry et al, (2015) aborda diferentes áreas a través de las diferentes sesiones de psicoeducación, tales como: Información sobre la naturaleza del Trastorno Afectivo Bipolar, síntomas y diversas opciones de tratamiento (durante un periodo de seis sesiones), abordan prevención de recaídas e identificación temprana de los pródromos depresivos, identificación de episodios (hipo) maniacos (este abordaje se realizó por un periodo de cuatro sesiones), y desarrollo de habilidades de comunicación, para ayuda para desactivar conflictos y establecer relaciones familiares funcionales (por un periodo de tres sesiones).

En función al estudio publicado por Gumus et al, (2015) utiliza en su investigación a través del abordaje psicoeducativo la aportación e introducción respecto a información asociada al programa de psicoeducación sobre el trastorno Afectivo Bipolar, proporcionaron información sobre las señales de advertencia de enfermedad, prevención de Recurrencia y desarrollo de planes de emergencia, proporcionaron información sobre la efectividad de la medicación y posibles efectos secundarios, se enfocaron en brindar estrategias sobre habilidades de comunicación y resolución de problemas.

El estudio de Azevedo et al, (2014) propuso en su investigación realizar sesiones de psicoeducación en las cuales se abordó sintomatología de los episodio maníaco o hipomaníaco, brindaron información acerca de episodios depresivos y mixtos, identificación de síntomas de alerta de un nuevo episodio, eventos prodrómicos, indicadores de recaídas, y estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.

Así mismo, Çuhadar y Olcay, (2014) proporcionaron al grupo experimental de la investigación, información en cuanto al abordaje del proceso de la enfermedad, suministraron información sobre el Trastorno Afectivo Bipolar, estigmatización y estrategias que permitieran desarrollar habilidades de enseñanza para hacer frente a la estigmatización internalizada de los pacientes que cursan con un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar.

Variables explicadas

Los artículos científicos elegidos cuentan con diversas variables a estudiar, cada una de las mismas se utilizaron bajo la modalidad de psicoeducación. En cuanto al artículo titulado *El Tratamiento Psicosocial y las Intervenciones para el Trastorno Bipolar*, (Miziou1 et al, 2017) utilizaron como variables control: *Prevención de Recaídas recurrencia hospitalaria*.

Con respecto al estudio *Effectiveness of Psychoeducational Group Training on Quality of Life and Recurrence of Patients with Bipolar Disorder* (Faridhosseini et al, 2017), [Efectividad de la capacitación en grupo psicoeducativo sobre la calidad de vida y la recurrencia de pacientes con trastorno bipolar Trastorno] (traducción propia), las variables implementadas como objeto de estudio para este artículo fueron *Calidad de Vida y Recurrencia de Recaída en Pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar*. Las variables anteriores fueron utilizadas como variables control a lo largo del estudio realizado.

El artículo *Effectiveness of Relatives' Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder* (Kolostoumpis et al, 2015), [Efectividad de la psicoeducación de los familiares sobre los resultados familiares en el trastorno bipolar](traducción propia) utiliza como variables de control durante la investigación: *el Conocimiento de los Cuidadores, La Carga Familiar y la Angustia Psicológica*.

Por otra parte, las variables utilizadas en el artículo *Group Psychoeducation for Relatives of Persons With Bipolar Disorder* (Gex-Fabry et al, 2015), [Psicoeducación grupal para familiares de personas con trastorno bipolar] (traducción propia) utiliza *percepción de beneficios por parientes y participantes*, como variables de esta investigación, observando cómo se comportan estas variables en las familias de personas con Trastorno Afectivo Bipolar, esto permitiéndoles a los participantes del estudio hablar de su experiencia, dificultades y avances a partir del trabajo grupal, así como la corroboración de a partir de un cuestionario, corroborando el beneficio percibido de la psicoeducación.

En cuanto a la investigación *Effectiveness of Individual Psychoeducation on Recurrence in Bipolar Disorder; A Controlled Study*, (Gumus et al, 2015) [Efectividad de la psicoeducación individual sobre la recurrencia en bipolar Trastorno; Un estudio controlado] (traducción propia) hace uso de las siguientes variables de control en su estudio: *Recurrencia de Recaída y tasas de hospitalización en Personas con Trastorno Afectivo Bipolar*.

En el estudio *Brief Psychoeducation for Bipolar Disorder: Impact on Quality of Life in Young Adult sin a 6-Month Follow-up of a Randomized Controlled Trial* (Azevedo et al, 2014) [Breve psicoeducación para el trastorno bipolar: impacto en la calidad de vida en adultos jóvenes sin un seguimiento de 6 meses de un ensayo controlado aleatorio] (traducción propia), se analiza la variable: *Calidad de Vida en Adultos Jóvenes Con Trastorno Afectivo Bipolar*. El estudio analiza el impacto de la psicoeducación en la calidad de vida de quienes recibieron dicha intervención.

Así mismo, el estudio *Effectiveness of Psychoeducation in Reducing Internalized Stigmatization in Patients With Bipolar Disorder* (Çuhadar y Olcay, 2014) [Efectividad de la psicoeducación en la reducción de la estigmatización internalizada en pacientes con trastorno bipolar] (traducción propia), analizó las variables de estudio: *Estigmatización internalizada en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar*. Para la operacionalización de la variable se utilizaron como subvariables: *Percepción de enfermedad, Retraimiento y Discriminación*.

Comparación: Tratamiento usual que no utilicen psicoeducación (TAU)

Estudios de grupo control

Se encontraron que cuatro de los estudios revisados utilizaron un grupo control en un rango de 12 a 41 personas con diagnóstico del Trastorno Afectivo Bipolar, mismos que utilizaban el tratamiento usual, siendo identificados de la siguiente manera: Gumus et al (2015) utilizó un grupo control de 41 personas; Faridhosseini et al (2017) realizó su estudio con un grupo control de 12 personas; Azevedo et al (2014) utilizó un grupo control de 32 participantes; Çuhadar y Olcay, (2014) utiliza un grupo control de 23 personas.

Resultados: Niveles de eficacia, grados de recomendación de las intervenciones

Resultados de los estudios

Según los resultados del estudio científico propuesto por Miziou et al, (2017), la intervención psicoeducativa obtuvo una mejoría en cuanto a la prevención de la recaída de episodios de estado de ánimo, siempre y cuando la enfermedad estuviera en una etapa temprana, logrando casi una completa remisión, al mejorar áreas asociadas a la adherencia al tratamiento y disminución de hospitalizaciones en el episodio agudo.

En función a los resultados elaborados en el estudio de Faridhosseini et al, (2017) hubo una diferencia significativa en el grupo, lo que significa que la intervención psicoeducativa grupal mejora de la calidad de vida antes y después tratamiento ($p < 0,003$). Por tanto, la psicoeducación de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar junto con tratamiento farmacológico mejora su calidad de vida y puede ayudar a disminuir el riesgo de recurrencia del trastorno.

Se infiere a partir del análisis de resultados del estudio de Kolostoumpis et al, (2015) el cual indica que la psicoeducación para cuidadores de personas con Trastorno Afectivo Bipolar ejerce un impacto positivo en los familiares, se encontró que la intervención mejora las relaciones de los miembros de la familia, aumenta el conocimiento sobre la enfermedad, ejerce un impacto significativa en el alivio de la carga y ayuda a reducir la angustia que genera la enfermedad, por

lo que se evidenció como la psicoeducación grupal familiar mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Las deducciones propuestos por Gex-Fabry et al, (2015) sugiere que los grupos psicoeducativos brindaron beneficios significativos con respecto a relaciones sociales y mejoría a nivel físico (prevención de recaídas), pero no se evidenció mejoría significativa en lo que respecta al aspecto psicológico (estabilidad afectiva), lo que se podría destacar que la intervención psicoeducativa podría generar algunos beneficios en la calidad de vida de sus pacientes y sus familias

Los resultados aportados por el estudio de Gumus et al, (2015) respecto a la psicoeducación y su influencia en la recurrencia y hospitalización, reporta que cuatro sesiones de psicoeducación no presenta una significancia clínica estadística. Ya que si bien, hay una disminución de recaídas en el grupo experimental con respecto al grupo control, cuatro sesiones de intervención psicoeducativa no es suficiente para evaluar una constante mejoría en los pacientes.

Por tanto, la información suministrada en el artículo de Faridhosseini et al, (2017) los dominios de calidad de vida no revelaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la línea de base, esto después de intervención y evaluaciones de seguimiento de seis meses, lo que indica que no hay diferencia en cuanto a la mejoría de los pacientes al utilizar la intervención combinada (Psicoeducación y tratamiento farmacológico) en comparación con la intervención habitual (Tratamiento farmacológico) con respecto a la mejora de la calidad de vida.

Así mismo, el análisis de datos de la investigación propuesta por Çuhadar y Olcay, (2014) se consideró que al final del programa de psicoeducación, se observó una disminución significativa en las puntuaciones medias totales del ISSMI, así como en las puntuaciones medias de la subescala ISSMI para subescalas tales como alienación, aprobación de estereotipos, percibidas discriminación y retraimiento social ($p < 0.05$). Los resultados demostraron que un programa de psicoeducación diseñados para la estigmatización internalizada puede tener efectos positivos en cuanto a la percepción de los pacientes con trastorno bipolar, en comparación con otros que no reciban dicha intervención.

Análisis estadístico

Según los resultados propuestos por Miziou et al, (2017) en su estudio científico titulado: el tratamiento psicosocial y las intervenciones para el trastorno bipolar, sugieren que la

psicoeducación mejoró el cumplimiento de la medicación ($P = 0,008$) y la calidad de vida ($P < 0,001$) y tuvo menos hospitalizaciones ($P < 0,001$), por lo que sugiere que es una intervención que contribuye al beneficio y calidad de vida del paciente con Trastorno Afectivo Bipolar.

El estudio propuesto por Faridhosseini et al, (2017), titulado: Effectiveness of Psychoeducational Group Training on Quality of Life and Recurrence of Patients with Bipolar Disorder, [Efectividad de la capacitación en grupo psicoeducativo sobre la calidad de vida y la recurrencia de pacientes con trastorno bipolar Trastorno] (traducción propia) evidencia que el grupo de intervención (experimental) propician una mejor evolución comparado con el grupo control, con respecto a las recurrencias de citas a Psiquiatría y en cuanto a recurrencia de hospitalizaciones por un periodo de seis meses de seguimiento posterior a la intervención. Se concreta que hubo una diferencia significativa entre el Grupo de Control y el Grupo de Intervención importante, así como en la prueba YMRS aplicada. Los episodios de depresión si presentaron una diferencia significativa entre GC ($p=0,245$) y GI ($p=0,082$). La recurrencia de visitas al Psiquiatra del grupo de intervención ocurrió solo una vez en un paciente, mientras que en el grupo control ocurrió 9 veces en 7 pacientes ($p:0,9$; $p:1,6$) además, ninguno de los pacientes del grupo de intervención fue hospitalizado, mientras que 4 del grupo control fueron hospitalizados ($p: 0,001$; $p: 4,92$ consecutivamente).

Según el análisis estadístico generado por el estudio nombrado Effectiveness of Relatives' Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder (Kolostoumpis et al, 2015), [Efectividad de la psicoeducación de los familiares sobre los resultados familiares en el trastorno bipolar](traducción propia). Se considera que hay un impacto significativo respecto la intervención grupal psicoeducativa, ya que el grupo experimental obtuvo mayor conocimiento sobre el trastorno bipolar que el grupo control, en el nivel significativo de significancia estadística $p < 0.0001$ a los seis meses de seguimiento, de la misma manera se destaca evidencia estadística asociada a un importante alivio de la carga familiar posterior a la psicoeducación siendo estadísticamente significativo $p < 0.001$, de la misma manera, se evidencia como durante los seis meses de seguimiento el grupo experimental informó niveles significativamente más bajos de angustia psicológica en comparación con los familiares con una significancia estadística de $p < 0.01$ al finalizar la intervención.

En cuanto al estudio científico Group Psychoeducation for Relatives of Persons With Bipolar Disorder (Gex-Fabry et al, 2015), [Psicoeducación grupal para familiares de personas con

trastorno bipolar] (traducción propia), se definió el análisis estadístico, mismo que hace referencia a las limitaciones debido al pequeño tamaño de la muestra, y debido a que se realiza como un diseño transversal y la falta de un grupo de control impidieron cualquier posible relación causal entre participación y resultado. Sin embargo, una gran mayoría (> 80%) de los familiares reconoció los beneficios con respecto a ayudarlos a detectar los primeros signos de alerta de recaída (GI, $p=0.88$), demostrando su propia calidad de vida y la de sus relaciones con el paciente portador del Trastorno Afectivo Bipolar. Así mismo (> 60% de pacientes reportaron que la psicoeducación había contribuido a enfrentar mejor las crisis, ayudando a sentirse más entendidos por los familiares y promueven cambios positivos en la familia mejorando la percepción de las relaciones interpersonales (GI= $p<0.001$) además, se identifica una significancia estadística en la percepción de mejora a nivel psicológico (GI, $p<0.001$). No hay diferencia estadística significativa entre la evolución de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar I y Trastorno Afectivo Bipolar II.

La *Recurrencia de Recaída y tasas de hospitalización en Personas con Trastorno Afectivo Bipolar* estudiada en el artículo: *Effectiveness of Individual Psychoeducation on Recurrence in Bipolar Disorder; A Controlled Study*, (Gumus et al, 2015) [Efectividad de la psicoeducación individual sobre la recurrencia en bipolar Trastorno; Un estudio controlado] (traducción propia). Se concreta que 12 meses después (de seguimiento), se encontraron tasas de recurrencia del 18,9% en el grupo experimental (GI, $p=0.96$), y de 34.1% en el grupo control; sin embargo, no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Se debe de tomar en cuenta que el 71,4% de los pacientes del grupo experimental enfrentaron solo una recurrencia a la recaída meses después de las sesiones de psicoeducación y que no requirieron hospitalización, mientras que del grupo control 57,2% de los pacientes enfrentaron múltiples recaídas y el 7,3% requirieron hospitalización.

Según el estudio nombrado: *Brief psychoeducation for bipolar disorder: Impact on quality of life in young adult a 6-month follow-up of a randomized controlled trial* (Azevedo et al, 2014) [Breve psicoeducación para el trastorno bipolar: impacto en la calidad de vida en adultos jóvenes un seguimiento de 6 meses de un ensayo controlado aleatorio] (traducción propia). Se concluye que en cuanto al análisis estadístico de los *dominios de calidad de vida*¹, estos no presentaron

¹ Este término es comprendido por Azevedo et al (2014) como: “mejora en las interacciones sociales, desarrollo de hábitos asociados a la alimentación sana y adecuado autocuidado, disminución en cuanto a la percepción de estigmatización y perjuicio social, desarrollo de recursos para el manejo de sentimientos

diferencias significativas con respecto a las evaluaciones al inicio del estudio, después de la intervención y al seguimiento (Rol de salud física (GC, $p=0.005$, GI, $p<0.001$) Funcionamiento Físico (GC, $p=0.703$; GI,0.212), vitalidad (GC, $p=0.024$,GI, $p=0.099$), Funcionamiento social (GC, $p=0.904$, GI, $p=0.433$), Rol emocional (GC, $p=0.414$, GI, $p=0.339$) y Salud mental (GC, $p=0.956$,GI, $p=0.241$) dolor corporal (GC, $p=0.163$, GI, $p=0.746$)). Lo que indica que no hay diferencia entre el tratamiento habitual y la intervención combinada con respecto mejoras relacionadas al bienestar, ya que ambas intervenciones presentaron evidente mejoría en la calidad de vida posterior a la intervención, excepto salud general y dolor corporal. Esta mejora persistió a los 6 meses de alcance, excepto al dominio de Salud física, que disminuyó en el seguimiento.

El análisis estadístico realizado en el estudio: Effectiveness of Psychoeducation in Reducing Internalized Stigmatization in Patients With Bipolar Disorder (Çuhadar y Olcay, 2014) [Efectividad de la psicoeducación en la reducción de la estigmatización internalizada en pacientes Con trastorno bipolar] (traducción propia), los autores concluyen que en cuanto a las subescalas de estigmatización internalizada correspondiente a (alienación, aprobación de estereotipos, retraimiento social y a la estigmatización total internalizada) esta se redujo significativamente en el nivel $p=0.197$ para el grupo experimental (el grupo con intervenciones grupales psicoeducativas), disminuyendo la discriminación percibida, lo que implica que la intervención psicoeducativa grupal genera beneficios significativos en esta población.

En tabla 7. Características de los estudios revisados, se sintetizan los principales componentes que se tomaron en cuenta para esta Revisión Sistemática.

de tristeza, culpa, soledad, inutilidad, insuficiencia, mayor autoconfianza en sí mismo, y fortalecimiento de la autoestima”(p.899).

Tabla 7. Características de los estudios realizados

Artículo- año	Nombre de autor	No. de participantes	Grupo control	Enfoque terapéutico	Variables/ Estadísticas	Formato de terapia.	Numero de sesiones	Tipo de muestra	Componentes abordados	Resultados
El tratamiento psicosocial y las intervenciones para el trastorno bipolar: una revisión sistemática (2017)	Stella Miziou ¹ , Eirini Tsitsipa ¹ , Stefania Moysidou ¹ , Vangelis Karavelas, Dimos Dimelis, Vagia Polyzoidou y Konstantinos N Fountoulakis	69	si	TAU	Prevención de Recaídas y recurrencia hospitalaria.	Grupal	Promedio de 18 sesiones 6 meses	Si	Adherencia al tratamiento, Prevención de recaídas. malestar subjetivo	Apoya la utilidad de la psicoeducación para la prevención de la recaída de episodios de estado de ánimo y, lamentablemente, sólo en un subgrupo de pacientes seleccionados en una etapa temprana de la enfermedad que tienen muy buena, si no remisión completa, del episodio agudo.

Artículo- año	Nombre de autor	No. de participantes	Grupo control	Enfoque terapéutico	Variables/ Estadísticas	Formato de terapia	No. Sesiones	Tipo de muestra	Componentes abordados	Resultados
Effectiveness of Psychoeducational Group Training on Quality of Life and Recurrence of Patients with Bipolar Disorder (2017)	Farhad Faridhosseini, Mehdi Baniyadi, Mohammad Reza Fayyazi Bordbar, Meysam Pourgholami, Samira Ahrari, Negar Asgharipour.	25	si	Psicoeducación grupal vrs TAU	Calidad de Vida y Recurrencia de Recaída en Pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.	Grupal.	6 Meses de periodo de estudio y 1 mes de terapia grupal/ Sesiones 8	12 GI / 13 GC	<p>La primera sesión: el concepto de trastorno bipolar. y su etiología</p> <ul style="list-style-type: none"> • La segunda sesión: manía e hipomanía. • La tercera sesión: depresión y episodios mixtos. • La cuarta sesión: curso clínico y pronóstico. • La quinta sesión: conocer los estabilizadores del estado de ánimo y sus efectos secundarios • La sexta sesión: conocer antidepresivos y medicamentos antimaníacos y sus efectos secundarios. • La séptima sesión: detección temprana de nuevos episodios • La octava sesión: qué hacer cuando un nuevo episodio se detecta 	Hubo una diferencia significativa en el grupo de intervención en la mejora de la calidad de vida antes y después tratamiento ($p < 0,003$). Además, la diferencia fue significativa entre los 2 grupos en el número de recurrencias ($p < 0,001$) y hospitalización ($p < 0,000$) en 6 meses.

Artículo- año	Nombre de autor	No. de participantes	Grupo control	Enfoque terapéutico	Variables/ Estadísticas	Formato de terapia	Numero de sesiones	Tipo de muestra	Componentes abordados	Resultados
Effectiveness of Relatives' Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder (2015)	Dimitris Kolostoumpis, Joanna D. Bergiannaki, Lily Evangelia Peppou, Eleni Louki, Sofia Fousketaki, Athanasios Patelakis, and Marina P. Economou		Si	Grupo de psicoeducación familiar	El Conocimiento de los Cuidadores, La Carga Familiar y la Angustia Psicológica	Grupal familiar.	Seis meses/ Sesiones 7	80 familia res.	Habilidades de comunicación. Se hizo hincapié en la provisión de información sobre trastorno bipolar y la contribución sustancial de la familia al manejo de la enfermedad. Alivio de parientes, también se atacaron sentimientos negativos, como ira, vergüenza o culpa, al igual que habilidades entrenamiento para hacer frente eficazmente	Los resultados indicaron que la psicoeducación de los familiares tuvo un efecto positivo en los resultados de los participantes. Al finalizar la intervención, así como a los seis meses de seguimiento. Psicoeducación familiar Es una intervención prometedora para manejar y tratar eficazmente el trastorno bipolar.

Artículo- año	Nombre de autor	No. de participantes	Grupo control	Enfoque terapéutico	Variables/ Estadísticas	Formato de terapia	Numero de sesiones	Tipo de muestra	Componentes abordados	Resultados
Group Psychoeducation for Relatives of Persons With Bipolar Disorder (2015)	Marianne Gex-Fabry, PhD, Sandrine Cuénoud, MD, Marie-Joëlle Stauffer-Corminboeuf, RN, Nancy Aillon, RN, Nader Perroud, MD, and Jean-Michel Aubry, MD.	26 pacientes-familiares	No	Grupo de psicoeducación familiar	Calidad de vida: Percepción de beneficios (psicológicos, relaciones interpersonales) por parientes y participantes	Grupal mixto.	Sesiones 16 / Seis meses y medio	20 pacientes y 26 familias	Información sobre la naturaleza de BD, síntomas y opciones de tratamiento (siete sesiones), prevención de recaídas e identificación temprana de los prodromos depresivos y (hipo) maníacos episodios (cuatro sesiones), y desarrollo de habilidades de comunicación, para ayuda para desactivar conflictos y establecer relaciones familiares funcionales barcos (tres sesiones).	Los resultados indicaron que la psicoeducación de los familiares tuvo un efecto positivo en los resultados de los participantes. al finalizar la intervención, así como a los seis meses de seguimiento. Psicoeducación familiar Es una intervención prometedora para manejar y tratar eficazmente el trastorno bipolar.

Artículo- año	Nombre de autor	No. de participantes	Grupo control	Enfoque terapéutico	Variables/ Estadísticas	Formato de terapia	Numero de sesiones	Tipo de muestra	Componentes abordados	Resultados
Brief psychoeducation for bipolar disorder: Impact on quality of life in young adults: a 6-month follow-up of a randomized controlled trial (2014)	Taianede Azevedo Cardoso, Clarisse de Azambuja Farias, Thaíse Campos Mondin, Giovanna Del Grandeda Silva, Luciano Dias de MattosSouza, Ricardo Azevedo da Silva, Karen Tavares Pinheiro, Rogério Gonçalvesdo Amaral, Karen Jansen	45	Si.	Tratamiento con fármacos y psicoterapia (Psicoeducación y farmacoterapia) vs TAU	Calidad de Vida en Adultos Jóvenes Con Trastorno Afectivo Bipolar.	Grupal	6 sesiones una hora semanal (mes y medio más seguimiento a los 6 meses)	19 IG / 26 G Contro	Los síntomas de un episodio maníaco o hipomaníaco. Enfocado en episodios depresivos y mixtos. identificación de síntomas de alerta de un nuevo episodio, ya que hay comportamientos que son indicación de recaídas, adherencia al tratamiento.	Ambos grupos presentaron mejoras en los dominios de calidad de vida, excepto Salud general y Dolor corporal, en intervención. Además, esta mejora persistió a los 6 meses de seguimiento, a excepción de la función física Dominio de salud, que se mantuvo reducido. Psicoeducación combinada más intervención farmacológica tan eficaz para mejorar la percepción de la calidad de vida, ya que es solo una intervención farmacológica.

Artículo- año	Nombre de autor	No. de participantes	Grupo control	Enfoque terapéutico	Variables/ Estadísticas	Formato de terapia	Numero de sesiones	Tipo de muestra	Componentes abordados	Resultados
Efectividad de la psicoeducación en la reducción de la estigmatización internalizada en pacientes Con trastorno bipolar (2014)	Döndü Çuhadar a M, Olcay Cam	47	Si	Psicoeducación vs Tau	Estigmatización internalizada en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar. Subvariables: Percepción de enfermedad, Retraimiento y Discriminación.	Grupal mixto.	Psicoeducación 3 meses, 6 sesiones, terapia Cognitivo conductual 4 meses, 20 sesiones	24 Grupo experimental, 23 de control	Proporcionar información sobre la enfermedad y el proceso de enfermedad Proporcionar información sobre la enfermedad y el proceso de enfermedad. Estigmatización y Habilidades de enseñanza para hacer frente a la estigmatización internalizada	Los resultados demostraron que un programa de psicoeducación diseñado para la estigmatización internalizada puede tener efectos positivos en los niveles de estigmatización internalizada de pacientes con trastorno bipolar.

En la tabla 8. Información estadística de las investigaciones, se encuentra en el apartado de anexos, lográndose observar los principales resultados de significancia estadística según las variables de análisis de cada investigación.

CAPITULO V. DISCUSION

En cuanto a la efectividad, posterior al análisis de los estudios científicos utilizados para esta Revisión Sistemática, cabe señalar que según Faridhosseini et al, (2017) y Azevedo et al, (2014) la intervención psicoeducativa genera un efecto positivo en la identificación de sintomatología prodrómica, permitiendo a la persona con Trastorno Afectivo Bipolar la detección temprana de episodios maníacos- hipomaniaco o depresivos, reduciendo de esta manera el riesgo y la frecuencia de recaídas.

A partir de la intervención psicoeducativa, el usuario logra una mejor comprensión de su enfermedad, a través de información asociada a su sintomatología, medicación, estrategias de afrontamiento, detección temprana de episodios depresivos o mixtos, así como los factores de riesgos, por lo que los autores Faridhosseini et al, (2017), Gumus et al, (2015), Kolostoumpis et al, (2015), Azevedo et al, (2014), determinan en sus estudios que la psicoeducación en sus diversas modalidades reduce de manera significativa las tasas de hospitalización de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar. De estos resultados se evidencia una mejoría en cuanto al pronóstico y la evolución clínica, lo que significa que el paciente se ve beneficiado en el curso de su enfermedad, en comparación con las personas que solo reciben intervención usual.

Aunado a lo anterior, y ante una mayor comprensión de su enfermedad así como de los factores protectores, las personas que tienen el diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, y que reciben intervención psicoeducativa, reportan una mejoría significativa en cuanto a la adherencia al tratamiento. Según Faridhosseini et al, (2017), Kolostoumpis et al, (2015), Azevedo et al, (2014) en sus estudios clínicos, esto responde a una concientización del papel que tiene el psicofármaco en cuanto a la remisión de sintomatología, la influencia positiva del medicamento a nivel neurofisiológico, así como las consecuencias de no seguir la indicación médica, disminuyendo sustancialmente el miedo a la dependencia farmacológica y sus efectos secundarios, teniendo una mejor comprensión del tratamiento habitual. Por tanto, la intervención psicoeducativa coadyuva a lograr mayor efectividad en el manejo farmacológico, por ende, las personas con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar que solo son intervenidos con tratamiento usual (farmacológico) tienen mayor dificultad en el desarrollo de conductas de conciencia y responsabilidad con respecto a su enfermedad.

En relación con los tipos de tratamientos utilizados se observa que hay índices de mayor adherencia en pacientes que participan en una intervención psicoeducativa en comparación con los que son intervenidos bajo el tratamiento usual, bajo la misma línea, llama la atención que Faridhosseini et al, (2017) en su estudio, propone que para que la adherencia al tratamiento perdura través del tiempo, esto posterior a una intervención psicoeducativa, los pacientes deben de recibir a largo plazo sesiones de refuerzo de psicoeducación, esto como una medida preventiva y de consideración ante la necesidad del paciente.

Cabe destacar que los siete estudios científicos analizados para este trabajo de investigación y tomando en cuenta los autores siguientes autores Miziou et al, (2017); Faridhosseini et al, (2017); Kolostoumpis et al, (2015); Gex-Fabry et al, (2015); Gumus et al, (2015);); Azevedo et al, (2014); Çuhadar y Olcay, (2014) evidencian que la intervención psicoeducativa genera una mejoría en cuanto a la calidad de vida y estilo de vida de los pacientes y de sus redes de apoyo, esto a partir del desarrollo de relaciones interpersonales saludables, fortalecimiento de su autoestima, en la potenciación de hábitos de vida saludables. Dado que la intervención psicoeducativa interfiere de manera drástica y positiva en cuanto a la reducción de la estigmatización internalizada. Todos los estudios señalan como la persona con esta enfermedad tiende al aislamiento, situación que repercute en el aumento de episodios del estado de ánimo. Por tanto, las intervenciones psicoeducativas ayudan a reducir emociones y pensamientos negativos como tristeza, culpa, soledad, inutilidad, miedo, ansiedad y desesperanza, así como sentimientos de inferioridad, y desconfianza en sí mismo. Por lo que a partir de una mayor comprensión de su enfermedad, el paciente logra recuperar o desarrollar sus habilidades interpersonales, dando como resultado de mayores recursos de apoyo; esto le permite al paciente y sus familias disfrutar de mayor calidad de vida a partir del fortalecimiento de su propia autoconfianza y autoestima.

Además, se evidencia un impacto positivo en lo que respecta a la mayor comprensión de la enfermedad de los miembros del sistema familiar de los padecientes, fortaleciendo las redes de apoyo disminuyendo la angustia y sobrecarga del cuidador, desarrollando mejores relaciones vinculares y propiciando la independencia de las personas con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, por tanto, la evidencia científica nos refleja que efectivamente la intervención psicoeducativa es eficaz en comparación con otros modelos de intervención o con tratamiento usual.

Por tanto, que la intervención psicoeducativa en sus diversas modalidades, busca que la persona portadora de un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, mejore su calidad de vida en diversos ámbitos, esto a partir de la comprensión global de su patología. Por lo que tiene entre sus objetivos brindar estrategias de afrontamiento positivas, con el fin de que el usuario logre una mayor comprensión de su enfermedad, así como el fortalecimiento las redes de apoyo a nivel familiar, propiciando un mejor curso y pronóstico de su condición. Esto sin dejar de lado la naturaleza, gravedad y cronicidad de la misma, por el contrario buscando una mayor adherencia al tratamiento y un mayor compromiso con la intervención recibida. Por lo anterior, la psicoeducación no debe verse como una intervención simplista, por el contrario es un modelo de intervención que contribuye a la mejoría clínica tanto de la persona con diagnóstico como de su sistema familiar.

Limitaciones

Las limitaciones encontradas en el proceso de realización de esta investigación, es la poca evidencia disponible en esta temática en el periodo del 2014 al 2019, además de la nula evidencia científica encontrada en América Latina, lo que podría repercutir en los resultados debido a las diferencias culturales y psicosociales.

Además, la mayoría de los estudios utilizados cuentan con un rango etario muy amplio, generando resultados diferentes, mismos que podrían repercutir en los resultados al propiciar sesgo, puesto que las diversas etapas de la vida, tienen sus características propias, razón por la que no se debe generalizar.

Las muestras cuentan con una extensión de las intervenciones psicoeducativas de periodos de tiempo muy limitado, por lo que ampliarlo podría fortalecer la evidencia en cuanto a la eficacia.

Parte de las restricciones encontradas en los artículos, fue el tamaño de la muestra, siendo muestras muy reducidas, situación que fue una constante en la mayoría de los artículos.

Es importante señalar, que los estudios científicos utilizados para esta Revisión Sistemática emplearon periodos de seguimiento inferiores a 12 meses, en otros estudios que no fueron utilizados por no cumplir con los criterios de inclusión utilizaban tiempos de seguimiento más amplios por lo que esto podría influir en los resultados y en su significancia.

En nuestro país Costa Rica, no existen estudios científicos previos acerca de la influencia de la psicoeducación, por tanto no hay parámetros de eficacia de este modelo en personas costarricenses.

En la mayoría de las investigaciones no hacen referencia a la etapa de la enfermedad en la que la intervención psicoeducativa fue realizada, situación que limita realizar un análisis en cuanto al beneficio dependiendo del tiempo de diagnóstico.

Retos y oportunidades

Es fundamental, en el ámbito de la Psicología Clínica, seguir en la búsqueda y estudio constante de las mejores estrategias de intervención a través de estudios científicos recientes, que permitan brindar una mayor claridad ante la elección de modelos terapéuticos eficaces con el fin de generar mejores y adecuados intervenciones que permitan ofrecer alternativas ajustadas a la individualidad de los padecientes, para de esta manera aportar en el bienestar a los usuarios. Por tanto, como parte del compromiso hacia la labor clínica. Además, es importante visualizar a la psicoeducación en sus diversas modalidades como una oportunidad que la intervención de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar en el ámbito clínico.

CAPITULO VI CONCLUSIONES

Los resultados encontrados permiten reforzar estudios científicos previos que han demostrado que las personas con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, que recibieron psicoeducación en sus diversas modalidades, experimentan un beneficio significativo en cuanto a la percepción de su calidad de vida posterior a la intervención, en comparación con las personas que solo han sido tratadas con tratamiento habitual (tratamiento farmacológico). Lo anterior evidencia la capacidad para establecer y mantener relaciones vinculares seguras, documentando una mejoría en cuanto la propia percepción de la enfermedad, desarrollando una mejor comprensión de la misma.

En concordancia con lo anterior, también se observa una reducción de episodios de recaída y por tanto, una disminución en la recurrencia hospitalaria, situación que favorece no solo la calidad de vida del usuario, sino del medio en el cual se desarrolla, permitiendo mayor posibilidad de generar un sentido de pertenencia y satisfacción intra e inter personal.

La mayoría de los estudios evidencian una mejoría significativa de los pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar, en comparación con los grupos control. El setenta y cuatro por ciento (74%) de la muestra utilizada en esta investigación, evidencia la efectividad en cuanto a la intervención psicoeducativa, en comparación con el tratamiento habitual (TAU). Sin embargo, no es conclusivo al no poder asegurar el cien por ciento de la efectividad.

La muestra científica seleccionada para esta Revisión Sistemática, identifica el Cognitiva Conductual como la principal intervención utilizada en conjunto a la intervención psicoeducativa grupal o individual, siendo ambos abordajes los más reportados en el proceso terapéutico y de seguimiento que ofrecen al grupo experimental.

La terapia cognitiva conductual en conjunto con el proceso psicoeducativo busca ir más allá de informar al paciente acerca de su condición, sino que busca desarrollar un entrenamiento conductual basado en la información, destinado a ayudar a los pacientes a sus sistemas familiares a ajustar su estilo de vida para enfrentar el Trastorno Afectivo Bipolar con mejores herramientas que ayuden en mejorar el cursos de la enfermedad. De esta manera se implementan técnicas cognitivas conductuales que les permitan a los usuarios ser más activos en sus tratamientos y autogestionar su enfermedad.

La intervención Psicoeducativa en personas con Trastorno Afectivo Bipolar, puede ayudar a disminuir el estigma social, presentando una mejora significativa en cuanto a la percepción de calidad de vida a través de una mejor conciencia de enfermedad y contribuyendo a una comprensión de su sintomatología. Situación que les permite a los usuarios tener un mayor conocimiento del efecto a nivel neurofisiológico del tratamiento farmacológico y su influencia en la remisión de la sintomatología asociada a la enfermedad, logrando por ende mayor adherencia al medicamento. Lo anterior, repercute de manera directa en la recurrencia hospitalaria y minimización de recaídas, por tal razón se considera la intervención psicoeducativa una herramienta de gran importancia en el abordaje terapéutico, que además brinda a los usuarios un sentido de pertenencia, como parte del efecto de grupo, al reconocer que otros también viven su realidad, generando resultados positivos por el hecho de pertenecer a un ambiente de contención grupal.

Los diversos artículos analizados para esta revisión sistemática, afirman que la psicoeducación en conjunto con el tratamiento farmacológico (Tratamiento usual) tiene mayor eficacia respecto a la percepción de calidad de vida, así como una disminución de episodios recurrentes.

La psicoeducación ejerce un impacto positivo, así como un alivio en la carga, indiferencia o culpa que en ocasiones manifiestan los cuidadores, reduciendo la angustia al tener mayor comprensión de la enfermedad.

Uno de los artículos más recientes utilizados para este trabajo de investigación, concluye que la mejoría referente a remisión de sintomatología afectiva se dá con mayor auge en pacientes que inician el proceso de intervención psicoeducativa en etapas tempranas de la enfermedad, lo que significa que en la medida que se logre brindar psicoeducación a las personas con diagnóstico reciente, tienen mayor capacidad de lograr conciencia de enfermedad y prácticas que coadyuven a la adherencia en comparación con las personas que no tienen dicho acompañamiento. Por tanto, la intervención psicoeducativa permite potenciar el desarrollo de herramientas que propicien un manejo, y mejor pronóstico a nivel individual y familiar.

No se puede concluir que la intervención psicoeducativa en todas sus modalidades ejercen un efecto positivo ante todas las variables estudiadas, sin embargo, hay evidencia que respalda una mejoría en cuanto a la adherencia al tratamiento, percepción de malestar subjetivo, calidad de vida, conocimiento de cuidadores, carga familiar percibida, percepción de beneficios de parientes.

En cuanto a la estigmatización internalizada de las personas con diagnóstico del Trastorno Afectivo Bipolar, se evidencia una reducción significativa de las emociones y pensamientos negativos como tristeza, culpa, soledad, desesperanza, así como sentimientos de inferioridad y desconfianza en sí mismo.

Por muchos años, los estudios realizados a programas psicoeducativos estaban vinculados específicamente como una estrategia de aumentar la adherencia a la medicación, sin embargo, actualmente se conoce que el abordaje psicoeducativo si bien es indispensable para lograr un mayor adherencia y por tanto es complementaria a la terapia farmacológica, este tipo de intervención promueve y desarrolla mejores y más adaptativas estrategias de afrontamiento no solo para el paciente sino para sus sistemas familiares.

La psicoeducación es un medio que permite que el paciente con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar se apropie de su condición, reconociendo cuales son los hábitos que interfiere en el curso de la enfermedad e implementando prácticas saludables que coadyuven en el manejo de su enfermedad.

Es importante tener en cuenta que los abordajes psicoeducativos son un complemento del tratamiento farmacológico (tratamiento usual), y que dicha intervención debe ser realizada por profesionales, utilizando insumos de apoyo acorde a la escolaridad y particularidad de los usuarios, sin dejar de lado el fortalecimiento de la alianza terapéutica como eje transversal en dichos abordajes psicoeducativos.

Finalmente, considero que es importante seguir con líneas de investigación que permitan conocer nuevos modelos de intervención dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población con enfermedad mental.

Referencias Bibliográficas

Aguilera, R. (2014). ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(6), 359-360.

Aparecido, T.; Werne, C.; Juruena, M. (2011). Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: systematic review of randomized trials. *SciELO*, 4 (3) 409-416

Azevedo C., Mondin, T., Silva, G., Mattos, L., Silva, R y Jansen, K. (2014). Brief psychoeducation for bipolar disorder: impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry research*, 220(3), 896-902.

Base de Datos Hospital Nacional Psiquiátrico, Servicio de Redes. Programa SIAH ARCA (2020).

Becoña, E; Lorenzo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, (3) 511-522

Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Álvarez, C., y Benatuil, D. (2004). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp)*.

Cabrera, J. (2018). Psicoeducación en trastorno bipolar. Programa de Enfermedades Afectivas (PEA). *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*, 35(3/4), 196-206.

Chávez-León, E., Benitez-Camacho, E., & Ontiveros Uribe, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud mental*, 37(2), 111-117.

- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., ... Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of general psychiatry*, 60(4), 402-407.
- Colom, F. (2014). The evolution of psychoeducation for bipolar disorder: from lithium clinics to integrative psychoeducation. *World Psychiatry*, 13(1), 90.
- Colom, F; Vieta, E. (2004). Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. GACETA UNIVERSITARIA, 129. Sánchez-Meca, J., & Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: Herramientas para la práctica profesional. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 7-17.
- Çuhadar, D; Çam, M. (2014). Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 28(1), 62-66.
- David, D; Jay, S; Montgomery, G. (2018). Evidence-Based Psychotherapy. *The State of the Science and Practice*, 1.
- Dittel, I; Cordero, P; Sandoval; C. (2018). Componentes de actividad, participación y ambiente de la CIF y su relación con la percepción de la calidad de vida de personas con diagnóstico de trastorno bipolar. *Revista Cúpula*, 32, 1-2.
- Ductor, M. (2014). Intervenciones psicosociales en el trastorno afectivo bipolar: valoración de los grupos psicoeducativos en una unidad de rehabilitación de salud mental. *Apuntes de Psicología*, 32 (2), 181-189

Faridhosseini, F., Baniyadi, M., Bordbar, M. R. F., Pourgholami, M., Ahrari, S., y Asgharipour, N. (2017). Effectiveness of psychoeducational group training on quality of life and recurrence of patients with bipolar disorder. *Iranian journal of psychiatry*, 12(1), 21.

Freund, N., y Juckel, G. (2019). Bipolar Disorder: Its Etiology and How to Model in Rodents. In *Psychiatric Disorders* (pp. 61-77). Humana, New York, NY.

Frías, Á., Palma, C., y Farriols, N. (2015). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de los jóvenes diagnosticados o con alto riesgo para el trastorno bipolar pediátrico: una revisión de la literatura. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 146-156

Gex-Fabry, M., Cuénoud, S., Stauffer-Corminboeuf, M., Aillon, N., Perroud, N., y Aubry, J. (2015). Group psychoeducation for relatives of persons with bipolar disorder: perceived benefits for participants and patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(9), 730-734.

Gumus, F., Buzlu, S., y Cakir, S. (2015). Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder; a controlled study. *Archives of psychiatric nursing*, 29(3), 174-179.

Hernandez, R. (2014) Metodología de la investigación. Mexico. McGRAW-HILL

Higgins J, Green S (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.

Kolostoumpis, D., Bergiannaki, J., Peppou, L., Louki, E., Fousketaki, S., Patelakis, A., y Economou, M. (2015). Effectiveness of relatives' psychoeducation on family outcomes in bipolar disorder. *International Journal of Mental Health*, 44(4), 290-302. MA: Blackwell Publishing.

Ministerio de Salud. (2015). Boletín Estadístico de Trastornos Mentales Costa Rica. Dirección Vigilancia de la Salud.

Miziou, S; Tsitsipa, E; Moysidou, S; Karavelas, V; Dimelis, D; Polyzoidou, V; Fountoulakis, K. (2017) El tratamiento psicosocial y las intervenciones para el trastorno bipolar: una revisión sistemática. *Revista de Toxicomanías*. 79

Molina, M. (2013). La revisión sistemática. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 283-285

Mosquera, D., Eiriz, A. (2008). *Un Acercamiento al Trastorno Afectivo Bipolar*. Madrid: Pleyades.

Mora Gomez, M. I. (2019). La terapia cognitiva conductual en un paciente con diagnóstico de trastorno bipolar (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB).

Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Penna, M; Alvares, T; Venturini, H. (2018). *Psicoeducación en Trastorno Bipolar*. Buenos Aires.

Petticrew, M. y Roberts, H. (2006). *Systematic Reviews in the Social Sciences*. Malden.

- Reinares, M; Sánchez, M; Konstantinos, N. (2014) Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *Greece Journal of Affective disorders*, 156, 46–55.
- Ríos-Flórez, J. Escudero-Corrales, C. (2017). Características Neuropsicológicas y bases biológicas y conceptuales del Trastorno Afectivo Bipolar. *Revista Katharsis*, 24, 238-268.
- Rodríguez, E. López, A; Fagnani, J. (2014). Psicoeducación Grupal en el Trastorno Bipolar: Una revisión no sistemática de la literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 101-116.
- Sánchez-Meca, J; y Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: Herramientas para la práctica profesional. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 7-17.
- Sarason, I; Sarason, B. (2006). *Psicopatología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson.
- Stafford, N., & Colom, F. (2013). Purpose and effectiveness of psychoeducation in patients with bipolar disorder in a bipolar clinic setting. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 11-18.
- Soo, S; Zhang, Z; Khong, S; Low, J; Thambyrajah, V; Alhabsyi, S; McIntyre, R. (2018). Randomized Controlled Trials of Psychoeducation Modalities in the Management of Bipolar Disorder: A Systematic Review. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(3).
- Suárez, M; Montes, M; Jarabo, D; Fortaleza, G (2015) Trastorno bipolar. *Medicine Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5075-5085.

Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R. y Grande, I. (2018).

Bipolar disorders. *Nature reviews Disease primers*, 4(1), 1-16.

Zarabanda, S; Garcia, M; Salcedo, J; Lahera, F. (2015). Trastorno bipolar. *Medicine* 11(85):5075-

85.

ANEXOS

Tabla. 8 Información estadística de las investigaciones

Estudio	Variable independiente	Variable dependiente	Muestra		Prueba	Indicador	<i>p-value</i>		Resultado estadístico
			GI	GC			GC	GI	
Farhad Faridhosseini, Mehdi Baniyadi, Mohammad Reza Fayyazi Bordbar, Meysam Pourgholami, Samira Ahrari, Negar Asgharipour .	Psicoeducación	Calidad de Vida	12	13	HDRS	Nivel de depresión	$p = 0.245$	$p = 0.082$	Hubo una diferencia significativa entre el Grupo de Control y el Grupo de Intervención importante, así como en la prueba YMRS. Los episodios de depresión si presentaron una diferencia significativa entre GC y GI.
					YMRS	Gravedad del BD durante el episodio maniaco	$p = 0.439$	$p = 0.17$	
					SR- 36	Calidad de Vida	$p = 0.283$	$p = 0.003$	

Estudio	Variable independiente	Variable dependiente	Muestra		Prueba	Indicador	p-value		Resultado estadístico
			GI	GC			GC	GI	
Dimitris Kolostoumpis, Joanna D. Bergiannaki, Lily Evangelia Peppou, Eleni Louki, Sofia Fousketaki, Athanasios Patelakis, and Marina P. Economou	Psicoeducación	Calidad de Vida (Paciente y Familiar)	40	40	KAPD Q	Conocimiento de los cuidadores	---	$p < 0.001$;	Estadísticamente significativo: El grupo familiar del GI tiene mayor conocimiento de la enfermedad
					FBS	Carga familiar	---	$p < 0.001$; estadísticamente significativo	Estadísticamente significativo El grupo familiar del GI experimenta menos carga familiar
					GHQ	Angustia Psicológica	---	$p < 0.001$; estadísticamente significativo	Estadísticamente significativo El grupo familiar del GI experimenta menos angustia psicológica

Estudio	Variable independiente	Variable dependiente	Muestra		Prueba	Indicador	p-value		Resultado estadístico
			GC	GI			GC	GI	
Marianne Gex-Fabry, PhD, Sandrine Cuénoud, MD, Marie-Joëlle Stauffer-Corminboeuf, RN, Nancy Aillon, RN, Nader Perroud, MD, and Jean-Michel Aubry, MD.	Percepción de Pacientes y familiares sobre Psicoeducación	Calidad de Vida	Familiares: 26	Pacientes: 20	WHO QOL-BREF	Físico	Pacientes: $p < 0.001$	Familiares cercanos: $p = 0.88$	Los resultados son estadísticamente significativos. Los programas de psicoeducación tienen efectividad e influyen en las relaciones familiares generando cambios en la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.
						Psicológico	$p = 0.18$	$p < 0.001$	
						Relaciones sociales	$p < 0.001$	$p < 0.001$	
						Ambiente	$p = 0.08$	$p = 0.38$	

Estudio	Variable independiente	Variable dependiente	Muestra		Prueba	Indicador	p-value		Resultado estadístico
			GI	GC			GC	GI	
Funda Gumus, Sevim Buzlu , Sibel Cakir	Psicoeducación	Calidad de Vida	37	41		Tasa de recurrencia de Hospitalización		T=2.139; p= 0.396: no es estadísticamente significativo	Se comprueba que después de la Psicoeducación el grupo de intervención no tiene hospitalizaciones mientras que el 7,3% del grupo de control sí. Se comprueba que la tasa de recurrencia del grupo de intervención es de 18,9% mientras que la del grupo de control es del 34,1%. Dadas las pocas sesiones de psicoeducación (4) el resultado no es estadísticamente significativo.

Estudio	Variable independiente	Variable dependiente	Muestra		Prueba	Indicador	p-value		Resultado estadístico
			GI	GC			GC	GI	
Taianede Azevedo Cardoso, Clarisse de Azambuja Farias, Thaíse Campos Mondin, Giovanna Del Grandeda Silva, Luciano Dias de MattosSouza, Ricardo Azevedoda Silva, Karen Tavares Pinheiro, Rogério Gonçalvesdo Amaral, Karen Jansen n	Psicoeducación		19	26	MOS SF-36	Rol de Salud Física	$p=0.005$	$p < 0.001$	Se observa que no existen cambios significativos entre el grupo de control y el grupo de intervención en los dominios de calidad de vida excepto en Salud y dolor corporal. No hubo diferencia significativa estadísticamente.
						Funcionamiento Físico	$p=0.703$	$p= 0.212$	
						Salud general	$p=0.135$	$p= 0.005$	
						Vitalidad	$p= 0.024$	$p= 0.099$	
						Funcionamiento Social	$p= 0.904$	$p= 0.433$	
						Rol Emocional	$p= 0.414$	$p=0.339$	
						Salud mental	$p=0.956$	$p=0.241$	
Dolor corporal	$p= 0.163$	$p= 0.746$							

Estudio	Variable independiente	Variable dependiente	Indicador	Muestra		Prueba	p-value		Resultado estadístico
				GI	GC		GC	GI	
Döndü Çuhadar, M Olçay Cam	Psicoeducación	Estigmatización internalizada	Integración Social	24	23	ISSMI	---	T= 1.332; p=0.197	T= 1.332; Diferencia entre las dos medias (GC y GI) es estadísticamente significativa. p=0.197; se rechaza la hipótesis nula (azar) y se concluye que es estadísticamente significativa.

Estudio	Variable independiente	Variable dependiente	Estudios en la Revisión Sistemática	Muestra		Prueba	Indicador	p-value GI	Resultado estadístico General
				GI	GC				
Stella Miziou ¹ , Eirini Tsitsipa ¹ , Stefania Moysidou ¹ , Vangelis Karavelas, Dimos Dimelis, Vagia Polyzoidou y Konstantinos N Fountoulakis	Psicoeducación	Calidad de vida	Resultado 1	69	---	---	Prolongación hasta el tiempo de recaída maníaca	$p = 0,008$	La psicoeducación tuvo efectos en las dimensiones de calidad de vida de manera positiva aunque no tuvo ningún efecto sobre las recaídas depresivas
							Reducción en número de recaídas	$p = 0,013$	
			Resultado 2	120 con TB eutímico	---	---	Tasa y tiempo recidiva	$p < 0,001$	
			Resultado 3	108 TB	---	---	Cumplimiento con la medicación	$P = 0,008$	
							Menos hospitalizaciones	$p < 0,001$	
			Resultado 4	80 TB			Niveles funcionales (*)	$p < 0,05$	

GI: Grupo de Intervención; GC: Grupo de Control.

(*) Niveles funcionales: funcionamiento emocional, funcionamiento intelectual, sentimientos de estigmatización, retiro social, relaciones familiares, relaciones con los amigos, participación en actividades sociales, actividades diarias y actividades recreativas, toma de iniciativa, autosuficiencia y ocupación.

ISSMI: Escala de estigmatización internalizada de enfermedades mentales; BDFQ: La Escala de funcionamiento del trastorno bipolar; KAPDQ: Knowledge About Bipolar Disorder Questionnaire; FBS: Family Burden Scale; GHQ: General Health Questionnaire; MOS SF-36: ShortForm Health Survey; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; YMRS: Young Mania Rating Scale; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life questionnaire.