

**IMPACTE D'UNA INTERVENCIÓ  
PSICOEDUCATIVA PRÈVIA A L'ALTA A  
PERSONES AMB DIAGNÒSTIC DE TRASTORN  
BIPOLAR INGRESSADES A LA UNITAT DE  
PSIQUIATRIA DE L'HOSPITAL DE VIC**

Treball Final de Màster en Psicologia General Sanitària  
Bruna Riera Morera

Tutor: Josep Manel Santos

Màster en Psicologia General Sanitària

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Vic, 8 de juny del 2020

## **Agraïments**

*Agrair a tots els participants que han acceptat participar en la investigació, ja que sense ells, aquesta no hagués estat possible.*

*Agrair a Josep Manel Santos, tutor d'aquest treball, per ensenyar-me i guiar-me no només durant tot el període d'elaboració del treball, sinó al llarg de tot el període de treball de camp i de les pràctiques a l'Hospital Universitari de Vic. Agrair-li la seva dedicació, comprensió, consells, paciència i seguiment al llarg de tota la investigació.*

*Agrair a tot l'equip investigador de l'Hospital Universitari de Vic per oferir-me l'oportunitat de participar en aquest estudi i poder intervenir en pacients amb trastorn mental sever. Agrair personalment a la Núria Riera, membre de l'equip, pel seu seguiment i ajuda al llarg de tota la investigació.*

*Família, parella i amics, pel suport i acompanyament incondicional durant tot l'any i en el període d'elaboració del treball.*

*A tots vosaltres, moltes gràcies.*



## **Resum**

El trastorn bipolar (TB) és un trastorn mental crònic i recurrent caracteritzat per l'alteració de l'estat d'ànim que influeix directament en el funcionament psicosocial i la qualitat de vida dels qui la pateixen. Per aquest motiu, requereix d'una intervenció integral per la prevenció de recaigudes i la millora de la qualitat de vida. La psicoeducació ha resultat ser eficaç per la prevenció de recaigudes i per afavorir l'adherència al tractament. El disseny del present estudi és un assaig clínic aleatoritzat amb grup control (tractament habitual) i un grup d'intervenció (tres sessions de psicoeducació) amb pacients amb diagnòstic de TB que ingressen a la unitat de psiquiatria de l'HUV per recaiguda del trastorn. L'objectiu principal de l'estudi és identificar si la intervenció de tres sessions de psicoeducació prèvies a l'alta influeixen en les posteriors recaigudes i en el compliment de visites. S'espera que els pacients assignats al grup intervenció obtinguin millors resultats en relació als reingressos, les visites a urgències i en el compliment de visites en els posteriors dotze mesos de seguiment. Els resultats mostren que hi ha diferències entre el grup control i el grup d'intervenció en els reingressos i en les visites a urgències als tres, sis i dotze mesos de seguiment, però no es troben diferències estadísticament significatives. Els pacients del grup control obtenen millors resultats en el compliment de les visites.

Paraules clau: Trastorn bipolar, intervenció psicoeducativa, recaiguda, ingrés hospitalari

## **Abstract**

Bipolar disorder (DB) is a chronic and recurrent mental disease characterized by altered mood that directly influences the psychosocial functioning and quality of life of those who suffer from it. For this reason, it requires a comprehensive intervention for the prevention of relapses and the improvement of life quality. Psychoeducation has shown to be effective in preventing relapses and promoting adherence to treatment. The present study has been designed as a randomized clinical trial. It includes a control group, receiving the usual treatment, and an intervention group, receiving three psychoeducation sessions. All the patients included have been diagnosed by DB and admitted to the Psychiatry Unit of the University Hospital of Vic for the disorder's relapse. The main objective of the study is to identify whether the intervention based on three pre-discharge psychoeducation sessions influences on the subsequent relapses and the fulfilment of visits. Patients assigned to the intervention group are expected to perform better in terms of readmissions, emergency room visits, and follow-up visits in the next twelve months of follow-up. The results show that there are differences between the control and the intervention group in readmissions and emergency room visits at three,

six, and twelve months of follow-up, although no statistically significant differences were found. Patients in the control group obtained better results in fulfilling of visits.

Keywords: Bipolar disorder, psychoeducation intervention, relapse, hospital admission

## Abreviatures

APA	American Psychiatric Association
CEIC	Comitè d'Ètica i Investigació Clínica
CGI	Clinical Global Impression
DAI-10	Drug Attitude Inventory
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FFT	Family Focused Therapy – Teràpia centrada en la família
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
HUV	Hospital Universitari de Vic
IPSRT	Interpersonal and Social Rhythm Therapy – Teràpia interpersonal i de ritmes socials
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy – Teràpia cognitiva basada en l'atenció plena
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organització Mundial de la Salut
SCIP	Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry
SUMD	Scale of Unawareness of Mental Disorder
TB	Trastorn bipolar
TCC	Teràpia Cognitiu-Conductual
TDAH	Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat
TDM	Trastorn Depressiu Major
TMS	Trastorn Mental Sever
YMRS	Young Mania Rating Scale

## Índex

Presentació.....	5
1. Introducció.....	6
1.1. El Trastorn Bipolar.....	6
1.1.1. Característiques clíniques.....	7
1.1.2. Tipus de trastorn bipolar.....	9
1.1.3. Epidemiologia.....	9
1.1.4. Curs i pronòstic del trastorn.....	10
1.1.5. Deteriorament cognitiu en el trastorn bipolar.....	13
1.2. Tractaments eficaços pel trastorn bipolar.....	14
1.2.1. Tractament farmacològic.....	14
1.2.2. Tractaments psicosocials.....	16
1.3. Intervenció psicoeducativa.....	18
1.3.1. Eficàcia de la psicoeducació en el trastorn bipolar.....	20
2. Objectius i hipòtesis.....	23
2.1. Objectius.....	23
2.2. Hipòtesis.....	23
3. Metodologia.....	24
3.1. Tipus d'estudi.....	24
3.2. Selecció de la mostra.....	24
3.3. Instruments de recollida i anàlisi de dades.....	26
3.4. Procediment.....	29
3.5. Anàlisi estadístic.....	30
3.6. Aspectes ètics.....	31
4. Resultats.....	32
4.1. Característiques de la mostra.....	32
4.2. Determinants de recaiguda.....	34
4.3. Seguiment posterior a l'alta hospitalària (3, 6 i 12 mesos).....	35
4.3.1. Reingressos per recaiguda del trastorn.....	35

4.3.2.	Nombre de visites a urgències/observació per TB .....	36
4.3.3.	Nombre de visites realitzades/programades a salut mental .....	37
5.	Discussió .....	38
5.1.	Limitacions .....	42
6.	Conclusions .....	43
7.	Referències bibliogràfiques.....	44

## Índex de taules i figures

### Taules

Taula 1. Objectius principals del tractament psicoeducatiu per pacients amb diagnòstic de TB.....	19
Taula 2. Descripció de les dades sociodemogràfiques en funció del grup d'aleatorització.....	32
Taula 3. Descripció i comparació de les variables clíniques i neurocognitives entre el grup control i grup intervenció.....	33
Taula 4. Descripció del deteriorament cognitiu segons el grup d'aleatorització (SCIP)..	33
Taula 5. Descripció dels determinants de recaiguda segons el grup d'aleatorització....	35
Taula 6. Taula 6. Descripció i relació dels reingressos als 3, 6 i 12 mesos segons grup d'aleatorització.....	36
Taula 7. Comparació de mitjanes del nombre d'episodis a urgències/observació en funció del grup d'aleatorització.....	37
Taula 8. Comparació de les mitjanes de l'índex d'accessibilitat en funció del grup d'aleatorització.....	37

### Figures

Figura 1. Diagrama de flux de participants.....	26
Figura 2. "Timing" del procés.....	30



## Presentació

El present estudi fa referència a una recerca de Treball de Final de Màster en Psicologia General Sanitària a la Universitat de Vic. L'estudi està vinculat a una investigació realitzada al Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari de Vic (HUV) que va iniciar-se el maig de 2018. L'estudi general rep el títol de "Recaiguda del trastorn mental sever que motiva l'ingrés hospitalari: determinants i avaluació de l'impacte d'una intervenció psicoeducativa prèvia a l'alta". Aquest projecte ha estat avaluat pel Comitè de Recerca Clínica del Consorci Hospitalari de Vic. L'interès subjectiu de l'estudi, rau en la poca profunditat que s'ha donat al Trastorn Bipolar (TB) al llarg de la carrera professional i en l'interès de tenir-ne més coneixement per a la futura pràctica clínica.

Tot i que el treball es troba vinculat amb un estudi realitzat a l'HUV molt més ampli, s'ha escollit la mostra amb diagnòstic de TB per a l'elaboració del treball. El TB és un Trastorn Mental Sever (TMS) crònic i recurrent, que comporta un deteriorament funcional i cognitiu associat a una disminució de la qualitat de vida, que afecta l'1% de la població mundial i està associat a una taxa elevada de morbiditat i mortalitat. Les intervencions psicosocials, entre elles la psicoeducació, han demostrat eficàcia per afavorir l'adherència al tractament i per prevenir les recaigudes, allargant els períodes de remissió.

El present estudi té com a objectiu principal avaluar l'impacte d'una intervenció breu psicoeducativa prèvia a l'alta en pacients amb diagnòstic de TB i identificar si aquesta ha influenciat en la prevenció de recaigudes i en l'adherència al tractament, concretament en el compliment de visites, en els mesos posteriors a l'alta. Un altre objectiu que es planteja, és conèixer els possibles determinants de recaiguda que han precipitat els pacients a l'ingrés hospitalari.

En relació amb l'estructura del treball, es divideix en cinc grans blocs. En primer lloc, es troba la introducció, on s'aborden els aspectes teòrics relacionats amb el TB i els estudis relacionats amb el tema treballat. En segon lloc, es troba el marc pràctic, on s'exposen els objectius, les hipòtesis del treball, s'explica la metodologia emprada, i s'exposen els resultats obtinguts. En tercer lloc, s'elabora la discussió dels resultats en funció dels objectius, les hipòtesis i el marc teòric de referència. En quart lloc, es troben les conclusions finals. Finalment, en cinquè lloc, es troben les referències bibliogràfiques utilitzades per a l'elaboració d'aquest treball.

## 1. Introducció

### 1.1. El Trastorn Bipolar

El Trastorn Bipolar (BP), anomenat clàssicament “psicosi maníaca-depressiva”, és un TMS, crònic i recurrent que es caracteritza per fluctuacions en l'estat d'ànim i l'energia, que generalment limita la funcionalitat del pacient, essent una de les principals causes de discapacitat entre els joves, que comporta un deteriorament cognitiu i funcional, i una major mortalitat, particularment la mort per suïcidi (Grande, Berk, Birmaher, Vieta, 2016; Arrieta i Molero, 2019b). En ser una condició potencialment incapacitant requereix un abordatge terapèutic integral farmacològic i psicosocial, amb l'objectiu de millorar el seu funcionament i qualitat de vida. En el trastorn s'alternen períodes de remissió i recaigudes caracteritzades per canvis en l'estat d'ànim que van des de la mania o hipomania a la depressió, podent-se donar també, episodis mixtes. Tot i que existeixen tractaments farmacològics eficaços que van evolucionant al llarg de la història, els trastorns afectius bipolars segueixen essent una font important de morbiditat i mortalitat, que influeix negativament a la qualitat de vida dels qui la pateixen (Colom i Vieta, 2004). Afegir que pot ser comòrbids amb altres trastorns com l'ansietat, abús de substàncies, trastorns de personalitat o TDAH (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020).

Segons Colom i Vieta (2004), les primeres referències a la mania i la melancolia es situen a Arateo de Capadocia, al segle II aC, utilitzant el terme “mania” per referir-se als quadres d'agitació, sense tenir en compte el seu origen. El segle XIX es van vincular conceptualment i clínicament els conceptes de mania i depressió a través de les primeres descripcions detallades de la *folie circulaire* de Falret i la *folie à double forme* de Baillarger, quadres caracteritzats per la successió d'episodis d'excitació, tristesa i un interval eutímic de duració variable. Falret i Baillarger el 1854 van descriure el caràcter cíclic del trastorn (Tondo, Vázquez i Baldessarini, 2017). Tot i això, segons els mateixos autors, Emil Kraepelin va conceptualitzar *La locura maníaco-depressiva y la paranoia* que incloïa el TB actual i el Trastorn Depressiu Major (TDM). També cal destacar autors com Leonhard, que va diferenciar les formes bipolars de les unipolars de trastorn afectiu a partir de diferències clíniques, evolutives i familiars (Colom i Vieta, 2004).

Segons Colom i Vieta (2008), la persona amb diagnòstic de TB pateix greus alteracions de l'humor que no responen a estímuls externs, és a dir, que el seu estat d'ànim no depèn de forma exclusiva d'allò positiu o negatiu que succeeix en la seva vida diària, sinó fonamentalment dels canvis biològics del seu cervell. Concretament, el sistema

límbic, també anomenat cervell emocional o reptilià, o fins i tot “termòstat emocional”, situat sota l'escorça cerebral i integrat fonamentalment pel tàlem, l'hipotàlem, l'hipocamp i l'amígdala. És la part del cervell encarregada de regular les emocions perquè aquestes siguin estables i en sintonia amb les mateixes vivències. Segons Pomoral-Clotet et al. (2015), el TB es pot caracteritzar per una hipoactivació dependent de l'estat d'ànim en l'escorça parietal, essent l'activació prefrontal dorsolateral reduïda una característica addicional de la mania i la depressió, millorant parcialment en les fases eutímiques.

En el DSM5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), el capítol relacionat amb el TB i trastorns relacionats s'inclouen els diagnòstics de TB tipus I, TB tipus II, trastorn ciclotímic, TB i trastorns relacionats induït per substàncies/medicaments, TB i trastorns relacionats a causa d'una altra afecció mèdica i TB i trastorn relacionat no especificat.

La característica psicopatològica nuclear del TB és la inestabilitat de l'estat d'ànim i les dificultats per a regular els estats afectius i emocionals, tal com demostra la resposta exagerada als estímuls ambientals (labilitat afectiva) i la hiperactivació emocional bàsica (intensitat afectiva) (Turchi et al., 2016). Segons l'APA (2014), els criteris del TB I representen la conceptualització moderna del clàssic trastorn maníac-depressiu o psicosi afectiva que es descrivia al segle XIX. Es caracteritza per l'existència d'un o més episodis maníacs o mixtes, on és freqüent que anteriorment s'hagi passat per un episodi depressiu. El TB II, que requereix la presència al llarg de la vida, d'almenys un episodi de depressió major i un episodi hipomaníac, es caracteritza per l'existència d'episodis depressius majors junt amb episodis hipomaníacs. En relació amb el trastorn ciclotímic, es diagnostica en adults que experimenten almenys dos anys de períodes tant hipomaníacs com depressius, sense complir els criteris de l'episodi de mania, d'hipomania o de depressió major (APA, 2014).

### **1.1.1. Característiques clíniques**

El TB és una malaltia episòdica o cíclica que es caracteritza per episodis d'eutímia (quan l'estat d'ànim és estable) i episodis de descompensació, com són la mania, la hipomania, estats mixtes i la depressió, on en moltes ocasions acaben deixant símptomes subsindròmics interepisòdics i deteriorant el funcionament psicosocial i la qualitat de vida dels que el pateixen (Bravo, Lahera, Lalucat i Fernández-Liria, 2013). A partir d'aquest esquema més general, la presentació clínica del trastorn és heterogènia, essent els casos clínics “clàssics” una minoria, el més freqüent és trobar-se casos associats a ansietat, abús de substàncies, formes atípiques, respostes parcials a la teràpia i amb un deteriorament cognitiu, encara que es trobin en fase eutímica (Bravo et al., 2013).

Per una banda, els símptomes de la fase maníaca es poden definir com una elevació patològica de l'estat d'ànim i/o de l'energia. En episodis de mania pot predominar l'eufòria, l'expansivitat o la irritabilitat (Bravo et al., 2013), i els símptomes més freqüents són eufòria, augment d'energia, autoestima exagerada, verborrea, baixa percepció de la necessitat de dormir, acceleració del pensament (taquipsíquia), fuga d'idees, desinhibició, distractibilitat, impulsivitat, hiperactivitat, cerca de situacions de risc, inquietud o agitació, augment de la sociabilitat, augment de les despeses econòmiques, jovialitat, loquacitat, augment de l'impuls sexual, de vegades, pot descuidar-se de l'aspecte físic o es vesteix de forma extravagant, inquietud, augment de la creativitat, augment de la grandiositat, i en els casos més greus, pot presentar símptomes psicòtics, com deliris i al·lucinacions (Colom i Vieta, 2008; Bravo et al., 2013; APA, 2014). La fase maníaca provoca alteració a la vida quotidiana del pacient, dificultat a la seva activitat sociolaboral, i a vegades, requerint ingrés hospitalari (Bravo et al., 2013). Tanmateix, en la fase d'hipomania apareixen els símptomes propis de la mania però sense arribar a una gravetat tan elevada que provoqui deteriorament social o laboral, i normalment no si associa simptomatologia psicòtica ni requereix ingrés hospitalari. De fet, per alguns pacients, la hipomania pot resultar un estat extremadament agradable, sobretot en les primeres fases, on les persones poden incrementar les activitats sense cansar-se, augmenta la creativitat, són més divertits, amb més èxit social, millora del rendiment laboral, entre altres (Colom i Vieta, 2008).

Per altra banda, els episodis de depressió se solen caracteritzar per la tristesa i la pèrdua d'interès i capacitat per obtenir el plaer (APA, 2014). Tot i això, no sempre és necessària la tristesa perquè es diagnostiqui depressió, podent existir la depressió sense tristesa, caracteritzada per la fatiga, la sensació de buit, la hipersòmnia, entre altres (Colom i Vieta, 2008; Vieta i Colom, 2014). També existeixen altres símptomes molt freqüents com la fatiga, anhedònia, clinofília, pensaments de culpabilitat i desesperança, pensament pessimista, insomni o hipersòmnia, pèrdua (hiporèxia) o augment de la gana, inhibició motora, inquietud, irritabilitat, sensació de buit, fatiga, anergia, apatia, aïllament social, bradipsíquia, disminució del rendiment cognitiu, pensament de mort recurrent, i idees suïcides (Bravo et al., 2013; APA, 2014). En la depressió severa també poden aparèixer símptomes psicòtics com els deliris i les al·lucinacions (APA, 2014).

Per últim, els episodis mixtes són aquells que combinen simultàniament símptomes maníacs i depressius, podent presentar símptomes com la hiperactivitat o inquietud psicomotriu, irritabilitat, insomni, taquipsíquia i verborrea combinat amb estat d'ànim deprimat, idees de culpa, labilitat emocional, entre altres (Colom i Vieta, 2004; Vieta i Colom, 2014).

### **1.1.2. Tipus de trastorn bipolar**

Es poden distingir tres tipus de TB: el TB tipus I, el tipus II i la ciclotímia. El TB tipus I inclou l'aparició de quadres depressius i maníacs, mentre que el TB II inclou quadres depressius i hipomaníacs. La ciclotímia es caracteritza per un curs crònic mantingut en el temps, amb presència durant almenys dos anys de nombrosos períodes de símptomes hipomaníacs i depressius que no compleixen els criteris per un episodi depressiu major (APA, 2014).

Segons l'APA (2014), pel diagnòstic del TB I és necessari que s'hagin complert els criteris almenys per un episodi maníac, i no s'explica millor per un trastorn esquizoafectiu, esquizofrènia, un trastorn esquizofreniforme, un trastorn delirant o algun altre trastorn de l'espectre de l'esquizofrènia o altres trastorns psicòtics.

Tal com descriu l'APA (2014), la diferència amb el TB tipus II, és que pel seu diagnòstic és necessari que es compleixin els criteris per un episodi hipomaníac i els criteris per un episodi depressiu major. Es caracteritza per un curs clínic amb episodis afectius recurrents consistents en un o més episodis de depressió major i, almenys, d'un episodi hipomaníac, però sense arribar a la mania. El TB tipus II és difícil de diagnosticar amb precisió a causa de la dificultat en la diferenciació del trastorn amb la depressió unipolar recurrent (Phillips i Kupfer, 2013).

En relació amb el trastorn ciclotímic, segons l'APA (2014), té com a característica principal l'alteració crònica i fluctuant de l'estat d'ànim que comporta períodes de símptomes hipomaníacs i períodes de símptomes depressius. Tant els símptomes hipomaníacs com els depressius són insuficients en nombre, gravetat, generalització o duració per complir els criteris d'un episodi hipomaníac o depressiu (APA, 2014). Encara que es tracti d'episodis d'intensitat lleu, la seva elevada freqüència i els canvis de conducta que l'acompanyen acaben tenint conseqüències en l'àmbit psicosocial (Colom i Vieta, 2004).

### **1.1.3. Epidemiologia**

Segons la NICE (2020), la prevalença del TB tipus I s'estima en l'1% de la població adulta mundial, independentment de la nacionalitat, origen ètnic o nivell socioeconòmic (Grande et al., 2016), mentre que el TB tipus II afecta aproximadament el 0,4% dels adults. Segons l'APA (2014), la prevalença del TB I és d'entre el 0,6% i el 2% amb una prevalença similar a tots els països. La prevalença del TB II a nivell internacional és del 0,3% i la prevalença combinada de TB I, TB II i TB sense especificar segons el DSM-IV és de l'1,8%. La prevalença del trastorn ciclotímic és d'entre el 0,4 i l'1%. La prevalença

és igual en l'home i en la dona, establint una edat mitjana d'inici de 18 anys en el TB I i de 25 anys en el TB II. Les persones amb TB amb múltiples (més de quatre) episodis de depressió, mania o hipomania en un any se'ls anomena "cicles ràpids" (APA, 2014).

La mortalitat dels pacients bipolars és major respecte a la població general (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno Bipolar [GPCTB], (2012). S'estima que el risc de suïcidi al llarg de la vida dels pacients amb TB és 15 vegades superior a la de la població general, suposant un quart dels suïcidis consumats. La prevalença d'intents de suïcidi és similar en el TB I i TB II, tot i això, la letalitat és major en el TB II (APA, 2014). Entre el 7 i el 15% de les persones amb TB consumeixen l'autolisis, fet que sembla passar en major freqüència en les fases mixtes i depressives (GPCTB, 2012).

Segons l'APA (2014), aproximadament el 30% dels pacients amb TB tipus I presenten una alteració greu de la funcionalitat en l'àmbit laboral. La recuperació funcional és més tardana que la simptomàtica, especialment l'ocupacional, el que provoca que el nivell socioeconòmic també sigui menor al de la població general. Segons el DSM5, també són presents les alteracions cognitives persistents al llarg de la vida, també durant els episodis d'eutímia. En relació amb el TB II, la majoria de persones solen tornar a un nivell complet de funcionament entre els episodis afectius, un 15% continua amb algun tipus de disfunció entre els episodis i en un 20% no hi ha recuperació interepisòdica.

Segons l'APA (2014), la comorbiditat és freqüent en les persones amb TB, essent els trastorns més freqüents els d'ansietat, TDAH, trastorn de conducta disruptiva o impulsiva, trastorns de conducta i trastorns per abús de substàncies. També són freqüents el síndrome metabòlic i les migranyes. Més de la meitat dels pacients que poden ser diagnosticats de TB poden presentar un trastorn per consum d'alcohol, i els que presenten els dos trastorns, tenen major risc de realitzar intents de suïcidi (APA, 2014).

#### **1.1.4. Etiologia, curs i pronòstic del trastorn**

El curs de la malaltia és crònic i recurrent, on cada recaiguda augmenta la possibilitat de patir-ne més al llarg de la vida. Existeix evidència en l'augment del nombre d'episodis i en conseqüència, una disminució del temps en remissió clínica a mesura que el trastorn va avançant en el temps (Peters et al., 2014b). A més, el TB pot seguir un patró estacional, amb evidència que les condicions climàtiques poden desencadenar símptomes o episodis propis del TB, essent els episodis maníacs més freqüents durant la primavera i l'estiu, i els episodis depressius a principis d'hivern (Geoffroy, Bellivier, Scott i Etain, 2014).

En la literatura, s'afirma que una de les principals causes associades al TB són els factors genètics, associats a presència d'alteracions neurocognitives en familiars de primer grau, i altres possibles causes poden ser els factors ambientals: substàncies psicoactives, fàrmacs, esdeveniments traumàtics, entre altres (Ríos i Escudero, 2017). Així doncs, la principal causa del TB és biològica, però també poden influir factors psicosocials que poden actuar com a desencadenants (Zarabanda, García, Salcedo i Lahera, 2015). Es considera que els episodis posteriors al primer, apareixen de manera impredecible i sense patró (Aldinger i Schulze, 2017), però els esdeveniments vitals estressants poden precipitar recaigudes i recurrències en el TB (Subramanian, Sarkar, Kattimani, Philip Rajkumar i Pencilaiya, 2017) .

Les persones que pateixen TB presenten amb freqüència episodis recurrents, experimenten símptomes subsindròmics, deteriorament cognitiu i dificultats en el funcionalment psicosocial amb una baixa qualitat de vida, recaigudes i hospitalització (González et al., 2016). Així doncs, al llarg del curs de la malaltia, el pacient pot desenvolupar fenòmens que agreugen el pronòstic del trastorn i que cal tenir presents en la valoració i el pla terapèutic, tals com símptomes psicòtics, ciclació ràpida, presència de fases mixtes, comorbiditat amb altres trastorns o patologies mèdiques, deteriorament cognitiu i psicosocial, risc de suïcidi i auto o heteroagressivitat (GPCTB, 2012).

Les variables socials, psicològiques, ambientals, conductuals, biològiques i genètiques poden esdevenir factors de risc o protectors que interactuen d'una manera complexa i impredecible per mesurar o moderar el procés de progressió del trastorn (Berk et al., 2017). Segons Aldinger i Shulze (2017), nombrosos investigadors han demostrat que certs esdeveniments de la vida poden influenciar en l'edat d'inici i el curs clínic del trastorn, i depenent de l'esdeveniment vital es pot desencadenar mania o depressió. Els esdeveniments positius de la vida i aconseguir els objectius té més probabilitats de potenciar una mania, mentre que els negatius poden desencadenar una depressió.

Segons Conroy, Francis i Hulvershorn (2018), per una banda, poden actuar com a precursors del TB trastorns d'ansietat, labilitat emocional i canvis d'humor, ciclotímia, símptomes maníacs i hipomaníacs subliminals, depressió subsindròmica, característiques psicòtiques en el context de la depressió i edat primerenca d'aparició d'episodis depressius. Per altra banda, com a factors de risc, es troben els atacs de pànic, els trastorns d'ansietat per separació, trastorn d'ansietat generalitzada, símptomes i trastorns de conducta, TDAH i impulsivitat, essent els trastorns d'ansietat els factors de risc més confiàbles. Les alteracions del son i la disfunció del ritme circadiari

són freqüents en les persones amb TB. Takaesu (2018), assegura que les disfuncions del ritme circadiari poden actuar com a predictors per l'inici del TB i la recaiguda d'episodis de l'estat d'ànim.

Cada vegada es té més clar que el TB té una fase prodròmica que pot identificar-se abans del desenvolupament del trastorn complet. Per tant, el TB pot ser precedit per un període prodròmic, que sol durar mesos o anys, en el que els símptomes subsindròmics comencen a manifestar-se (Conroy et al., 2018). Els pròdroms en el TB són qualsevol signe o símptoma conductual, cognitiu i afectiu que pugui indicar un pròxim episodi, pel que poder-los identificar és de vital importància per tal de poder retardar o fins i tot, evitar la recaiguda (Sahoo, Chakrabarti i Kulhara, 2012). Segons aquests autors, els símptomes prodròmics més comuns de la mania són els trastorns del son, hiperactivitat, canvis d'humor, augment d'autoestima, contingut de pensament inusual i desinhibició, mentre que els de la depressió poden ser tristesa, preocupació per coses insignificants, lassitud, indecisió, disminució de la gana, lentitud de moviment, no tenir ganes de veure persones i disminució de l'interès sexual. Tot i això, els pròdroms de l'episodi maníac se solen identificar amb més facilitat que els de la fase depressiva.

Segons Vieta et al. (2018), els estudis indiquen que un episodi maníac sol anar precedit d'una varietat de símptomes prodròmics i aquest es podria retardar amb una intervenció precoç, podent ajudar a canviar el resultat de la malaltia i evitar danys potencialment irreversibles pels pacients amb TB, ja que les fases primerenques poden respondre millor al tractament i poden necessitar teràpies menys agressives.

L'adherència al tractament és un problema present en la majoria d'àmbits relacionats amb la salut, però aquesta dificultat augmenta quan es tracta de la salut mental. Aquest aspecte, juntament amb l'estigma associat tant als trastorns mentals com a la psicofarmacologia, provoquen que l'adherència al tractament sigui més difícil en aquests casos (Vieta i Pacchiarotti, 2014). Segons Jawad, Watson, Haddad, Talbot i McAllister (2018), la falta d'adherència comporta un alt risc de recaiguda a causa de la naturalesa recurrent del trastorn i al fet que la interrupció brusca del tractament, particularment el liti, pot causar depressió o mania de rebot. Aquests mateixos autors, afirmen que la falta d'adherència s'associa a un risc significativament major de recaiguda, recurrència, hospitalització i intents de suïcidi, i menor probabilitat d'aconseguir la remissió i la recuperació. En conseqüència, cal remarcar que el risc d'hospitalització al llarg de l'any és quatre vegades major entre els pacients que no respecten les pautes de medicació, en aquest cas, d'eutimitzants (Reinares, Colom, Solé i Vieta, 2014a).



En diferents estudis, s'afirma que la falta d'adherència al tractament farmacològic s'associa a un major ús dels recursos sanitaris, especialment les visites a urgències i l'hospitalització, a pitjors resultats clínics amb recaigudes freqüents i en conseqüència, pitjor qualitat de vida (Kassaoui et al., 2016), major risc de conductes suïcides, major deteriorament funcional (Navarro, Rodríguez, Acosta, García, 2016), mentre que contràriament, una bona adherència al tractament s'associa a major latència fins a la recaiguda (Reinares et al., 2014a). Els factors associats amb la falta d'adherència poden ser els efectes adversos de la medicació, els règims complexos de medicació, les actituds negatives dels pacients davant la medicació, la mala comprensió, l'ús de substàncies, poca aliança terapèutica (Jawad et al., 2018) i baixa consciència de malaltia (Navarro et al., 2016).

### **1.1.5. Deteriorament cognitiu en el trastorn bipolar**

El TB també es caracteritza per la presència de deteriorament cognitiu malgrat la remissió dels símptomes propis dels episodis i s'associa a un mal resultat funcional en general (MacQueen i Memedovich, 2017). Existeixen evidències que les disfuncions cognitives estables i duraderes són presents a totes les fases del TB, inclosa la fase de remissió, particularment en l'atenció, la memòria i les funcions executives (Cipriani, Danti, Carlesi, Cammisuli i Di Fiorino, 2017). Els dèficits neurocognitius són comuns en el TB i contribueixen a la discapacitat funcional (Depp, et al., 2012) i pot influir en els resultats psicosocials dels pacients (Solé et al., 2017).

Diversos estudis indiquen que la gravetat de les alteracions de les funcions cognitives del TB tipus I influeixen directament en el deteriorament del funcional general i la qualitat de vida. Les funcions cognitives que s'han considerat alterades en pacients amb TB tipus I són la velocitat de processament, el funcionament executiu i la memòria verbal (Castaño, Gómez, Lemos, Valderrama i Castro, 2017). Segons l'estudi de Vrabie et al. (2015), els subjectes amb episodis maníacs mostren majors dèficits en la memòria verbal i de treball, en el raonament executiu i en la resolució de problemes. Segons aquest estudi, el curs greu del trastorn també està influenciat en el deteriorament cognitiu.

## 1.2. Tractaments eficaços pel trastorn bipolar

### 1.2.1. Tractament farmacològic

El tractament del TB és principalment psicofarmacològic. Els estabilitzadors de l'estat d'ànim com el liti i els anticonvulsius són els més utilitzats. Durant els episodis de mania o depressió també es poden receptar antimaníacs atípics o antidepressius (McCormick, Murray i McNew, 2015; NICE, 2020). Els principals estabilitzadors de l'estat d'ànim són el *liti carbonato* i els antiepilèptics, com el *Valproat Sòdic* o la *carbamazepina*. Tot i això, els pacients presenten poca adherència al tractament farmacològic i un terç d'ells interrompen el tractament per complet, influenciant directament en el nombre de recaigudes (González et al., 2016).

Segons el GPCTB (2012), el tractament farmacològic constitueix un element indispensable en totes les fases del TB. Els objectius principals són reduir la intensitat, la freqüència i les conseqüències dels episodis aguts, i millorar el funcionament global i en conseqüència, la qualitat de vida. L'abandó del tractament farmacològic és la primera causa de recaiguda, pel que l'adherència al tractament és molt important.

El TB segueix un curs marcat per recaigudes i remissions. El tractament farmacològic es pot dividir en el tractament dels episodis aguts de mania i depressió, i el manteniment de la remissió a llarg termini (Joshi, Bow i Agius, 2019). Durant un episodi agut, l'objectiu principal de l'abordatge terapèutic és la recuperació clínica i funcional el més precoç possible, mentre que l'objectiu del tractament de manteniment a llarg termini és l'estabilització global del pacient i la prevenció de recaigudes o episodis addicionals, amb manteniment de la funcionalitat (Arrieta i Molero, 2019a). Possiblement, la medicació no evitarà les oscil·lacions de l'estat d'ànim, però les redueix i impedeix l'aparició de recaigudes completes. Mantenir un tractament farmacològic durant els episodis d'eutímia permet controlar i resoldre els episodis que ja s'han iniciat, retarda l'inici de futures recaigudes minimitzant la gravetat quan aquestes es produeixin, i redueix la gravetat dels símptomes que s'experimenten entre els episodis.

En la fase maníaca del trastorn, el tractament es basa en els estabilitzadors de l'estat d'ànim i antipsicòtics, depenent de la gravetat de l'episodi i els possibles efectes secundaris. Segons l'Organització Mundial de la Salut [OMS] (2010), en pacients amb episodis maníacs greus o amb trastorns conductuals marcats com a part de la fase de mania, recomanen l'ús d'antipsicòtics per ser ràpidament eficaços en la mania, pel que es consideren antimaníacs, com per exemple, el Valproat. En episodis maníacs menys greus es pot plantejar l'administració del liti. En casos de pacients amb símptomes

d'agitació i hiperactivitat, es pot pensar en la possibilitat d'un tractament coadjuvant a curt termini amb benzodiazepina, com el diazepam. En la fase de depressió bipolar el tractament farmacològic consisteix principalment de combinacions d'almenys dos fàrmacs, inclosos estabilitzadors de l'estat d'ànim (liti i anticonvulsius), antipsicòtics atípics i antidepressius (Vieta i Valentí, 2013). Tot i això, els antidepressius poden facilitar l'aparició de fase de mania, hipomania, episodis mixtes i, fins i tot, ciclació ràpida, pel que l'OMS recomana receptar simultàniament un medicament antimaníac. En el TB tipus I, i en cas de canvi de fase després de l'ús d'antidepressius en el passat, utilitzar antidepressius té un risc pel qual s'ha de ser molt cautelós, i en cicles ràpids i episodis mixtes no se'n recomana l'ús (Antosik-Wójcińska, Stefanowski, i Świącicki, 2015).

El tractament de manteniment té la finalitat de prevenir les recaigudes i aconseguir una estabilitat afectiva, pel que s'utilitzen els estabilitzadors de l'ànim, sent el liti el més utilitzat per la seva eficàcia (Harrison et al., 2016), el valproat i la carbamazepina (OMS, 2010). Durant molts anys, el liti era l'únic estabilitzador de l'estat d'ànim d'ús comú, i segueix essent un tractament de primera elecció per la prevenció. Tot i això, s'estima que del 20% al 40% dels pacients poden no respondre adequadament al liti (Cipriani, Reid, Young, Macritchie i Geddes, 2013). Segons aquests autors, el Valproat és un medicament anticonvulsiu efectiu en la mania aguda i també s'utilitza com a tractament pel manteniment del TB. Existeixen evidències que la interrupció del liti en persones amb diagnòstic de TB pot provocar una recaiguda, podent ser més probable tenir una recaiguda després de la retirada del liti a llarg termini que abans de començar el tractament (Moncrieff, 2018).

Tot i això, cal tenir en compte que als fàrmacs s'hi poden associar reaccions adverses. Existeix un ampli perfil d'efectes secundaris de varis antipsicòtics que provoca que no siguin tolerats per a tothom, podent ser contraproductius, el liti sorgeix com una teràpia de manteniment eficaç, però reté la càrrega de monitorització terapèutica de fàrmacs i els antiepilèptics són molt útils en el manteniment de la remissió, però també estan vinculats a efectes secundaris greus (Joshi et al., 2019).

En relació amb el liti, alguns dels efectes adversos a la medicació s'estableixen sobre el sistema nerviós i pot provocar tremolors, augment de la latència del temps de resposta, alentiment del pensament i disminució de la creativitat, també pot resultar tòxic pel sistema digestiu i els ronyons, i amb freqüència produeix augment de pes (Moncrieff, 2018). En relació amb l'àcid valproic, freqüentment pot provocar nàusees, sedació, pèrdua de cabells, augment de pes i ovaris poliquístics, que s'associa a la disminució de fertilitat (Moncrieff, 2018).

### 1.2.2. Tractaments psicosocials

Durant els últims anys, els estudis sobre l'eficàcia dels tractaments psicosocials com a complement al tractament farmacològic en el TB han anat augmentant. Com s'ha exposat amb anterioritat, el TB és un trastorn crònic i recurrent, i moltes vegades el tractament psicofarmacològic adequat no sempre assegura evitar una recaiguda ni la remissió completa. Els tractaments psicosocials són importants per reduir la recaiguda i la re-hospitalització i poden millorar els seus resultats (Reinares, Sánchez i Fountoulakis, 2014b). Existeix evidència de l'eficàcia de les intervencions psicològiques com un complement a la farmacoteràpia per a millorar els resultats clínics i funcionals, amb una major adherència, prevenció i retardar la recaiguda i una millor qualitat de vida en els pacients (González et al., 2016). Els objectius principals dels tractaments psicosocials complementaris són educar als pacients, i si és possible, els cuidadors, sobre les estratègies pel maneig de l'estrès, la identificació i intervenció dels primers signes de recurrència, mantenir un estil de vida regular, establir ritmes de son-vigília i altres rutines diàries, millorar l'adherència al tractament farmacològic, augmentar l'acceptació de trastorn, compromís amb els rols socials, familiars i ocupacionals, millorar les relacions familiars i la comunicació, i reduir el consum d'alcohol i drogues (Geddes i Miklowitz, 2013).

Existeixen intervencions psicològiques que han mostrat ser eficients en la prevenció de recaigudes depressives i maníacques, en l'estabilització del curs del trastorn i en la millora del funcionament a mig termini (1-2 anys); la Psicoeducació individual i/o grupal, Teràpia Cognitiu-Conductual (TCC), Teràpia Interpersonal i dels ritmes socials (IPSRT), i la Teràpia centrada en la família (FFT). També es parla d'altres enfocaments psicològics com la rehabilitació cognitiva i funcional o la teràpia cognitiva basada en Mindfulness. Les psicoteràpies basades en l'evidència juguen un paper important en ajudar a les persones a desenvolupar habilitats necessàries pel maneig de les conseqüències psicosocials, neurocognitives, vocacionals i interpersonals persistents i de per vida del TB (Novick i Swartz, 2019). La psicoeducació i la TCC s'associen a un major temps de recaiguda o recurrència d'episodis de l'estat d'ànim i la Teràpia cognitiva basada en l'atenció plena (MBCT) ha mostrat efectivitat en la millora dels símptomes depressius i d'ansietat (Salcedo et al., 2016).

Segons Prasko et al. (2013), una de les formes de millorar la remissió és la combinació de la farmacoteràpia i la psicoeducació. En la seva revisió, conclou que els assajos controlats aleatoris de TCC, la IPSRT, la psicoeducació individual, grupal i familiar mostren ser efectius per augmentar l'efecte estabilitzador de la farmacoteràpia. Els

pacients i familiars han de rebre educació sobre el TB, els desencadenants, els senyals d'alerta, la recaiguda, la ideació suïcida i l'efectivitat de la intervenció precoç per reduir les complicacions.

- **Teràpia cognitiu-conductual (TCC)**

La teràpia cognitiu-conductual dirigida al tractament del TB es basa en el model clàssic de Beck. Actualment, existeixen noves formulacions de TCC que s'enfoquen i s'adapten al TB, i que emfatitzen elements educatius i la importància del manteniment d'hàbits i patrons de son (Reinares et al., 2014a). El tractament té per objectiu modificar els patrons de pensament a través de la discussió lògica o de l'activació conductual per millorar els símptomes. Segons Chiang et al. (2017), la TCC resulta ser efectiva per a disminuir la taxa de recaiguda i millorar els símptomes depressius, la gravetat de la mania i el funcionament psicosocial, tot i això, els efectes de la TCC es poden debilitar en el temps (Ye et al., 2016).

- **Teràpia Interpersonal i dels ritmes socials (IPSRT)**

Aquest model deriva de la importància dels esdeveniments vitals i de la bibliografia sobre el ritme social. Segons Miklowitz (2016), la IPSRT deriva que el TB s'associa amb un pobre funcionament interpersonal, especialment durant les fases depressives, i les disruptcions dels cicles son-vigília poden precipitar episodis maníacs. És per aquests motius que la IPSRT té per objectius millorar les relacions interpersonals i estabilitzar els ritmes socials, evitant així una possible recaiguda. És una de les intervencions psicosocials utilitzades en el TB, i s'ha desenvolupat específicament per controlar els esdeveniments estressants de la vida dels pacients, millorar les interrupcions dels ritmes socials i circadianis i augmentar l'adherència als medicaments (Steardo et al., 2020). En el seu estudi, on un dels seus objectius és avaluar l'eficàcia de l'IPSRT en la psicopatologia afectiva, confirmen que la IPSRT és eficaç per millorar la simptomatologia clínica dels pacients amb TB i millorar l'índex de morbiditat afectiva. La IPSRT combina els principis bàsics de la psicoteràpia interpersonal amb les tècniques conductuals, per ajudar als pacients a regularitzar les rutines diàries, disminuir els problemes interpersonals i complir el tractament farmacològic (Cabrera, 2018).

- **Teràpia centrada en la família (FFT)**

El TB no tan sols afecta el pacient que la pateix, sinó també a l'entorn que l'envolta. La FFT és una intervenció basada en evidència per a persones amb TB i els seus cuidadors, normalment administrada junt amb la farmacoteràpia, que consisteix en sessions conjuntes de psicoeducació respecte al trastorn, capacitació per millorar la

comunicació i en habilitats per resoldre problemes (Miklowitz i Chung, 2016; Salcedo et al., 2016). L'educació dels cuidadors sobre el TB pot ser beneficiós pels pacients, perllongant els períodes d'estabilitat i alleujant els símptomes residuals en l'atenció de manteniment (Geddes i Miklowitz, 2013).

### **1.3. Intervenció psicoeducativa**

La psicoeducació és el procés d'ensenyar a les persones amb trastorn mental i a les seves famílies, la naturalesa del trastorn, incloent-hi l'etiologia, el curs i pronòstic, el tractament i les conseqüències del trastorn (Sarkhel, Singh i Arora, 2020). Segons els autors, els objectius de la psicoeducació són assegurar el coneixement bàsic i la competència dels pacients i els seus familiars sobre la malaltia, proporcionar informació sobre el trastorn, promoure la prevenció de recaigudes i participar en la gestió de crisis i la prevenció del suïcidi.

Així doncs, de cara al TB, la psicoeducació consisteix en la formació dels pacients respecte a la consciència general del trastorn, l'adherència al tractament, la prevenció d'abús de substàncies i la detecció precoç de nous episodis (Miziou et al., 2017). Inclou components bàsics de la informació que s'han d'impartir als pacients i als seus familiars en relació amb el TB, i els mòduls es poden adaptar a les necessitats dels pacients, membres de la família i/o professionals (Sarkhel et al., 2020). Segons els autors, la psicoeducació pot ser individual, familiar, grupal o comunitària. Afegir, que la psicoeducació permet al pacient col·laborar activament amb el professional en la presa de decisions d'alguns aspectes del tractament (Reinares et al., 2014a).

En el cas del TB, la psicoeducació, com els altres tractaments psicològics eficaços, només s'hauria d'emprar durant la fase d'eutímia, ja que en fase de mania o de depressió, no es recomana a causa de les disfuncions en l'atenció i la memòria, i a causa dels símptomes propis dels episodis maníacs i depressius (Colom i Vieta, 2004). És per això, que les intervencions psicològiques només s'utilitzen com a complement de la teràpia farmacològica (Reinares et al., 2014a). A continuació, es mostren els objectius principals del tractament psicoeducatiu per a pacients amb TB (Reinares et al., 2014a):

**Taula 1. Objectius principals del tractament psicoeducatiu per pacients amb diagnòstic de TB (Reinares et al., 2014a)**

<i>En primer nivell</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciència de malaltia</li> <li>• Detecció precoç dels símptomes prodròmics</li> <li>• Compliment del tractament</li> </ul>
<i>En segon nivell</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de l'estrès</li> <li>• Evitar l'abús de substàncies</li> <li>• Aconseguir regularitat en l'estil de vida</li> <li>• Prevenir la conducta suïcida</li> </ul>
<i>En tercer nivell</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar el coneixement i l'afrontament de les conseqüències psicosocials d'episodis passats i futurs.</li> <li>• Millorar l'activitat social i interpersonal entre episodis</li> <li>• Afrontament dels símptomes residuals subsindròmics i el deteriorament</li> <li>• Incrementar el benestar i millorar la qualitat de vida del pacient</li> </ul>

La psicoeducació com a intervenció pel TB, mostra bons resultats per augmentar l'adherència al tractament farmacològic i identificar els símptomes prodròmics de la mania o depressió, i conseqüentment, la prevenció, el retard o fins i tot, l'evitació d'una recaiguda, disminuint el nombre de crisis i allargant els períodes de remissió, millorant així, el funcionament sociolaboral (Ductor, 2014).

La psicoeducació com a teràpia adjuvant ha evolucionat des de proporcionar als pacients informació exclusivament relacionada amb una comprensió biològica del trastorn i tractaments farmacològics, fins a un enfocament integrador que emfatitza la consciència de trastorn i els símptomes, l'adherència al tractament, l'autogestió, la importància dels hàbits i rutines, evitant el consum de substàncies i promovent una bona salut física (Cabrera, 2018). Nicholas, Boydell i Christensen (2017), afirmen que tenir estratègies efectives d'autocontrol pel TB s'associa a més bons resultats clínics i una major qualitat de vida. En aquest sentit, Morton, Michalak, Hole, Buzwell i Murray (2018), en el seu estudi, on l'objectiu era investigar qualitativament les experiències de les persones amb TB que van participar en una intervenció d'autocontrol dirigida a la qualitat de vida, varen trobar que treballar l'autocontrol augmenta el sentit d'empoderament i responsabilitat, encara que els pacients sentin que els símptomes no estan sota el seu control.

### **1.3.1. Eficàcia de la psicoeducació en el trastorn bipolar**

Diferents estudis mostren l'eficàcia de la psicoeducació en el TB a curt, mig i llarg termini en relació amb l'estat de salut del pacient, l'adherència al tractament farmacològic, menor nombre de recaigudes, episodis aguts i hospitalitzacions (Cabrera, 2018). Salcedo et al. (2016), en la seva investigació van revisar críticament l'evidència de l'eficàcia de les intervencions psicosocials en el TB, cercant en la literatura estudis controlats aleatoris des del 2007 fins al 2016 sobre diferents psicoteràpies pel TB, entre elles la psicoeducació. Les altres psicoteràpies que van examinar van ser la TCC, la IPSRT, la Teràpia dialèctica conductual (DBT), la MBCT i les teràpies familiars com la FFT. En la revisió, van trobar que totes les intervencions psicològiques semblen ser efectives per reduir els símptomes depressius, i afirmen també que la Psicoeducació i la TCC s'associen a un major temps de recaiguda o recurrència dels episodis de l'estat d'ànim.

En relació amb la psicoeducació individual, en l'estudi publicat per Javadpour, Hedayati, Dehbozorgi i Azizi (2013), l'objectiu era demostrar l'efectivitat de la intervenció psicoeducativa junt amb un sistema de suport al pacient en el tractament del trastorn. En l'estudi van dividir equitativament 108 pacients en dos grups, assignats aleatòriament per rebre només farmacoteràpia (grup control) o psicoeducació junt amb el tractament farmacològic (grup d'intervenció) durant un període de dos anys. Els pacients del grup d'intervenció rebien vuit sessions de psicoeducació. Cada 6 mesos avaluaven els pacients, avaluant la qualitat de vida, els símptomes de recaiguda, el compliment de la farmacoteràpia i el nombre d'ingressos hospitalaris per recaiguda del TB. Els resultats van mostrar que els pacients del grup d'intervenció van tenir una millora estadísticament significativa en el compliment de la medicació i en relació amb la recaiguda i l'ingrés hospitalari. El grup intervenció va tenir molts menys casos en comparació al grup control. Per tant, el seu estudi demostra que en el grup d'intervenció amb psicoeducació hi va haver una millora més significativa en totes les àrees avaluades.

Un altre estudi publicat per Gumus, Buzlu i Cakir (2015) conclou que quatre sessions de psicoeducació individual pot tenir efectes positius, però semblen ser ineficaços per prevenir recurrències en pacients amb TB durant un seguiment prospectiu d'un any. En aquest estudi, l'objectiu era determinar l'efectivitat del programa de psicoeducació individual en la taxa de recurrència en el període de seguiment d'un any. L'estudi es va fer amb 82 pacients. El grup que va rebre la intervenció psicoeducativa no hi va haver hospitalitzacions, mentre que el 7,3% dels pacients control van hospitalitzar. Les taxes de recurrència van ser del 18,9% en els pacients del grup d'intervenció i del 34,1% en



els pacients del grup control. Encara que els percentatges siguin diferents, no van poder trobar diferències estadísticament significatives entre els dos grups.

La psicoeducació grupal també sembla ser un tractament eficaç en el TB. Soo et al. (2018), en la seva revisió sistemàtica afirmen que la psicoeducació grupal s'associa amb recaigudes reduïdes del trastorn, disminució del nombre i la duració de les hospitalitzacions, major temps de recaiguda del trastorn, major adherència al tractament, nivells terapèutics de liti més alts i estigma reduït. La revisió sistemàtica de Bond i Anderson (2015), on l'objectiu era avaluar l'eficàcia de la psicoeducació en el TB en la prevenció de recaigudes i altres resultats, van concloure que la psicoeducació grupal sembla ser efectiva per prevenir la recaiguda en el TB, amb menys evidència de les intervencions administrades individualment. Un estudi realitzat a la Xina per Chen et al. (2019), també va trobar resultats significatius en els pacients que van rebre tractament de psicoeducació a nivell grupal. L'objectiu de l'estudi era avaluar l'efectivitat de la psicoeducació per pacients bipolars I després de la remissió d'un episodi maníac. Els pacients, d'entre 18 i 60 anys, van ser assignats a l'atzar a un grup d'intervenció amb vuit sessions de psicoeducació grupal o en el grup control. Els principals resultats van mostrar que els pacients que van rebre la psicoeducació grupal van demostrar una recurrència significativament menor, una reducció significativa de la recurrència de mania però no en la depressiva, i va augmentar el temps de remissió. Tot i això, no van trobar diferències significatives entre els grups per les puntuacions d'adherència al tractament.

Un altre estudi que avala aquests resultats a nivell grupal és el de Candini et al. (2013), amb un estudi amb 102 pacients ambulatoris amb diagnòstic de TB tipus I o II, on tots els participants rebien l'atenció del psiquiatre i el tractament farmacològic pertinent, i el grup d'intervenció rebia 21 sessions de psicoeducació grupal, realitzades setmanalment. Els resultats obtinguts van mostrar que el nombre de pacients hospitalitzats durant el seguiment d'un any, el nombre mitjà d'hospitalitzacions per pacient i el nombre mitjà de dies d'hospitalització van ser significativament menors en els pacients que havien rebut la psicoeducació grupal. Per tant, van concloure que la psicoeducació grupal és una forma efectiva de prevenir l'hospitalització i disminuir els dies d'aquesta, promovent la millora en el curs del trastorn al prevenir fases agudes i millorant l'estabilitat de l'estat d'ànim i, en conseqüència, la millora de la qualitat de vida de les persones amb TB. En l'estudi realitzat per Ductor (2014), l'objectiu era avaluar l'efectivitat de grups psicoeducatius en una unitat de rehabilitació de salut mental en reduir els ingressos hospitalaris al cap de 18 mesos de seguiment. Els resultats van mostrar l'efectivitat dels grups psicoeducatius per reduir el nombre d'hospitalitzacions. Joas et al (2019), en el

seu estudi, on l'objectiu era determinar l'efectivitat de la psicoeducació pel TB en un entorn clínic, varen trobar que els períodes posteriors a la psicoeducació si associaven una disminució del risc de recurrència, d'episodis maníacs, depressius o mixtes, i d'atenció hospitalària en comparació amb els períodes previs a la psicoeducació. Aquests resultats van permetre concloure que la psicoeducació redueix el risc d'episodis de l'estat d'ànim i d'atenció hospitalària.

Diferents estudis també avalen l'eficàcia de la psicoeducació en els familiars de pacients amb TB. La càrrega del cuidador és una variable que mesura l'impacte d'una malaltia crònica en les persones més properes al pacient i s'ha demostrat que la reducció dels nivells de càrrega millora el benestar dels membres de la família i redueix les recaigudes dels pacients (Vinacour, Rodríguez, García i Young, 2018). Aquests autors varen realitzar una investigació sobre la disminució de la càrrega dels membres de la família de persones amb TB en un taller psicoeducatiu, podent concloure que es demostra la reducció en la càrrega en les famílies que varen rebre la intervenció psicoeducativa. Soo et al. (2018), en la seva revisió sistemàtica afirmen que la psicoeducació familiar es pot associar amb reduccions en la recurrència del trastorn, les taxes d'hospitalització i una major trajectòria de la malaltia, així com un major coneixement, habilitats, suport i sensació de benestar del cuidador i una menor càrrega per aquest.

## 2. Objectius i hipòtesis

### 2.1. Objectius

D'acord amb la pregunta d'investigació "quin és l'impacte d'una intervenció psicoeducativa prèvia a l'alta en pacients amb un diagnòstic de TB?", l'objectiu general és identificar si la intervenció de tres sessions de psicoeducació prèvies a l'alta influeixen en les recaigudes (reingressos i visites a urgències) i en l'adherència al tractament (compliment de visites). A banda de l'objectiu general ja esmentat, es plantegen una sèrie d'objectius específics:

- OE1. Descriure les dades sociodemogràfiques i les variables clíniques i neurocognitives incloses en l'estudi.
- OE2. Descriure i analitzar els determinants de recaiguda valorats en l'estudi.
- OE3. Descriure i analitzar l'impacte de la intervenció psicoeducativa individualitzada en el risc de recaiguda als tres, sis i dotze mesos posteriors a l'alta hospitalària en funció del grup d'aleatorització.
- OE4. Descriure i analitzar l'impacte de la intervenció psicoeducativa individualitzada en el nombre de visites a urgències o observació als tres, sis i dotze mesos posteriors a l'alta hospitalària en funció del grup d'aleatorització.
- OE5. Descriure i analitzar l'impacte de la intervenció psicoeducativa individualitzada en el compliment de visites als tres, sis i dotze mesos posteriors a l'alta hospitalària en funció del grup d'aleatorització.

### 2.2. Hipòtesis

Partint de la pregunta d'investigació i de la revisió bibliogràfica, s'espera que:

- H1: Els pacients assignats al grup d'intervenció que han rebut les tres sessions de psicoeducació obtindran millors resultats en els reingressos hospitalaris per recaiguda del TB als posteriors tres, sis i dotze mesos post alta.
- H2: Els pacients assignats al grup d'intervenció que han rebut les tres sessions de psicoeducació obtindran millors resultats en el nombre d'episodis a urgències/observació relacionats amb el trastorn als posteriors tres, sis i dotze mesos post alta.
- H3: Els pacients assignats al grup d'intervenció que han rebut les tres sessions de psicoeducació obtindran puntuacions més altes en l'índex d'assistència a salut mental als posteriors tres, sis i dotze mesos post alta.

- H4: Els pacients del present estudi presentaran baixa consciència de trastorn, una mala actitud envers la medicació i antecedents o consum actiu de tòxics.

### **3. Metodologia**

En primer lloc, exposar que tal com s'exposa a la justificació el present estudi sorgeix d'una investigació molt més àmplia. En els següents apartats, s'explica la metodologia emprada en la investigació en general. Tot i això, per la realització d'aquest treball, s'han seleccionat només els pacients amb TB, pel que també es van especificant certs aspectes sobre aquests.

#### **3.1. Tipus d'estudi**

La metodologia d'investigació emprada en aquest estudi és un assaig clínic amb grup control i grup d'intervenció, amb aleatorització simple en pacients amb diagnòstic de TMS que ingressen a la unitat de psiquiatria a l'HUV per recaiguda de la malaltia mental.

L'estudi va començar el maig de 2018 quan va ser presentat i aprovat pel Comitè d'Ètica i Investigació Clínica (CEIC) de l'HUV. Concretament, el període d'inclusió de pacients ha estat de 12 mesos, del juliol de l'any 2018 a l'agost del 2019. Un cop el pacient és donat d'alta hospitalària, es realitza un seguiment de 12 mesos, pel que la durada total de l'estudi serà fins a aproximadament l'agost del 2020. El tall per l'obtenció dels resultats del present estudi es va realitzar el novembre del 2019.

#### **3.2. Selecció de la mostra**

La mostra total de la investigació és de 52 pacients amb diagnòstic de TMS (Esquizofrènia, TDM, TB i trastorn esquizoafectiu). La mostra inicial era de 68 però en queden exclosos 16 per no firmar el consentiment informat. Pel present treball s'ha seleccionat els 18 pacients amb diagnòstic de TB inclosos en l'estudi durant els mesos de reclutament. Es pot consultar el diagrama de flux de participants a la figura 1.

Per a la realització de l'estudi, s'ha tingut en compte alguns aspectes a l'hora d'incloure els pacients.

*Criteris d'inclusió*

- Pacients amb TMS ingressats a la unitat d'hospitalització de psiquiatria per una recaiguda simptomàtica del trastorn.
- Pacients majors d'edat amb TMS que ingressen a la unitat d'aguts de l'hospital per descompensació del trastorn.
- Els diagnòstics inclosos en la investigació són: Esquizofrènia, Trastorn esquizoafectiu, TDM i TB.

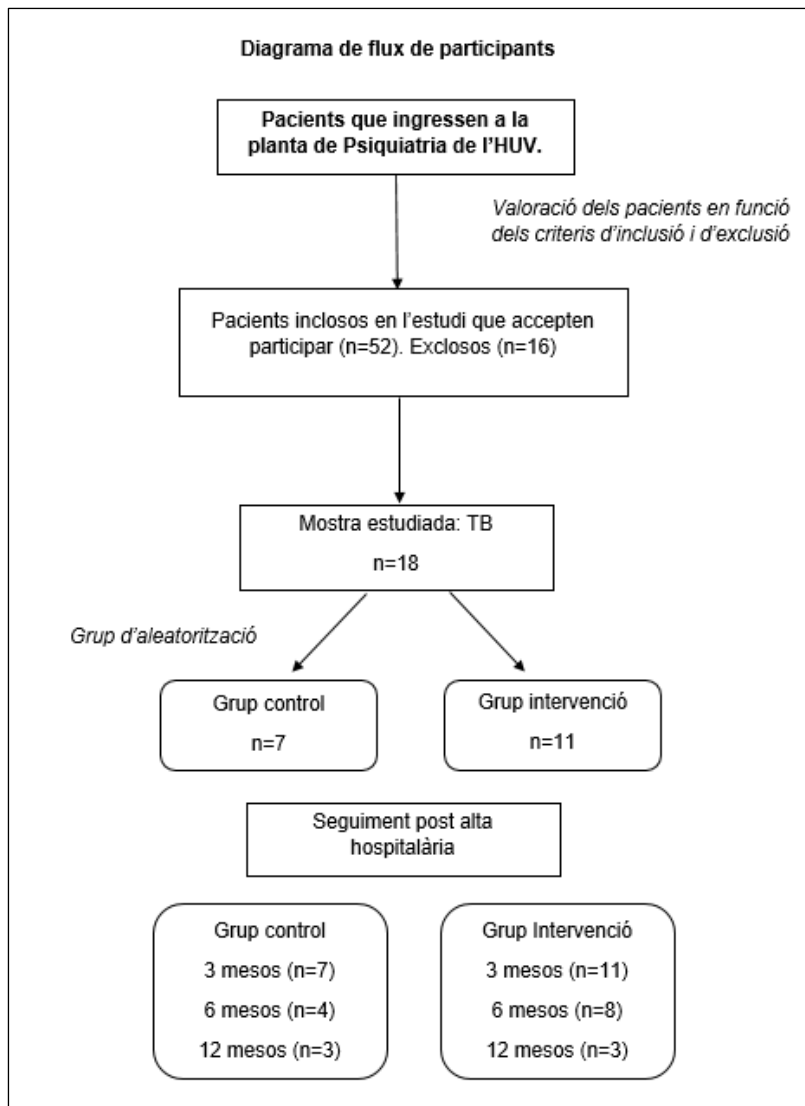
*Criteris d'exclusió*

- Pacients menors de 18 anys.
- Pacients amb un primer episodi de TMS.
- Pacients amb discapacitat intel·lectual que dificulti el seguiment de la intervenció psicoeducativa.
- Pacients que no acceptin firmar el consentiment informat (ell o el seu tutor legal).

L'aleatorització s'ha dut a terme mitjançant un llistat de nombres aleatoris generada per ordinador que assigna els pacients a una de les dues branques de l'assaig; branca d'intervenció o branca control:

1. *Branca d'intervenció:* Un cop identificats els determinants de recaiguda i prèvia a l'alta hospitalària, es realitza una intervenció psicoeducativa personalitzada centrada en els determinats identificats, constituïda per mòduls específics per cadascun dels trastorns inclosos en l'estudi. Aquesta intervenció es desenvolupa en tres sessions amb l'objectiu de reduir el nombre de recaigudes futures a través de modificar els determinants actualment presents en el pacient.
2. *Branca control / tractament habitual:* Els pacients assignats en aquesta branca rebran el tractament i l'enfocament clínic i social propi de l'atenció psiquiàtrica integral.

Figura 1. Diagrama de flux de participants



### 3.3. Instruments de recollida i anàlisi de dades

Per la realització del present estudi s'ha treballat a partir dels resultats obtinguts dels pacients amb diagnòstic de TB, pel que es descriuen les escales utilitzades per la valoració del TB:

- **Dades demogràfiques:** Edat, sexe, nivell educatiu, nivell socioeconòmic, història laboral, entorn familiar i presència de cuidador principal.
- **Escales de valoració de la simptomatologia del TB:** Les dues escales s'administren a l'ingrés i previ a l'alta, quan hi ha millora de la simptomatologia clínica.
  - *Young Mania Rating Scale* (YMRS) (Young, Biggs, Ziegler i Meyer, 1978) en fase maníaca del trastorn. És l'instrument més utilitzat per avaluar els episodis maníacs. És una escala formada per 11 ítems que valora la intensitat

simptomàtica i que mesura els símptomes característics de la fase maníaca: eufòria, augment de l'activitat i energia, interès sexual, son, irritabilitat, expressió verbal, trastorn del curs del pensament i el llenguatge, trastorns de contingut del pensament, agressivitat, aparença i *insight* (Colom et al., 2002). Cada opció es puntua de 0 a 4 en excepció de quatre ítems (irritabilitat, expressió verbal, trastorns del pensament i agressivitat) que es puntuen de 0 a 8. Per això, el total de l'escala pot ser una puntuació total de 60. No hi ha punts de tall establerts, però es pot considerar de 0 a 6 en fase d'eutímia, de 7 a 20 en episodi hipomaníac i una puntuació superior a 20 és indicatiu d'un episodi maníac. Com més gran és la puntuació de l'escala, més gravetat de l'episodi maníac (Ductor, 2014).

- *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) (Hamilton, 1960) per la simptomatologia depressiva. Segons el *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto* [GPCMDA] (2014), l'HDRS va ser dissenyada per avaluar la intensitat o la gravetat de la depressió per clínics, essent una de les més utilitzades per a monitorar l'evolució dels símptomes depressius. La versió original està formada per 21 ítems, però en aquesta investigació s'ha utilitzat la versió reduïda realitzada pel mateix autor de 17 ítems puntuables de 0 a 4 punts, amb una puntuació màxima de 53. Sumant les puntuacions de cada ítem proporciona una puntuació global de la gravetat del quadre depressiu. Els punts de tall i descriptors de l'escala són, segons la GPCMDA (2014):
  - *Puntuació de 0 a 7: Eutímia*
  - *Puntuació de 8 a 13: Simptomatologia depressiva subclínica*
  - *Puntuació de 14 a 18: Depressió lleu*
  - *Puntuació de 19 a 22: Depressió moderada*
  - *Puntuació > 23: Depressió greu*
- **Valoració de la gravetat de la malaltia:** *Clinical Global Impression* (CGI) (Guy, 1976) a l'ingrés i previ a l'alta. El CGI proporciona una mesura de resum general determinada pel metge tenint en compte tota la informació disponible (Busner i Targum, 2007). Mesura la gravetat de la malaltia, la millora global i la resposta terapèutica. En el present estudi, s'ha utilitzat l'ítem de gravetat puntuable de 0 a 7 punts, que serà valorat en el moment de l'ingrés i a la millora de la simptomatologia.
- **Valoració de la consciència de malaltia (*Insight*):** *Scale of Unawareness of Mental Disorder* (SUMD). La SUMD és una escala estandarditzada que es puntua a través d'una entrevista semiestructurada directa amb el pacient (Ruiz et al., 2008). L'escala abreujada està formada per tres ítems generals i 6 d'específics,

amb un total de 9 ítems. Els ítems generals avaluen la consciència de malaltia, els efectes de la medicació i les repercussions socials del trastorn, mitjançant una escala tipus Likert de l'1 "Consciència" al 5 "no hi ha consciència" (Ruiz et al., 2008). De l'escala SUMD s'han agafat només els tres primers ítems; consciència de tenir un trastorn, consciència sobre els efectes de la medicació i consciència de les conseqüències socials del trastorn mental, amb una puntuació total de 15. Les puntuacions de 0 a 5 indiquen consciència de malaltia, de 5 a 10 consciència intermitja i de 10 a 15 no consciència de malaltia.

- **Actitud respecte a la medicació: *Drug Attitude Inventory (DAI-10)*.** Per a la valoració de l'adherència al tractament s'ha utilitzat l'inventari d'actitud vers la medicació de 10 ítems. S'administra a l'ingrés i previ a l'alta, quan hi ha millora de la simptomatologia clínica. Segons De las Cuevas i Sanz (2016), es va desenvolupar per donar resposta subjectiva i les actituds dels pacients envers el tractament farmacològic. Indica si les persones estan satisfetes amb la medicació i avalua el grau de comprensió sobre com efecte el tractament. L'inventari està format per 10 ítems on el pacient ha de mostrar el seu acord o desacord. Les opcions de resposta són verdader/fals, i cada resposta és puntuada amb +1 si és correcta o -1 si és incorrecte. La puntuació final s'obté mitjançant la suma dels punts positius i negatius, i va de -10 a +10, indicant les puntuacions més altes unes actituds més positives cap a la medicació. Una puntuació total positiva significa una resposta subjectiva positiva, mentre que una puntuació total negativa significa el contrari, una resposta subjectiva negativa.
- **Consum de substàncies:** Per conèixer els antecedents i el consum actual de tòxics s'ha consultat la història clínica dels pacients.
- ***Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP)*:** L'escala SCIP és una escala breu dissenyada per detectar dèficits cognitius en els trastorns psicòtics i afectius, essent la versió espanyola un instrument vàlid i fiable per la detecció del deteriorament cognitiu (Pino et al., 2008). L'escala avalua els dèficits cognoscitius mitjançant cinc proves: memòria de treball (MT), aprenentatge verbal immediat (AV-I), aprenentatge verbal diferit (AV-D), velocitat de processament (VP) i fluïdesa verbal (FV) (Pino et al., 2006; 2014). La puntuació estima que de 0 a 2 no hi ha deteriorament cognitiu, 3 significa un deteriorament lleu, 4 un deteriorament moderat i 5 un deteriorament sever. L'SCIP s'administra quan hi ha millora de la simptomatologia clínica, previ a l'alta.



### 3.4. Procediment

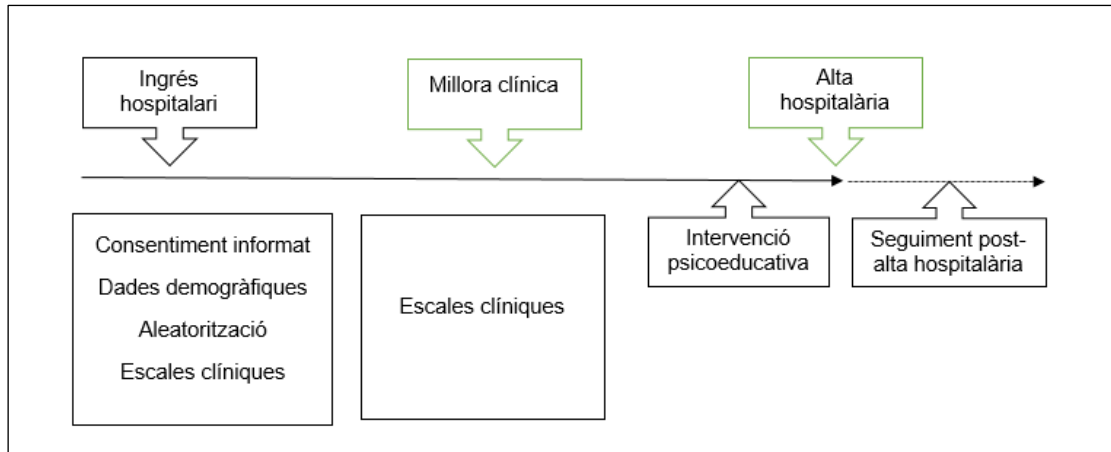
En relació amb el procés de recollida i anàlisi de dades, va ser iniciat al juliol del 2018 i va finalitzar a l'agost del 2019. Durant aquest període hi ha hagut la inclusió dels pacients. El procediment de les intervencions era el següent: A l'ingrés hospitalari, seguint els criteris d'inclusió i d'exclusió, es parlava amb l'equip d'aquells pacients que podien ser inclosos en l'estudi. Un cop decidit i a partir de l'aleatorització realitzada per ordinador, s'iniciava la intervenció. Les psicòlogues del Màster en Psicologia General Sanitària anaven a conèixer al pacient en una primera visita, amb l'objectiu de crear aliança terapèutica. Un cop realitzades les primeres visites i en funció de l'estat de la persona, se l'informava de la investigació i se li ofería participar en l'estudi. Si acceptava, es firmava el consentiment informat. Un cop firmat el consentiment, s'iniciava la intervenció. En la primera visita d'intervenció, es demanava per les dades demogràfiques, s'administraven les escales clíniques generals i les corresponents per la valoració de la simptomatologia de cada trastorn. Segons l'evolució del pacient i en arribar la millora clínica, es tornaven a administrar les escales clíniques generals i les específiques per la valoració de la simptomatologia corresponent a cada trastorn i es passava l'escala SCIP per la valoració del deteriorament cognitiu. A partir d'aquí, si el pacient formava part del grup d'intervenció es realitzaven les tres sessions de psicoeducació en relació amb el diagnòstic, abordant els aspectes generals del trastorn i els mòduls específics<sup>1</sup> d'aquest en funció dels determinants de recaiguda, i si era del grup control, se seguia amb el tractament psiquiàtric habitual. L'objectiu de la intervenció és la reducció del nombre de recaigudes futures a través de modificar els determinants presents en el pacient.

Un cop el pacient inclòs a l'estudi és donat d'alta hospitalària, es realitza un seguiment indirecte i un registre post-alta durant els 12 mesos següents. Durant aquest període es realitzen tres registres previstos al tercer, al sisè i al dotzè mes post-alta. En aquests talls es registren si hi ha reingressos hospitalaris per recaiguda del trastorn mental, el nombre d'episodis a urgències/observació relacionats amb el trastorn mental sense hospitalització i l'índex d'assistència a través de la divisió entre les visites a salut mental realitzades i les programades.

---

<sup>1</sup> Consultar Annex 4. Mòduls aplicats a la psicoeducació en funció del trastorn

Figura 2. "Timing" del procés



### 3.5. Anàlisi estadístic

Els resultats obtinguts s'han analitzat amb el programa IBM SPSS Statistics 23.0, amb el qual s'ha trobat els resultats mostrats en l'apartat de resultats.

Per una banda, per les variables quantitatives, es realitzarà una anàlisi descriptiva amb mesures com la mitjana i la desviació estàndard. Per altra banda, per l'anàlisi de variables qualitatives es presentaran les freqüències i els corresponents percentatges.

Per la comparació entre variables quantitatives es procedirà a estudiar la normalitat de la prova mitjançant la prova d'ajust de bondat de Kolmogorov-Smirnoff. En cas que les variables segueixin una distribució normal, es compararan mitjançant la prova T-Student i, si no, es compararan mitjançant U de Mann-Whitney. Per la comparació entre les variables qualitatives es realitzarà la prova Chi-Quadrat ( $\chi^2$ ). Totes les proves s'interpretaran amb un nivell de significació del 5%. Quan  $p\text{-valor} < 0,05$  les puntuacions es consideraran significatives, podent rebutjar la hipòtesi nul·la en les variables quantitatives i la independència entre variables en les qualitatives. En canvi, si  $p > 0,05$ , no hi haurà diferències significatives entre les variables quantitatives i en les variables qualitatives, les variables seran independents.

### **3.6. Aspectes ètics**

Els pacients varen ser informats sobre els objectius de l'estudi i del que els representà participar<sup>2</sup>. Tots els pacients inclosos a l'estudi que van acceptar participar, expressaren el seu consentiment amb la signatura del full de consentiment informat<sup>3</sup>. Només varen participar en l'estudi els pacients que ells mateixos o el tutor legal d'aquests varen firmar el full corresponent.

Les dades es recolliren en bases de dades dissociades de manera que els registres d'aquesta informació no mantindran cap vincle directe que pugui permetre la identificació individual dels participants. Es garanteix que el tractament de les dades segueixi la normativa prevista en la legislació actual sobre la protecció de les dades de caràcter personal i solament s'utilitzaran les dades per respondre a la pregunta d'investigació i als objectius plantejats a l'estudi.

El projecte va ser avaluat pel Comitè de Recerca Clínica del Consorci Hospitalari de Vic.

---

<sup>2</sup> Annex 1. Full d'informació per participar en l'estudi

<sup>3</sup> Annex 2. Consentiment informat del pacient/tutor

## 4. Resultats

### 4.1. Característiques de la mostra

La mostra seleccionada està formada per 18 pacients amb diagnòstic de TB, en edats compreses entre els 26 i els 77 anys. Dels pacients inclosos a l'estudi un 38,9% (n=7) s'ha distribuït al grup control i el 61,1% (n=11) al grup d'intervenció. D'acord amb l'OE1, a la taula 2, es descriuen les **dades demogràfiques** de la mostra amb relació a l'edat, el gènere, l'estat civil, la presència de cuidador principal, el nivell socioeconòmic, el nucli de convivència, el nivell d'educació i la situació laboral en funció dels grups.

**Taula 2. Descripció de les dades sociodemogràfiques en funció del grup d'aleatorització**

	Grup control (n=7)	Grup intervenció (n=11)
<b>Mitjana d'edat (D.E)</b>	56,43 (15,988)	53,18 (16,299)
<b>Gènere n (%)</b>		
<i>Home</i>	3 (16,7%)	5 (27,8%)
<i>Dona</i>	4 (22,2%)	6 (33,3%)
<b>Presència de cuidador principal n (%)</b>		
<i>Si</i>	7 (43,8%)	7 (43,8%)
<i>No</i>	0	2 (12,5%)
<b>Estat civil n (%)</b>		
<i>Casat</i>	4 (22,2%)	4 (22,2%)
<i>Separat, divorciat</i>	1 (5,6%)	2 (11,1%)
<i>Mai casat</i>	1 (5,6%)	4 (22,2%)
<i>Es desconeix</i>	1 (5,6%)	1 (5,6%)
<b>Nivell socioeconòmic n (%)</b>		
<i>Llicenciat o director o gerent establiment de més de 10 treballadors</i>	0	3 (16,7%)
<i>Diplomat/director/gerent establiment de menys de 10 treballadors</i>	1 (5,6%)	0 (0%)
<i>Treballadors semi qualificats</i>	1 (5,6%)	1 (5,6%)
<i>Treballadors no qualificats</i>	3 (16,7%)	4 (22,2%)
<i>Es desconeix</i>	2 (11,1%)	3 (16,7%)
<b>Nivell de convivència n (%)</b>		
<i>Viu amb la seva pròpia família</i>	6 (33,3%)	6 (33,3%)
<i>Viu amb la seva família d'origen (parets, germans...)</i>	1 (5,6%)	2 (11,1%)
<i>Viu sol</i>	0 (0%)	3 (16,7%)
<b>Nivell d'educació n (%)</b>		
<i>Sense estudis</i>	0 (0%)	1 (5,6%)
<i>Ensenyament obligatori (primària i secundària) incomplet</i>	2 (11,1%)	3 (16,7%)
<i>Ensenyament obligatori (primària i secundària) complet</i>	3 (16,7%)	1 (5,6%)
<i>Batxillerat o Cicles Formatius</i>	1 (5,6%)	2 (11,1%)
<i>Estudis Universitaris (diplomats o titulats)</i>	1 (5,6%)	4 (22,2%)
<b>Situació laboral n (%)</b>		
<i>En actiu: treballa</i>	1 (5,6%)	4 (22,2%)
<i>Baixa laboral temporal (IT)</i>	0 (0%)	1 (5,6%)
<i>Aturat (amb o sense subsidi)</i>	3 (16,7%)	4 (22,2%)
<i>Treballa a casa</i>	1 (5,6%)	0 (0%)
<i>Jubilat</i>	2 (11,1%)	1 (5,6%)
<i>Es desconeix</i>	0 (0%)	1 (5,6%)

Nota: D.E = Desviació Estàndard

Seguint amb l'OE1, la descripció de les **variables clíniques i neurocognitives** s'observa a la taula 3. No s'observen diferències estadísticament significatives en les variables clíniques segons el grup d'aleatorització. Per tant, les variables clíniques de la mostra són similars en els dos grups.

**Taula 3. Descripció i comparació de les variables clíniques i neurocognitives entre el grup control i grup intervenció**

	Grup control (n=7)		Grup intervenció (n=11)		Anàlisi estadístic	
	Mitjana	D.E	Mitjana	D.E	t,*	p
<b>Antecedents ingressos i visites a urgències (darrers 2 anys)</b>						
<i>Nombre de ingressos previs</i>	2,57	1,902	2,18	1,471	t=0,490	p=0,631
<i>Nombre de visites a urgències prèvies</i>	1,14	1,773	1,55	1,695	*p=0,536	
<b>Escales clíniques a l'ingrés</b>						
<i>CGI</i>	6,00	0,577	5,64	0,505	*p=0,285	
<i>HDRS</i>	8,29	10,275	8,91	11,614	*p=0,860	
<i>YMRS</i>	16,14	9,263	19,50	14,316	t=-0,543	p=0,595
<b>Escales clíniques prèvies a l'alta</b>						
<i>CGI</i>	1,43	0,535	2,00	0,632	*p=0,104	
<i>HDRS</i>	1,57	2,149	2,30	4,084	*p=0,962	
<i>YMRS</i>	2,57	2,699	2,33	2,693	t=0,175	p=0,864
<i>SCIP</i>	3,71	1,496	3,09	1,446	*p=0,375	

Nota: D.E = Desviació estàndard; CGI = *Clinical Global Impression*; HDRS = *Hamilton Depression Rating Scale*; YMRS = *Young Mania Rating Scale*; SCIP = *Screen of Cognitive Impairment in Psychiatry*; t = t-student; \* = U de Mann-Whitney  
p < 0.05.

Més específicament, en relació amb el **deteriorament cognitiu**, no s'observen diferències significatives en les mitjanes entre el grup control i el grup d'intervenció. Tot i això, tal com s'observa en la taula 4, la majoria de la mostra presenta un deteriorament cognitiu moderat o greu.

**Taula 4. Descripció del deteriorament cognitiu segons el grup d'aleatorització (SCIP)**

	Grup control (n=7)	Grup intervenció (n=11)
<b>Deteriorament cognitiu n (%)</b>		
No deteriorament cognitiu	1 (14,3%)	4 (36,4%)
Deteriorament cognitiu lleu	2 (28,6%)	1 (9,1%)
Deteriorament cognitiu moderat	1 (14,3%)	5 (45,5%)
Deteriorament cognitiu sever	3 (42,9%)	1 (9,1%)

## 4.2. Determinants de recaiguda

D'acord amb l'OE2, a la taula 5 es descriuen els resultats sobre els possibles determinants de recaiguda de la mostra estudiada. S'han exposat els resultats de les escales SUMD, DAI-10 i el consum de tòxics, on s'avalua la consciència de trastorn, l'actitud envers la medicació i els antecedents i consum actual de substàncies.

En relació a **la consciència de malaltia**, a l'ingrés es pot observar una diferència entre el grup control i el grup intervenció. En la mostra estudiada, en puntuacions de 0 a 15, on 0 és consciència de malaltia i 15 no consciència de malaltia, s'observa que el grup d'intervenció a l'ingrés té menys consciència de trastorn que el grup control. A l'alta, tot i que milloren les puntuacions en els dos subgrups, segueix havent-hi menys consciència en els pacients assignats al grup d'intervenció. Tot i això, no hi ha diferències estadísticament significatives entre les mitjanes dels dos grups, pel que la mostra és similar.

En relació amb **l'actitud envers la medicació** també s'ha pogut avaluar a l'ingrés i prèvia a l'alta. En la mostra estudiada, amb puntuacions sotmeses del -10 a 10, a l'ingrés la mitjana del grup d'intervenció és més baixa que la del grup control, però no s'observen diferències estadísticament significatives. A l'alta no s'observen diferències en les mitjanes entre el grup control i el grup d'intervenció ni a l'ingrés ni a l'alta. Així doncs la mostra és similar en relació a l'actitud envers la medicació, que tot i que la puntuació és positiva, és una puntuació baixa respecte aquesta en els dos grups.

En relació amb el **consum de substàncies**, tal com s'observa en la taula 5, s'obtenen resultats dels antecedents d'abús o dependència de tòxics i s'observa més consum per part dels pacients assignats al grup d'intervenció. Actualment, de la mostra estudiada, tres dels pacients assignats al grup d'intervenció (16,7%) consumeix algun tipus de substància, mentre que tant sols un dels pacients del grup control (5,6%) consumeix cànnabis. Tot i això, no hi ha relació entre les variables de consum de tòxics i els grups d'aleatorització. També s'observen en alguns casos, antecedents de consum de substàncies.

**Taula 5. Descripció dels determinants de recaiguda segons el grup d'aleatorització**

	Grup control (n=7)		Grup intervenció (n=11)		Anàlisi estadístic	
	Mitjana	(D.E)	Mitjana	(D.E)	t, *, $\chi^2$	p
SUMD a l'ingrés	6,43	2,699	10,00	4,626	t=-1,841	p=0,084
SUMD previ a l'alta	5,71	2,138	7,00	3,924	t=-0,790	p=0,441
DAI-10 a l'ingrés	5,71	3,147	2,55	4,204	t=1,706	p=0,107
DAI-10 previ a l'alta	4,57	3,599	4,18	2,750	*p=0,659	
	n	%	n	%		
<b>Antecedents consum de substàncies</b>						
<i>No consum</i>	5	27,8%	6	33,3%		
<i>Alcohol</i>	1	5,6%	1	5,6%	$\chi^2 = 1,615^a$	p = 0,806
<i>Cànnabis</i>	1	5,6%	2	11,1%		
<i>Cànnabis, cocaïna, opiàcis i altres</i>	0	0%	1	5,6%		
<i>Alcohol i cànnabis</i>	0	0%	1	5,6%		
<b>Consum actual de substàncies</b>						
<i>No consum actual</i>	6	33,3%	8	44,4%		
<i>Cànnabis</i>	1	5,6%	1	5,6%	$\chi^2 = 1,496^a$	p = 0,689
<i>Cànnabis, alcohol i cocaïna</i>	0	0%	1	5,6%		
<i>Cànnabis, opiàcis i altres</i>	0	0%	1	5,6%		

Nota: D.E = Desviació Estàndard; SUMD = *Scale of Unawareness of Mental Disorder*; DAI-10 = *Drug Attitude Inventory*; t = t-student; \* = U de Mann-Whitney;  $\chi^2$  = Chi-quadrat. p < 0,05.

### 4.3. Seguiment posterior a l'alta hospitalària (3, 6 i 12 mesos)

Dels 18 pacients inclosos en la mostra estudiada, en el 100% (n=18) dels casos s'ha pogut realitzar un seguiment de tres mesos, en un 66,7% (n=12) s'ha pogut realitzar un seguiment de sis mesos i en un 33,3% (n=6) s'ha pogut realitzar seguiment de dotze mesos.

#### 4.3.1. Reingressos per recaiguda del trastorn

D'acord amb l'OE3, en relació amb el nombre de reingressos, els resultats exposats a la taula 6 mostren que als tres, sis i dotze mesos posteriors a l'alta no hi ha reingressos hospitalaris en els pacients del grup d'intervenció. Dels pacients assignats al grup control, hi ha reingressos per recaiguda del TB en l'11,1% (n=2) tres mesos posteriors a l'alta, i en el 8,3% (n=1) sis mesos després. Tot i que no es pot afirmar que hi hagi relació entre el nombre de reingressos per recaiguda del trastorn als sis mesos (p = 0,14), tenint en compte la mida de la mostra, la relació es pot considerar pràcticament significativa als tres mesos (p = 0,06).

**Taula 6. Descripció i relació dels reingressos als 3, 6 i 12 mesos segons grup d'aleatorització**

	Grup Control	Grup Intervenció	Total	Anàlisi estadístic (p, $\chi^2$ )
<b>Reingressos als 3 mesos (n i %)</b>				
<i>Si</i>	2 (11,1%)	0%	2 (11,1%)	$\chi^2= 3,536$ p=0,06
<i>No</i>	5 (27,8%)	11 (61,1%)	16 (88,9%)	
Total	7 (38,9%)	11 (61,1%)	18 (100%)	
<b>Reingressos als 6 mesos (n i %)</b>				
<i>Si</i>	1 (8,3%)	0%	1 (8,3%)	$\chi^2= 2,182$ p=0,140
<i>No</i>	3 (25%)	8 (66,7%)	11 (91,7%)	
Total	4 (33,3%)	8 (66,7%)	12 (100%)	
<b>Reingressos als 12 mesos (n i %)</b>				
<i>Si</i>	0%	0%	0%	-
<i>No</i>	3 (50%)	3 (50%)	6 (100%)	
Total	3 (50%)	3 (50%)	6 (100%)	

Nota:  $\chi^2$  = Chi-quadrat.  
p < 0,05.

#### 4.3.2. Nombre de visites a urgències/observació per TB

D'acord amb l'OE4, en relació amb el nombre d'episodis a urgències i observació, els resultats mostren que el grup d'intervenció obté millors resultats en la mitjana tres mesos posteriors a l'alta, però pitjors resultats sis mesos després. Als dotze mesos, no hi ha visites a urgències ni de pacients del grup control ni del grup d'intervenció.

Per conèixer si hi ha diferències significatives entre les mitjanes dels diferents grups d'aleatorització en el nombre d'episodis a urgències/observació als tres, sis i dotze mesos, s'ha aplicat la prova U de Mann-Whitney per a mostres independents, al ser variables no normals. Les mitjanes del nombre d'episodis a urgències i observació als tres, sis i dotze mesos en funció del grup d'aleatorització s'observen a la taula 7. Els resultats mostren que no hi ha diferències estadísticament significatives en la mitjana del nombre d'episodis a urgències/observació als tres (p=0.328), els sis (p=0,808) i els dotze (p=1,0) mesos entre el grup control i el grup intervenció.



**Taula 7. Comparació de mitjanes del nombre d'episodis a urgències/observació en funció del grup d'aleatorització**

	Mitjana	Desviació estàndard	Mitjana	Desviació estàndard	Anàlisi estadístic
	Grup control (n=7)		Grup intervenció (n=11)		
Nombre d'episodis a urgències i observació als 3 mesos	0,86	1,574	0,00	0,00	*p=0,328
	Grup control (n=4)		Grup intervenció (n=8)		
Nombre d'episodis a urgències i observació als 6 mesos	0,25	0,500	0,38	1,061	*p=0,808
	Grup control (n=3)		Grup intervenció (n=3)		
Nombre d'episodis a urgències i observació als 12 mesos	0,00	0,000	0,00	0,000	*p=0,100

Nota: \*U de Mann-Whitney;  $p < ,05$ .

#### 4.3.3. Nombre de visites realitzades/programades a salut mental

D'acord amb l'OE5, el nombre de visites realitzades/programades a salut mental s'ha calculat a través de la divisió entre les visites realitzades i les programades, donant com a resultat un índex d'assistència. Les mitjanes del nombre de visites programades/realitzades en funció del grup d'aleatorització s'observen a la taula 8. Al llarg del seguiment, el grup control obté millors puntuacions respecte el compliment de visites, obtenint un índex d'assistència més alt. Al tractar-se de variables no normals, s'aplica la prova U de Mann-Whitney per a mostres independents. S'observa que no hi ha diferències estadísticament significatives entre les mitjanes de visites realitzades/programades als tres ( $p=1,000$ ), sis ( $p=0,808$ ) i dotze (0,700) mesos.

**Taula 8. Comparació de les mitjanes de l'índex d'accessibilitat en funció del grup d'aleatorització**

	Mitjana	Desviació estàndard	Mitjana	Desviació estàndard	Anàlisi estadístic
	Grup control (n=7)		Grup intervenció (n=11)		
Visites programades/realitzades als 3 mesos	0,9286	0,13044	0,8682	0,30189	*p=1,000
	Grup control (n=4)		Grup intervenció (n=8)		
Visites programades/realitzades als 6 mesos	0,93	0,08446	0,8050	0,33675	*p=0,808
	Grup control (n=3)		Grup intervenció (n=3)		
Visites programades/realitzades als 12 mesos	0,9633	0,06351	0,7	0,43589	*p=0,700

Nota: \*U de Mann-Whitney;  $p < 0,05$ .

## 5. Discussió

L'objectiu general del treball és identificar si la intervenció de tres sessions de psicoeducació prèvies a l'alta influeixen en les recaigudes (hospitalitzacions i visites a urgències) i l'adherència al tractament (compliment de les visites a salut mental). En general, els resultats mostren que hi ha diferències en els reingressos i en el nombre de visites a urgències entre el grup control i el grup d'intervenció, però aquestes diferències no són estadísticament significatives. Tot i això, aquests resultats poden ser deguts que la mida de la mostra és molt petita. Encara que els resultats no siguin estadísticament significatius, diferents estudis afirmen que la psicoeducació com a teràpia complementària pel TB pot ser eficaç per prevenir recaigudes i reingressos, i afavorir l'adherència al tractament (Javadpour et al., 2013; Salcedo et al., 2016; Cabrera, 2018).

Per una banda, en relació amb els reingressos i el nombre de visites a urgències/observació, s'observen diferències entre els dos grups, obtenint millors resultats per part del grup que ha rebut la intervenció psicoeducativa en relació als ingressos els tres i sis mesos posteriors a l'alta, i en el nombre de visites a urgències 3 mesos després. Tot i això, no s'han complert les dues primeres hipòtesis que es plantejaven, ja que no s'han establert diferències estadísticament significatives ni en els reingressos (encara que als tres mesos la relació és pràcticament significativa) ni entre les mitjanes del nombre de visites a urgències i el grup d'aleatorització. Aquests resultats concorden amb l'estudi realitzat per Gumus, Buzlu i Cakir (2015), on tampoc trobaren diferències estadísticament significatives entre el grup control i el grup d'intervenció, que havia rebut quatre sessions de psicoeducació individual, encara que sí que hi havia més hospitalitzacions i les taxes de recurrència també eren majors en pacients del grup control. Tot i això, altres estudis avalen l'eficàcia de la psicoeducació individual en la recurrència i l'hospitalització. En l'assaig de control aleatoritzat realitzat per Javadpour et al. (2013), demostraren l'efectivitat de la intervenció psicoeducativa, trobant millores significatives en totes les àrees de qualitat de vida, nombre de recaigudes i hospitalització a causa de la recurrència del trastorn i el compliment de la medicació. El seu estudi estava format per 108 pacients, dividit per igual en grup control i grup d'intervenció, i amb un seguiment d'un període de dos anys. A diferència del present estudi, es realitzaren vuit sessions de psicoeducació, seguides d'atenció telefònica de seguiment mensuals i suport psicològic en els següents divuit mesos. Així doncs, la mida de la mostra i les poques sessions de psicoeducació, poden haver influït en els resultats. Altres estudis han demostrat eficàcia de la psicoeducació a nivell grupal, amb una mostra més gran (Candini et al., 2014; Ductor, 2014; Buizza, 2019; Chen et al., 2019;

Joas et al., 2019) i quan s'aplica en altres períodes, com per exemple, en la pràctica clínica habitual o pacients ambulatoris (Buizza, 2019; Joas et al., 2019).

Per altra banda, en aquest estudi, l'adherència al tractament es valora a partir de les visites programades i realitzades amb els professionals de la salut mental. Els resultats mostren que, tot i que la majoria dels pacients compleix les visites programades, les mitjanes de compliment són més altes en el grup control que en el grup d'intervenció i no es troben diferències estadísticament significatives en les mitjanes als tres, sis i dotze mesos entre els grups d'aleatorització. Per tant, la tercera hipòtesi plantejada tampoc es compleix, ja que els pacients del grup control obtenen, fins i tot, millors resultats en relació amb el compliment de visites. En l'estudi realitzat per Faridhosseini et al., (2017), van avaluar l'adherència al tractament i visites a salut mental, i en els seus resultats trobaren que l'adherència terapèutica era significativament diferent en el grup que va rebre les sessions de psicoeducació en relació amb el grup control. Tot i això, en aquest estudi, les sessions de psicoeducació eren més llargues, amb un total de vuit sessions, fet que podria haver influenciat en els resultats. Alguns estudis troben que la psicoeducació pot ser beneficiosa per millorar l'adherència al tractament farmacològic, com el de Pakpour et al. (2017), on un dels seus objectius era investigar l'eficàcia de la psicoeducació per a millorar l'adherència a la medicació, i amb els resultats obtinguts afirmen que la psicoeducació pot millorar significativament l'adherència a la medicació i als resultats clínics i funcionals dels pacients amb TB.

Respecte als possibles determinants de recaiguda, els resultats són aproximadament els esperats, i els pacients obtenen baixa consciència de trastorn, una actitud positiva però baixa envers la medicació, i antecedents i consum actiu de tòxics en alguns casos. Per tant, es compleix la quarta hipòtesi plantejada. En primer lloc, en relació a la consciència de trastorn, a l'ingrés la mitjana del grup control és de consciència intermitja i la del grup d'intervenció de no consciència, i previ a l'alta, tot i que els resultats milloren, els pacients mostren una consciència intermitja. Els resultats mostren que aquesta ha variat en funció de l'estat del pacient. Segons De Assis da Silva et al. (2015), els nivells d'*insight* en el TB poden variar segons l'estat d'ànim. En el seu estudi, on compararen entre diferents estats d'ànim amb el nivell de percepció, trobaren que la comprensió del TB era més baixa durant les fases maníacques o episodis mixtes que durant els episodis de depressió o eufímia. En la mateixa persona, els nivells de comprensió podien variar en funció de l'estat afectiu en el curs del TB.

En segon lloc, en relació a l'actitud envers la medicació, no s'estableixen diferències entre els grups ni a l'ingrés ni a l'alta, pel que es considera que la mostra és similar. Tot

i que la mitjana és positiva, els resultats empitjoren de l'ingrés a l'alta hospitalària. L'actitud envers la medicació és una forma de valorar l'adherència al tractament farmacològic en aquest estudi. L'adherència al tractament és un dels principals reptes per controlar els símptomes i prevenir les recaigudes, i la no adherència és un fenomen continu i freqüent (Okasha et al., 2020). Segons la literatura, la baixa adherència al tractament s'associa a un alt risc de recaiguda, recurrència, hospitalització, intents de suïcidi i major deteriorament funcional (Reinares et al., 2014a; Kassaoui et al., 2016; Jawad et al., 2018). Aquests resultats també poden tenir influència de la consciència de trastorn. Segons Navarro et al. (2016), la baixa consciència de trastorn és un dels factors associats a la falta d'adherència al tractament, entre altres factors.

En tercer lloc, en relació al consum de substàncies, no s'observen diferències entre els dos grups. Tot i això, alguns participants presenten antecedents de consum i/o consumeixen una o més substàncies actualment, fet que també pot haver tingut influència en la recaiguda del trastorn. Diferents estudis demostren que el consum de substàncies en el TB pot provocar hospitalitzacions més freqüents, un inici més precoç del trastorn i una afectació en el curs de la malaltia (Ortiz, 2012; Stokes, Kalk i Young, 2017).

És important tenir en compte les variables clíniques i/o neurocognitives per la interpretació dels resultats. Per una banda, poden haver influït les variables sociodemogràfiques, com l'edat, el suport familiar, la situació laboral o el nivell socioeconòmic. En la mostra estudiada, la majoria dels pacients compten amb la presència d'un cuidador principal, pel que es podria promoure la realització de psicoeducació als familiars i/o cuidadors principals per avaluar la seva eficàcia en posteriors estudis. La psicoeducació familiar també ha resultat ser eficaç per reduir la recurrència del trastorn i les taxes d'hospitalització, i tenir més coneixements i habilitats sobre el trastorn (Soo et al., 2018). Per altra banda, no s'estableixen diferències significatives en les mitjanes de l'YMRS i de l'HDRS, pel que la mostra és homogènia en relació les variables clíniques.

Els antecedents previs de reingressos i visites a urgències també és una variable a tenir en compte que pot haver influït en els resultats. L'estudi es realitza amb persones amb diagnòstic previ de TB i que per tant, ja hi ha hagut episodis previs a l'hospitalització. En aquets casos els tractaments psicològics poden resultar menys eficaços. Segons Fries et al. (2014), la progressió del TB s'associa amb resultats clínics desfavorables, deficiències funcionals i menor capacitat de resposta al tractament en pacients en estat tardà en comparació amb els d'estadi primerenc. Segons la literatura, idealment el

tractament s'ha d'introduir al més aviat possible, però tot i això, els pacients més complexos també se'n poden beneficiar (Reinares et al., 2014b). De fet, segons Tremain et al. (2019), l'alleujament dels símptomes i la prevenció de recaigudes semblen ser menys susceptibles d'intervenció amb etapes avançades del trastorn, i per tant, pacients amb un alt nombre d'episodis previs poden no respondre tant a la psicoeducació (Colom, 2017).

El deteriorament cognitiu, també és un factor important a tenir en compte. Com s'ha observat en els resultats, la majoria de la mostra estudiada presenta un deteriorament cognitiu moderat o greu, fet que pot haver influenciat en la comprensió i/o generalització dels mòduls tractats a les sessions de psicoeducació, i en conseqüència, en els resultats esmentats. Segons la literatura, el TB s'associa a un deteriorament significatiu en el rendiment cognitiu en múltiples dominis que persisteixen després de la recuperació clínica (Baune i Malhi, 2015), tals com l'aprenentatge verbal (Solé et al., 2017), la memòria verbal, l'atenció i les funcions executives (Peters et al., 2014a).

Per acabar, es poden pensar alternatives de tractament psicoeducatiu per millorar la seva eficàcia i conseqüentment, la qualitat de vida de persones amb un TB. Tal com afirmen Reinares et al. (2014b), els tractaments psicològics poden millorar els resultats del TB, però es requereix més investigació per desenvolupar intervencions més curtes però efectives. Les noves tecnologies d'informació i comunicació (TIC) representen una oportunitat per a desenvolupar tractaments psicològics estandarditzats utilitzant eines basades en Internet que superen les limitacions dels tractaments presencials, per la seva accessibilitat i per ser ajustables a la necessitat i disponibilitat de cada persona (González et al., 2016). Els autors afegeixen, que aquests programes d'intervenció ofereixen que els pacients autocontrolin i avaluïn contínuament el seu estat d'ànim, i tenir controlades variables com el son o el funcionament físic i social, amb retroalimentació bidireccional entre els pacients i professionals. Aquest tipus d'intervenció facilita la intervenció precoç pels símptomes subsindròmics i ajuda als pacients a ser més conscients de la malaltia, controlar millor els símptomes, millorar l'estil de vida i les actituds envers la medicació.

Segons Sierra, Gallach, Echevarría, García i Livianos (2016), utilitzar les TIC en el TB pot resultar útil per la seva evolució cíclica, i per la simptomatologia interepisòdica subsindròmica, que és decisiva en els nivells de qualitat de vida. Permeten rebre suport addicional entre visites, adaptant les sessions i el seguiment en funció de les necessitats o demandes del pacient. A més, s'han considerat un mètode de baix cost i fàcil per incrementar la freqüència i la duració del contacte terapèutic. Es podrien utilitzar

aplicacions per monitorar de manera longitudinal aspectes com les variacions de l'humor, el son o la presa de medicació. La seva revisió consistia a buscar estudis on s'hagin utilitzat les noves tecnologies pel tractament del TB i estudiar els seus avantatges i inconvenients. Afirmen, que aquest tipus de registres permeten una detecció precoç dels símptomes d'inici, i alguns d'ells, incorporen noves tecnologies a través de sensors per la detecció precisa de l'activitat motora, els moviments repetitius durant els episodis maníacs o l'alentiment psicomotor en la depressió. Afegeixen, que donat que l'*insight* es veu reduït en moments d'empitjorament clínic, les noves tecnologies poden ajudar a mesurar els símptomes més objectius que es veuen afectats durant els episodis, com l'activitat física o social.

### **5.1. Limitacions**

Hi ha diferents limitacions a l'estudi. La limitació principal és la mida de la mostra, el qual s'ha reduït a 18, fet que pot haver influenciat en els resultats i no permet la generalització d'aquests. A més, en el present estudi, no s'ha tingut en compte el tipus de TB (tipus I o II) ni l'episodi (depressiu o maníac) predominant en la recaiguda hospitalària, fet que també podria haver pogut influenciar en els resultats i es podrien extreure resultats més específics per a cada tipus de trastorn o per cada tipus de polaritat predominant. Una altra limitació de l'estudi, és la valoració dels reingressos durant el seguiment. La variable de reingrés hospitalari es valora a partir d'una variable dicotòmica si/no, i per tant, només es pot saber si els pacients han tornat a reingressar en els dotze mesos posteriors a l'alta hospitalària i es desconeix el nombre de vegades que han reingressat. Cal tenir en compte que els resultats obtinguts s'han valorat des de l'últim tall, realitzat el novembre de 2019, pel que el llarg del seguiment hi ha hagut pèrdua de la mostra. Caldrà esperar a obtenir resultats definitius al llarg de tot el període de seguiment, que finalitzarà l'agost de 2020, per extreure'n les conclusions pertinents.

Així doncs, de cara a properes investigacions, caldrà tenir en compte el reclutament i la selecció de la mostra, intentar identificar i tenir en compte el tipus de TB i l'episodi en el qual es troben en l'ingrés, i obtenir el nombre de reingressos posteriors a l'alta per tal de fer una anàlisi estadístic més complet. Afegir, que seria interessant introduir la psicoeducació als familiars dels pacients, ja que aquesta, no només obté beneficis per la persona amb diagnòstic de TB, sinó també als seus familiars o persones que l'envolten. Per últim, seria interessant establir un programa més complet de psicoeducació amb més sessions i enfocat a les característiques individuals dels pacients.

## 6. Conclusions

El present estudi pretenia descriure les dades sociodemogràfiques i les variables clíniques i neurocognitives de la mostra, descriure possibles determinants de recaiguda a través de la consciència de trastorn, l'actitud envers la medicació i el consum de tòxics, i descriure i analitzar l'impacte d'una breu intervenció psicoeducativa individualitzada prèvia a l'alta hospitalària en el risc de recaiguda, a través de reingressos i nombre de visites a urgències, i en el compliment de les visites programades a salut mental en un termini de dotze mesos de seguiment. Tot hi haver aconseguit els objectius plantejats, en general, només s'ha complert la hipòtesi relacionada amb els determinants de recaiguda. Les tres primeres hipòtesis no s'han complert, ja que no s'han trobat diferències estadísticament significatives entre els reingressos hospitalaris, les visites a urgències i el compliment de visites al llarg del seguiment entre els dos grups.

El principal tractament pel TB és el farmacològic. Tot i això, les intervencions psicosocials, com la psicoeducació, han mostrat ser eficaces com a tractaments complementaris. La psicoeducació mostra tenir un impacte positiu en la prevenció de recaigudes, l'adherència al tractament, la millora del funcionament psicosocial i el benestar dels pacients, tot i que caldrà tenir present l'etapa del trastorn i adaptar-se a aquesta. També aporta altres beneficis com més suport social, més coneixement sobre el trastorn i la medicació, promouen un estil de vida més regular i poden ajudar a detectar senyals d'alerta d'una propera recaiguda. Cal tenir en compte diferents modalitats de psicoeducació, com la grupal i familiar, ja que també resulten beneficioses pels resultats clínics i la millora de la qualitat de vida.

La baixa consciència de trastorn, l'actitud envers la medicació i el consum de substàncies psicoactives poden actuar com a determinants de recaiguda del trastorn. Per aquest motiu, la psicoeducació junt al tractament farmacològic, ha de tenir l'objectiu de millorar aquestes condicions per prevenir futures recaigudes.

Tot i que hi ha estudis que demostren l'eficàcia de la psicoeducació, aquesta continua sent escassa, havent-hi força controvèrsia en la literatura. De cara el futur, serà important investigar nous enfocaments per aplicar la psicoeducació perquè aquesta resulti més eficaç, tenint en compte les característiques individuals de cada pacient. Seria interessant realitzar l'estudi amb més mostra, establir un programa de psicoeducació més complet amb més sessions, amb un seguiment al llarg del temps i estudiar diferents modalitats de psicoeducació. Les noves tecnologies podrien ser una bona eina per aplicar aquesta tècnica. S'estan estudiant possibles modalitats *on-line* i aplicacions que puguin resultar beneficioses pel TB.

## 7. Referències bibliogràfiques

- Aldinger, F., i Schulze, T. G. (2017). Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 71(1), 6–17. <https://doi.org/10.1111/pcn.12433>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnòstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5ªed). Madrid: Médica Panamericana.
- Antosik-Wójcińska, A. Z., Stefanowski, B., i Świącicki, Ł. (2015). Efficacy and safety of antidepressant's use in the treatment of depressive episodes in bipolar disorder - review of research. *Psychiatria polska*, 49(6), 1223–1239. <https://doi.org/10.12740/PP/37914>
- Arrieta, M., i Molero, P. (2019a). Diagnostic and therapeutic protocol for bipolar patient. *Medicine*, 12(86), 5081-5087.
- Arrieta, M., i Molero, P. (2019b). Trastorno bipolar. *Medicine*, 12(86), 5052-5066.
- Baune, B. T., i Malhi, G. S. (2015). A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general functional outcomes in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 17(S2), 41–55. <https://doi.org/10.1111/bdi.12341>
- Berk, M., Post, R., Ratheesh, A., Gliddon, E., Singh, A., Vieta, E., Carvalho, A. F., Ashton, M. M., Berk, L., Cotton, S. M., McGorry, P. D., Fernandes, B. S., Yatham, L. N., i Dodd, S. (2017). Staging in bipolar disorder: from theoretical framework to clinical utility. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(3), 236–244. <https://doi.org/10.1002/wps.20441>
- Bond, K., i Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar disorders*, 17(4), 349–362. <https://doi.org/10.1111/bdi.12287>
- Bravo, M. F., Lahera, G., Lalucat, L., i Fernández-Liria, A. (2013). Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial. *Medicina Clínica*, 141(7), 305.e1-305.e10. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.05.023>
- Buizza, C., Candini, V., Ferrari, C., Ghilardi, A., Saviotti, F. M., Turrina, C., Nobili, G., Sabauda, M., i de Girolamo, G. (2019). The Long-Term Effectiveness of



- Psychoeducation for Bipolar Disorders in Mental Health Services. A 4-Year Follow-Up Study. *Frontiers in psychiatry*, 10(873), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00873>
- Busner, J. i Targum, S. D. (2007). La escala de impresiones clínicas globales: aplicando una herramienta de investigación en la práctica clínica. *Psiquiatría (Edgmont)*, 4(7), 28–37.
- Cabrera, J. (2018). Psicoeducación en trastorno bipolar. Programa de Enfermedades Afectivas (PEA). *Psiquiatría y salud mental*, 35(3/4), 196-206.
- Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Caldera, M. T., Ermentini, R., Ghilardi, A., Nobili, G., Pioli, R., Sabauda, M., Sacchetti, E., Saviotti, F. M., Seggioli, G., Zanini, A., i de Girolamo, G. (2013). Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *Journal of affective disorders*, 151(1), 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.069>
- Castaño, O. M., Gómez, S. M., Lemos, R., Valderrama, A., i Castro, J.C. (2018). Relación del funcionamiento cognitivo con variables clínicas en pacientes con trastorno bipolar tipo I. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 47(4), 204-210.
- Chen, R., Zhu, X., Capitão, L. P., Zhang, H., Luo, J., Wang, X., Xi, Y., Song, X., Feng, Y., Cao, L., i Malhi, G. S. (2019). Psychoeducation for psychiatric inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder: A randomized controlled trial. *Bipolar disorders*, 21(1), 76–85. <https://doi.org/10.1111/bdi.12642>
- Chiang, K. J., Tsai, J. C., Liu, D., Lin, C. H., Chiu, H. L., i Chou, K. R. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Plos one*, 12(5), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176849>
- Cipriani, A., Reid, K., Young, A. H., Macritchie, K., i Geddes, J. (2013). Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), 1-57. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003196.pub2>
- Cipriani, G., Danti, S., Carlesi, C., Cammisuli, D. M., i Di Fiorino, M. (2017). Bipolar Disorder and Cognitive Dysfunction: A Complex Link. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(10), 743–756. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000720>

- Colom, F. (2017). The role of psychoeducation in the management of bipolar disorder. Dins A. F. Carvalho i E. Vieta (Eds.), *The treatment of bipolar disorder: Integrative clinical strategies and future directions* (p. 172–180). Oxford University Press.
- Colom, F., i Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Medica.
- Colom, F., i Vieta, E. (2008). *De la euforia a la tristeza. El trastorno bipolar: cómo conocerlo y tratarlo para mejorar la vida*. Madrid: La esfera de los libros, S.L.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez, A., Garcia, M., Reinares, M., Torrent, C., Goikolea, J. M., Banús, S., i Salamero, M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina Clínica*, 119(10), 366–371. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73419-2](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73419-2)
- Conroy, S., Francis, M., i Hulvershorn, L. A. (2018). Identifying and treating the prodromal phases of bipolar disorder and schizophrenia. *Current treatment options in psychiatry*, 5(1), 113–128. <https://doi.org/10.1007/s40501-018-0138-0>
- De Assis da Silva, R., Mograbi, D. C., Silveira, L. A., Nunes, A. L., Novis, F. D., Landeira-Fernandez, J., i Cheniaux, E. (2015). Insight Across the Different Mood States of Bipolar Disorder. *The Psychiatric quarterly*, 86(3), 395–405. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9340-z>
- De las Cuevas, C., i Sanz, E. J. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de psicología y salud*, 7(1), 25-30.
- Depp, C. A., Mausbach, B. T., Harmell, A. L., Savla, G. N., Bowie, C. R., Harvey, P. D., i Patterson, T. L. (2012). Meta-analysis of the association between cognitive abilities and everyday functioning in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 14(3), 217–226.
- Ductor, M<sup>a</sup> J. (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., Baniasadi, M., Fayyazi Bordbar, M. R., Pourgholami, M., Ahrari, S., i 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), 21–28.

Fries, G. R., Vasconcelos-Moreno, M. P., Gubert, C., dos Santos, B. T., Sartori, J., Eisele, B., Ferrari, P., Fijtman, A., Rüegg, J., Gassen, N. C., Kapczinski, F., Rein, T., i Kauer-Sant'Anna, M. (2014). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction and illness progression in bipolar disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyu043>

Geddes, J. R., i Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1672–1682. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60857-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60857-0)

Geoffroy, P. A., Bellivier, F., Scott, J., i Etain, B. (2014). Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. *Journal of affective disorders*, 168, 210–223. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.002>

González, I., Ugarte, A., Ruiz de Azúa, S., Núñez, N., Zubia, M., Ponce, S., Casla, P., Llano, J. X., Faria, Á., i González-Pinto, A. (2016). Online psycho-education to the treatment of bipolar disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(452), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1159-0>

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., i Vieta, E. (2016). Desorden bipolar. *The Lancet*, 387 (10027), 1561-1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [GPCMDA]. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. Recuperat de: [http://www.quiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.quiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar [GPCTB]. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. UAH / AEN Núm. 2012. Recuperat de: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCTrastornobipolar.pdf>

- Gumus, F., Buzlu, S., i Cakir, S. (2015). Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder; a controlled study. *Archives of psychiatric nursing*, 29(3), 174–179. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.01.005>
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Harrison, P. J., Cipriani, A., Harmer, C. J., Nobre, A. C., Saunders, K., Goodwin, G. M., i Geddes, J. R. (2016). Innovative approaches to bipolar disorder and its treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1366(1), 76–89. <https://doi.org/10.1111/nyas.13048>
- Javadpour, A., Hedayati, A., Dehbozorgi, GR., i Azizi, A. (2013). The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life, rate of relapse, and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian J. Psychiatr*, 6(3): 208-213.
- Jawad, I., Watson, S., Haddad, P. M., Talbot, P. S., i McAllister-Williams, R. H. (2018). Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8(12), 349–363. <https://doi.org/10.1177/2045125318804364>
- Joas, E., Bäckman, K., Karanti, A., Sparding, T., Colom, F., Pålsson, E., i Landén, M. (2019). Psychoeducation for bipolar disorder and risk of recurrence and hospitalization - a within-individual analysis using registry data. *Psychological medicine* 50(6), 1043-1049. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001053>
- Joshi, A., Bow, A., i Agius, M. (2019). Pharmacological Therapies in Bipolar Disorder: a Review of Current Treatment Options. *Psychiatria Danubina*, 31(3), 595–603.
- Kassaoui, H., Bouhleb, S., Nakhli, J., Ben Mahmoud, I., Ben Nasr, S., i Ben Hadj Ali, B. (2016). Factors related to treatment compliance in bipolar disorder. *La Tunisie medicale*, 94(1), 60–65.
- MacQueen, G. M., i Memedovich, K. A. (2017). Cognitive dysfunction in major depression and bipolar disorder: Assessment and treatment options. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 71(1), 18–27. <https://doi.org/10.1111/pcn.12463>

- McCormick, U., Murray, B., i McNew, B. (2015). Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(9), 530–542. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12275>
- Miklowitz, D. J., i Chung, B. (2016). Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Family process*, 55(3), 483–499. <https://doi.org/10.1111/famp.12237>
- Miklowitz, D.J. (2016). Tratamiento coadyuvante para el trastorno bipolar: actualización de las evidencias. *RET: Revista de toxicomanías*, (78), 26-40. [https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret\\_78\\_trastorno\\_bipolar.pdf](https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_78_trastorno_bipolar.pdf)
- Miziou, S., Tsitsipa, E., Moysidou, S., Karavelas, V., Dimelis, D., Polyzoidou, V., i Fountoulakis, K.N. (2017). El tratamiento psicosocial y las intervencions para el trastorno bipolar: una revisión sistemàtica. *RET: Revista de Toxicomanías*, 79, 3-12. [https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret\\_79\\_1\\_trastorno\\_bipolar\\_tratamiento\\_psicosocial.pdf](https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_79_1_trastorno_bipolar_tratamiento_psicosocial.pdf)
- Moncrieff, J. (2018). El litio y otros fármacos para el trastorno maníaco-depresivo y bipolar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 283-299. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n133/0211-5735-raen-38-133-0283.pdf>
- Morton, E., Michalak, E. E., Hole, R., Buzwell, S., i Murray, G. (2018). 'Taking back the reins' - A qualitative study of the meaning and experience of self-management in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 228, 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.018>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2020). *Bipolar disorder: assessment and management*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Navarro, S., Rodríguez, F., Acosta, F.J., i García, M. (2016). Variables asociadas a la no adherencia en pacientes con trastorno bipolar en estabilidad clínica. *Actas españolas de Psiquiatría*, 44(5), 157-165.

- Nicholas, J., Boydell, K., i Christensen, H. (2017). Self-management in young adults with bipolar disorder: Strategies and challenges. *Journal of affective disorders*, 209, 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.040>
- Novick, D. M., i Swartz, H. A. (2019). Evidence-Based Psychotherapies for Bipolar Disorder. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 17(3), 238–248. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190004>
- Okasha, T. A., Radwan, D. N., Elkholy, H., Hendawy, H., Shourab, E., Teama, R., i Abdelgawad, A. S. (2020). Psycho-demographic and clinical predictors of medication adherence in patients with bipolar I disorder in a university hospital in Egypt. *The South African journal of psychiatry: SAJP*, 26, 1-9. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v26i0.1437>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Washington, D.C. Recuperat de: [https://www.who.int/mental\\_health/management/psychotropic\\_book\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf) [f capitol 5](#)
- Ortiz Ó. M. (2012). Comorbilidad por abuso de sustancias en el trastorno bipolar [Drug Abuse Comorbidity in Bipolar Disorder]. *Revista colombiana de psiquiatria*, 41(2), 371–383. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60011-1](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60011-1)
- Pakpour, A. H., Modabbernia, A., Lin, C. Y., Saffari, M., Ahmadzad Asl, M., i Webb, T. L. (2017). Promoting medication adherence among patients with bipolar disorder: a multicenter randomized controlled trial of a multifaceted intervention. *Psychological medicine*, 47(14), 2528–2539. <https://doi.org/10.1017/S003329171700109X>
- Peters, A., Peckham, A., Stange, J., Sylvia, L., Hansen, N., Salcedo, S., Rauch, S., Nierenberg, A., Dougherty, D., i Deckersbach, T. (2014a). Correlates of real world executive dysfunction in bipolar I disorder. *Journal of psychiatric research*, 53, 87–93. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.02.018>
- Peters, A., Sylvia, L., Magalhães, P., Miklowitz, D., Frank, E., Otto, M., Hansen, N., Dougherty, D., Berk, M., Nierenberg, A., i Deckersbach, T. (2014b). Age at onset, course of illness and response to psychotherapy in bipolar disorder: results from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-

- BD). *Psychological medicine*, 44(16), 3455–3467. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000804>
- Phillips, M.L., i Kupfer D.J. (2013). Diagnóstico del trastorno bipolar: desafíos y direcciones futuras. *The Lancet*, 381(9878), 1663-1671. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60989-7)
- Pino, Ó., Guilera, G., Gómez, J., Rojo, J. E., Vallejo, J., i Purdon, S. E. (2006). Escala breve para evaluar el deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos. *Psicothema*, 18(3), 447-452.
- Pino, O., Guilera, G., Rojo, J. E., Gómez-Benito, J., Bernardo, M., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M.J., Franco, M., Martínez-Aran, A., Segarra, N., Tabarés-Seisdedos, R., Vieta, E., Purdon, S.E., Díez, T., i Rejas, J. (2008). Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): Psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 139-148. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.012>
- Pino, O., Guilera, G., Rojo, J.E., Gómez-Benito, J., i Purdon, S.E. (2014). *SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatria*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.U.
- Pomarol-Clotet, E., Alonso-Lana, S., Moro, N., Sarró, S., Bonnin, M. C., Goikolea, J. M., Fernández-Corcuera, P., Amann, B. L., Romaguera, A., Vieta, E., Blanch, J., McKenna, P. J., i Salvador, R. (2015). Brain functional changes across the different phases of bipolar disorder. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 206(2), 136–144. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152033>
- Prasko, J., Ociskova, M., Kamaradova, D., Sedlackova, Z., Cerna, M., Mainerova, B., i Sandoval, A. (2013). Bipolar affective disorder and psychoeducation. *Neuro endocrinology letters*, 34(2), 83–96.
- Reinares, M., Colom, F., Solé, B., i Vieta, E. (2014a). Intervenciones psicológicas y psicoeducativas. Dins E. Vieta, i I. Pacchiarotti, *Novedades en el tratamiento del Trastorno Bipolar* (pp. 85-98). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Reinares, M., Sánchez, J., i Fountoulakis, K. N. (2014b). Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when. *Journal of affective disorders*, 156, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.017>

- Ríos, J.A., i Escudero, C. (2017). Características Neuropsicológicas y bases biológicas y conceptuales del Trastorno Afectivo Bipolar. *Katharsis*, 24, 239-268.
- Ruiz, A.I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J.M., Cuppa, S., i García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 111-119.
- Sahoo, M. K., Chakrabarti, S., i Kulhara, P. (2012). Detection of prodromal symptoms of relapse in mania and unipolar depression by relatives and patients. *The Indian journal of medical research*, 135(2), 177–183.
- Salcedo, S., Gold, A. K., Sheikh, S., Marcus, P. H., Nierenberg, A. A., Deckersbach, T., i Sylvia, L. G. (2016). Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *Journal of affective disorders*, 201, 203–214. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.018>
- Sarkhel, S., Singh, O. P., i Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian journal of psychiatry*, 62(2), S319–S323. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_780\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19)
- Sierra, P., Gallach, E., Echevarría, H., García, A., i Livianos, L. (2016). ¿Qué pueden aportar actualmente las nuevas tecnologías al trastorno bipolar? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 45-56.
- Solé, B., Jiménez, E., Torrent, C., Reinares, M., Bonnin, C., Torres, I., Varo, C., Grande, I., Valls, E., Salagre, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Carvalho, A. F., i Vieta, E. (2017). Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: Treatment and Prevention Strategies. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 20(8), 670–680. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx032>
- Soo, S. A., Zhang, Z. W., Khong, S. J., Low, J., Thambyrajah, V. S., Alhabsyi, S., Chew, Q. H., Sum, M. Y., Sengupta, S., Vieta, E., McIntyre, R. S., i Sim, K. (2018). Randomized Controlled Trials of Psychoeducation Modalities in the Management of Bipolar Disorder: A Systematic Review. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(3), 17r11750. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r11750>
- Steardo, L., Jr, Luciano, M., Sampogna, G., Zinno, F., Saviano, P., Staltari, F., Segura Garcia, C., De Fazio, P., i Fiorillo, A. (2020). Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a



- real-world, controlled trial. *Annals of general psychiatry*, 19(15), 1-7.  
<https://doi.org/10.1186/s12991-020-00266-7>
- Stokes, P., Kalk, N. J., i Young, A. H. (2017). Bipolar disorder and addictions: the elephant in the room. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 211(3), 132–134. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.193912>
- Subramanian, K., Sarkar, S., Kattimani, S., Philip Rajkumar, R., i Pencilaiya, V. (2017). Role of stressful life events and kindling in bipolar disorder: Converging evidence from a mania-predominant illness course. *Psychiatry research*, 258, 434–437.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.073>
- Takaesu, Y. (2018). Circadian rhythm in bipolar disorder: A review of the literature. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 72(9), 673–682.  
<https://doi.org/10.1111/pcn.12688>
- Tondo, L., Vázquez, G. H., i Baldessarini, R. J. (2017). Depression and Mania in Bipolar Disorder. *Current neuropharmacology*, 15(3), 353–358.
- Tremain, H., Fletcher, K., Scott, J., McEnery, C., Berk, M., i Murray, G. (2019). Does stage of illness influence recovery-focused outcomes after psychological treatment in bipolar disorder? A systematic review protocol. *Systematic reviews*, 8(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1042-4>
- Turchi, F., Amodeo, G., Favaretto, E., Righini, S., Mellina, E., La Mela, C., i Fagiolini, A. (2016). Le basi neurali della cognizione sociale nel disturbo bipolare [Neural basis of social cognition in bipolar disorder]. *Rivista di psichiatria*, 51(5), 177–189.  
<https://doi.org/10.1708/2476.25886>
- Vieta, E. i Pacchiarotti, I. (2014). *Novedades en el Tratamiento del Trastorno Bipolar*. (3ed). Eureka: Medica Panamericana.
- Vieta, E., i Colom, F. (2014). *Convivir con el Trastorno Bipolar* (2a ed.). Madrid: Editorial Medica Panamericana, S.A.
- Vieta, E., i Valentí, M. (2013). Pharmacological management of bipolar depression: acute treatment, maintenance, and prophylaxis. *CNS drugs*, 27(7), 515–529.  
<https://doi.org/10.1007/s40263-013-0073-y>
- Vieta, E., Salagre, E., Grande, I., Carvalho, A. F., Fernandes, B. S., Berk, M., Birmaher, B., Tohen, M., i Suppes, T. (2018). Early Intervention in Bipolar Disorder. *The*

*American journal of psychiatry*, 175(5), 411–426.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17090972>

Vinacour, C. A., Rodríguez, G., García, R., i Young, B. (2018). Evolución de los niveles de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes bipolares que participaron de un taller de psicoeducación [Evolution of the levels of the caregiver burden in bipolar patients' family members who participated in a psychoeducational workshop]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, XXIX(140), 288–298.

Vrabie, M., Marinescu, V., Talaşman, A., Tăutu, O., Drima, E., i Micluţia, I. (2015). Cognitive impairment in manic bipolar patients: important, understated, significant aspects. *Annals of general psychiatry*, 14(41), 1-10.  
<https://doi.org/10.1186/s12991-015-0080-0>

Ye, B. Y., Jiang, Z. Y., Li, X., Cao, B., Cao, L. P., Lin, Y., Xu, G. Y., i Miao, G. D. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 70(8), 351–361. <https://doi.org/10.1111/pcn.12399>

Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., i Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 133(5), 429–435. <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>

Zarabanda, M., García, M., Salcedo, D., i Lahera, G. (2015). Trastorno bipolar. *Medicine*, 11(85), 5075-5085.