



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA



MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Estudio Descriptivo Transversal de  
Variables Sociodemográficas y Clínicas De  
Personas Con Trastorno Bipolar

Alumna: María Adrados Hernández

Directora de TFM: Irene López Gómez

24 de Mayo de 2022

Universidad Pontificia de Comillas

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	3
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b> .....	4
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	14
<b>III. METODOLOGÍA</b> .....	17
<b>DISEÑO</b> .....	17
<b>PARTICIPANTES</b> .....	17
<b>VARIABLES E INSTRUMENTOS</b> .....	18
<b>PROCEDIMIENTO</b> .....	19
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	21
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	22
<b>ANÁLISIS DESCRIPTIVOS</b> .....	22
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICOS</b> .....	29
<b>V. DISCUSIÓN</b> .....	33
<b>VI. REFERENCIAS</b> .....	40
<b>VII. ANEXOS</b> .....	51
<b>Anexo 1. Cuestionario de Bienvenida ABM</b> .....	51
<b>Anexo 2. Consentimiento Certificado de Investigación</b> .....	56

## RESUMEN

El trastorno bipolar es uno de los trastornos afectivos que más comorbilidad presenta cuya sintomatología influye negativamente en diferentes ámbitos de la vida del afectado. En muchas ocasiones, es tal la influencia de la sintomatología que es necesario el ingreso hospitalario. La intervención cognitivo-conductual junto con el tratamiento farmacológico han demostrado ser eficaces en el proceso de recuperación del trastorno bipolar. El presente estudio descriptivo transversal pretende analizar la relación entre diferentes variables sociodemográficas y clínicas de los usuarios con trastorno bipolar de la Asociación Bipolar de Madrid. La muestra seleccionada fue de N=61 y el instrumento principal utilizado fue la encuesta. Los datos obtenidos fueron registrados en el programa estadístico SPSS, a través del cual se describieron y analizaron. Los resultados muestran que los participantes que habían recibido una psicoeducación acerca de los derechos que tienen como personas diagnosticadas con trastorno mental, presentaban un mayor conocimiento de los recursos públicos existentes, así como una mejor adherencia al tratamiento farmacológico. Además, los participantes que recibían asistencia psiquiátrica más frecuentemente, también presentaban una adherencia al tratamiento farmacológico más significativa. La psicoeducación ha resultado ser una herramienta efectiva para el tratamiento del trastorno bipolar, no obstante, el trabajo multidisciplinar resulta esencial para mejorar la calidad de vida del usuario.

**Palabras Clave:** “Trastorno Bipolar”, “Tratamiento farmacológico”, “Atención psiquiátrica”, “Atención psicológica” y “Psicoeducación”.

## ABSTRACT

Bipolar disorder is one of the affective disorders that presents the most comorbidity, whose symptoms negatively influence different areas of the affected person's life. On many occasions, the influence of the symptoms is such that hospital admission is necessary. Cognitive-behavioral intervention together with pharmacological treatment have been shown to be effective in the recovery process of bipolar disorder. This descriptive cross-sectional study aims to analyze the relationship between different sociodemographic and clinical variables of users with bipolar disorder from the Bipolar Association of Madrid. The selected sample was N=61 and the main instrument used was the survey. The data obtained were registered in the statistical program SPSS, through which they were described and analyzed. The results show that the participants who had received psychoeducation about the rights they have as people diagnosed with mental disorders, presented a greater knowledge of existing public resources, as well as

better adherence to pharmacological treatment. In addition, the participants who received psychiatric care more frequently also had a more significant adherence to pharmacological treatment. Psychoeducation has turned out to be an effective tool for the treatment of bipolar disorder, however, multidisciplinary work is essential to improve the user's quality of life.

**Key Words:** "Bipolar Disorder", "Pharmacological Treatment", "Psychiatric Assistance", "Psychological Assistance" and "Psychoeducation".

## I. INTRODUCCIÓN

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El Trastorno Bipolar es un tipo de trastorno afectivo que consiste en una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por presentar episodios tanto maníacos como depresivos. Existen dos tipos de diagnóstico en el trastorno bipolar. El trastorno bipolar I se caracteriza por la presencia de episodios maníacos y episodios hipomaníacos. Por otro lado, el trastorno bipolar II se caracteriza por la presencia de episodios hipomaníacos y episodios maníacos. Dichas alteraciones del estado de ánimo afectan negativamente en el funcionamiento social o laboral, siendo necesario en muchas ocasiones el ingreso hospitalario (APA, 2014). El trastorno bipolar presenta una prevalencia entre un 0,2% y un 1,2% de la población general donde la edad de comienzo se encuentra en torno a los 20-25 años, siendo un 25% de los casos aproximadamente diagnosticados antes de los 17 años (Valdivieso-Jiménez, 2020).

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), la presencia de humor alterado, conductas de riesgo, variaciones en la autoestima, la ausencia de necesidad de sueño, una mayor actividad motora y ausencia o escasa capacidad de concentración es una sintomatología característica que pueden presentar los sujetos que padecen trastorno bipolar (MSSSI, 2014).

El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales que más comorbilidad presenta con diferentes trastornos como son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad

(TDAH), ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, y en mayor medida presenta una alta comorbilidad con la depresión mayor (Hernández-Martínez y Ochoa-Madrigal, 2020).

Kessler et al (1997), evidenciaron que el 92,1% de los pacientes que sufrían trastorno bipolar también sufren trastornos de ansiedad, donde se destaca especialmente el trastorno de ansiedad generalizada, así como, el 71% de los mismos sufren trastorno por uso de sustancias (TUS) (Kessler et al., 1997). El trastorno de personalidad presenta una comorbilidad de entre el 30%-50% entre los pacientes con trastorno bipolar (Rosenbluth et al., 2012; Brieger et al., 2003), mientras que en el caso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es del 23% (Kessler et al., 2006; Wingo y Gahemi, 2007). El trastorno negativista desafiante (TND) presenta una comorbilidad del 46% con el trastorno bipolar (Axelson et al, 2006). McElroy et al (2001), evidenció en un estudio que un 65% de los pacientes que padecían trastorno bipolar presentaban una comorbilidad con otros trastornos del Eje I como la ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor entre otros.

La patología dual es un tipo de patología que engloba la presencia simultánea de un trastorno adictivo y un trastorno mental. En la patología dual, la comorbilidad entre el trastorno bipolar y el trastorno por uso de sustancias (TUS) es muy frecuente, siendo dicho trastorno mental el más vinculado con el consumo de sustancias (Regier et al., 1990). Dentro de la patología dual, la vulnerabilidad que presentan los pacientes es uno de los principales factores de riesgo. Se ha encontrado evidencia sobre la presencia de un mayor consumo por parte de los pacientes durante los episodios de manía, al contrario que en las fases depresivas donde disminuye el consumo (Levin y Hennessy, 2004).

Los trastornos bipolares constituyen un grupo de trastornos mentales crónicos y recurrentes, con un gran impacto a nivel social y familiar. El trastorno bipolar es uno de los

trastornos mentales en los que más riesgo de suicidio (suicidio consumado, intentos de suicidio e ideación suicida) se produce, especialmente durante episodios depresivos prolongados. Entre los sujetos que padecen trastorno bipolar, un 20-25% intenta suicidarse al menos una vez a lo largo de su vida (Arrieta et al., 2019). La edad temprana en la que aparece la enfermedad, el sexo femenino, la comorbilidad con un trastorno de ansiedad y la existencia de un antecedente de suicidio familiar son factores que aumentan la probabilidad de que el paciente presente conductas suicidas (Arrieta et al., 2019). Además, el trastorno bipolar de tipo II es el que presenta mayor número de recaídas, altas tasas de patología psiquiátrica asociada y mayores conductas suicidas (Arrieta et al., 2019). No obstante, la comorbilidad existente entre el trastorno bipolar y el TUS incrementa la tasa de riesgo de suicidio en esta población. En torno a un 61,9% de los pacientes que padecen un trastorno bipolar son diagnosticados de TUS, es decir, presentan una patología dual asociada a una mayor probabilidad de comorbilidad y riesgo de conducta suicida (Hernández et al., 2019).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las más destacadas dentro del estudio de los trastornos mentales que explica el origen del trastorno bipolar. Uno de los objetivos principales de la TCC empleada en sujetos con trastorno bipolar es modificar pensamientos, creencias y conductas desadaptativas para establecer otras más adaptativas y positivas (González-Suarez y Duarte-Climents, 2014). La TCC explica la sintomatología depresiva del trastorno bipolar a través de la aparición de pensamientos distorsionados y conductas desadaptativas que obstaculizan el funcionamiento cotidiano del sujeto. Esta falta de funcionalidad hace que el individuo reaccione con estrés ante las situaciones que no puede afrontar adecuadamente promoviendo el inicio de síntomas tanto maníacos como hipomaniacos (Chávez-León et al., 2014).

Newman et al (2005), evidenciaron la importancia del factor hereditario en el trastorno bipolar. Dicho trastorno presenta un importante historial genético, por lo que, la probabilidad

de que un sujeto desarrolle un trastorno bipolar presentando antecedentes familiares del trastorno es mayor que la presenta un sujeto que no presenta antecedentes familiares con trastorno bipolar (Newman et al., 2005). No obstante, en la actualidad también se ha demostrado que el contexto o ambiente donde se desarrolla el sujeto también puede influir en el desarrollo del trastorno bipolar (Gómez, 2008). El modelo diátesis-estrés se encuentra estrechamente relacionado con lo mencionado anteriormente ya que establece una clara conexión entre los factores personales del sujeto y la respuesta que expresa éste ante tales situaciones de estrés negativas, esto es lo que hace que aumente la vulnerabilidad de los sujetos y les predispone a que puedan desarrollar el trastorno (Vázquez et al., 2010).

Hay que tener en cuenta que la mera exposición a una situación o factor estresante no desencadena una crisis en el sujeto, sino que el estilo cognitivo a través del cual el sujeto procesa estas situaciones estresantes y ofrece una respuesta ante ellas influye notablemente (Newman et al., 2005). Cuando el sujeto presenta un estilo cognitivo negativo, da respuestas desajustadas ante eventos estresantes y esto puede desencadenar el comienzo de un episodio o crisis (Newman et al., 2005). La aparición de episodios maníacos o depresivos pueden desencadenarse a partir de dicha respuesta inadecuada a los pensamientos y creencias desadaptativas (Newman et al., 2005). La intervención cognitivo-conductual tiene la finalidad de que el sujeto reconozca e identifique tales pensamientos desadaptativos y creencias irracionales para que pueda reestructurarlos eligiendo otras opciones de pensamiento más adaptativas logrando un cambio en los procesos de pensamiento (Hernández y Sánchez, 2007).

Mansell et al (2007), crearon el Modelo Cognitivo Integrativo (ICM) para explicar los cambios de humor producidos por el trastorno bipolar. El modelo cognitivo integrativo establece que la desregulación del estado de ánimo causada por el trastorno bipolar es debida a situaciones extremas, personales y valoraciones conflictivas de cambios que se producen en el estado interno de la persona, entendiendo estado interno como el conjunto de cogniciones,

sentimientos, síntomas fisiológicos y comportamientos del sujeto. Este modelo pone de manifiesto que los sujetos con trastorno bipolar ponen en marcha intentos de control contraproducentes (comportamientos de ascenso y descenso) que mantienen o incrementan los síntomas (Mansell et al., 2007). Este modelo, ha desarrollado un nuevo enfoque denominado “*Think Effectively About Mood Swings (TEAMS)*” para aumentar la conciencia de los sujetos hacia dichas valoraciones conflictivas y con la finalidad de que adquieran las habilidades de afrontamiento adecuadas para regular el estado de ánimo (Mansell et al., 2015).

La APA (1994) ha afirmado que no existe un tratamiento curativo para el trastorno bipolar, no obstante, si existe un tratamiento alternativo cuyo objetivo es disminuir la frecuencia y gravedad de la sintomatología y mejorar el funcionamiento psicosocial del paciente para que pueda desarrollar una vida lo más normalizada posible (APA, 1994).

En cuanto al tratamiento farmacológico, los estabilizadores del estado de ánimo son uno de los fármacos más empleados. No obstante, es un error considerar el litio como la cura para el trastorno bipolar (Kupfer y Frank, 1997) ya que el incumplimiento de la medicación, dosis y educación del paciente que en muchas ocasiones es escasa influye negativamente en el curso de la enfermedad (Frank et al., 1999). Por otro lado, pacientes que han realizado un correcto tratamiento ajustándose a una adecuada medicación no han logrado lograr una completa recuperación manifestando síntomas tanto sintomáticos como funcionales (Prien y Rush, 1996).

En la actualidad, tanto los tratamientos psicológicos como las intervenciones sociales son fundamentales en el proceso de recuperación de pacientes que padecen trastorno bipolar. Dichas intervenciones tienen como principal objetivo lograr una correcta adherencia al tratamiento, disminución de ingresos hospitalarios y recaídas, y mejorar la calidad de vida de los sujetos (Craighead et al., 1998). La psicoeducación, la TCC individual, la terapia



interpersonal y la terapia familiar han demostrado ser tratamientos psicológicos eficaces (Craighead et al., 1998).

Dejando atrás las principales vías de tratamiento que suelen llevarse a cabo en el proceso de recuperación de sujetos con trastorno bipolar, es importante resaltar la importancia que presentan otras variables personales en tal proceso. Johnson et al (1999) evidencia en su estudio la importancia que presenta el apoyo social que recibe el paciente a la hora de lograr una recuperación más rápida, al mismo tiempo que se reduce la vulnerabilidad de padecer un episodio depresivo a lo largo del tiempo. Rojas (2008) también afirma que la ausencia o déficit de apoyo social se encuentra asociado a un descenso de la calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar.

En cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con el trastorno bipolar, la no adherencia al tratamiento es un problema muy prevalente y frecuente en el trastorno bipolar que puede conllevar diversas consecuencias (Pérez et al., 2016). Un estudio demostró que un 36,8% de los pacientes no se adhirieron al tratamiento mostrando una mayor preocupación por la medicación, un peor funcionamiento personal, mayor número de episodios y una mayor comorbilidad con otros trastornos como el consumo de tóxicos (Pérez et al., 2016).

El funcionamiento cognitivo es una de las variables que está más asociada al pronóstico del trastorno bipolar (Castaño et al., 2018). La literatura evidencia que existe una relación estadística significativa entre el nivel educativo en años del paciente y la edad en la que se inició el trastorno con alteraciones en el funcionamiento cognitivo (Castaño et al., 2018). El inicio del trastorno a una edad temprana y un menor nivel educativo se asocian a una mayor alteración cognitiva en pacientes con trastorno bipolar (Castaño et al., 2018). Ghisays (2007), también evidencia que los pacientes con trastorno bipolar presentan un déficit en el funcionamiento cognitivo en comparación con las personas que no padecen este trastorno. En

relación a este estudio, Rojas (2008) estableció que la incapacidad laboral se asociaba a un aumento de ingresos hospitalarios, adicción al tabaco y un menor nivel de estudios en pacientes con trastorno bipolar. Vasconcelos-Moreno et al. (2016) concluyeron que variables como el número de ingresos hospitalarios, el número de recaídas, la gravedad del trastorno, la cronicidad y los síntomas residuales presentaban un impacto negativo en la neurocognición. De la misma manera que variables relacionadas con la duración de la enfermedad, la medicación, el abuso de sustancias y la presencia de sintomatología psicótica también estaban relacionadas con el incremento de alteraciones cognitivas (Cullen et al., 2016; Duarte et al., 2016). La presencia de alteraciones cognitivas en este tipo de pacientes se encuentra directamente relacionada con la disminución de funcionalidad psicosocial y laboral de los mismos a pesar de presentar una estabilidad clínica (Bonnin y Burdick, 2010).

El trastorno bipolar es el trastorno mental del eje I más asociado al consumo de drogas en población general (Regier et al., 1990). En la actualidad, la prevalencia del consumo de tabaco es de un 20% en la población general, mientras que en pacientes con trastorno bipolar la prevalencia asciende a un 66% (Becoña & Míguez, 2004). Jackson y colaboradores (2015) realizaron un metaanálisis que englobaba 16 países donde la prevalencia de consumo de tabaco era mayor en sujetos con trastorno bipolar en comparación con la población general. El consumo de tabaco es el principal factor de mortalidad que se puede prevenir en los fumadores con trastorno bipolar cuyo cese se encuentra impedido por prejuicios que presentan dichos sujetos acerca del *craving* y riesgos derivados del cese del tabaquismo (González-Pinto et al., 1998; Sarramea et al., 2019). El consumo de tabaco en pacientes con trastorno bipolar tiene importantes consecuencias como son un aumento del riesgo suicida, un aumento de la comorbilidad por el consumo de otras sustancias, una mayor mortalidad por causas somáticas y dificultad del paciente para dejar el hábito (Díaz-Jiménez et al., 2012). Los resultados obtenidos en otro estudio demuestran que el grupo de intervención formado por fumadores

activos en su mayoría eran varones, separados o divorciados, desempleados y con certificado de discapacidad (Sarramea et al., 2018). No se encontraron diferencias con variables relacionadas con el nivel de educación, presencia de síntomas psicóticos o tratamiento farmacológico recibido (Sarramea et al., 2018).

Además del consumo de tabaco, existe una alta prevalencia de consumo de cannabis en pacientes con trastorno bipolar. El consumo de cannabis es un factor de pronóstico negativo ya que influye negativamente en la evolución del trastorno, además de disminuir la probabilidad de recuperación clínica, causar un peor funcionamiento global del sujeto y aumentar la probabilidad de sufrir episodios maníacos (Arias et al., 2020). Un estudio realizado por Lagerberg y colaboradores (2011), evidenció que los sujetos que habían consumido cannabis de forma diaria durante su adolescencia presentaron un inicio precoz del trastorno.

Existe una gran relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad en sujetos con trastorno bipolar, como la destacada por Samalin et al. (2017) en la que el déficit cognitivo tenía un impacto negativo en áreas personales del sujeto como la autonomía, el funcionamiento cognitivo y las relaciones interpersonales. Relacionado con las relaciones interpersonales, los sujetos con trastorno bipolar han presentado un déficit en la cognición social (Bora et al., 2016; Konstantakopoulos et al., 2016; Mitchell y Young, 2016; Temmerman et al., 2015). Si lo vinculamos con las variables mencionadas anteriormente, diversos estudios evidencian que los déficits en la cognición social pueden estar influenciados por la medicación (Temmerman et al., 2015), los déficits en el funcionamiento cognitivo tienen un impacto negativo en la cognición social (Konstantakopoulos et al., 2016; Samamé et al., 2015; Santos et al., 2017; Temmerman et al., 2015), y un mayor número de episodios psicóticos también está relacionado con un mayor déficit en la cognición social (Konstantakopoulos et al., 2016; Mitchell y Young., 2016). Todo ello a su vez, está asociado a una disminución de la funcionalidad de estos sujetos (Bora et al., 2016; Konstantakopoulos et al., 2016).

En lo referente a la variable de género, López et al. (2010), encontraron que el comienzo del trastorno es más frecuente que se presente con una fase maniaca en hombres habiendo presentado episodios psicóticos previos, mientras que, las mujeres presentan con mayor frecuencia episodios depresivos previos. Por otro lado, Valdivieso-Jiménez (2020) con la realización de su estudio concluyó que la prevalencia del trastorno bipolar en mujeres era de un 63,5%. En cuanto a la edad, un 57,7% se encontraba en el rango de 20-39 años; en cuanto al estado civil, un 69,2% de los pacientes estaban solteros; la religión católica predominó como creencia religiosa en un 73,1% de los pacientes; por último, un 53,8% de los pacientes presentaban un nivel educativo alto (Valdivieso-Jiménez, 2020). Además, el número de hospitalizaciones (46,2%) y el rechazo a la medicación (51,9%) fueron predominantes en pacientes con trastorno bipolar (Valdivieso-Jiménez, 2020).

La psicoeducación es un tipo de intervención que se encuentra basada en el modelo biopsicosocial y proporciona al sujeto una aproximación tanto teórica como práctica hacia la comprensión y afrontamiento de las consecuencias que puede suponer el trastorno bipolar (Pino et al., 2008). Actualmente, se ha convertido en uno de los aspectos más importantes dentro de la práctica clínica para lograr el manejo a largo plazo del trastorno mental (Pino et al., 2008). Este tipo de intervención no solo está enfocado a sujetos que presenten una mala evolución o mala conciencia de la enfermedad, sino que está destinado a pacientes que tienen una buena adherencia al tratamiento cuyo objetivo es emprender estilos de vida sanos basados en hábitos saludables, detección de síntomas prodrómicos e intervención temprana y ejecución terapéutica adecuada (Pino et al., 2008).

La psicoeducación recalca la importancia de la adherencia terapéutica y enseña a los sujetos que padecen trastorno bipolar a identificar los síntomas de forma temprana para prevenir recaídas, un adecuado manejo de los mismos y un funcionamiento diario regular (Pino et al., 2008). El abordaje psicoeducativo es una de las mejores estrategias empleadas destinadas

a que el sujeto con trastorno bipolar controle correctamente su enfermedad y mejore su adaptación social e interpersonal (Colom y Vieta, 2004; Colom et al., 2003; Colom et al., 2004; Colom et al., 2005; Michalak et al., 2005; Perlis et al., 2002). Gracias a las intervenciones psicoeducativas, los pacientes refieren una mayor calidad de vida (Michalak et al., 2005). Además, estos pacientes manifiestan un menor número de ingresos hospitalarios, disminución del número de recaídas (Colom et al., 2003), y mejores resultados en cuanto al tratamiento farmacológico y terapéutico (Colom y Vieta, 2004).

Las personas que padecen trastorno bipolar presentan una importante disfunción interpersonal, grandes dificultades laborales y una disminución de su calidad de vida incluso en periodos de remisión clínica (Herrero, 2016).

Strakowsky y Keck (1998), estudiaron a un grupo de pacientes con trastorno bipolar a los que realizaron un seguimiento de su evolución clínica en cuanto a la mejoría sintomática y mejoría funcional. La mejoría funcional iba a permitir al paciente retomar el nivel de actividad social y laboral que tenía antes del trastorno, no obstante, al cabo de 1 año de seguimiento estos autores encontraron que solo el 35% de los pacientes había logrado una mejoría funcional completa pudiendo retomar una vida plena. La adhesión al tratamiento y calidad del mismo fueron dos de los factores que resultaron clave para retomar este completo nivel de funcionalidad. Un 80% de los propios pacientes con trastorno bipolar manifestaron en una encuesta que el trastorno les había afectado laboralmente (Strejilevich, 2001). Otro estudio reveló que los pacientes con trastorno bipolar presentaban grandes dificultades para mantenerse y retomar su actividad en el mundo laboral a pesar de tener estudios universitarios previos, esto lleva a reflexionar las graves consecuencias tanto personales como sociales que conlleva este trastorno (Montes et al., 2008).

Con la realización del presente estudio descriptivo transversal se espera obtener beneficios tanto para los propios participantes como para la humanidad y el conocimiento científico. A través del análisis de distintas variables sociodemográficas y clínicas de personas con trastorno bipolar se pretende identificar tanto factores de protección como de riesgo para los participantes, y en general, para la población con trastorno bipolar. Por otro lado, en cuanto a la utilidad para la psicología clínica y sanitaria, con la identificación de tales variables se pretende aportar conocimiento que permita en el futuro intervenir sobre estas variables para “proteger” a los usuarios, logrando evitar posibles dificultades, una mejor evolución del trastorno y/o un incremento en su calidad de vida.

## **II. OBJETIVOS**

El objetivo general del presente estudio es analizar la relación entre diferentes variables sociodemográficas y clínicas de los usuarios con Trastorno Bipolar de la Asociación Bipolar de Madrid.

Una vez establecido el objetivo general, se presentan a continuación unos objetivos específicos más detallados asociados a las diferentes hipótesis establecidas:

- El objetivo específico sería analizar si la psicoeducación recibida por parte del usuario está asociada al número de ingresos hospitalarios. Nuestra hipótesis sería que a mayor psicoeducación recibida por el usuario acerca de su enfermedad y proceso de tratamiento farmacológico, menor número de ingresos hospitalarios.
- El objetivo específico sería analizar si la psicoeducación recibida por parte del usuario sobre la enfermedad y el proceso de tratamiento farmacológico, se asocia con la adherencia al tratamiento. Esperamos que, si la persona ha recibido psicoeducación en

cuanto a su enfermedad y el tratamiento farmacológico, tome su medicación en mayor medida que las personas que no han recibido dicha psicoeducación.

- El objetivo específico sería analizar si la adherencia al tratamiento farmacológico se asocia con el consumo de alguna sustancia. Consideramos que las personas que tomen su medicación adecuadamente presentarán un menor consumo de sustancias.
- El objetivo específico sería analizar la relación del consumo de tabaco con padecer trastorno bipolar. Nuestra hipótesis es que el consumo de tabaco es predominante en los usuarios con trastorno bipolar.
- El objetivo específico sería analizar si la posesión o no del certificado de minusvalía está relacionado con el conocimiento de los usuarios sobre sus derechos como personas diagnosticadas con enfermedad mental. Consideramos que las personas en posesión del certificado de minusvalía conocerán sus derechos como personas diagnosticadas con enfermedad mental en mayor medida que los que no tengan dicho certificado.
- El objetivo específico sería analizar si la satisfacción con la atención psiquiátrica y psicológica está relacionada con la adherencia al tratamiento y el consumo de sustancias. Nuestra hipótesis es que las personas con mayor grado de satisfacción con la atención tanto psicológica como psiquiátrica, presentarán una mejor adherencia al tratamiento y un menor consumo de sustancias que las que presenten menor satisfacción con estos servicios.
- El objetivo específico sería analizar si el conocimiento de los usuarios sobre sus derechos como personas diagnosticadas con enfermedad mental está relacionado con el conocimiento de los recursos públicos existentes en la Comunidad de Madrid de Atención para personas con enfermedad mental. Esperamos que las personas que consideran tener conocimientos sobre sus derechos como personas diagnosticadas con enfermedad mental afirmarán tener conocimientos de los recursos públicos existentes

en la Comunidad de Madrid de Atención para personas con enfermedad mental en mayor medida que los que no los tengan.

- El objetivo específico sería analizar si la psicoeducación recibida por los usuarios acerca de su enfermedad está relacionada con recibir atención psiquiátrica y psicológica. Nuestra hipótesis es que los usuarios que han recibido psicoeducación acerca de su enfermedad reciben atención psiquiátrica y psicológica en mayor medida que los que no lo han recibido.
- El objetivo específico sería analizar la relación existente entre el nivel educacional y el consumo de sustancias. Esperamos que las personas con un menor nivel educativo consuman sustancias en mayor medida que las personas con mayor nivel educativo.
- El objetivo específico sería analizar la relación entre la psicoeducación recibida sobre la enfermedad desde el Centro de Salud Mental (CSM) y el grado de satisfacción acerca de la atención tanto psiquiátrica como psicológica recibida. Consideramos que las personas que han recibido psicoeducación sobre la enfermedad, presentarán un mayor grado de satisfacción con la atención tanto psiquiátrica como psicológica recibida que las personas que no la hayan recibido.
- El objetivo específico sería analizar si la edad se relaciona con el consumo de sustancias. Consideramos que, a edades más jóvenes encontraremos un mayor consumo de sustancias que a edades más avanzadas.
- El objetivo específico sería analizar la relación entre los ingresos hospitalarios y la adherencia al tratamiento farmacológico y la variable de género. La hipótesis es que las mujeres presentarán menos ingresos hospitalarios y una mejor adherencia al tratamiento que los hombres.
- El objetivo específico sería analizar la relación entre la frecuencia de la asistencia psiquiátrica recibida y el número de ingresos junto con la adherencia al tratamiento



farmacológico. La hipótesis sería que, a mayor frecuencia de asistencia psiquiátrica, menor número de ingresos y mejor adherencia al tratamiento farmacológico.

- El objetivo específico sería analizar la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el número de ingresos. La hipótesis sería que, las personas que toman un tratamiento farmacológico, presentarán menor número de ingresos que las que no lo toman.
- El objetivo específico sería analizar la relación entre el nivel de satisfacción con la atención psicológica desde el CSM y el tipo de atención recibida. La hipótesis sería que un mayor nivel de satisfacción estaría relacionado con recibir atención privada.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **DISEÑO**

El presente trabajo se basa en la realización de un estudio empírico, concretamente un estudio descriptivo transversal. Este estudio descriptivo transversal permitió establecer diferentes asociaciones entre las variables tanto clínicas como sociodemográficas objeto de estudio de personas con trastorno bipolar.

#### **PARTICIPANTES**

Los participantes que formaron parte del estudio son usuarios/as de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM) que padecen trastorno bipolar. La muestra seleccionada fue de N= 61. Para obtener la muestra se realizó un cribado de los “Cuestionarios de Bienvenida” que se realizaron en la Asociación tanto a los nuevos usuarios/as como a sus familiares. En el presente estudio, solo se tuvieron en cuenta los cuestionarios completados por los usuarios/as con trastorno bipolar.

La muestra estuvo formada por hombres y mujeres cuyas edades se encontraban comprendidas desde los 17 años hasta los 60 años aproximadamente. Se utilizaron los

siguientes criterios de inclusión y exclusión. Como criterios de inclusión, se tuvo en cuenta a usuarios diagnosticados de trastorno bipolar, usuarios mayores de edad y usuarios que hubieran cumplimentado el “Cuestionario de Bienvenida” ofertado por la Asociación Bipolar de Madrid (ABM). Se descartaron usuarios con cualquier otro diagnóstico que no fuera trastorno bipolar, usuarios que fueran menores de edad y usuarios que no hubieran completado el “Cuestionario de Bienvenida” ofertado por la Asociación Bipolar de Madrid (ABM), o que lo hubieran rellenado de forma incompleta.

## **VARIABLES E INSTRUMENTOS**

El principal instrumento utilizado para realizar este estudio es la encuesta, denominada por la asociación como “Cuestionario de Bienvenida”, que rellenó cada usuario/a de nuevo ingreso de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM). Dicha encuesta estaba formada por 26 ítems, cada uno con diferentes opciones de respuesta establecidas entre las que se podía seleccionar una o varias respuestas dependiendo del ítem.

Las variables sociodemográficas y clínicas que se evaluaron en la encuesta se presentan a continuación y la encuesta se presenta de forma completa en el Anexo.

Dentro de las variables demográficas, se encuentra la variable de género (variable categórica dicotómica), grupo de edad (variable cuantitativa), nivel de educación (variable categórica ordinal), ocupación laboral actual y profesión (variable categórica nominal), y personas convivientes (variable categórica nominal).

Dentro de las variables clínicas, se encuentra la posesión del certificado de minusvalía (variable categórica dicotómica), el conocimiento de los derechos como persona con enfermedad mental (variable categórica dicotómica), el conocimiento de los recursos públicos existentes en la atención de enfermedad mental (variable categórica dicotómica), la asistencia a atención psiquiátrica (variable categórica dicotómica), la asistencia a atención psicológica

(variable categórica dicotómica), el tipo de atención recibida (variable categórica dicotómica), la duración de la atención psiquiátrica (variable cuantitativa discreta) y frecuencia de la asistencia psiquiátrica (variable cuantitativa discreta), el grado de satisfacción con la atención psiquiátrica (variable cuantitativa continua) recibida desde el Centro de Salud Mental (CSM), el grado de satisfacción con la atención psicológica (variable cuantitativa continua) recibida desde el Centro de Salud Mental (CSM), el tratamiento farmacológico actual (variable categórica nominal), el consumo de sustancias (variable categórica nominal), la psicoeducación recibida acerca del trastorno bipolar (variable categórica dicotómica), el número de ingresos hospitalarios (variable cuantitativa discreta), el empleo de algún tipo de fuerza en los ingresos hospitalarios (variable cuantitativa discreta) y la psicoeducación recibida acerca del tratamiento farmacológico (variable categórica dicotómica).

Dentro de las variables sociales, se encuentran las expectativas acerca de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM) (variable categórica nominal) y el medio por el que habían conocido la Asociación Bipolar de Madrid (ABM) (variable categórica nominal).

## **PROCEDIMIENTO**

Para la realización del presente estudio “Estudio descriptivo transversal de variables sociodemográficas y clínicas de personas con trastorno bipolar” se contactó con la Asociación Bipolar de Madrid (ABM) con el objetivo de obtener información acerca de variables personales, sociodemográficas y clínicas que caracterizan a esta población con este tipo de trastorno afectivo.

Para poder realizar el estudio se redactó en un primer momento un documento correspondiente a la aprobación del estudio por la Junta de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM) para poder llevar a cabo el mismo, ya que se iban a analizar los datos obtenidos de los “Cuestionarios de Bienvenida” realizados por parte de los usuarios de nuevo ingreso de forma

anónima y voluntaria. Es por ello, que la solicitud de aprobación del estudio se dirigió a la Junta de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM) que fue la encargada de proporcionar el acceso a dichos datos. Por otro lado, se firmó un documento de confidencialidad por parte de la estudiante realizando el estudio y por parte de su tutora con la finalidad de mantener la confidencialidad de los datos personales recogidos en la investigación y su correcta custodia de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo) y la LOPD2018 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

Se contactó con la ABM y se comentó la posibilidad de realizar un análisis de las variables sociodemográficas y clínicas que se encontraban en los “Cuestionarios de Bienvenida” que realizaban los usuarios que acudían a la asociación. Los 61 cuestionarios que han sido empleados para el presente estudio y que formaron parte de la muestra se recogieron durante el año 2021. Los usuarios realizaban el cuestionario cuando acudían a la asociación por primera vez, después de haber recibido toda la información solicitada acerca de la misma. Los cuestionarios se realizaron en papel y se entregaban en el mismo momento de finalizarlos. Todos los miembros de nuevo ingreso entregaron de forma conjunta el “Cuestionario de Bienvenida” junto con la solicitud de alta, siendo de esta forma miembros de nuevo ingreso en la Asociación Bipolar de Madrid (ABM). Una vez entregada la solicitud de alta pueden comenzar a participar en las actividades ofertadas por la asociación, por lo que muchos miembros tras realizar el cuestionario se quedaban en la asociación para comenzar alguna actividad ofertada.

Del total de los cuestionarios realizados disponibles se han seleccionado aquellos que cumplían los siguientes requisitos. Los cuestionarios tenían que ser completados por los usuarios/as con trastorno bipolar y todas las preguntas de los cuestionarios tenían que estar

cumplimentadas correctamente. Se descartaron aquellos cuestionarios cumplimentados de forma incompleta.

## ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que se obtuvieron en dichas encuestas fueron registrados en el programa estadístico SPSS (IBM Corp., 2019) con la finalidad de realizar un análisis cuantitativo de los datos obtenidos. Una vez registrados los datos, se procedió a realizar un análisis descriptivo de todas las variables que conformaban el estudio calculando sus frecuencias y algunos estadísticos de tendencia central y dispersión de las variables sociodemográficas de la muestra de estudio. Para las variables cuantitativas, se calculó la media, la desviación estándar o la mediana según la distribución de la variable. Por otro lado, para las variables categóricas se calculó frecuencias y porcentajes.

El registro de los datos en dicho programa estadístico nos permitió realizar una descripción y análisis de las diversas variables clínicas y sociodemográficas evaluadas, cuyo resultado fue el objeto de estudio.

En primer lugar, se agregaron opciones de respuesta de diferentes variables con la finalidad de obtener suficiente muestra para facilitar la realización de los análisis estadísticos. En cuanto a la variable grupo de edad se agregaron las opciones de respuesta mostrados a continuación: de 17 a 34 años, de 35 a 49 años y de 50 o más años; las variables ingesta de medicación, número de ingresos, explicación del tratamiento farmacológico, consumo de sustancias y frecuencia de la asistencia psiquiátrica se agruparon en los grupos: sí y no. Para analizar la variable nivel de educación se creó una nueva variable para analizar la cantidad de usuarios que tenían estudios universitarios. Por otro lado, se crearon variables *dummy* para la variable consumo de sustancias (tabaco, alcohol, cannabis y cocaína).

Con la finalidad de analizar las hipótesis establecidas en el apartado de objetivos se procedió de la siguiente manera. En primer lugar, se identificaron las variables sociodemográficas y clínicas que conforman el estudio atendiendo a si son variables cualitativas o cuantitativas para poder establecer posteriormente las relaciones hipotetizadas entre ellas.

La prueba *chi cuadrado* fue empleada para determinar la relación entre las variables cualitativas. En los casos en los que al menos el 80% de valores esperados de las celdas de la tabla de contingencia fueron inferiores a 5, no resulta adecuado utilizar la prueba de chi cuadrado y, por tanto, se utilizó la prueba exacta de Fisher (De la Fuente-Fernández, 2016; Girón y Villegas, 1998).

La normalidad de las variables cuantitativas se analizó a través de la prueba Kolmogorov-Smirnoff. En el caso de que existiera ausencia de normalidad de las variables, se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para analizar si existían diferencias significativas entre grupos en las variables cuantitativas estudiadas. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y se consideraron, pues, los valores de  $p$  inferiores a 0.05 ( $p < 0.05$ ) como estadísticamente significativos.

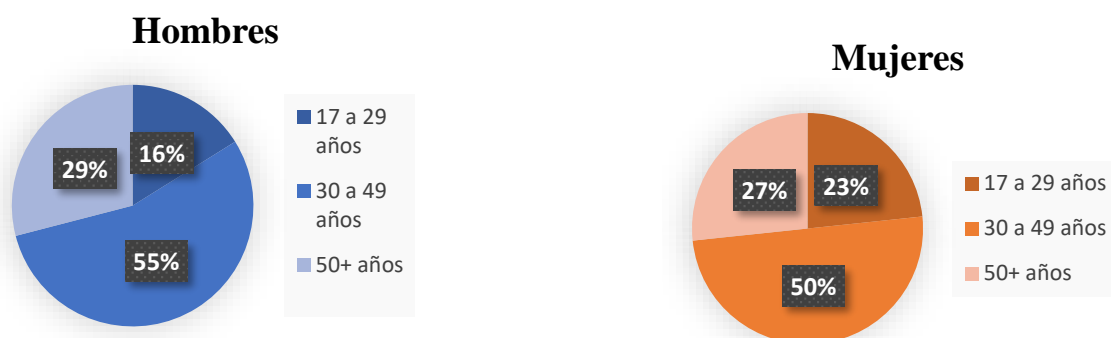
## **IV. RESULTADOS**

### **ANÁLISIS DESCRIPTIVOS**

La población del estudio se compuso por un 50,82% de hombres. El grupo de participantes entre 17 a 29 años representó el 19,97%, el grupo de 30 a 49 representó el 52,46% y el grupo de 50 a más representó el 27,87%. La Figura 1 muestra la distribución de la muestra según el grupo de edad y género de los participantes.

**Figura 1**

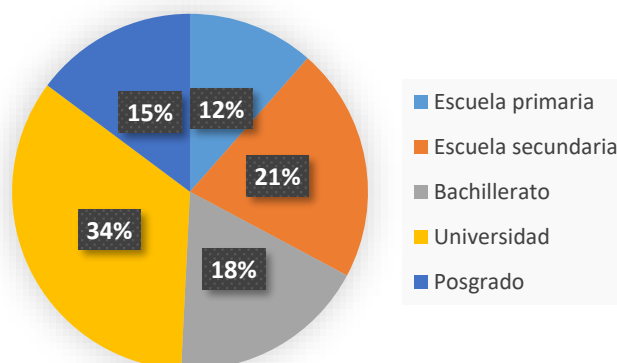
*Distribución de la muestra según grupo de edad y sexo*



En cuanto al nivel de educación, se observó cómo de los 61 participantes del estudio, un 11,5% (n=7) alcanzó la escuela primaria; un 21,3% (n=13) realizó la escuela secundaria; un 18% (n= 11) alcanzó el bachillerato o estudios similares; un 34,4% (n=21) alcanzó un grado universitario o estudios similares y un 14,8 % (n=9) logró realizar un posgrado (maestría, doctorado, etc.). Gracias al porcentaje acumulado, se observó que un 50,8% de los usuarios lograron realizar bachillerato. La Figura 2 muestra el porcentaje de usuarios que alcanzaron cada nivel de educación.

**Figura 2**

*Distribución del nivel de educación*



En cuanto al número de usuarios que se encontraban trabajando en el momento de realizar la encuesta fue de un 36,1% (n=22) frente a un 63,9% (n=39) de usuarios que no se encontraban trabajando.

En cuanto a las personas con las que convive el usuario un 27,9% (n=17) convivía con su esposo/a; un 19,5% (n=18) convivía con sus padres; un 3,3% (n=2) convivía con sus hijos; un 36,1% (n=22) convivía con otros familiares/personas/solo y un 3,3% (n=2) convivía con su esposo/a e hijos.

En cuanto a la posesión del certificado de minusvalía, el 36,1% (n=22) de los usuarios lo poseía frente a un 63,9% (n=39) que no lo poseía.

Las personas con enfermedad mental poseen unos derechos que en muchas ocasiones no son conocidos por los mismos. De todos los usuarios que rellenaron el cuestionario tan solo un 19,7% (n=12) conocía tales derechos frente a un 80,3% (n=49) que los desconocía.

Dentro de la atención en salud mental en la Comunidad de Madrid existen recursos públicos de atención para personas con enfermedad mental. De los 61 participantes del estudio, únicamente el 21,3% (n=13) eran conocedores de tales recursos frente a un 78,7% (n=48) que eran desconocedores de los mismos.

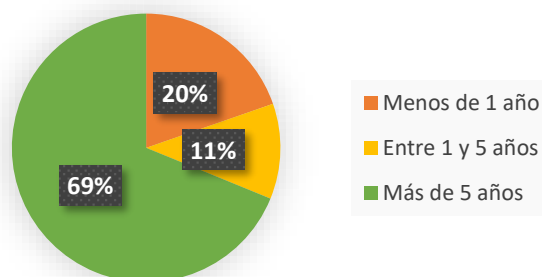
En cuanto a la asistencia psiquiátrica, el 95,1% (n=58) de los usuarios acudía al psiquiatra frente a un 4,9% (n=3) que no acudía. Por otro lado, en cuanto a la asistencia psicológica, el 39,3% (n=24) acudía al psicólogo frente a un 60,7% (n=37) que no acudía. Además, un 62,3% (n=38) de los usuarios recibía sólo atención pública; un 31,1% (n=19) recibía sólo atención privada; un 1,6% (n=1) no recibe ningún tipo de atención y un 4,9% (n=3) reciben tanto atención pública como privada.

La Figura 3 muestra la distribución de la duración de la asistencia psiquiátrica recibida por los usuarios.



### Figura 3

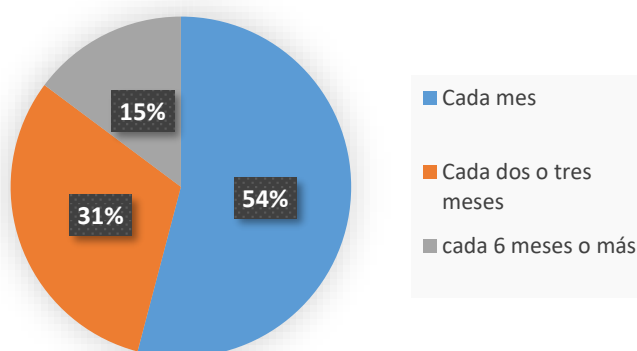
*Distribución de la duración de la asistencia psiquiátrica recibida*



La frecuencia con la que los usuarios visitan al psiquiatra se muestra en la Figura 4. Se observó que un alto porcentaje de usuarios visita al psiquiatra al menos una vez al mes.

### Figura 4

*Frecuencia con la que los usuarios visitan al psiquiatra*



En cuanto a la explicación de la enfermedad recibida por parte del Centro de Salud Mental correspondiente de cada usuario, un 70,5% (n=43) recibió una explicación frente a un 29,5% (n=18) que no la recibió.

En cuanto a la satisfacción con la asistencia recibida por los usuarios desde su Centro de Salud Mental, se observaron las siguientes frecuencias diferenciando la satisfacción con la atención psiquiátrica y la satisfacción con la atención psicológica. A continuación, la Tabla 1 muestra la distribución de la muestra en cuanto a la satisfacción con la atención psiquiátrica y la

psicológica. Se puede observar como la satisfacción con la atención psiquiátrica es mucho más elevada que con la satisfacción psicológica. Este aspecto puede estar relacionado con que el porcentaje de usuarios que acude al psiquiatra es mucho mayor que el que acude al psicólogo. Gracias al porcentaje acumulado, se observó que un 16,4% presentaba un bajo grado de satisfacción en cuanto a la asistencia psiquiátrica recibida, frente a un 75,6% de usuarios que se mostraban relativamente satisfechos. Por otro lado, un 19,7% de los usuarios mostraban un bajo grado de satisfacción en cuanto a la asistencia psicológica recibida, frente a un 37,7% de los usuarios que se mostraban relativamente satisfechos. Se consideró un bajo nivel de satisfacción a las puntuaciones comprendidas entre 0 y 3, medio nivel de satisfacción entre 4 y 7 y alto nivel de satisfacción entre 8 y 10.

**Tabla 1**

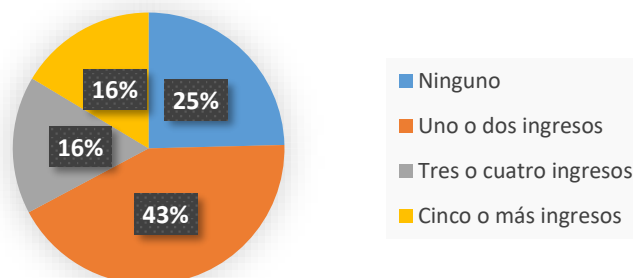
*Grado de Satisfacción con la Atención Psiquiátrica y Psicológica*

<i>Grado de Satisfacción con la Atención Psiquiátrica</i>					
	<b>Nulo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>No procede</b>
<b>N</b>	0	10	8	38	5
<b>%</b>	0	16,4	13,1	62,3	8,2
<i>Grado de Satisfacción con la Atención Psicológica</i>					
	<b>Nulo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>No procede</b>
<b>N</b>	5	8	4	20	24
<b>%</b>	8,2	13,1	6,6	32,8	39,3

La distribución del número de ingresos hospitalarios de los usuarios se muestra en la Figura 5. Se observó cómo el 42,6% (n=26) de los usuarios fueron ingresados entre una y dos veces. El 24,6% (n=15) no fueron ingresados en ninguna ocasión y el 32,8% (n=20) restante fueron ingresados de tres a cinco o más veces.

## Figura 5

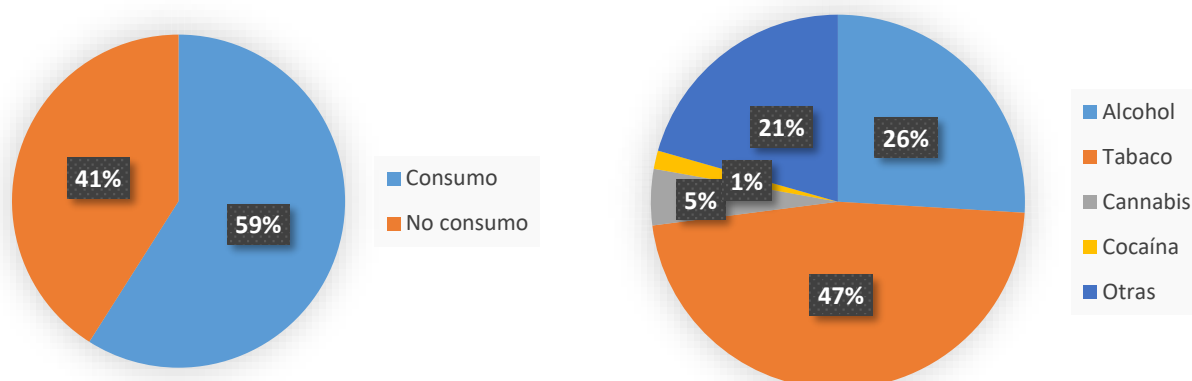
### *Distribución del número de ingresos hospitalarios*



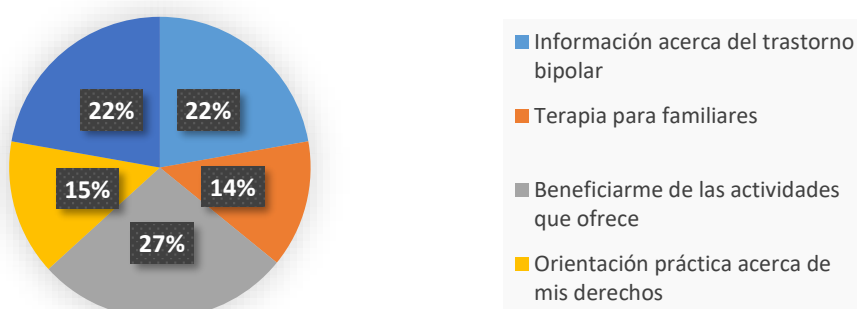
Una vez registrados el número de ingresos hospitalarios se analizó la fuerza empleada en ellos. En un 11,5% (n=7) de los ingresos fue empleada la fuerza por parte de la policía; en un 16,4% (n=10) de los mismos fue empleada la fuerza por parte del personal de seguridad del hospital; en un 44,3% (n=27) de los ingresos no fue necesario el empleo de fuerza y un 27,9% (n=17) los usuarios contestaron “no procede”.

En cuanto a la ingesta de medicación, un 86,9% (n=53) de los usuarios se tomaba la medicación, en comparación con un 8,2% (n=5) que no se tomaba la medicación y un 4,9% (n=3) que se tomaba la medicación de vez en cuando. En relación con la medicación, un 78,7% (n=48) de los usuarios recibió una explicación acerca del tratamiento farmacológico recibido frente a un 21,3% (n=13) de usuarios que no recibieron ningún tipo de explicación.

La Figura 6, muestra la distribución de la muestra en cuanto al consumo de algún tipo de sustancia. Un 59% (n=36) de los usuarios consume algún tipo de sustancia frente a un 41% (n=25) que no consume ningún tipo de sustancia. También se muestra un desglose de las sustancias consumidas por los usuarios.

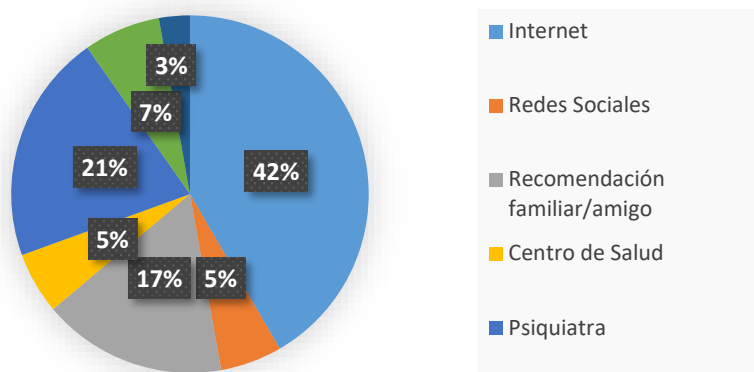
**Figura 6***Consumo de algún tipo de sustancia*

En cuanto a la variable referida a las expectativas por el usuario de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM) y la variable referida a la fuente de conocimiento de la existencia de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM), la distribución de la muestra se expone en las siguientes figuras correspondientemente. La Figura 7, se observa como las mayores expectativas de los usuarios se focalizan en obtener información acerca del trastorno bipolar y conocer gente que padezca trastorno bipolar. Por otro lado, en la Figura 8, se observa como las principales fuentes de conocimiento de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM) son internet y el psiquiatra al que acuden.

**Figura 7***Expectativas esperables por el usuario de la ABM*

## Figura 8

*Fuente de conocimiento de la existencia de la ABM*



## ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Una vez realizado el análisis descriptivo de los resultados, se realizó un análisis estadístico entre las variables cualitativas de estudio, así como entre las variables cualitativas y cuantitativas con sus correspondientes pruebas estadísticas.

Al analizar la posible asociación entre poseer o no poseer el certificado de minusvalía y el conocimiento de los usuarios sobre sus derechos como personas diagnosticadas con enfermedad mental, se obtuvo una significación de  $p > 0.05$  ( $p=0,098$ ). Por lo tanto, se puede afirmar que no existe una asociación significativa entre estas dos variables.

Al analizar la posible asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el consumo de algún tipo de sustancia, se obtuvo una significación de  $p > 0.05$  ( $p=0,392$ ). Por lo tanto, se puede afirmar que no existe una asociación significativa entre estas dos variables.

Al analizar la posible asociación entre el conocimiento de los usuarios sobre sus derechos como personas diagnosticadas con enfermedad mental y el conocimiento de los recursos públicos existentes en la Comunidad de Madrid, se obtuvo una significación de  $p$

$<0.05$ ,  $\chi^2(1, N=61) = 15,631$ ,  $p=.000$ ,  $Phi=0,548$ . Para observar el tamaño del efecto de la relación entre ambas variables, se utilizó la prueba *phi* cuyo valor es 0,548, esto indica que la magnitud de la asociación entre ambas variables es media-alta.

Al analizar la posible asociación entre la psicoeducación recibida por los usuarios acerca de su enfermedad y recibir atención psiquiátrica y psicológica, se obtuvo una significación de  $p>0.05$  ( $p=0,304$ ) para la atención psiquiátrica que indica que la asociación no es significativa. Por otro lado, se obtuvo una significación de  $p>0.05$  ( $p=0,895$ ) para la atención psicológica que indica que no existe una asociación significativa entre estas dos variables.

Al analizar la posible asociación entre el nivel educacional y el consumo de sustancias, se obtuvo una significación de  $p >0.05$ ,  $\chi^2(1, N=61) = 0,790$ ,  $p=0,374$ . Al analizar la posible asociación entre la edad y el consumo de alguna sustancia, se obtuvo una significación de  $p >0.05$  ( $p=0,198$ ). En ambos casos, la significación obtenida indica que no existe una asociación significativa entre estas variables.

El análisis estadístico de la variable consumo de tabaco a través de la prueba estadísticas descriptivos indica que solo consumen tabaco un 47,5% de los participantes ( $N=29$ ,  $\mu=0,48$ ,  $SE= 0,306$ ,  $\sigma=0,504$ ). Por lo tanto, en el presente estudio descartamos que el consumo de tabaco sea un factor predominante en los usuarios que padecen trastorno bipolar. Por otro lado, al comparar el consumo de tabaco con el consumo de otro tipo de sustancias se observa lo siguiente. En cuanto al consumo de alcohol, un 26,2% de los participantes consumen dicha sustancia ( $N=16$ ,  $\mu=0,26$ ,  $SE= 0,306$ ,  $\sigma=0,444$ ). Y, en menor medida, tan solo un 4,9% de los participantes son consumidores de cannabis ( $N=3$ ,  $\mu=0,05$ ,  $SE= 0,306$ ,  $\sigma=0,218$ ) frente a un 1,6% que consumen cocaína ( $N=1$ ,  $\mu=0,05$ ,  $SE= 0,306$ ,  $\sigma=0,128$ ). Con los resultados obtenidos, se puede afirmar que el tabaco es la sustancia más consumida entre los participantes.

Al analizar la posible asociación entre la psicoeducación recibida por parte del usuario sobre la enfermedad y sobre el tratamiento farmacológico y la adherencia al tratamiento farmacológico se obtuvieron los siguientes resultados. Por un lado, se obtuvo una significación de  $p > 0.05$  ( $p = 0,569$ ) para la relación de la psicoeducación recibida del tratamiento farmacológico y la adherencia al mismo. Por otro lado, se obtuvo una significación de  $p < 0.05$  ( $p = 0,029$ ;  $\Phi = 0,325$ ) para la relación de la psicoeducación recibida de la enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico. Por lo tanto, la asociación entre la psicoeducación recibida acerca del tratamiento farmacológico y la adherencia al mismo no fue significativa, sin embargo, la asociación entre la psicoeducación recibida acerca de la enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico sí que fue significativa cuya magnitud obtuvo un valor  $\Phi = 0,325$ . Este valor indica que la magnitud de la asociación entre ambas variables es media.

Al analizar la posible asociación entre la psicoeducación recibida acerca de la enfermedad y el tratamiento farmacológico y el número de ingresos hospitalarios se obtuvieron los siguientes resultados. Por un lado, se obtuvo una significación de  $p > 0.05$  ( $p = 0,750$ ) para la relación entre la psicoeducación acerca de la enfermedad y el número de ingresos. Por otro lado, se obtuvo una significación de  $p > 0.05$  ( $p = 0,713$ ) para la relación entre la psicoeducación acerca del tratamiento farmacológico y el número de ingresos. En ambos casos, la significación obtenida indica que no existe una asociación significativa entre estas variables.

Al analizar la posible asociación entre los ingresos hospitalarios, la adherencia al tratamiento farmacológico y la variable de género se obtuvieron los siguientes resultados. Por un lado, se obtuvo una significación de  $p > 0.05$ ,  $\chi^2(1, N=61) = 0,050$ ,  $p = 0,823$  para la relación entre el género del usuario y el número de ingresos hospitalarios. Por otro lado, se obtuvo una significación de  $p > 0.05$  ( $p = 0,354$ ) para la relación entre el género del usuario y la adherencia al tratamiento farmacológico. En ambos casos, la significación obtenida indica que no existe una asociación significativa entre estas variables.

Al analizar la posible asociación entre la frecuencia de la asistencia psiquiátrica recibida y el número de ingresos hospitalarios junto con la adherencia al tratamiento farmacológico se obtuvieron los siguientes resultados. Por un lado, se obtuvo una significación de  $p < 0.05$ ,  $\chi^2(4, N=60) = 21,551$ ,  $p = .000$ ,  $V = 0,424$  para la relación entre la frecuencia de la asistencia psiquiátrica y la adherencia al tratamiento farmacológico, en cuanto al tamaño del efecto entre ambas variables, la magnitud de la asociación es media. Por otro lado, se obtuvo una significación de  $p > 0.05$  ( $p = 0,085$ ) para la relación entre el número de ingresos hospitalarios y la adherencia al tratamiento farmacológico. Por lo tanto, la asociación entre el número de ingresos hospitalarios y la adherencia al tratamiento farmacológico no fue significativa, sin embargo, la asociación entre la frecuencia de la asistencia psiquiátrica y la adherencia al tratamiento farmacológico sí que fue significativa.

En cuanto al análisis de la asociación entre variables categóricas y cuantitativas se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney como se mencionó anteriormente. Al analizar la posible relación entre la psicoeducación recibida sobre la enfermedad desde el CSM y el nivel de satisfacción con la atención recibida se obtuvieron los siguientes resultados. Por un lado, se obtuvo una significación de  $p > 0.05$  ( $U = 244,000$ ;  $p = 0,686$ ) para la relación entre la psicoeducación recibida y la satisfacción con la atención psiquiátrica. Por otro lado, la significación obtenida para la relación entre la psicoeducación recibida y la satisfacción con la atención psicológica fue de  $p > 0.05$  ( $U = 70,000$ ;  $p = 0,812$ ).

En cuanto a la posible relación entre el nivel de satisfacción con la atención tanto psiquiátrica como psicológica y la adherencia al tratamiento se obtuvieron los siguientes resultados. Por un lado, se obtuvo una significación de  $p > 0.05$  ( $U = 47,000$ ;  $p = 0,850$ ) para la relación entre el nivel de satisfacción con la atención psiquiátrica y la adherencia al tratamiento. Por otro lado, la significación obtenida para la relación entre el nivel de satisfacción con la atención psicológica y la adherencia al tratamiento fue de  $p > 0.05$  ( $U = 22,000$ ;  $p = 0,530$ ).



Además, en cuanto a la relación entre el nivel de satisfacción con la atención tanto psiquiátrica como psicológica y el consumo de sustancias se obtuvieron los siguientes resultados. Por un lado, se obtuvo una significación de  $p > 0.05$  ( $U=370,000$ ;  $p=0,873$ ) para la relación entre el nivel de satisfacción con la atención psiquiátrica y el consumo de sustancias. Por otro lado, la significación obtenida para la relación entre el nivel de satisfacción con la atención psicológica y el consumo de sustancias fue de  $p > 0.05$  ( $U=108,500$ ;  $p=0,163$ ).

Finalmente, al analizar la posible relación entre el nivel de satisfacción con la atención psicológica recibida desde el CSM y el tipo de atención recibida (pública o privada), se obtuvo una significación de  $p > 0.05$  ( $U=112,500$ ;  $p=0,904$ ). Se observa que en todos los casos que se aplica la prueba U de Mann-Whitney, los resultados obtenidos no son significativos, es decir, que no existen diferencias entre grupos en cada una de las variables evaluadas.

## V. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que los participantes presentan un nivel educacional alto (34,4%) y un elevado porcentaje de ingresos hospitalarios (75,4%) lo que coincide con lo afirmado por Valdivieso-Jiménez (2020) en su estudio. No obstante, no podemos afirmar que el rechazo a la medicación sea predominante en pacientes con trastorno bipolar ya que un 86,9% de los participantes presentaban una correcta adherencia al tratamiento farmacológico (Valdivieso-Jiménez, 2020).

En cuanto al consumo de sustancias, los datos muestran que un 59% de los participantes consumían algún tipo de sustancia. La sustancia más consumida entre los participantes era el tabaco (47,5%) y el alcohol (26,2%). Los datos obtenidos concuerdan con la literatura en la que se encuentra que el trastorno bipolar es uno de los trastornos más vinculado con el consumo de sustancias (Regier et al., 1990). Además, Jackson y colaboradores (2015), afirmaron que la prevalencia del consumo de tabaco era mayor en sujetos con trastorno bipolar. Sin embargo,

los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que sólo un 47,5% de los participantes eran consumidores de tabaco. Sarramea et al (2018) corroboraron que existía una mayor prevalencia del consumo de tabaco en hombres, de la misma forma, en el presente estudio se obtuvo que del 47,5% de participantes que consumían tabaco, el 26,2% eran hombres. Al contrario de lo que afirmaban Arias et al (2020) en su estudio, no se obtuvo una alta prevalencia en el consumo de cannabis entre los participantes, ya que tan solo el 1,6% consumía dicha sustancia siendo prevalente en hombres de entre 30 a 49 años.

Como afirma la literatura, el uso de fármacos es una de las principales opciones de tratamiento para el trastorno bipolar, además, el incumplimiento de la medicación y la dosis influye negativamente en el transcurso de la enfermedad (Frank et al., 1999). No obstante, esto no quiere decir que con una buena adherencia al tratamiento farmacológico se logre una completa recuperación (Prien y Rush, 1996). En el presente estudio, se han obtenido resultados controvertidos a los que se pueden sumar los obtenidos por Colom et al (2003) y Colom y Vieta (2004), afirman que, gracias a las intervenciones psicoeducativas, los pacientes presentan un menor número de ingresos hospitalarios y una disminución de recaídas, así como, mejores resultados en el tratamiento farmacológico y terapéutico, lo que les lleva a una mejor calidad de vida.

Los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan y están relacionados con lo afirmado por dichos autores ya que se encuentra una relación significativa entre variables como el conocimiento de los usuarios sobre sus derechos como personas diagnosticadas con enfermedad mental y el conocimiento de los recursos públicos existentes en la Comunidad de Madrid; la psicoeducación recibida acerca de la enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico y la frecuencia de la asistencia psiquiátrica y la adherencia al tratamiento. Se puede afirmar que la psicoeducación recibida por parte de los usuarios resulta muy importante

y, en muchos casos, es decisiva a la hora de tomar la decisión de recibir asistencia psiquiátrica y presentar una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico.

Por otro lado, el presente estudio muestra la predominancia de participantes que presentan una adecuada adherencia al tratamiento (86,9%). No obstante, el 13,1% restante que no presenta una adecuada adherencia al tratamiento podría deberse a que presentan una mayor preocupación por la medicación debida a una escasa información acerca de la misma y de la enfermedad, un peor funcionamiento personal y un mayor consumo de tóxicos como afirma Pérez et al (2016). Para apoyar esta afirmación, los resultados obtenidos en el presente estudio demuestran que los participantes que recibieron una psicoeducación acerca de la enfermedad (63,9%) presentaron una mejor adherencia al tratamiento farmacológico que aquellos que no la recibieron. Además, aquellos participantes que conocían sus derechos como personas diagnosticadas con trastorno mental tenían un mayor conocimiento acerca de los recursos públicos existentes en la Comunidad de Madrid para personas con trastorno bipolar. No obstante, cabe destacar que un alto porcentaje de participantes que recibieron psicoeducación acerca del tratamiento farmacológico (47,5%) y de la enfermedad (40,9%) consumían algún tipo de sustancia, por lo que no se encontró una relación significativa entre recibir psicoeducación y consumir algún tipo de sustancia.

Montes et al (2008), reveló en su estudio que los pacientes con trastorno bipolar presentaban ciertas dificultades para mantenerse y retomar su actividad laboral a pesar de tener estudios universitarios previos. En el presente estudio, los resultados obtenidos muestran como del 34,4% de los participantes que presentan estudios universitarios, un 18% se encontraba trabajando en la actualidad. Por lo tanto, se podría afirmar que, de acuerdo con el autor, las personas con trastorno bipolar podrían presentar ciertas dificultades para mantener su funcionamiento laboral habitual.

Por otro lado, al inicio del presente estudio se establecieron una serie de hipótesis para cada una de las variables objeto de estudio cuyos resultados se comentan a continuación. Se pudieron aceptar las siguientes hipótesis: los usuarios que afirmaron recibir psicoeducación acerca de su tratamiento farmacológico recibían atención psiquiátrica con mayor frecuencia y mostraban una mejor adherencia al tratamiento farmacológico, coincidiendo con los resultados que obtuvieron Cassildy et al (2022) y Leal et al (2008) que demuestran que la psicoeducación mejora la relación terapéutica y la adherencia al tratamiento. El consumo de tabaco no fue predominante entre los participantes ya que el porcentaje de usuarios que consumían tabaco se encontraba por debajo de la media, no obstante, el tabaco era la principal sustancia consumida entre los participantes. Se podría hipotetizar que el hecho de que el consumo de tabaco se encuentre por debajo de la media de los participantes podría deberse a la edad de los participantes, la posibilidad de que consuman algún otro tipo de sustancias o el pequeño tamaño de la muestra. Los usuarios que consideran tener más conocimientos sobre sus derechos como personas diagnosticadas con enfermedad mental, tienen también un mayor conocimiento acerca de los recursos públicos existentes en la Comunidad de Madrid de atención para las personas con enfermedad mental. Mizion et al (2017) demostraron la eficacia de la psicoeducación en la mejora global de la calidad de vida del paciente que la recibe, de la misma manera que en el presente estudio se demuestra como la psicoeducación se asociaba a una mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico de los usuarios y a un incremento de la frecuencia con la que recibían atención psiquiátrica.

Por el contrario, también se rechazaron las siguientes hipótesis: recibir psicoeducación acerca de la enfermedad no se asociaba a un menor número de ingresos hospitalarios. Los usuarios que presentaban una adecuada adherencia al tratamiento y que recibían psicoeducación acerca de su enfermedad y tratamiento farmacológico no se asociaba a un consumo de sustancias menor que el resto de participantes. Estas dos hipótesis van en contra

de la literatura previa ya que Mizion et al (2017) encontraron que la psicoeducación está destinada a prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y a disminuir la tasa de recaídas y hospitalizaciones de los pacientes. Se podría hipotetizar que el rechazo de ambas hipótesis puede deberse al pequeño tamaño de la muestra del estudio. La posesión o no del certificado de minusvalía no está relacionada con que los usuarios tengan un mayor conocimiento sobre sus derechos como personas diagnosticadas con enfermedad mental. Existe un claro desconocimiento de qué es un trastorno mental por parte de la población que puede ser la principal causa de estigma y malestar para el afectado (Escanciano, 2019), se podría hipotetizar que el gran desconocimiento de los usuarios sobre el trastorno mental puede estar relacionado con ignorar información acerca de los derechos y/o ayudas disponibles para las personas afectadas por dicho trastorno. Un mayor grado de satisfacción con la atención tanto psiquiátrica como psicológica por parte de los usuarios no está relacionado con una mejor adherencia al tratamiento y un menor consumo de sustancias. El hecho de que los usuarios recibieran psicoeducación sobre su enfermedad no estaba asociado a que recibieran atención psiquiátrica y psicológica en mayor medida que aquellos que no la recibían. Hirmas et al (2013) demostraron que existen todavía grandes barreras en cuanto al acceso a la atención a la salud mental debido al estigma social o carencia de recursos. Los usuarios que tenían un menor nivel educativo consumían sustancias de la misma manera que aquellos que tenían un nivel educativo más elevado, de la misma manera que los usuarios más jóvenes no presentaban un mayor consumo de sustancias que aquellos con edades más avanzadas. Quezada (2019) encontró en uno de sus estudios que la edad promedio de mayor prevalencia del consumo de sustancias con usuarios que tenían trastorno bipolar era de 38,8 años. La psicoeducación recibida por parte de los usuarios sobre su enfermedad desde el CSM no se asociaba a un incremento de la satisfacción con la atención tanto psiquiátrica como psicológica. Esto podría deberse a que la atención recibida no sea de calidad y a la estigmatización social que todavía se encuentra

presente en el entorno sanitario destinado a la salud mental (López et al, 2008). El género femenino no es determinante, es decir, las participantes de este estudio no presentaron un menor número de ingresos o una mejor adherencia al tratamiento en comparación con los hombres. Autores como Arnold (2003), Diflorio y Jones (2010) constataron que a pesar de que existen diferencias en cuanto a las características clínicas del trastorno bipolar entre hombres y mujeres, no hay evidencia de que el género afecte a la respuesta al tratamiento. Una buena adherencia al tratamiento farmacológico no estaba relacionada con un menor número de ingresos hospitalarios y un mayor nivel de satisfacción con la atención psicológica no era indicador de recibir atención privada en mayor medida. Sin embargo, la literatura establece que los usuarios que reciben psicoeducación presentan una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y un menor número de ingresos hospitalarios (Miklowitz & Scott, 2009). La satisfacción del usuario con la atención psicológica recibida tiene que ver con el éxito terapéutico que supone elegir la guía de tratamiento adecuada, empleando las técnicas terapéuticas adecuadas, pero sin olvidar el gran papel que supone las habilidades terapéuticas que presente el terapeuta y que ayuden a forjar una correcta alianza terapéutica (Labrador et al, 2003).

La información recogida en este estudio representa parte de la realidad clínica vivida por un grupo de participantes con trastorno bipolar. Sin embargo, el presente estudio también presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, los datos se obtuvieron a partir de un cuestionario autoadministrado por el propio usuario sin que los mismos fueran comparados por otros medios o fuentes externas. Además, la muestra obtenida para la realización del estudio es pequeña (N=61), lo que provocó ciertas dificultades a la hora de realizar los análisis estadísticos entre las diferentes variables que, a su vez, provocó el rechazo de muchas de las hipótesis mencionadas anteriormente. La ausencia de un grupo control es otra de las limitaciones metodológicas con las que cuenta el presente estudio. Además, las preguntas con las que cuenta

la encuesta son limitadas a la hora de poder recoger la máxima información. Es importante tener en cuenta que se tuvieron que descartar muchos de las encuestas y no se pudieron utilizar para la realización del trabajo debido a estar parcialmente completos.

Gracias a los resultados obtenidos en el presente estudio, resulta conveniente enfatizar la importancia del trabajo multidisciplinar. La actuación del psicólogo/a no debe darse de forma aislada y es necesario que se complemente con los recursos sociales, recursos asistenciales, asociaciones, conocimiento diagnóstico y de tratamiento... que puedan ofrecer otros profesionales para poder brindar una atención de calidad destinada a mejorar la calidad de vida del paciente.

Es necesaria la implicación de instituciones tanto públicas como privadas que apoyen a este tipo de población que sufre una enfermedad mental como es el trastorno bipolar. Fomentar y promover la accesibilidad de estas personas a los recursos disponibles, romper con la estigmatización social y promover sus derechos como personas con enfermedad mental puede ayudar a mejorar su calidad de vida.

Como líneas futuras de investigación, se recomienda hacer un seguimiento de la información más prolongado y asegurarse de que las encuestas son completadas por los usuarios correctamente con el fin de conseguir resultados más notorios, así como, continuar con la realización de las encuestas con el fin de recopilar información acerca de las características sociodemográficas y clínicas que presenta este tipo de población. Sería recomendable incrementar el número de preguntas en el “Cuestionario de Bienvenida” con la finalidad de ampliar la información recogida y abarcar otras áreas de gran importancia como puede ser el consumo de sustancias o la ideación suicida.

## VI. REFERENCIAS

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. American Psychiatric Association (trad. cast., Barcelona: Masson, 1995).

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.

Arnold, L. M. (2003). Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics*, 26(3), 595-620. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(03\)00036-4](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(03)00036-4)

Arias, R., Alberich, S., Zorrilla, I., & González-Pinto, A. (2020). Repercusiones del consumo de cannabis en la evolución del trastorno bipolar. *Psiquiatría Biológica*, 27(2), 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2020.03.001>

Arrieta, M., & Santos, P. M. (2019). Trastorno bipolar. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5052-5066. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.013>

Axelson, D., Birmaher, B., Strober, M., Gill, M. K., Valeri, S., Chiappetta, L., et al (2006). Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Archives of general psychiatry*, 63(10), 1139-1148. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.63.10.1139>

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>

Becoña, E., & Lorenzo, M. D. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13 (3) 511-522. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7903>



Becoña, E., & Míguez, M. C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1(1), 99-112.

Birmaher, B., Axelson, D., Strober, M., Gill, M. K., Valeri, S., Chiappetta, L., ... & Keller, M. (2006). Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Archives of general psychiatry*, 63(2), 175-183.

Brieger, P., Ehrt, U., & Marneros, A. (2003). Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Comprehensive psychiatry*.

Bonnín, C. M., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Franco, C., Vieta, E., et al (2010). Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study. *Journal of affective disorders*, 121(1-2), 156-160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.014>

Bora, E., Bartholomeusz, C., & Pantelis, C. (2016). Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 46(02), 253–264. <http://doi.org/10.1017/S0033291715001993>

Burdick, K. E., Goldberg, J. F., & Harrow, M. (2010). Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15-year follow-up. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 122(6), 499–506. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01590.x>

Cassidy, E., Hill, S., & O'Callaghan, E. (2002). Eficacia de una intervención psicoeducativa en la mejora del conocimiento de los familiares sobre la esquizofrenia y la reducción de nuevas hospitalizaciones. *European Psychiatry*, 9(2), 117–122. <https://doi.org/10.1017/S1134066500007244>

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

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018533252014000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252014000200004&lng=es&tlng=es)

Craighead, W.W., Miklowitz, D.J., Vajk, F.C. y Frank, E. (1998). Psychosocial treatments for bipolar disorder. A guide to treatments that work, 240-248. Oxford University Press.

Colom, F., Reinares, M. y Vieta, E. (2004). Aspectos clínicos y terapéuticos en el TB. Ediciones Mayo.

Colom, F., & Vieta, E. (2004). Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. *Revista Gaceta Universitaria*, 129-130.

Colom, F., Vieta, E., Martínez Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J.M. y cols. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, (4), 402-407. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.402>

Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., & Scott, J. (2005). Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorders*, 7, 32-36. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00249.x>

Cullen, B., Ward, J., Graham, N. A., Deary, I. J., Pell, J. P., Smith, D. J., & Evans, J. J. (2016). Prevalence and correlates of cognitive impairment in euthymic adults with bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 205, 165–181. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.063>

De la Fuente-Fernández, S. (2016). Aplicaciones de la chi-cuadrado: tablas de contingencia, homogeneidad dependencia e independencia. *Universidad Autónoma de Madrid*.

Díaz-Jiménez, R., González, P. G. P., García-Álvarez, L., & García, J. B. (2012). Impacto del tabaquismo en el trastorno bipolar. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(4), 141-155. <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp124d.pdf>

Diflorio, A., & Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International review of psychiatry*, 22(5), 437-452. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.514601>

Duarte, W., Becerra, R., y Cruise, K. (2016). The relationship between neurocognitive functioning and occupational functioning in bipolar disorder: A literature review. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 659–678. <http://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.909>

Escanciano Rodríguez, D. (2019). Problemas en la inserción laboral de personas con enfermedad mental en Valladolid.

Frank, E., Swartz, H. A., Mallinger, A. G., Thase, M. E., Weaver, E. V., & Kupfer, D. J. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 579. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.108.4.579>

Ghisays, P. C. (2017). Endofenotipos neurocognitivos potenciales para el trastorno bipolar: velocidad motora manual, memoria visual, velocidad de procesamiento (Doctoral dissertation, Universitat de València). <http://hdl.handle.net/10550/61009>

Gómez, A. (2008). Enfermedad Bipolar: clínica y etiopatogenia. *Revista Offarm: farmacia y sociedad*, 27(6), 68-77. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13123518>

Gonzalez-Pinto, A., Gutierrez, M., Ezcurra, J., Aizpuru, F., Mosquera, F., & de Leon, J. (1998). Tobacco smoking and bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(5), 0-0. <http://doi.org/10.4088/jcp.v59n0503>

González-Suárez, M., & Duarte-Clíments, G. (2014). Terapia cognitivo-conductual y enfermería: a propósito de un caso. *Ene*, 8(1), 0-0. <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100010>

Hernández-Martínez, H., & Ochoa-Madrigal, M. (2020). Manejo y comorbilidades de los trastornos bipolares en la infancia y adolescencia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 63(6), 40 - 50. <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.6.06>

Hernández, N., & Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. LibrosEnRed.

Hernández, O. M., Martínez, O. M., & Izquierdo, Y. B. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista médica electrónica*, 41(2), 467-482.

Herrero, E. C. (2016). Disfunción sociocognitiva en los trastornos mentales severos: inteligencia emocional en esquizofrenia y trastorno bipolar (Universidad Complutense de Madrid).

Hirnas, M., Poffald, L., Jasmen, A. M., Aguilera, X., Delgado, I., & Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223-229.

IBM Corp. (2019). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Jackson, J. G., Díaz, F. J., López, L., & de León, J. (2015). A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar disorders*, 17(6), 575–597. <https://doi.org/10.1111/bdi.12319>

Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 54(4), 313-321.

Johnson, S. L., Winett, C. A., Meyer, B., Greenhouse, W. J., & Miller, I. (1999). Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal psychology*, 108(4), 558. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.558>

Konstantakopoulos, G., Ioannidi, N., Typaldou, M., Sakkas, D., & Oulis, P. (2016). Clinical and cognitive factors affecting psychosocial functioning in remitted patients with bipolar disorder. *Psychiatriki*, 27(3), 182-191. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.22365/jpsych.2016.273.182>

Kupfer, D. J., & Frank, E. (1997). Forty years of lithium treatment. *Archives of general psychiatry*, 54(1), 14-15. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830130018003>

Labrador, F. J., Vallejo, M. Á., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., & Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, 84.

Lagerberg, T. V., Sundet, K., Aminoff, S. R., Berg, A. O., Ringen, P. A., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2011). Excessive cannabis use is associated with earlier age at onset in bipolar disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261(6), 397-405. <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0188-4>

Leal, M. I., Sales, R., Ibáñez, E., Giner, J., & Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 63–69.

Levin, F. R., & Hennessy, G. (2004). Bipolar disorder and substance abuse. *Biological psychiatry*, 56(10), 738-748. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.05.008>

López, A. G., Ezquiaga, E., de Dios, C., Agud, J. L., & Soler, B. (2010). Retraso diagnóstico y diferencias por sexo y subtipo clínico en una cohorte de pacientes ambulatorios con trastorno bipolar. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(3), 79-89. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.03.005>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, M., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 28, 101.

Mansell, W., Brawn, P., Griffiths, R., Silver, B., & Tai, S. J. (2015). Bipolar disorders and problematic mood swings. *The Complete CBT Guide For Depression And Low Mood*.

Mansell, W., Morrison, A. P., Reid, G., Lowens, I., & Tai, S. (2007). The interpretation of, and responses to, changes in internal states: an integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*, 35(5), 515-539. <https://doi.org/10.1017/S1352465807003827>

McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck Jr, P. E., Frye, M. A., Denicoff, K. D., Post, R. M., et al. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 420-426. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.420>

Michalak, E. E., Yatham, L. N., Wan, D. D., & Lam, R. W. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *The Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(2), 95-100.

<https://doi.org/10.1177%2F070674370505000204>

Miklowitz, D.J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder; cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorder*, *11* (2), 110-122.

Mitchell, R. L. C., & Young, A. H. (2016). Theory of Mind in Bipolar Disorder, with Comparison to the Impairments Observed in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, *6*, 188.

<http://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00188>

Mizion, S., Tsitsipa, E., Moysidou, S., Karavelas, V., Dimelis, D., Polyzoidou, V., & Fountoulakis, K. (2017). El tratamiento psicosocial y las intervenciones para el trastorno bipolar: una revisión sistemática. *Revista de toxicomanías* (79), 3-12.

Montes, J. M., Sáiz, J., de Dios, C., Ezquiaga, E., García, A., Argudo, I., Carrillo, A., Cebollada, A., Ramos, J., & Valle, J. (2008). Perfil de los pacientes ambulatorios con trastorno bipolar: un estudio transversal en la Comunidad de Madrid. *Actas Españolas de Psiquiatria*, *36*(5), 57-64.

Newman, C., Leahy, R., Beck, A., Reilly-Harrington, N., & Gyulai, L. (2005). El trastorno bipolar: una aproximación desde la terapia cognitiva. Ediciones Paidós Ibérica S.A.

Perlis, R. H., Sachs, G. S., Lafer, B., Otto, M. W., Faraone, S. V., Kane, J. M., & Rosenbaum, J. F. (2002). Effect of abrupt change from standard to low serum levels of lithium: a reanalysis of double-blind lithium maintenance data. *American Journal of Psychiatry*, *159*(7), 1155-1159. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1155>

Pérez, S. N., Otero, F. R., Artiles, F. J. A., & Bello, M. G. (2016). Variables asociadas a la no adherencia en pacientes con trastorno bipolar en estabilidad clínica. *Actas españolas de psiquiatría*, 44(5), 157-165. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5640723>

Pino, A. P., Belenchón, M., Sierra, P., & Livianos, L. (2008). Trastorno bipolar y psicoeducación: desarrollo de un programa para clínicos. Club Universitario.

Prien, R. F., & Rush, A. J. (1996). National Institute of Mental Health workshop report on the treatment of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 40(3), 215-220. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00379-7](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00379-7)

Quezada Peralta, A. R. P. (2019). Perfil clínico y sociodemográfico de pacientes adultos con trastorno por consumo de sustancias y con trastorno bipolar comórbido hospitalizados en el Servicio de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán 2015-2018.

Ramírez, O. M. C., Montoya, S. M. G., Buitrago, R. L., Sánchez, A. V., & Navarro, J. C. C. (2018). Relación del funcionamiento cognitivo con variables clínicas en pacientes con trastorno bipolar tipo I. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 204-210. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.012>

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511-2518. <http://doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>

Rojas, L. G. (2008). Curso evolutivo y calidad de vida en el trastorno bipolar. Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/1852>

Rosenbluth, M., MacQueen, G., McIntyre, R. S., Beaulieu, S., & Schaffer, A. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force



recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid personality disorders. *Ann Clin Psychiatry*, 24(1), 56-68.

Samalin, L., Boyer, L., Murru, A., Pacchiarotti, I., Reinares, M., Bonnin, C. M., Vieta, E., et al. (2017). Residual depressive symptoms, sleep disturbance and perceived cognitive impairment as determinants of functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 210, 280-286. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.054>

Samamé, C., Martino, D. J., y Strejilevich, S. A. (2015). An individual task meta-analysis of social cognition in euthymic bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 173, 146–153. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.055>

SANIDAD, S. S. E. I. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.

Santos, J. M., Pousa, E., Soto, E., Comes, A., Roura, P., Arrufat, F. X., & Obiols, J. E. (2017). Theory of mind in euthymic bipolar patients and first-degree relatives. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(3), 207-212. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000595>

Sarramea, F., Jaen-Moreno, M., Balanzá-Martínez, V., Osuna, M., Alcalá, J., Montiel, F., Gómez, C., Sánchez, M., Rico, A., Redondo-Écija, J., Gil, S., Valdivia, F., Caballero-Villarraso, J., & Gutiérrez-Rojas, L. (2018). Preparando el escenario para dejar de fumar en el paciente con Trastorno Bipolar: intervención breve en la práctica clínica. *Adicciones*, 31(2), 136-146. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1006>

Strakowski S., Keck P. et al., (1998) Pronóstico a los doce meses luego de la primera hospitalización por una psicosis afectiva. *Psychiatry*, 55, 49-55.

Strejilevich, S. (2001). El Costo del Trastorno Bipolar: la situación en nuestro medio. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 27-32. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex43.pdf#page=28>

Temmerman, A., Sabbe, B., & Morrens, M. (2015). Sociale cognitie bij bipolaire stoornis [Social cognition in bipolar disorder]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57(6), 405–414. <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-6-artikel-temmerman.pdf>

Valdivieso-Jiménez, G. (2020). Severidad Clínica En Trastorno Bipolar, Trastorno Límite De La Personalidad Y Su Comorbilidad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(1), 2-15. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000100002>

Vasconcelos-Moreno, M. P., Bücker, J., Bürke, K. P., Czepielewski, L., Santos, B. T., Fijtman, A., Kauer-Sant'Anna, M., et al (2016). Cognitive performance and psychosocial functioning in patients with bipolar disorder, unaffected siblings, and healthy controls. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(4), 275–280. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1868>

Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez\\_18-1oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa.pdf)

Wingo, A. P., & Ghaemi, S. N. (2007). A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(11), 20693.

## VII. ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario de Bienvenida ABM

#### CUESTIONARIO DE BIENVENIDA ABM

ABM quiere recoger datos sociodemográficos acerca del trastorno bipolar con el objetivo de luchar por los derechos de los afectados. El cuestionario es anónimo y totalmente voluntario. Muchas gracias.

En caso de ser familiar conteste las preguntas sobre sobre datos sanitarios refiriéndose a si familiar afectado.



**1. ¿Cuál es su sexo?**

- Hombre
- Mujer

**2. ¿Cuál es su grupo de edad?**

- 17 o menos
- 18 - 20
- 21 - 29
- 30 - 39
- 40 - 49
- 50 - 59
- 60 o más

**3. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que obtuvo?**

- Escuela primaria
- Escuela secundaria
- Preparatoria
- Diploma universitario
- Posgrado (maestría, doctorado, etc.)

**4. ¿Está trabajando?**

- Sí
- No

**5. ¿Cuál es su profesión?**

---

**6. ¿Con quién convive?**

- Esposo/a
- Padres
- Hijos
- Otros

**7. ¿Tiene certificado de minusvalía?**

- Sí
- No

**8. ¿Conoce los derechos que tiene como persona diagnosticada con enfermedad mental?**

- Sí
- No

**9. ¿Conoce los recursos públicos existentes en la Comunidad de Madrid de Atención para personas con enfermedad mental?**

- Sí
- No

**10. ¿Acude a su psiquiatra?**

- Sí
- No

**11. ¿Acude a su psicólogo?**

- Sí
- No

**12. En caso afirmativo, ¿Qué tipo de atención recibe?**

- Pública
- Privada

**13. ¿Desde hace cuánto tiempo recibe asistencia psiquiátrica?**

- Menos de un año
- 1 año
- 2 años
- 3 años
- 4 años
- > 5 años

- Otro: \_\_\_\_\_

**14. ¿Con qué frecuencia visita a su psiquiatra?**

- 1 vez al mes
- Cada 2 meses
- Cada 3 meses
- Cada 6 meses
- Una vez al año
- Menos de una vez al año
- No acudo al psiquiatra

**15. Desde su Centro de Salud Mental, ¿Le han explicado alguna vez en qué consiste la enfermedad que sufre?**

- Sí
- No

**16. Valora de 0 a 10 su grado de satisfacción con la atención psiquiátrica recibida desde su Centro de Salud Mental (CSM) (en donde 0 es nulo grado de satisfacción y 10 muy satisfecho)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17. Valora de 0 a 10 su grado de satisfacción con la atención psicológica recibida desde su Centro de Salud Mental (CSM) (en donde 0 es nulo grado de satisfacción y 10 muy satisfecho)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**18. ¿Cuál es la fecha en la que le diagnosticaron?**

\_\_\_\_\_

**19. ¿Cuántas veces ha sido ingresado?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- > 5 Ninguna

**20. En caso de haber sido ingresado, ¿En algún momento se usó la fuerza física?**

- Sí, por parte de la policía.
- Sí, por parte del personal de seguridad del hospital.
- No, no se utilizó la fuerza.

**21. ¿Toma medicación?**

- Sí
- No
- De vez en cuando

**22. ¿Le han explicado alguna vez en qué consiste el tratamiento farmacológico que recibe?**

- Sí
- No

**23. ¿Consume algún tipo de sustancia?**

- Alcohol
- Tabaco
- Cannabis
- Cocaína
- Éxtasis o anfetaminas
- Tranquilizantes o relajantes
- Otras sustancias
- No

**24. ¿Qué espera de la Asociación Bipolar de Madrid?**

- Información acerca del trastorno
- Terapia para familiares
- Beneficiarme de las actividades que ofrece
- Orientación práctica acerca de mis derechos
- Conocer a gente con mi mismo problema
- Otro: \_\_\_\_\_

**25. ¿Cómo se ha enterado de la existencia de la Asociación Bipolar?**

- Internet
- Redes sociales
- Recomendación familiar o amigo
- Centro de salud
- Psiquiatra

- Psicólogo
- Prensa o radio
- Otros

## Anexo 2. Consentimiento Certificado de Investigación



Calle Santa María de la Alameda, 11  
28002 Madrid  
Teléfono 910 115 528  
[www.asocbipolar.com](http://www.asocbipolar.com)  
Info@asocbipolar.com

D. Luis M. Benito de la Torre, con NIF número 51926881B, en su calidad de Presidente de la ASOCIACIÓN BIPOLAR DE MADRID, Asociación sin ánimo de lucro con NIF G81317133, inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones con el número 15178,

### HACE CONSTAR

Que los cuestionarios que se van a usar para el estudio entre las diferentes variables personales de los usuari@s con Trastorno Bipolar de nuestra Asociación, en el trabajo de investigación de D<sup>a</sup> María Adrados Hernández, han sido rellenados por los asociados de nuevo ingreso dándonos autorización expresa para que se utilicen para los estudios pertinentes.

Que la Junta Directiva ha dado aprobación para realizar el estudio a D<sup>a</sup> María Adrados Hernández, quien tendrá acceso a los cuestionarios siempre en la sede de la Asociación.

Y para que así conste, firmo en Madrid a 11 de enero de 2022

Firmado por 51926881B  
LUIS MARIANO BENITO (R:  
G81317133) el día  
11/01/2022 con un  
certificado emitido por  
AC Representación

Luis M. Benito de la Torre Presidente de ABM

Asociación sin ánimo de lucro CIF G81317133  
Registro de Asociaciones nº 15178  
Declarada de Interés Público Municipal nº 3144  
Declarada de Utilidad Pública de la CAM con fecha 24 de mayo de 2019