



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE
DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

La Resiliencia Psicológica en Personas con Trastorno Afectivo
Bipolar: Relación con Variables
Sociodemográficas y Clínicas

María Luisa Fernández Rocha
2024



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

La Resiliencia Psicológica en Personas con Trastorno Afectivo
Bipolar: Relación con Variables
Sociodemográficas y Clínicas

Autor: María Luisa Fernández Rocha

Director/es: María Isabel Ríos Risquez, Mariano García
Izquierdo



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. María Luisa Fernández Rocha

doctorando del Programa de Doctorado en

Sociedad, Desarrollo y Relaciones Laborales

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

La Resiliencia Psicológica en Personas con Trastorno Afectivo Bipolar: Relación con Variables Sociodemográficas y Clínicas.

y dirigida por,

D./Dña. María Isabel Ríos Risquez

D./Dña. Mariano García Escribano

D./Dña.

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 05 de Marzo de 2024

Fdo.: María Luisa Fernández Rocha

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

A mi hija, María, a quién le dedico este logro, por ser mi fuente de inspiración y alegría.

A mi marido, Juan Víctor, su perseverancia y amor incondicional han hecho que haya podido culminar este proyecto.

A mis padres, sin cuyo cariño, apoyo y sacrificio nada hubiera sido posible.

A mis hermanos, a pesar de la distancia física, siempre están conmigo.

*“La resiliencia no es un don exclusivo ni excepcional;
es una cualidad natural que se construye con la magia ordinaria
que todos practicamos en el día a día”*

ANN S. MASTEN

AGRADECIMIENTOS

Quiero poner de manifiesto mi más profundo agradecimiento a todas las personas que han contribuido a que este proyecto se haya convertido en una realidad:

A mis directores de tesis, al Dr. Mariano García Izquierdo y a la Dra. María Isabel Ríos Rísquez por haber dedicado su tiempo y su esfuerzo en dirigir esta investigación. Sus enseñanzas, aportaciones y entusiasmo han sido fundamentales para poder llevar a cabo este proyecto.

A mis compañeras, Isabel y Alba, por ayudarme y facilitarme la recogida de datos.

A la Dra. Anna Arnau, por su amabilidad y eficacia en los temas estadísticos.

Y, sobre todo, a todos y cada una de las personas que han colaborado en la realización de esta investigación, quienes son el fin último y el sentido de todo cuanto hacemos.

A todos ellos, que han hecho posible la realización de esta tesis doctoral: Gracias.

**LA RESILIENCIA PSICOLÓGICA EN PERSONAS CON TRASTORNO
AFECTIVO BIPOLAR: RELACIÓN CON VARIABLES
SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.**

RESUMEN

Introducción: El objetivo principal fue analizar la resiliencia psicológica en personas diagnosticadas de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), así como identificar las variables clínicas y sociodemográficas asociadas. Además, se examinaron las relaciones con la ansiedad, y depresión, *insight* y la adherencia al tratamiento.

Método: participaron 86 personas, mayores de 18 años, en su mayoría hombres (60.5%), con diagnóstico de TAB tipo I, II, mixto y no especificado, encontrándose en fase eutímica. Por medio de cuestionarios se evaluaron las variables sociodemográficas y clínicas, mientras que para la resiliencia psicológica se utilizó la escala CD-RISC de 10 ítems de Connor-Davidson (2011); para la depresión la Escala de Depresión de Beck (1999); para la ansiedad el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) (1978); para la consciencia de enfermedad la Escala de No Conciencia de Enfermedad Mental (SUMD) (2008) y para la adherencia al tratamiento el cuestionario de *Morisky-Green* (1992).

Resultados: La puntuación media en resiliencia en la muestra resultó inferior a la población general, sin que se observaran diferencias significativas entre los diferentes tipos de TAB. Aquellas personas con antecedentes de intentos de suicidio, historial familiar de enfermedad mental y consumo de alcohol mostraron puntuaciones significativamente más bajas en resiliencia. Se detectó una correlación negativa significativa entre la resiliencia y los resultados en depresión y en ansiedad rasgo. Además, aquellos participantes con menor *insight* manifestaron una menor adherencia al tratamiento.

Conclusiones: Las personas con TAB presentaron puntuaciones más bajas en resiliencia psicológica en comparación con la población general. La resiliencia fue menor en aquellas personas con antecedentes de intentos de suicidio, historia psiquiátrica familiar y consumo de alcohol. Asimismo, se constató una relación inversa entre la ansiedad y la depresión con la resiliencia psicológica. Por último, destacó la relación entre el *insight* y la adherencia al tratamiento, siendo menor la adherencia en personas con menor *insight*. Estos hallazgos resaltaron la importancia de abordar la resiliencia y el *insight* en el TAB, proporcionando oportunidades para mejorar las estrategias de intervención y promover una mejor calidad de vida en esta población.

Palabras claves: resiliencia psicológica, trastorno afectivo bipolar, intentos de suicidio, ansiedad, depresión, *insight*, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: The main objective was to analyze psychological resilience in individuals diagnosed with Bipolar Affective Disorder (BAD) and to identify associated clinical and sociodemographic variables. Additionally, relationships with anxiety, depression, insight, and treatment adherence were examined.

Method: Eighty-six participants, aged 18 and older, predominantly male (60.5%), diagnosed with BAD type I, II, mixed, and unspecified, in a euthymic phase, took part in the study. Sociodemographic and clinical variables were assessed through questionnaires. Psychological resilience was measured using the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (2011); Beck Depression Scale (1999) was employed for depression assessment; State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (1978) for anxiety; Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD) (2008) for illness awareness, and Morisky-Green Questionnaire (1992) for treatment adherence.

Results: The average resilience score in the sample was lower than the general population, with no significant differences observed among various types of BAD. Individuals with a history of suicide attempts, a family history of mental illness, and alcohol consumption showed significantly lower resilience scores. A significant negative correlation was found between resilience and outcomes in depression and trait anxiety. Additionally, participants with lower insight exhibited lower treatment adherence.

Conclusions: Individuals with BAD demonstrated lower psychological resilience scores compared to the general population. Resilience was lower in those with a history of suicide attempts, a family psychiatric history, and alcohol consumption. Furthermore, an inverse relationship was established between anxiety and depression with psychological resilience. Lastly, the relationship between insight and treatment adherence was highlighted, with lower adherence observed in individuals with lower insight. These findings underscore the importance of addressing resilience and insight in BAD, offering opportunities to enhance intervention strategies and promote a better quality of life in this population.

Keywords: psychological resilience, bipolar affective disorder, suicide attempts, anxiety, depression, insight, treatment adherence.

SOBRE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

En esta tesis se ha utilizado el masculino genérico para designar a mujeres y hombres, con el fin de evitar redundancias y desdoblamientos que dificulten la lectura del texto. En los casos en que era posible se han empleado sustantivos genéricos o colectivos, perífrasis y construcciones metonímicas que redujesen al máximo el lenguaje sexista.

También se ha usado el término sexo para referirse a las similitudes y diferencias entre mujeres y hombres a lo largo de las explicaciones teóricas y de los estudios empíricos, aun no siendo el más preciso, en lugar de la palabra género, que se refiere a la distinción entre los roles femenino y masculino, abarcando no obstante otras opciones que no se han contemplado en la realización de esta tesis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	22
PRIMERA PARTE	26
CAPÍTULO 1	28
1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRASTORNO BIPOLAR	30
2. EL TRASTORNO BIPOLAR EN LA ACTUALIDAD	32
3. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR	35
4. EL TRASTORNO BIPOLAR Y LA COMORBILIDAD	36
5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO BIPOLAR	38
6. EVALUACIÓN DE LA SALUD FÍSICA	40
7. EL TRASTORNO BIPOLAR Y SU TRATAMIENTO	42
CAPÍTULO 2	47
1. CIE-9-MC: CAPÍTULO 5 TRASTORNOS MENTALES	48
2. CIE-10: CAPÍTULO V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. LA NUEVA CLASIFICACIÓN CIE-11	51
3. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-V)	55
3.1. Criterios diagnósticos del Trastorno Bipolar según el DSM-V	56
3.2. Criterios para el episodio maníaco según el DSM-V	57
3.3. Criterios para el episodio hipomaniaco según el DSM-V	59
3.4. Criterios para el episodio de depresión mayor según el DSM-V	60
4. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE EL DSM-V Y LA VERSIÓN BETA DE LA CIE-11	63
CAPÍTULO 3	67
1. TRASTORNO BIPOLAR Y ANSIEDAD	69
2. TRASTORNO BIPOLAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	72
3. TRASTORNO BIPOLAR E INSIGHT	74
4. TRASTORNO BIPOLAR Y SUICIDIO	76
4.2. El impacto de la pandemia COVID-19 en las personas con TAB	82

CAPÍTULO 4	86
1. DEFINICIÓN DE RESILIENCIA	87
2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL PROCESO DE RESILIENCIA	93
3. MODELOS TEÓRICOS DE RESILIENCIA	95
3.1. Modelo <i>Mandalas</i> de Resiliencia	95
3.2. Modelo de las verbalizaciones	98
3.3. Modelo Compensatorio de Resiliencia	99
3.4. Modelo de Protección de la Resiliencia	100
3.5. Modelo de Desafío en Resiliencia	102
4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA RESILIENCIA	103
5. RESILIENCIA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES, SUICIDIO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.	107
6. RESILIENCIA Y SU RELACIÓN CON LAS VARIABLES ADHERENCIA AL TRATAMIENTO E INSIGHT	109
7. INTERVENCIONES DE LA RESILIENCIA EN LOS TRASTORNOS MENTALES	111
SEGUNDA PARTE	115
CAPÍTULO 5	117
1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	117
1.1. Objetivos de la investigación	118
1.2. Hipótesis de la investigación	118
1.3. Método	120
1.4. Análisis de datos	126
1.5. Aspectos éticos	127
2. RESULTADOS	128
2.1. Resultados en resiliencia en personas diagnosticadas de TAB y su comparación con la población general	131
2.2. Variables sociodemográficas/clínicas y resiliencia	133
2.3. Relación de la ansiedad y la depresión con la resiliencia	134
2.4. <i>Insight</i> y adherencia al tratamiento en el TAB	135
3. DISCUSIÓN	136
3.1. La resiliencia en las personas diagnosticadas de TAB	136
3.2. Resiliencia y su relación con las variables clínicas y sociodemográficas en las personas diagnosticadas de TAB	138
3.3. Resiliencia y su relación con las variables ansiedad y depresión en personas con TAB	140
3.4. <i>Insight</i> y adherencia al tratamiento en personas diagnosticadas de TAB	141
4. LIMITACIONES, APLICACIONES PRÁCTICAS Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	143
5. CONCLUSIONES	146

REFERENCIAS	148
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	163
ÍNDICE DE TABLAS	166
ÍNDICE DE FIGURAS	168
ANEXOS	170

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta, titulado “La Resiliencia Psicológica en personas con Trastorno Afectivo Bipolar: distribución según variables sociodemográficas y su impacto en variables clínicas”, tiene como objetivo principal el estudio de la resiliencia en personas diagnosticadas de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), comparándolo con la media de la población general. Además, se plantean tres objetivos secundarios en esta población. En primer lugar, se busca identificar las variables clínicas o sociodemográficas que se relacionan con la resiliencia. En segundo lugar, se pretende determinar la relación entre las variables de ansiedad e intensidad de la depresión y la resiliencia. Por último, se examina la asociación entre el *insight* y la adherencia al tratamiento.

Pero ¿por qué abordar este trabajo? Una de las principales motivaciones que llevan a emprender esta investigación fue el interés por el concepto de resiliencia y su relación con el TAB, que representa un área de investigación de creciente importancia en el ámbito de la salud mental. El término resiliencia ha ganado relevancia en los últimos años, aunque su análisis científico se remonta aproximadamente a la década de los ochenta. La resiliencia ha sido objeto de estudio en diversas disciplinas, como la psicología, la psiquiatría, la sociología, la biología y, más recientemente, la neurociencia. Todas ellas coinciden en destacar la capacidad del ser humano para resistir, superar y reconstruir a pesar de enfrentar adversidades. Sin embargo, en la actualidad aún no existe un consenso claro en su definición.

La resiliencia se enmarca en un enfoque positivo sobre las posibilidades de llevar una vida normal en un contexto con dificultades y cómo la define Grothberg (2006, p. 18), “es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida,

aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por esta. Nadie escapa de las adversidades”.

A lo largo de su evolución, la resiliencia ha sido concebida de diversas maneras. Inicialmente, se definió como la capacidad de adaptación exitosa de la persona después de enfrentar situaciones adversas. También se la ha considerado como un rasgo relativamente global de la personalidad. Algunos la ven como un estado más que un rasgo, lo que implica que es modificable. Más recientemente, se ha conceptualizado como un proceso dinámico que involucra la interacción de factores de riesgo y protección, tanto internos como externos a la persona, que interactúan para mitigar los efectos de los eventos adversos en la vida.

El TAB es una enfermedad mental compleja que afecta significativamente la calidad de vida de quienes la padecen. Es caracterizada por fluctuaciones extremas en el estado de ánimo que oscilan entre episodios de manía y depresión, y plantea desafíos considerables tanto para las personas afectadas como para los profesionales de la salud mental. Los síntomas de este trastorno pueden ser debilitantes y conducir a un deterioro significativo en la funcionalidad y la calidad de vida. A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, el TAB sigue siendo un campo en constante evolución.

A medida que la investigación en psicología y psiquiatría ha profundizado en el concepto resiliencia, ha surgido un interés creciente en comprender cómo la resiliencia se relaciona con el TAB. Este trabajo busca explorar la relación entre la resiliencia y el TAB, examinando cómo puede interconectar con la expresión de sus síntomas (ansiedad y depresión), la adherencia al tratamiento y el *insight*. Además, se pretende identificar las variables clínicas y sociodemográficas que pueden estar asociadas con puntuaciones más altas o bajas de resiliencia en esta población.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se ha organizado el presente trabajo en tres partes. En la primera, se recogen los cuatros capítulos teóricos del trabajo, abordando el TAB, la codificación de los trastornos mentales, la relación del TAB con las variables clínicas y, por último, la resiliencia. En la segunda parte se recoge la investigación empírica y en la tercera se añaden las referencias bibliográficas utilizadas para el desarrollo de este trabajo de investigación.

En el primer capítulo, titulado El Trastorno Afectivo Bipolar, se presentan fundamentos esenciales para la comprensión de este trastorno y su evolución histórica. También se examinan aspectos relacionados con la epidemiología y la comorbilidad del TAB, así como el diagnóstico diferencial respecto a otras enfermedades mentales. Para concluir, se incorpora una sección dedicada a las diversas modalidades de tratamiento disponibles para el TAB.

En el segundo capítulo, titulado Codificación de los Trastornos Mentales, el objetivo principal se basa en examinar las diversas clasificaciones disponibles en la actualidad para categorizar las enfermedades mentales, incluido el TAB. En primer lugar, se aborda la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC). A continuación, se analiza la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10). Además, se dedica una sección al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Finalmente, se examinan las divergencias y similitudes entre el DSM-V y la versión beta de la CIE-11.

El tercer capítulo, titulado Las Variables Clínicas y su Relación con el Trastorno Afectivo Bipolar, aborda la interconexión entre la ansiedad, la adherencia al tratamiento, el *insight* y el suicidio en relación con el TAB.

En el cuarto capítulo, titulado Resiliencia Psicológica, el objetivo central es profundizar en la comprensión de este constructo, explorando sus orígenes y su evolución.

Por un lado, se realizará un análisis exhaustivo de los factores de riesgo y protección que inciden en la resiliencia, así como de los instrumentos más comúnmente empleados para medirla en el ámbito de la salud. Por otro lado, se abordará teóricamente la relación entre la resiliencia y las variables clínicas objeto de estudio en este trabajo, tales como los trastornos mentales, suicidio, ansiedad, depresión, adherencia al tratamiento e *insight*. Para concluir, se incluirá una sección dedicada a las intervenciones en resiliencia aplicadas a los trastornos mentales.

La segunda parte del trabajo se centra en el estudio empírico. En su primer apartado, se elabora el diseño de la investigación, que tiene un objetivo principal: Analizar la puntuación en resiliencia de las personas diagnosticadas de TAB y comparar dicha puntuación con el promedio registrado por la población general. A continuación, se detalla el método empleado, el procedimiento seguido y el diseño utilizado en el análisis de los datos. En un segundo apartado, se presentan los resultados derivados de los diversos análisis realizados. Finalmente, se ofrece la discusión y las conclusiones que emergen de nuestra investigación, que tiene como objetivo realizar una evaluación general de los resultados obtenidos y destacar las contribuciones específicas y generales que este estudio puede aportar. Además, se abordan las limitaciones identificadas, la aplicabilidad práctica del estudio, dejando abierta la posibilidad para futuros estudios en esta línea de investigación.

En la tercera parte, se incluyen las referencias bibliográficas que se han utilizado en esta investigación.

PRIMERA PARTE
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1

EL TRASTORNO BIPOLAR

Este capítulo está organizado en siete apartados distintos. El primer apartado se centra en la evolución histórica del concepto de TAB, un tema relevante en la investigación psiquiátrica y psicológica, que presenta una trayectoria de continuos descubrimientos médicos y científicos que han enriquecido nuestra comprensión de esta compleja enfermedad mental. Desde los primeros registros en la antigua Grecia hasta la actualidad, se ha avanzado notablemente en el conocimiento del TAB.

El siguiente apartado se adentra en el estado actual del conocimiento sobre el TAB. En la actualidad, este trastorno se comprende de manera más completa desde una perspectiva médica y científica. A pesar de los desafíos que aún persisten, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, la investigación y la atención clínica siguen progresando, ofreciendo esperanza y apoyo a las personas afectadas por este trastorno y sus familiares.

El tercer apartado se centra en la epidemiología del TAB siendo un campo de estudio esencial sobre la prevalencia, distribución y los factores de riesgo asociados con esta compleja enfermedad psiquiátrica.

A continuación, se aborda la comorbilidad del TAB. Este fenómeno se refiere a la coexistencia de dos o más trastornos médicos o psiquiátricos en una misma persona, y su estudio es esencial para comprender la complejidad y el impacto de esta enfermedad en la vida de las personas afectadas. La presencia de trastornos comórbidos puede complicar la presentación clínica y la respuesta al tratamiento, implicando la necesidad de enfoques terapéuticos integrados y adaptados a las necesidades individuales de las personas.

El diagnóstico diferencial del TAB, del cual se habla en el quinto apartado, representa un desafío clínico y un área de estudio crítica en el ámbito de la salud mental. Este proceso implica la distinción precisa entre el TAB y otras condiciones psiquiátricas que pueden presentar síntomas similares, como el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la esquizofrenia y otros trastornos del estado de ánimo. Un diagnóstico diferencial preciso no solo es fundamental para la atención individualizada de las personas con TAB, sino que también tiene implicaciones importantes en la investigación y el desarrollo de terapias más específicas.

En el sexto apartado, se analiza como el TAB puede influir en la salud física de las personas afectadas. El bienestar de las personas con TAB va más allá de los aspectos puramente psicológicos, y destaca la importancia de abordar tanto los aspectos emocionales como los físicos para lograr una atención integral y mejorar la calidad de vida de quienes padecen este trastorno.

Y, por último, se describe el tratamiento del TAB, el cual ha experimentado avances notables en las últimas décadas, lo que ha mejorado significativamente la atención brindada a las personas afectadas por esta enfermedad psiquiátrica. El tratamiento del TAB no se limita solo a abordar los síntomas agudos de los episodios maníacos y depresivos, sino que también implica la prevención de recaídas y la gestión a largo plazo de la enfermedad. Es importante abordar el tratamiento del TAB de manera integral y multidisciplinaria, reconociendo que cada persona puede requerir una combinación única de enfoques terapéuticos.

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRASTORNO BIPOLAR

Johann Cristian Reil acuñó el término “psiquiatría” por primera vez en 1808. Esta disciplina se definió como la rama de la medicina que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos (Bravo et al., 2009).

Hipócrates (460-370 a.C.), considerado el Padre de la Medicina, postuló que las enfermedades se producían debido a un desequilibrio de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos humores resultaban en personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas. Hipócrates fue pionero en distinguir diferentes disposiciones o humores, como el melancólico, colérico y flemático. Sin embargo, fue Jules Farley en 1854 quien describió por primera vez la “*folie circulaire*” o el ciclo alternativo de euforia y melancolía (Jain & Mitra, 2022).

Aulo Cornelio (25 a .C.-50 d. C), dividió las enfermedades en locales y generales, incluyendo a las enfermedades mentales en esta última categoría. A su vez, clasificó las enfermedades mentales en febriles (delirios) y no febriles (locura). Este escritor romano utilizó el término “insania” para describir las enfermedades mentales y empleó la musicoterapia como tratamiento de la locura (Bravo et al., 2009).

En el siglo II d.C., el médico griego Areteo de Capadocia se destacó al incorporar las primeras descripciones sistemáticas de depresión y manía en una misma entidad clínica, considerándolas parte de una misma entidad nosológica (Harvey, 2007). Además, fue el primero en hablar de personalidades pre-psicopáticas, concluyendo que las personas propensas a la manía eran irritables y violentas, mientras que las propensas a la melancolía tenían un carácter depresivo. Este médico se adelantó a Emil Kraepelin, quien sostuvo que el pronóstico es determinante en la naturaleza de la enfermedad (Bravo et al., 2009).

En 1899, Emil Kraepelin realizó una distinción nosológica al diferenciar las psicosis observadas en el trastorno maníaco- depresivo de la demencia *praecox* (es decir, la esquizofrenia). Galeno de Pérgamo (130-200), médico romano y uno de los más famosos de la antigüedad después de Hipócrates, afirmó que la salud de la persona se basa en el equilibrio entre la sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema (Jain & Mitra, 2022).

Durante la Edad Media (siglos V-XV), con la caída del Imperio Romano, las ideas de la cultura grecorromana sufrieron un retroceso. La psiquiatría fue excluida de la medicina por la Iglesia y, al no ser abolida, resurgió bajo el nombre de Demonología. El Renacimiento fue una de las épocas más difíciles en la historia de la psiquiatría, donde la brujería y las posesiones demoníacas se utilizaban para explicar las enfermedades mentales. Sin embargo, durante este periodo también tuvo lugar la primera revolución psiquiátrica, impulsada por los trabajos de Johann Weyer en Holanda y Alemania, quienes concluyeron que las supuestas “brujas” padecían enfermedades mentales (Bravo et al., 2009; Testa, 2004).

En la segunda mitad del siglo XIX, tuvo lugar la Tercera Revolución Psiquiátrica con las concepciones de Emil Kraepelin (1856-1926), considerado el padre de la conceptualización moderna del TAB. En 1899, Emil Kraepelin describió por primera vez la “*Dementia Praecox*” y la “Psicosis maníaco-depresiva” (Bravo et al., 2009; Leónseguí et al., 2012). Además, estableció una distinción entre la esquizofrenia y TAB basándose en la sintomatología, considerando que la esquizofrenia tenía un pronóstico más desfavorable debido a un mayor deterioro en comparación con el TAB. Otra diferencia radica en que la sintomatología de la esquizofrenia es más persistente que los episodios del TAB (Maier et al., 2014; Raymond Lake, 2008).

El TAB como entidad diferenciada fue descrito por Falret en la década de 1850 (Carvalho et al., 2020). En 1957, el psiquiatra alemán Karl Leonhard fue el primero en

distinguir entre trastornos afectivos “bipolares” y “monopolares” (personas con historia solo de depresión o solo de manía), superando así el concepto genérico vago de “maniaco-depresivo”. Esta propuesta, con algunas modificaciones sutiles, ha sido ampliamente aceptada y finalmente se ha incorporado en la concepción clasificatoria actual de los trastornos del ánimo. Pocos años después de su propuesta, esta distinción fue validada por estudios de Perris en Suecia, Angst en Suiza y Winokur en Estados Unidos, consolidando el término “bipolar” para referirse a todos los casos con un síndrome de manía o de hipomanía. Desde la década de 1970, en Estados Unidos se ha utilizado la distinción entre el TAB tipo I y el tipo II (Leónseguí et al., 2012).

2. EL TRASTORNO BIPOLAR EN LA ACTUALIDAD

El término “estado de ánimo” se define como un sentimiento o emoción que influye en el comportamiento de una persona y afecta su percepción (Jain & Mitra, 2022). En la vida cotidiana, las fluctuaciones del estado de ánimo son comunes como resultado de eventos estresantes o agradables. Sin embargo, las variaciones graves y persistentes del estado de ánimo que causan malestar psicológico y deterioro en la conducta pueden ser indicativos de un trastorno afectivo subyacente (Carvalho et al., 2020). Los trastornos del estado de ánimo, también conocidos como trastornos afectivos, incluyen los trastornos unipolares y bipolares (Jain & Mitra, 2022).

El TAB, también llamado trastorno bipolar, es una enfermedad mental crónica, recurrente e infradiagnosticada que se caracteriza por la pérdida de control de las emociones y el sufrimiento subjetivo, además de estar asociada con múltiples comorbilidades y síntomas residuales entre los episodios activos (Meynard, 2008). Los episodios de manía son los que confieren un diagnóstico al TAB y se manifiestan con una excesiva euforia, una energía desbordante, impulsividad y comportamientos de alto

riesgo. Por otro lado, las personas que lo padecen también experimentan episodios depresivos, caracterizados por una profunda tristeza, pérdida de interés en actividades antes disfrutadas, cambios en el sueño y apetito, cansancio, sentimientos de culpa y pensamientos suicidas. Los períodos de alteración profunda del estado de ánimo se alternan con los eutímicos (García-Blanco et al., 2014). Durante estos últimos, la persona no presenta síntomas y mantiene su estabilidad emocional. La duración de estas fases varía según la persona y la eficacia del tratamiento prescrito (Jain et al., 2007). Los cambios emocionales que caracterizan al TAB ocasionan un deterioro en el funcionamiento interpersonal, social y laboral, lo que lleva a considerarla como una enfermedad psiquiátrica crónica, grave, y altamente incapacitante (García-Blanco et al., 2014).

En cuanto a la clasificación del TAB, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), junto con otros sistemas de clasificación, intentaron basar los diagnósticos psiquiátricos en criterios operativos. Desde una perspectiva nosológica, el DSM-IV-TR, la cuarta edición revisada del manual distingue entre el TAB tipo I (caracterizado por episodios maníacos) y el TAB tipo II (caracterizado por episodios de hipomanía). También se describe la ciclotimia como otro trastorno bipolar según el DSM-IV-TR, que implica episodios recurrentes de hipomanía y depresión subclínica. El DSM-V, quinta edición, incluye síndromes subclínicos con el fin de permitir una visión más dimensional que fomente la investigación de la heterogeneidad del trastorno (García-Blanco et al., 2014). Este manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) incluye la categoría "trastornos bipolares y relacionados", que abarca los TAB tipo II, TAB tipo I y ciclotímicos. Los fenómenos atípicos de tipo bipolar que no se ajustan a los subtipos canónicos se incluyen en la categoría "otros trastornos especificados y relacionados con el bipolar" (Carvalho et al., 2020).

Otra taxonomía es la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Edición (CIE-11), correspondiente a la versión en español de la *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD), que también incluye una sección sobre trastornos bipolares. La característica distintiva que separa los trastornos bipolares de otros trastornos afectivos es la presencia de episodios recurrentes de manía o hipomanía que pueden alternarse con episodios depresivos.

Según el CIE- 11, el TAB tipo I se define por la presencia de episodios maníacos que se manifiestan con una serie de síntomas como exceso de confianza, grandiosidad, verborrea, desinhibición extrema, irritabilidad, disminución de la necesidad de dormir y un estado de ánimo muy elevado. Además, presenta síntomas psicóticos, como delirios y alucinaciones que aparecen en el 75% de los episodios maníacos. Estos episodios de cualquier gravedad pueden afectar al funcionamiento psicosocial hasta el punto de requerir hospitalización. En contraste, el TAB tipo II se caracteriza principalmente por episodios depresivos que se alternan con episodios de hipomanía en lugar de manía. El diagnóstico de TAB tipo II requiere la presencia de al menos un episodio hipomaniaco a lo largo de la vida. Por su parte, el trastorno ciclotímico se caracteriza por estados depresivos e hipomaniacos recurrentes, que duran al menos 2 años, que no alcanzan el umbral diagnóstico de un episodio afectivo mayor (Carvalho et al., 2020).

El TAB afecta a una considerable proporción de la población a escala mundial, lo que tiene consecuencias significativas para la salud mental y la calidad de vida de las personas afectadas. Por lo tanto, resulta esencial examinar aspectos epidemiológicos clave como la prevalencia, los factores de riesgo, la edad de inicio, las comorbilidades y otros aspectos relacionados con el TAB, cuya exploración detallada se abordarán en los siguientes apartados.

3. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR

El TAB es una enfermedad mental que se presenta con relativa frecuencia en la población mundial, ocupando el puesto 17 entre todas las enfermedades en términos de discapacidad (Carvalho et al., 2020). Según estudios epidemiológicos, se estima que la prevalencia a lo largo de la vida del TAB tipo I es de alrededor del 1% en la población general. En un estudio transversal llevado a cabo en 11 países, se observó que la prevalencia general a lo largo de la vida del TAB era del 2-3%, y del 0,4% para el TAB tipo II (Jain & Mitra, 2022). Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas cifras pueden variar según los criterios de diagnóstico utilizados y las características de la población estudiada.

Algunos estudios sugieren que el TAB tipo I tiene una prevalencia similar en hombres y mujeres, mientras que otros reconocen una mayor prevalencia del TAB tipo I en hombres, y de tipo II (más episodios depresivos) en mujeres. En general, los datos sugieren una distribución equitativa en cuanto a sexo y etnias (Jain & Mitra, 2022).

Este trastorno suele manifestarse alrededor de los 20 años, aunque en aproximadamente un tercio de las personas afectadas, se diagnostica aproximadamente 10 años después de la aparición de los síntomas. Un inicio temprano del TAB se relaciona con un pronóstico más desfavorable, retrasos mayores en el tratamiento, episodios depresivos más severos y una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y consumo de sustancias comórbidos (Carvalho et al., 2020).

En los países desarrollados, se observa una mayor prevalencia de este trastorno en comparación con los países menos desarrollados, con tasas que varían entre el 1,4% y el 0,7%. Además, se aprecian tasas más elevadas de TAB tipo I en personas separadas, divorciadas y viudas, en contraste con aquellos que están casados o que nunca han contraído matrimonio, aunque la naturaleza precisa de esta asociación no está

completamente definida. Los antecedentes familiares de TAB representan uno de los factores de riesgo más consistentes y sistemáticos para el desarrollo del trastorno. Los familiares adultos de personas con TAB tipo I y II enfrentan un riesgo promedio hasta 10 veces mayor, y esta magnitud del riesgo se incrementa en consonancia con el grado de parentesco (American Psychiatric Association, APA, 2014).

Es relevante destacar que las personas que padecen trastornos del estado de ánimo enfrentan un riesgo significativamente mayor de fallecer por suicidio, llegando a ser hasta 20 veces más común en el caso del TAB en comparación con la población general, sobre todo cuando no reciben tratamiento. Aproximadamente, entre 1 de cada 3 y 1 de cada 2 personas con TAB intentan el suicidio al menos una vez en su vida, y alrededor del 15-20% de estos intentos culminan en suicidios consumados (Jain & Mitra, 2022).

4. EL TRASTORNO BIPOLAR Y LA COMORBILIDAD

La comorbilidad del TAB tipo I con otros trastornos mentales es frecuente, siendo los trastornos de ansiedad los más prevalentes, como los ataques de pánico, el trastorno de ansiedad social (fobia social) y la fobia específica, afectando aproximadamente a tres cuartas partes de las personas con TAB. Es importante resaltar que más de la mitad de las personas diagnosticadas de TAB tipo I también presentan TDAH, trastorno de conducta disruptiva o impulsiva, o cualquier trastorno de conducta, como el trastorno explosivo intermitente, el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta. Además, aquellas con TAB tipo I tienen tasas más altas de enfermedades médicas concomitantes graves o no tratadas (American Psychiatric Association, APA, 2014).

Por otro lado, el TAB tipo II también se asocia habitualmente con uno o más trastornos mentales, siendo los trastornos de ansiedad los más comunes (el 75% de los casos de TAB tipo II desarrollan un trastorno de ansiedad). Otras comorbilidades del TAB

incluyen el trastorno por uso de sustancias, siendo relevante destacar que un 35% de las personas con TAB tipo II sufren de esta enfermedad. Además, aproximadamente el 14% de las personas con TAB tipo II experimentan a lo largo de su vida al menos un trastorno de la conducta alimentaria, siendo el trastorno por atracón más frecuente que la bulimia y la anorexia nerviosa. Estos trastornos concomitantes no parecen tener un curso independiente al del TAB, sino que están significativamente asociados con los estados afectivos. Por ejemplo, los trastornos de ansiedad tienden a estar más relacionados con los síntomas depresivos, mientras que los trastornos por abuso de sustancias se asocian moderadamente con los síntomas maníacos (American Psychiatric Association- APA, 2014).

Otro aspecto relevante que considerar son las enfermedades médicas crónicas, las cuales se encuentran con mayor frecuencia entre las personas con TAB en comparación con la población general. Estas afecciones incluyen el síndrome metabólico (que afecta al 37% de las personas con TAB), la migraña (35%), la obesidad (21%) y la diabetes mellitus tipo 2 (14%). En contraste con la población general, las personas con TAB enfrentan aproximadamente el doble de riesgo de muerte, y este incremento de riesgo se atribuye tanto al suicidio como a las mayores tasas de enfermedades físicas en esta población. (Carvalho et al., 2020).

Según el DSM-V, más de la mitad de las personas que cumplen los criterios para el diagnóstico de TAB también presentan un trastorno por consumo de alcohol. Además, aquellos que padecen ambos trastornos enfrentan un mayor riesgo de intentos de suicidio (American Psychiatric Association- APA, 2014). Como consecuencia, las personas diagnosticadas de TAB, cuando se enfrentan a diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados, pueden experimentar un mayor riesgo de suicidio, cambios de humor, ciclos

alterados, estados mixtos, resistencia al tratamiento o falta de adherencia al mismo (Young & Grunze, 2013).

Debido a la diversidad de síntomas que pueden presentarse en el TAB y a la superposición de características con otros trastornos psiquiátricos, el proceso de diagnóstico diferencial se convierte en un desafío clínico importante. Abordaremos este aspecto en el siguiente apartado, explorando las estrategias y consideraciones fundamentales para distinguir de manera precisa el TAB de otras condiciones similares.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

Las personas con TAB experimentan síntomas durante aproximadamente la mitad de su vida, y la mayor parte de ese tiempo sufren síntomas depresivos, lo cual dificulta un diagnóstico preciso del TAB (Hirschfeld, 2014). El TDM, también conocido como depresión unipolar, tiene una prevalencia estimada a lo largo de la vida tres veces mayor que los trastornos del espectro bipolar. Además, la manifestación clínica de un episodio depresivo mayor en una persona con TAB no se diferencia de un episodio depresivo mayor en el TDM, lo que dificulta llevar a cabo un cribado adecuado y una evaluación exhaustiva. Como resultado, algunas personas con TAB pueden ser diagnosticados erróneamente con TDM (Hirschfeld, 2014). No obstante, se presenta la posibilidad contraria, en la cual el TAB podría estar diagnosticado en exceso en determinadas circunstancias, sobre todo cuando los profesionales clínicos utilizan exclusivamente instrumentos de cribado mediante autoinformes. Hay evidencia que indica que estos instrumentos muestran tasas significativas de falsos positivos en relación con el diagnóstico del TAB (Carvalho et al., 2020). La depresión bipolar generalmente es más severa que la depresión unipolar, lo que conlleva un mayor número de hospitalizaciones

y un deterioro social más pronunciado. Por lo tanto, es crucial un diagnóstico precoz y el establecimiento de un tratamiento adecuado de manera temprana (Hirschfeld, 2004).

Por otro lado, en el TAB pueden presentarse síntomas psicóticos que llevan a confundir este trastorno con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Lo que distingue al TAB de la esquizofrenia es que en esta última no se presentan episodios afectivos recurrentes (Hollis, 2003). Si bien, comparten ciertas características epidemiológicas como la edad de inicio, el riesgo a lo largo de la vida, la distribución geográfica, el riesgo de suicidio, la influencia del sexo y la susceptibilidad genética (Möller, 2003). En relación al trastorno esquizoafectivo, la diferencia radica en que en este último hay períodos en los que la persona presenta síntomas psicóticos sin alteraciones en el estado de ánimo, mientras que en el TAB se presentan ambos tipos de sintomatología (Hollis, 2003).

El estudio de Möller (2003) introduce la noción de la 'teoría del continuo bipolar', la cual postula la existencia de un espectro psiquiátrico amplio que abarca desde el trastorno unipolar hasta el bipolar, incluyendo la psicosis esquizoafectiva y la esquizofrenia. Esta perspectiva encuentra respaldo en el diagnóstico del trastorno esquizoafectivo, que, por definición, se ubica en un punto intermedio entre la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo. No obstante, persisten autores que respaldan la concepción original de Kraepelin, que considera a la depresión maníaca y la esquizofrenia como dos entidades nosológicas separadas.

Finalmente, cabe destacar la relevancia de considerar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adultos, el cual puede mostrar similitudes con el TAB y el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), e incluso es común que coexistan. Esta superposición de características puede resultar en diagnósticos erróneos y tratamientos poco efectivos, con importantes consecuencias adversas. Las tres condiciones mencionadas pueden afectar significativamente al bienestar y el

funcionamiento de quienes las experimentan. No obstante, es fundamental resaltar que tanto el TAB como el TLP están asociados con un mayor riesgo de intentos de suicidio, subrayando así la importancia crítica de un diagnóstico preciso para asegurar una adecuada orientación de los tratamientos y, en última instancia, mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas afectadas (Asherson et al., 2014).

Además de un diagnóstico clínico preciso, resulta importante realizar una evaluación detallada de la salud física de las personas afectadas de TAB. Esto se debe a que existen conexiones significativas entre el estado de ánimo, la medicación, los factores de riesgo asociados y la salud física en general. A lo largo del próximo apartado, profundizaremos en esta relación crucial y en la relevancia de una evaluación integral de la salud física en el contexto del TAB.

6. EVALUACIÓN DE LA SALUD FÍSICA

Los trastornos unipolares y bipolares, los trastornos por consumo de alcohol y sustancias, la esquizofrenia y la demencia son algunas de las enfermedades mentales más comunes que se asocian con un mayor riesgo de enfermedades físicas comórbidas (Young & Grunze, 2013).

El TAB se asocia con una morbilidad física y una mortalidad muy superiores a las de la población general. Además de un mayor riesgo de suicidio, las personas con TAB presentan una mayor prevalencia de enfermedades físicas, como hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, enfermedades pulmonares, migraña e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (Bobes et al., 2008). También se ha observado que tienen un mayor riesgo de hiperglucemia, dislipemia y diabetes de tipo II (Young & Grunze, 2013).

Los antipsicóticos son una de las opciones de tratamiento para el TAB. Estos medicamentos se asocian con un mayor riesgo de cambios metabólicos, lo que aumenta

la tasa de comorbilidad, llegando a duplicarla en comparación con la población general. La enfermedad isquémica, el ictus, la hipertensión y la diabetes ocurren en tasas del 5,1%, 1,5%, 14,7% y 4,1%, respectivamente, en personas con TAB (Young & Grunze, 2013).

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad en personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia y el TAB. La diabetes, el síndrome metabólico y el tabaquismo contribuyen al desarrollo y progresión de estas enfermedades cardiovasculares (Young & Grunze, 2013). El síndrome metabólico se define según el *National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP-III)* como una combinación de factores de riesgo lipídicos y no lipídicos asociados a una condición metabólica generalizada llamada resistencia a la insulina, en la cual las acciones normales de la insulina se ven alteradas (Newcomer, 2006). Según la NCEP ATP III, una persona tiene síndrome metabólico si cumple con tres o más de los cinco criterios siguientes (Huang, 2009):

- Perímetro de cintura: > 101.6cm (Hombres); > 88.9cm (Mujeres)
- Presión arterial: >130/85mmHg
- Valores de triglicéridos en ayunas: >150mg/dl
- Valores de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) en ayunas:
< 40mg/dl (Hombres); < 50mg/dl (Mujeres).
- Glucemia en ayunas: > 100mg/dl

En las personas con TAB, reducir el riesgo de obesidad puede resultar complicado debido a los malos hábitos nutricionales, comorbilidades médicas y el estilo de vida sedentario que llevan en su día a día. Entre el 21 y el 63% de las personas con TAB presentan síndrome metabólico (Young & Grunze, 2013).

La presencia de enfermedades somáticas dificulta el pronóstico, tratamiento y recuperación del TAB, así como empeora la calidad de vida de estas personas (Bobes et

al., 2008). Del 75 al 85% de las personas con enfermedad mental son fumadores, lo cual aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad debido a las enfermedades médicas relacionadas con el tabaco. El consumo de tabaco en esta población, especialmente en aquellos con un consumo elevado, provoca un aumento de los síntomas psiquiátricos tanto positivos (alucinaciones y delirios) como negativos (anhedonia, alogia, baja motivación, escasas habilidades sociales), mayor número de hospitalizaciones y mayor dosis de medicación en comparación con los no fumadores o fumadores ligeros. Además, aumenta el riesgo de trastornos cardiovasculares (Young & Grunze, 2013).

En el contexto del TAB no solo es fundamental llevar a cabo una minuciosa evaluación de la salud física, sino que el enfoque y la efectividad del tratamiento son aspectos relevantes. La naturaleza fluctuante de los episodios maníacos y depresivos, así como la amplia gama de síntomas y consecuencias asociados, requieren de un abordaje terapéutico completo y personalizado. Por lo tanto, en el próximo apartado, ahondaremos en las estrategias de tratamiento disponibles para el TAB, que abarcan desde la farmacoterapia hasta la terapia psicoterapéutica, con el objetivo de estabilizar el estado de ánimo, prevenir recaídas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta compleja enfermedad.

7. EL TRASTORNO BIPOLAR Y SU TRATAMIENTO

El objetivo principal del tratamiento del TAB es estabilizar el estado de ánimo, reducir la frecuencia e intensidad de los episodios maníacos y depresivos, y mejorar la calidad de vida de la persona afectada.

El primer paso es definir el estado de ánimo de la persona y confirmar el diagnóstico de manía o hipomanía. Una vez evaluado el estado de ánimo, el tratamiento se enfocará para la hipomanía, manía, depresión o eutimia (Jain & Mitra, 2022).

El tratamiento para el TAB se distingue, por un lado, en situaciones urgentes o crisis, y por otro lado, en la terapia de mantenimiento y prevención de recaídas (Rakesh et al., 2007). Durante la fase aguda (situaciones urgentes o crisis), el objetivo es tratar la manía sin causar depresión y/o mejorar sistemáticamente la depresión sin provocar la manía (Souza, 2005). Durante el episodio agudo, es fundamental garantizar la seguridad de las personas, especialmente en aquellos con riesgo de suicidio o comportamiento auto o heteroagresivo (Carvalho et al., 2020).

En la fase de continuación, el objetivo es reducir los efectos secundarios, disminuir posibles recaídas y mejorar el funcionamiento general (Souza, 2005). En esta fase, se recomienda acordar con las personas diagnosticadas de TAB las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas basadas en la evidencia que se llevarán a cabo, y supervisar la adherencia terapéutica (Carvalho et al., 2020).

Finalmente, en la fase de mantenimiento, el objetivo es prevenir la manía y/o la depresión y mejorar aún más la recuperación funcional (Souza, 2005). Durante la fase eufímica, que se define como la remisión de los síntomas, lo ideal sería que la persona no sólo estuviera libre de síntomas, sino también (re)integrada funcionalmente en sus actividades diarias (Souza, 2005). En el TAB tipo I, el objetivo principal es la prevención de la manía y la depresión, mientras que en el tipo II es prevenir la depresión. Esto demuestra que la polaridad es un factor pronóstico válido con implicaciones terapéuticas y clínicas a largo plazo (Colom et al., 2006).

Los fármacos más utilizados en la fase aguda del TAB son los estabilizadores del estado de ánimo y los antipsicóticos, siendo los estabilizadores del ánimo la opción preferente para la fase de mantenimiento de la manía. El litio, como estabilizador del estado de ánimo, se considera el *gold estándar* en el tratamiento del TAB debido a su capacidad para reducir el riesgo de suicidio a largo plazo. Es importante tener en cuenta

que el litio tiene un margen terapéutico estrecho y que los valores séricos de litio en sangre deben ser supervisados por un especialista. Otros estabilizadores del estado de ánimo utilizados incluyen la carbamazepina y el ácido valproico, que son anticonvulsivos (Carvalho et al., 2020).

Los antipsicóticos de segunda generación o atípicos, como la olanzapina, la quetiapina, la risperidona y ziprasidona, se indican como monoterapia o en combinación con un estabilizador del estado de ánimo, siendo esta última opción la preferida debido a su mayor eficacia. Los antidepresivos nunca deben usarse como monoterapia en el TAB (Souza, 2005).

Por otro lado, la Terapia Electroconvulsiva (TEC) demuestra ser eficaz en los episodios agudos del estado de ánimo resistentes al tratamiento farmacológico, como la depresión refractaria o la manía aguda potencialmente mortal, especialmente en personas con rasgos psicóticos o catatónicos (Jain & Mitra, 2022). Además de este enfoque, la psicoeducación, junto con terapias cognitivo-conductuales, terapias interpersonales, terapias de ritmo social y terapias centradas en la familia, ha mostrado efectos profilácticos significativos en personas con TAB. Estos enfoques terapéuticos ayudan a los individuos a comprender y gestionar sus pensamientos y emociones, desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento, mejorar las habilidades de comunicación y fortalecer las relaciones interpersonales (Jain & Mitra, 2022).

Además de las opciones médicas y terapéuticas, se recomienda la implementación de medidas de apoyo y autocuidado. Esto implica mantener una rutina de sueño regular, participar en actividad física de forma constante, seguir una dieta equilibrada y limitar el consumo excesivo de alcohol y sustancias. Asimismo, es de gran importancia buscar y mantener una red de apoyo social, ya sea a través de amigos, familiares o grupos de apoyo,

con el propósito de recibir apoyo emocional y compartir experiencias con personas que comprenden la naturaleza de la enfermedad (Wynter & Perich, 2018).

A pesar de los avances logrados en terapias intensivas para los episodios depresivos, maníacos y eutímicos, no se ha observado una mejora significativa a largo plazo en los resultados. La recuperación completa sin nuevos episodios es poco común, la recurrencia de episodios con una remisión incompleta es frecuente, y la cronicidad y el riesgo de suicidio siguen siendo altos (Young & Grunze, 2013).

Por lo tanto, el tratamiento del TAB se convierte en un proceso a largo plazo que requiere atención continua. Es esencial trabajar en estrecha colaboración con los profesionales de la salud mental para ajustar el tratamiento de acuerdo con las necesidades individuales y realizar un seguimiento regular para evaluar su eficacia. Con un tratamiento adecuado y un manejo cuidadoso, muchas personas con TAB pueden lograr una vida estable y satisfactoria.

En resumen, el TAB representa una enfermedad mental compleja y desafiante que afecta la vida de muchas personas en todo el mundo. Su naturaleza fluctuante, la variedad de síntomas y su impacto en la calidad de vida subrayan la importancia de un diagnóstico preciso y de un tratamiento integral. Aunque el TAB puede ser un trastorno crónico, con la atención adecuada, la colaboración entre profesionales de la salud mental y el compromiso del paciente es posible lograr una estabilidad en el estado de ánimo, prevenir recaídas y mejorar la calidad de vida. La investigación continua y la concienciación son fundamentales para avanzar en la comprensión y el manejo de esta compleja enfermedad, y así poder brindar un apoyo efectivo a aquellas personas que la padecen.

En el próximo capítulo, daremos un paso más y se abordará la codificación de los trastornos mentales, profundizando en los aspectos relacionados específicamente con el TAB. Exploraremos en detalle las pautas y los sistemas de clasificación utilizados en la

identificación y diagnóstico de este trastorno, lo que nos ayudará a comprender mejor su naturaleza y cómo se integra en el campo de la salud mental.

CAPÍTULO 2

CODIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Este trabajo aborda la codificación de los trastornos mentales debido a su importancia tanto en la práctica clínica de la psiquiatría y la psicología como en la investigación científica en el campo de la salud mental. El proceso de codificación se enfoca en la clasificación y categorización sistemática de los trastornos mentales, lo cual facilita una comunicación más efectiva entre profesionales de la salud, investigadores y sistemas de atención médica.

La relevancia de una codificación precisa de los trastornos mentales radica en la amplia gama de manifestaciones clínicas que pueden presentar estos trastornos, así como en su notable impacto en la vida de las personas. La codificación establece un lenguaje común que facilita tanto el diagnóstico como el tratamiento y la investigación en este ámbito.

En este capítulo, se destacan sistemas de clasificación ampliamente reconocidos y empleados, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), los cuales proporcionan criterios específicos y códigos para un amplio espectro de trastornos mentales.

En el primer apartado, se aborda La Clasificación Internacional de Enfermedades Novena Revisión, Modificación clínica (CIE-9-MC). La CIE-9-MC, ha sido la clasificación utilizada en este estudio debido a su uso en el centro de salud mental donde se recopiló la muestra.

El siguiente apartado se centra en el CIE-10 (Capítulo V de los Trastornos Mentales y del Comportamiento) y en la nueva clasificación CIE-11 que facilita un

enfoque más efectivo en la atención, investigación y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento en el siglo XXI.

En el tercer apartado se hace referencia a los criterios diagnósticos del TAB según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V), así como a los criterios diagnósticos del episodio maníaco, hipomaníaco y de depresión mayor.

Y, por último, se incluye un apartado sobre las diferencias y similitudes entre el DSM-V y la versión beta de la CIE-11. Esta última versión representa un paso adelante en el esfuerzo continuo para comprender y abordar de manera más efectiva los desafíos en el campo de la salud mental en todo el mundo.

1. CIE-9-MC: CAPÍTULO 5 TRASTORNOS MENTALES

La CIE-9-MC es una herramienta fundamental en la práctica clínica y la investigación médica. Esta clasificación fue introducida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y proporciona un sistema de códigos que permite la codificación de una amplia variedad de enfermedades y condiciones médicas. Aunque ha sido sucedida por la CIE-10 y, más recientemente, por la CIE-11, la CIE-9-MC sigue siendo relevante en muchos sistemas de salud y registros médicos en todo el mundo.

El Capítulo 5 de la CIE-9-MC se centra en los trastornos mentales. Este capítulo es de gran relevancia en la práctica clínica y la investigación en el campo de la salud mental, ya que proporciona un marco estructurado para la codificación de una amplia gama de trastornos psiquiátricos.

Se divide en secciones que agrupan las distintas patologías mentales de la siguiente manera:

- Psicosis (290-299):
 - Psicosis orgánicas (290-294)
 - Otras psicosis (295-299)
- Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (300-316)
- Retraso mental (317-319) (Martínez et al., 2010)

El TAB, según la CIE-9 MC, se caracteriza por una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, manifestándose a través de dos o más episodios recurrentes de cambios cíclicos en el estado anímico, que incluyen fases de ánimo elevado o eufórico (manía o hipomanía) y fases de ánimo bajo (depresión) (Pozo Martínez et al., 2011).

En ambos tipos de TAB (tipo I y tipo II), los síntomas deben causar malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la vida de la persona (Martínez et al., 2010).

Dentro de la categoría 296 “Trastornos episódicos del humor” de la CIE-9-MC, se incluyen los trastornos bipolares, los cuales se clasifican en tres bloques (ver Tabla 1).

Tabla 1

Codificación de los Trastornos Bipolares según la CIE-9-MC (Martínez et al., 2010)

TRASTORNO BIPOLAR TIPO I		
CODIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN
296.0	Trastorno bipolar I, episodio maníaco único.	Incluye los casos de episodio maníaco o hipomaníaco único, o episodio no especificado en cuanto a si es único o recurrente.
296.1	Trastorno maníaco episodio recurrente	Engloba cualquier episodio maníaco, contemplado en 296.0 (por tanto, sólo maníaco), declarado como recurrente.
296.4	Trastorno bipolar I, episodio más reciente (o actual) maníaco.	Incluye cualquier episodio de curso mixto (maníaco y depresivo), pero que actualmente manifiesta su forma maníaca.
296.5	Trastorno bipolar I, episodio más reciente (o actual) depresivo.	Recoger cualquier episodio de curso mixto (maníaco y depresivo), pero que actualmente manifiesta su forma depresiva.
296.6	Trastorno bipolar I, episodio más reciente (o actual) mixto.	Engloba cualquier episodio de curso mixto (maníaco y depresivo) con forma mixta actual.
296.7	Trastorno bipolar I, episodio más reciente (o actual) no especificado.	Incluye cualquier episodio de curso mixto (maníaco y depresivo), pero que actualmente es no especificado como maníaco o depresivo.
TRASTORNO BIPOLAR TIPO II		
CODIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN
296.89 Otros.	Otros trastornos bipolares y los no especificados.	Recoge aquellos procesos depresivos mayores con la presencia o historia de, al menos, un episodio hipomaníaco sin que haya presentado ningún episodio maníaco o mixto.
FORMAS DEFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS		
Se recogen mediante códigos de la subcategoría 296.8 Otros trastornos bipolares y los no especificados, excepto 296.89 Otros. Otros trastornos bipolares y los no especificados que como se especificó en el apartado anterior corresponde al trastorno bipolar II.		

2. CIE-10: CAPÍTULO V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. LA NUEVA CLASIFICACIÓN CIE-11

En el ámbito de la salud mental, es prácticamente una norma generalizada el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) (ver Tabla 2), desarrollada por la OMS para clasificar los trastornos mentales y del comportamiento. Estas condiciones se encuentran recogidas en el Capítulo V de la CIE-10, denominado “Trastornos mentales y del comportamiento”, que es más amplio que el Capítulo 5 “Trastornos mentales” de la CIE-9-MC.

La estructura de los códigos en la CIE-10 es alfanumérica, comenzando con una letra seguida de dos números, un punto y, posiblemente, hasta dos dígitos adicionales.

En el Capítulo V, los códigos comienzan con la letra “F” y consta de 78 categorías, desde F00 hasta F99. Esto ha aumentado significativamente el número de categorías disponibles para la clasificación en comparación con la CIE-9-MC que solo cuenta con 30 categorías (290-319) (Martínez et al., 2010).

A partir de enero de 2022, entra en vigor la nueva clasificación CIE-11 (ver Tabla 3). Esta clasificación ofrece una perspectiva más contemporánea y basada en evidencia, define y amplía las categorías de los trastornos mentales y del comportamiento, y brinda una mayor precisión en el diagnóstico, así como una mejor adaptación a las necesidades clínicas actuales. Esta nueva clasificación reconoce la evolución de la comprensión de la salud mental y refleja un enfoque más holístico e integrador de los trastornos mentales, teniendo en cuenta no solo los síntomas, sino también los factores contextuales y el impacto en la calidad de vida. La CIE-11 ha sido diseñada para su utilización en aplicaciones de salud y sistemas de información digital. En esta nueva clasificación, se elimina la categoría diagnóstica de “episodio maníaco fuera del trastorno bipolar” y se

incluye como una subdivisión dentro de la categoría diagnóstica de los trastornos bipolares, específicamente los tipos I y II. El tipo II se caracteriza por la presencia de episodios depresivos e hipomaniacos, pero nunca maníacos o mixtos (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Tabla 2

Clasificación del Trastorno Bipolar según CIE-10 (Gallego & Valmisa, 2021)

F30-F39 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	
F30 Episodio maniaco	
F31 Trastorno bipolar	F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco. F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos. F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos. .20 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. .21 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado. .30 Sin síndrome somático. .31 Con síndrome somático. F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos. F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos. .50 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. .51 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto. F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión. F31.8 Otros trastornos bipolares.
F32 Episodios depresivos	
F33 Trastorno depresivo recurrente	
F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes	
F38 Otros trastornos del humor (afectivos)	
F39 Trastornos del humor (afectivo) sin especificación	

Tabla 3

Clasificación del Trastorno Bipolar según CIE-11 (Gallego & Valmisa, 2021)

06 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO	
Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados	<p>6A60 Trastorno bipolar de tipo I</p> <p>6A60.0 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.1 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.2 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual hipomaniaco.</p> <p>6A60.3 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual depresivo leve.</p> <p>6A60.4 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual depresivo moderado sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.5 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual depresivo moderado con síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.6 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.7 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.8 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, gravedad no especificada.</p> <p>6A60.9 Trastorno bipolar tipo I, episodio actual mixto sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.A Trastorno bipolar tipo I, episodio actual mixto con síntomas psicóticos.</p> <p>6A60.B Trastorno bipolar tipo I actualmente en remisión parcial con episodio más reciente maniaco o hipomaniaco.</p> <p>6A60.C Trastorno bipolar tipo I actualmente en remisión parcial con episodio depresivo más reciente.</p> <p>6A60.D Trastorno bipolar tipo I actualmente en remisión parcial con episodio mixto más reciente.</p> <p>6A60.E Trastorno bipolar tipo I actualmente en remisión parcial, episodio más reciente no especificado.</p> <p>6A60. F Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión total.</p> <p>6A60.Y Otro trastorno bipolar tipo I especificado.</p> <p>6A60.Z Otro trastorno bipolar tipo I sin especificación.</p>

	<p>6A61 Trastorno bipolar de tipo II</p> <p>6A61.0 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual hipomaniaco.</p> <p>6A61.1 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual depresivo leve.</p> <p>6A61.2 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual depresivo moderado sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A61.3 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual depresivo moderado con síntomas psicóticos.</p> <p>6A61.4 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.</p> <p>6A61.5 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.</p> <p>6A61.6 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, gravedad no especificada.</p> <p>6A61.7 Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión parcial con episodio más reciente hipomaniaco.</p> <p>6A61.8 Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión parcial con episodio más reciente depresivo.</p> <p>6A61.9 Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión parcial con episodio más reciente no especificado.</p> <p>6A61.A Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión completa.</p> <p>6A61.Y Otro trastorno bipolar tipo II especificado.</p> <p>6A61.Z Otro trastorno bipolar tipo II, sin especificación.</p> <p>6A62 Trastorno ciclotímico</p> <p>6A6Y Otros trastornos bipolares o trastornos relaciones específicos.</p> <p>6A6Z Trastornos bipolares o trastornos relacionados, sin especificación.</p>
<p>Trastornos Depresivos</p>	<p>6A70 Trastorno depresivo episodio único.</p> <p>6A71 Trastorno depresivo recurrente.</p> <p>6A72 Trastorno distímico.</p> <p>6A73 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.</p> <p>GA34.41 Trastorno disfórico menstrual.</p> <p>6A7Y Otros trastornos depresivos específicos.</p> <p>6A7Z Trastornos depresivos, sin especificación.</p>

6A80 Presentaciones sintomáticas y de curso para episodios del estado de ánimo en trastornos del estado de ánimo.
Trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias.
6E62 Síndrome secundario del estado de ánimo.
6A8Y Otros trastornos del estado de ánimo especificados.
68Z Trastornos del estado de ánimo sin especificación.

3. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-V)

La publicación del DSM-V introdujo novedades en comparación con el DSM-IV en cuanto a la codificación, clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales. El DSM-V, es una herramienta esencial en el campo de la salud mental. Este manual fue publicado por la *American Psychiatric Association* (APA), se considera una guía diagnóstica ampliamente reconocida y utilizada que proporciona criterios específicos para la clasificación de los trastornos mentales.

Dentro del DSM-V, se encuentran categorías de diagnóstico detalladas que abarcan desde trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos, hasta trastornos del desarrollo neuropsiquiátrico en niños. Además, este manual ofrece una descripción de los criterios diagnósticos, lo que permite a los profesionales de la salud mental realizar evaluaciones clínicas precisas y proporcionar un tratamiento adecuado.

A pesar de las discusiones y críticas en torno a sus revisiones y actualizaciones, el DSM-V sigue siendo una referencia fundamental para la psiquiatría contemporánea, contribuyendo a la uniformidad en el diagnóstico y la atención de los trastornos mentales en todo el mundo.

En el año 2014, la APA presentó el manual DSM-V que contiene los criterios diagnósticos para el TAB, los cuales detallaremos a continuación:

3.1.Criterios diagnósticos del Trastorno Bipolar según el DSM-V

3.1.1. Trastorno Bipolar tipo I

Para poder diagnosticar a una persona de Trastorno Bipolar tipo I es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco (véase criterios para este episodio). Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor (véase criterios para estos episodios).

- A. Se han cumplidos los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A-D en “Episodio maníaco”).
- B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

3.1.2. Trastorno Bipolar tipo II

El Trastorno Bipolar tipo II se caracteriza por un curso clínico con episodios afectivo recurrentes consistentes en uno o más episodios de depresión mayor (véase criterios para este episodio) y, al menos, un episodio hipomaníaco (véase criterios para este episodio). El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas y el episodio hipomaníaco debe durar al menos 4 días para que se cumplan los criterios diagnósticos.

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaníaco (Criterios A-F en “Episodio hipomaníaco” antes citado) y al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A-C en “Episodio de depresión mayor” antes citado).

- B. Nunca ha habido un episodio maníaco.
- C. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
- D. Los síntomas de depresión o la incertidumbre causada por la alternancia frecuente de período de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

3.2. Criterios para el episodio maníaco según el DSM-V

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:
 - 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 - 2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
 - 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.

5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importante o irrelevantes), según se informa o se observa.
 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (por ejemplo, dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.
- D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (por ejemplo, medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Los criterios A-D constituyen un episodio maníaco. Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

3.3. Criterios para el episodio hipomaniáco según el DSM-V

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:
1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importante o irrelevantes), según se informa o se observa.
 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (por ejemplo, dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico de la persona cuando no presenta síntomas.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento u otro tratamiento) o de otra afección médica.

Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (por ejemplo, medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

Nota: Los criterios A-F constituyen un episodio hipomaníaco. Los episodios hipomaníacos son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

3.4. Criterios para el episodio de depresión mayor según el DSM-V

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al

menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa para estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio depresivo mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia de la persona y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

4. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE EL DSM-V Y LA VERSIÓN BETA DE LA CIE-11

Las diferencias y similitudes entre el DSM-V y la versión beta de la CIE-11 representan un tema de gran interés en el campo de la psicopatología y la clasificación de trastornos mentales.

En primer lugar, es importante destacar que tanto el DSM-V como la CIE-11 comparten el objetivo fundamental de proporcionar criterios diagnósticos que permitan la identificación precisa de trastornos mentales en contextos clínicos y de investigación. Ambos sistemas de clasificación reconocen una diversidad de trastornos que abarcan desde los relacionados con el estado de ánimo hasta aquellos de naturaleza psicótica, pasando por los del espectro autista y los de ansiedad, entre otros.

Por otro lado, existen diferencias notables en términos de enfoque y estructura. El DSM-V, desarrollado por la APA, se ha centrado en una aproximación más sintomática y descriptiva, con un énfasis en los síntomas observables y el comportamiento clínico (American Psychiatric Association- APA, 2014). Sin embargo, la CIE-11 beta, impulsada por la OMS, se caracteriza por una mayor precisión diagnóstica y una mayor atención a la integralidad de los trastornos mentales, teniendo en cuenta factores contextuales, la duración y el impacto funcional de los síntomas. Además, esta versión incorpora cambios significativos en la organización de las categorías diagnósticas, lo que facilita la identificación y el diagnóstico preciso de trastornos específicos. También se han incluido nuevos trastornos y síndromes que reflejan los avances en la comprensión de la salud mental (Gallego & Valmisa, 2021).

La Tabla 4 presenta un resumen de las diferencias y similitudes entre el DSM-V y la versión beta de la CIE-11 en relación con los trastornos del estado de ánimo en general.

Tabla 4

Esquema de las principales diferencias y similitudes entre el DSM-V y la versión beta de la CIE 11: Trastornos del estado de ánimo en general (de Dios et al., 2014).

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO		
	DSM- V	CIE-11 (versión beta)
Taxonomía	Dos categorías separadas para trastornos depresivos y trastornos bipolares.	Una categoría (trastornos del ánimo) subdividida en depresivos y bipolares.
Medidas dimensionales	Se incluyen para complementar el diagnóstico y facilitar seguimiento (p. ej., depresión/ ira/ansiedad/abuso de sustancias)	No se contemplan
Trastorno mixto ansioso-depresivo	No se incluye en la versión final (mala fiabilidad en los estudios de campo). Pero, se puede usar la “ansiedad” como especificador.	Se contempla establecer un dominio principal y el segundo como especificador.
Duelo	Se retira como criterio de exclusión para el diagnóstico de depresión mayor.	Se mantiene como criterio de exclusión para depresión mayor.
Depresión “mixta”	Se puede diagnosticar depresión como especificador de mixto en depresión unipolar	No se incluye
Rabietas	Nueva categoría diagnóstica: Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	No se incluye (se contempló una categoría similar en su inicio).

Tras llevar a cabo un minucioso análisis de la codificación de los trastornos mentales, con un enfoque particular en el TAB, nos disponemos a adentrarnos en la exploración de la relación existente entre el TAB y las variables clínicas propuestas en este estudio (suicidio, ansiedad, adherencia al tratamiento e *insight*). Este paso es importante para

comprender cómo las características clínicas específicas pueden influir en la presentación, el curso y el manejo del TAB. A medida que profundicemos en este aspecto, podremos proporcionar información acerca de los aspectos esenciales que contribuirán a una mejor comprensión y abordaje de esta compleja enfermedad mental.

CAPÍTULO 3

VARIABLES CLÍNICAS RELACIONADAS CON EL TAB

El TAB es una enfermedad mental que tiene relación con cinco variables: la ansiedad, la adherencia al tratamiento, el *insight* de la persona y el suicidio.

El primer apartado se centra en la ansiedad, otra comorbilidad frecuente en el TAB (Contreras et al., 2018; Levy, 2014). Por un lado, los síntomas de ansiedad pueden superponerse con los síntomas del TAB, lo que dificulta la identificación precisa de cada trastorno. Además, la ansiedad puede agravar los síntomas del TAB aumentando la duración y la gravedad de los episodios maníacos o depresivos. La relación bidireccional entre el TAB y la ansiedad también es evidente, ya que la ansiedad puede preceder o seguir al diagnóstico de TAB. La presencia de ambos trastornos puede complicar la elección de tratamientos. Abordar eficazmente la comorbilidad entre el TAB y la ansiedad requiere una evaluación minuciosa y un enfoque terapéutico integral.

En los segundo y tercer apartados, se aborda la relación entre dos variables de interés, la adherencia al tratamiento (Gutiérrez-Rojas et al., 2020) y el *insight* (Assis et al., 2018) en el contexto del TAB. La adherencia al tratamiento representa un desafío común para las personas diagnosticadas de TAB. Esta enfermedad, caracterizada por cambios extremos en el estado de ánimo, requiere un tratamiento continuo, a menudo de por vida, para estabilizar los episodios maníacos y depresivos. Es importante destacar que el TAB suele asociarse con una disminución del *insight*, lo que implica que algunas personas pueden no ser completamente conscientes de la gravedad de su enfermedad o la necesidad de un tratamiento constante, lo que complica la búsqueda y el seguimiento de

la atención médica adecuada. Esto, a su vez, puede llevar a la interrupción de la medicación o la terapia cuando las personas experimentan mejoría, aumentando así el riesgo de recaídas.

Y en el cuarto apartado se aborda la relación entre el TAB y el suicidio, un tema de gran relevancia en la investigación en salud mental. Las personas diagnosticadas de TAB presentan un riesgo elevado de experimentar ideación suicida e intentos de suicidio (Berkol et al., 2016). La relación entre el TAB y el suicidio es compleja y diversa. Los episodios depresivos pueden llevar a una desesperación profunda, factor que aumenta el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas. Además, la impulsividad y la agitación que a veces acompañan a los episodios maníacos pueden incrementar las autolesiones. Comprender la relación entre el TAB y el suicidio es importante para proporcionar un enfoque integral en la evaluación, el tratamiento y el apoyo de las personas que presentan esta enfermedad. Esta comprensión contribuye directamente a salvar vidas.

Otro de los aspectos que pueden influir en la adherencia son los efectos secundarios de los medicamentos utilizados en el tratamiento del TAB, ya que algunos de estos medicamentos pueden tener efectos secundarios desagradables, lo que puede desmotivar a las personas a seguir con el tratamiento. En este contexto, el apoyo familiar y la educación sobre la enfermedad desempeñan un papel esencial en la mejora de la adherencia al tratamiento y del *insight*.

En resumen, estos aspectos resaltan la complejidad del TAB y la necesidad de un enfoque integral que no solo aborde los síntomas maníacos y depresivos, sino también estas comorbilidades y desafíos relacionados. El manejo exitoso del TAB requiere un enfoque multidisciplinario que integre la atención médica, psicológica y el apoyo social,

con el objetivo de mejorar la calidad de vida de aquellos que conviven con esta enfermedad.

1. TRASTORNO BIPOLAR Y ANSIEDAD

Según Spielberger (1966, 1972, 1989), para una definición precisa de la ansiedad, es necesario distinguir entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, razón por la cual propuso la Teoría de la Ansiedad Estado-Rasgo. La ansiedad-estado, según Spielberger (1972), es un estado emocional inmediato y temporal, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto con cambios fisiológicos. Por otro lado, la ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales en la ansiedad que son relativamente estables, representando una disposición, tendencia o rasgo (Ries et al., 2012).

Los trastornos de ansiedad, que incluyen el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, las fobias específicas, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada (American Psychiatric Association- APA, 2014), son condiciones comunes y debilitantes que suelen comenzar durante la infancia, la adolescencia y los primeros años de la edad adulta (Craske & Stein, 2016).

Este tipo de trastornos comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Mientras que el miedo representa una respuesta emocional ante una amenaza inminente, ya sea real o imaginaria, la ansiedad se manifiesta como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Además, los trastornos de ansiedad se distinguen de las reacciones de miedo o ansiedad típicas en el desarrollo, ya que se caracterizan por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo

apropiados (*American Psychiatric Association- APA, 2014*). Estos trastornos se definen por un exceso de miedo o preocupación, seguido por una consiguiente evitación, y tienden a ser persistentes y recurrentes, con una duración de al menos 6 meses (*American Psychiatric Association- APA, 2014; Poole et al., 2017*).

En la actualidad, la ansiedad se presenta como uno de los problemas psicológicos más prevalentes (Guillén-Riquelme & Buela-Casal, 2011). La prevalencia de los trastornos de ansiedad varía de un país a otro (Craske & Stein, 2016). Estos trastornos son comunes en la población general, con tasas de prevalencia a doce meses y a lo largo de la vida del 18,1% y el 28,8%, respectivamente (Poole et al., 2017). En 2013, aproximadamente 1 de cada 9 personas en todo el mundo había padecido un trastorno de ansiedad en el último año (Craske & Stein, 2016). En un estudio realizado por Wang et al. (2007) se encontró que el 6,8% de los encuestados españoles habían experimentado problemas de ansiedad y trastornos emocionales en el último año (Wang et al., 2007). Y según consta, son más frecuentes en mujeres que en hombres (*American Psychiatric Association- APA, 2014*), ya que las mujeres tienen el doble de probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad (*American Psychiatric Association- APA, 2014; Craske & Stein, 2016*). En comparación con las personas de 35 a 54 años, aquellas mayores de 55 años tienen un 20% menos de probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad (Craske & Stein, 2016).

Por un lado, los trastornos de ansiedad representan el 26,1% de las consultas psiquiátricas y el 28,3% de los casos totales de ansiedad muestran comorbilidad con otros trastornos (Guillén-Riquelme & Buela-Casal, 2011). Por otro lado, una alta puntuación en ansiedad representa una preocupación importante para la salud pública, ya que se asocian con una reducción en la productividad laboral, un aumento en los costos y el uso de servicios de atención sanitaria, altas tasas de comorbilidad (Poole et al., 2017), y un

deterioro funcional más pronunciado (Contreras et al., 2018; Craske & Stein, 2016; Poole et al., 2017).

Existen numerosos estudios que demuestran una alta comorbilidad entre el TAB y los trastornos de ansiedad (Contreras et al., 2018; Levy, 2014), siendo los síntomas de ansiedad altamente incapacitantes en personas con TAB (Contreras et al., 2018). Según el estudio de Mantere et al. (2008), los valores subclínicos de ansiedad (definidos como rasgo de ansiedad) se asocian con el TAB tipo I (Mantere et al., 2008).

Respecto a la prevalencia de los trastornos de ansiedad en personas con TAB, esta varía entre el 24 y el 92% a lo largo de su vida. Las tasas de prevalencia de cada trastorno de ansiedad individual, como el trastorno de ansiedad generalizado (3-42%), el trastorno de pánico (5-33%), el trastorno obsesivo compulsivo (2-35%), la fobia social (8-47%), el TEPT (7-39%) y la fobia específica (10-67%), son más altas en personas con TAB en comparación con la población general (Levander et al., 2007).

Finalmente, es importante destacar que la presencia de trastornos de ansiedad comórbidos con el TAB se asocia con episodios de trastorno del estado de ánimo más frecuentes, prolongados y difíciles de abordar. Además, se ha observado una menor respuesta a la terapia con litio y un inicio más temprano de los síntomas en estos casos (Contreras et al., 2018; Levy, 2014). También es relevante mencionar que existe una superposición entre el consumo de sustancias y los trastornos de ansiedad, lo que complica aún más el curso de los TAB y se relaciona con tasas más altas de morbilidad de la enfermedad y resistencia al tratamiento (Levander et al., 2007).

Para concluir, estos hallazgos subrayan la importancia de abordar de manera integral tanto el TAB como los trastornos de ansiedad, con un enfoque en la detección temprana y un tratamiento personalizado que tenga en cuenta la interacción entre estos

trastornos para mejorar la calidad de vida de quienes los padecen. A continuación, profundizaremos en la relación existente entre el TAB y la adherencia al tratamiento.

2. TRASTORNO BIPOLAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La definición de adherencia presenta una amplia diversidad en la literatura científica. La más aceptada es aquella desarrollada por la OMS. Según la OMS, la “adherencia al tratamiento” se refiere al grado en que una persona sigue las instrucciones médicas de su proveedor de atención sanitaria, y desempeña un papel crucial para alcanzar un acuerdo sobre su propio tratamiento (Leclerc et al., 2013).

En la actualidad, muchos los autores mencionan la adherencia únicamente en relación con la medicación, utilizando el término “adherencia” exclusivamente en ese contexto (Leclerc et al., 2013).

En relación al TAB, esta enfermedad requiere de un enfoque integral de tratamiento, tanto después de un episodio agudo de la enfermedad como a largo plazo, para prevenir las recaídas (Gutiérrez-Rojas et al., 2020). Por lo tanto, resulta crucial que la OMS reconozca la adherencia no solo como la correcta toma de la medicación, sino también como la adopción de un conjunto más amplio de conductas recomendadas con el objetivo de prevenir, mantener y/o restablecer la salud, otorgando así a la persona un papel más activo en dicho proceso (Leclerc et al., 2013).

Una proporción significativa de personas con TAB no cumplen plenamente con el tratamiento, esta falta de adherencia se presenta en un rango que va desde el 12% hasta el 64% de las personas que padecen esta enfermedad (Gutiérrez-Rojas et al., 2020; Leclerc et al., 2013).

De acuerdo con la bibliografía, varios factores se relacionan con la falta de adherencia, destacando aquellos factores relacionados con la persona, como la edad joven, el sexo masculino, el bajo nivel educativo, la comorbilidad de alcohol y drogas, el bajo nivel socioeconómico, el origen étnico minoritario, las deficiencias cognitivas y los trastornos de personalidad comórbidos (García et al., 2016; Gutiérrez-Rojas et al., 2020; Leclerc et al., 2013). También se identifican factores relacionados con el trastorno, como la edad temprana de inicio, la percepción y la falta de conciencia de la enfermedad, la gravedad del TAB, así como la intensidad alta de los síntomas delirantes y la suspicacia (García et al., 2016; Leclerc et al., 2013). Y por último, se destacan los factores relacionados con el tratamiento, como los efectos secundarios de los medicamentos, la eficacia, la baja alianza terapéutica, la calidad de los servicios sanitarios y la actitud negativa hacia la medicación (García et al., 2016; Gutiérrez-Rojas et al., 2020; Leclerc et al., 2013).

En el TAB esta falta de adherencia se asocia con un mayor riesgo de hospitalización y una duración más prolongada de las mismas (García et al., 2016; Gutiérrez-Rojas et al., 2020; Yen et al., 2005). Además, aumenta el número de recaídas, reduce la calidad de vida y aumenta el riesgo de suicidio (Gutiérrez-Rojas et al., 2020; Leclerc et al., 2013), así como empeora los signos y síntomas y un aumento de los costes hospitalarios (García et al., 2016).

Sin embargo, se ha observado que las personas con TAB que cumplen adecuadamente con el tratamiento presentan menos signos y síntomas graves, puntuaciones más bajas en las escalas de manía y alucinaciones o delirios (Impresión Clínica Global), y un menor riesgo de suicidio (García et al., 2016).

En resumen, la adherencia al tratamiento en el contexto del TAB es un factor relevante que influye en la eficacia del manejo de esta compleja enfermedad. La detección

temprana, el tratamiento personalizado y la educación tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud son componentes esenciales para abordar este desafío. Más allá de los aspectos sintomáticos y terapéuticos, el concepto de *insight* desempeña un papel fundamental en la comprensión y el manejo de esta enfermedad. En el siguiente apartado, exploraremos la relevancia del *insight* en el TAB y su influencia en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

3. TRASTORNO BIPOLAR E INSIGHT

El término “*insight*” fue definido por primera vez en 1934 en el contexto de la psiquiatría como “una actitud correcta frente a un cambio mórbido en uno mismo” (Lewis, 1934, p.114). Según los estudios, el *insight* es un fenómeno multidimensional y complejo que abarca diversas dimensiones. Estas dimensiones incluyen el reconocimiento de la enfermedad, la comprensión de la necesidad de tratamiento y la conciencia de las consecuencias asociadas a la enfermedad (Assis et al., 2015).

En el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la OMS, el concepto *insight* se definió como la capacidad del paciente de reconocer cierta conciencia de padecer una enfermedad emocional (Carpenter et al., 1973). Por otro lado, la falta de *insight* se definía simplemente como la negación de la enfermedad (Greenfeld et al., 1989).

Las conceptualizaciones más recientes del *insight* se han ampliado para incluir los efectos de la conciencia de la enfermedad en las actitudes y comportamientos de la persona en la vida cotidiana, como la adherencia al tratamiento. Además, se ha considerado la capacidad de reconocer o "reconceptualizar" los eventos mentales inusuales, como los delirios y las alucinaciones, como patológicos (Látalová, 2012).

La ausencia de *insight* es característica común de los trastornos psicóticos, especialmente de la esquizofrenia, aunque también se ha observado en otros trastornos

como el trastorno obsesivo-compulsivo, la dismorfofobia y el TAB (Látalová, 2012). En un gran número de personas con TAB estudiados han mostrado falta de *insight* o una comprensión limitada de los signos y síntomas específicos asociados a ella (Assis et al., 2015). Este déficit en el *insight* conduce a una reducción general en la adherencia al tratamiento, especialmente en lo que respecta a la medicación (Trauer & Sacks, 2000).

Conforme a las conclusiones de Látalová (2012), se establece una asociación positiva entre un mayor *insight* en el TAB y una mejor adherencia al tratamiento, lo que a su vez se traduce en resultados más favorables. Además, se observa una variabilidad en el grado de *insight* en diferentes fases y subtipos del TAB. En particular, se detecta un deterioro más pronunciado del *insight* durante la fase aguda de la enfermedad en comparación con la etapa de remisión. Además, se identifica una disminución del *insight* en los episodios maníacos mixtos en contraste con los episodios maníacos puros. Asimismo, se registra un menor *insight* en las personas diagnosticadas de TAB tipo II en comparación con el TAB tipo I, y se destaca una reducción del *insight* en la manía pura en comparación con la depresión bipolar o unipolar. El *insight* en personas con TAB, además de estar determinado por la fase de la enfermedad y por diversos síntomas variables, también se ve influenciado por el temperamento afectivo (Şenormanci et al., 2020).

En relación con los tratamientos psicosociales, se ha comprobado que tienen un impacto positivo en diversos aspectos del TAB. Estos enfoques terapéuticos integran intervenciones psicológicas y sociales para mejorar el bienestar y el funcionamiento global de las personas afectadas. Diversos estudios han demostrado la eficacia de los tratamientos psicosociales para mejorar el *insight*, reducir los síntomas, prevenir recaídas y promover una mejor calidad de vida en las personas afectadas por este trastorno. Entre estos tratamientos se incluyen la psicoeducación, la terapia de cumplimiento que utiliza la entrevista motivacional como método, y la terapia de concordancia que es una forma

abreviada de terapia cognitiva. Estas intervenciones se centran en aspectos como la educación sobre la enfermedad, el manejo de síntomas, la identificación de factores desencadenantes, la mejora de habilidades de afrontamiento y la promoción de un estilo de vida saludable. Además, los tratamientos psicosociales pueden incluir el apoyo familiar y el fomento de redes de apoyo social, lo que contribuye a fortalecer la adherencia al tratamiento y a facilitar la recuperación a largo plazo (Látalová, 2012; Miklowitz et al., 2021).

En resumen, el concepto de *insight* en el TAB desempeña un papel importante en la comprensión y el manejo de esta compleja enfermedad. El *insight* no solo contribuye al bienestar del paciente, sino que también influye en la eficacia de las intervenciones terapéuticas, destacando su importancia en el manejo exitoso del TAB.

Para concluir esta primera parte de la investigación, en el último capítulo se analizará de forma exhaustiva el concepto de resiliencia, así como su relación con las diversas variables clínicas.

4. TRASTORNO BIPOLAR Y SUICIDIO

El suicidio representa un significativo problema de salud pública (Beyer & Weisler, 2015), y se considera una causa mundial de muerte y discapacidad (Klonsky et al., 2016). Este problema ocupa el decimoquinto lugar entre las causas de muerte, representando el 1,4%-1,5% de todas las muertes (Beyer & Weisler, 2015; Klonsky et al., 2016).

Más de 700.000 personas mueren por suicidio cada año, siendo esta la cuarta causa de muerte en personas de 15 a 20 años (Organización Mundial de la Salud, 2021). En España, en el año 2022, se registraron 4.227 muertes por suicidio, 5,6% más que en el año anterior (*Instituto Nacional de Estadística, 2022*). No solo es importante considerar las muertes por suicidio, sino que también se deben prestar atención a los pensamientos

suicidas y los intentos de suicidio no consumados. El intento de suicidio es el factor de riesgo más relevante para el suicidio en la población en general (Berkol et al., 2016; Klonsky et al., 2016), ya que por cada suicidio consumado, hay un gran número de personas que intentan suicidarse (Beyer & Weisler, 2015).

A escala mundial, se estima que las tasas de prevalencia a lo largo de la vida son de aproximadamente del 9,2% para la ideación suicida y del 2,7% para el intento de suicidio (Klonsky et al., 2016)

La bibliografía indica que una de las principales dificultades para comprender el problema del suicidio en nuestra cultura y en los estudios de investigación radica el uso de términos y definiciones vagas o incoherentes (Beyer & Weisler, 2015; Klonsky et al., 2016).

En las últimas dos décadas, ha habido un esfuerzo por establecer un lenguaje más coherente en relación con las conductas suicidas (O'Carroll et al., 1996; Silverman et al., 2007a, 2007b).

Silverman et al. (2006, 2007a, 2007b) llevaron a cabo una revisión de la clasificación operativa propuesta por O'Carroll et al., (1996). Estos investigadores, tras recopilar terminología previa, llegaron a la conclusión de que era necesario emplear un conjunto limitado de términos que englobaran todos los elementos esenciales del suicidio. Los conceptos fundamentales abarcaban: las ideas relacionadas con el suicidio, las comunicaciones vinculadas al suicidio (incluyendo amenazas y planes suicidas) y los comportamientos relacionados con el suicidio (autolesiones, intentos de suicidio y suicidio consumado). Esta nomenclatura se basa en la distinción entre los conceptos clave de la presencia o ausencia de un intento de suicidio y la presencia o ausencia de lesiones físicas. Se evitó el uso del grado de letalidad en el método de suicidio (o el grado de lesión) debido a la falta de consenso en las definiciones y porque las lesiones

autoinfligidas, por definición, implican una naturaleza autodestructiva o suicida, sin proporcionar información adicional sobre el grado de letalidad.

A continuación, se expone la descripción detallada de aquellas categorías novedosas que propusieron Silverman et al. (2007b) y en la que nos hemos basado en este trabajo:

⇒ Comunicaciones relacionadas con suicidio: cualquier acto interpersonal de transmitir pensamientos, deseos o intenciones para los que existe evidencia (ya sea explícita o implícita) de que el hecho de comunicación no implica en sí mismo una conducta autolesiva. Distingue entre:

- **Amenaza suicida:** acción interpersonal, verbal o no verbal, sin que implique directamente autolesión, que se puede interpretar como una comunicación de una conducta suicida en el futuro.
 - Tipo I: sin intención suicida.
 - Tipo II: nivel indeterminado de intención.
 - Tipo III: algún grado de intención suicida.
- **Plan suicida:** método o formulación sistemática de un programa de acción propuesto para la realización de un acto potencialmente destructivo.
 - Tipo I: sin intención suicida.
 - Tipo II: nivel indeterminado de intención suicida
 - Tipo III: intención suicida con plan definido.

⇒ Conductas relacionadas con suicidio: Conducta potencialmente dañina para las que hay evidencia (ya sea explícita o implícita) de que: (a) la persona desea utilizar el intento de suicidio con el fin de alcanzar alguna otra meta, o (b) la persona tiene una intención no determinada o muestra clara intención de provocarse la muerte.

Distingue entre:

- **Autolesión:** conductas potencialmente autolesivas en las que es evidente, explícita o implícitamente, que la persona no ha intentado matarse y que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio.
 - Tipo I: Sin lesiones.
 - Tipo II: Con lesiones.
 - **Muerte autoinfligida no intencionada:** existen evidencias de que no había intención suicida.
- **Conducta indeterminada relacionada con suicidio:** conductas potencialmente autolesivas en las que la intención es desconocida. En aquellos casos donde una persona no puede admitir una intención clara de morir (estar bajo la influencia del alcohol u otras drogas, psicosis, demencia, estados disociativos, etc.)
 - Tipo I: Sin lesiones.
 - Tipo II: Con lesiones.
 - **Muerte autoinfligida con intención no determinada:** Con intención dudosa o desconocida.
- **Intento de suicidio:** conducta potencialmente autolesiva con un resultado no fatal, para la que existen pruebas (explícitas o implícitas) de que la persona tiene intención de matarse.
 - Tipo I: Sin lesiones.
 - Tipo II: Con lesiones.
- **Suicidio:** el intento de suicidio termina en la muerte de la persona. Optan por no hablar de *suicidio consumado* por ser un término redundante y peyorativo.

Esta clasificación proporciona un marco claro y preciso para entender y comunicar las diferentes manifestaciones de las conductas suicidas, lo que contribuye a una mejor comprensión y prevención de este grave problema de salud pública.

Según la clasificación clínica, el suicidio se incluyó por vez primera en el DSM-V. Hasta ese momento, en el DSM-IV-TR, el suicidio se consideraba una complicación de los trastornos psiquiátricos, principalmente de los trastornos del estado de ánimo (American Psychiatric Association- APA, 2014).

El suicidio es un tema preocupante para los profesionales que tratan a personas con enfermedades mentales, ya que representa un desenlace común para muchas personas con enfermedades psiquiátricas graves (Beyer & Weisler, 2015). Más del 90% de las personas que mueren por suicidio tienen trastornos mentales (Beyer & Weisler, 2015; Klonsky et al., 2016; Mert et al., 2015), aunque es importante destacar que más del 98% de las personas con trastornos mentales no mueren por suicidio (Klonsky et al., 2016).

Numerosos estudios confirman que el TAB es la enfermedad mental con mayor prevalencia de conductas suicidas en comparación con la población general, siendo hasta 20-30 veces más frecuente (Berkol et al., 2016; Berutti et al., 2016; Beyer & Weisler, 2015; Grande et al., 2016; Klonsky et al., 2016; Mert et al., 2015). Cada año, aproximadamente el 0,4% de las personas con TAB se suicidan (Mert et al., 2015), el 59% de esta población experimenta ideación suicida, y el 25-56% ha realizado al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida (Berutti et al., 2016). En esta población, la relación entre intentos de suicidio y suicidios consumados es de aproximadamente 3:1, en contraste con la relación 30:1 en la población general (Berkol et al., 2016; Mert et al., 2015).

También se ha observado una asociación con otros trastornos del estado de ánimo, como la depresión (Beyer & Weisler, 2015; Klonsky et al., 2016), así como con el

trastorno de estrés postraumático (TEPT) en países desarrollados. Sin embargo, en países en vía de desarrollo, los trastornos con mayor riesgo de conducta suicida son el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de conducta y la drogodependencia (Klonsky et al., 2016).

Los factores de riesgo asociados a los intentos de suicidio en la población con TAB pueden agruparse en tres categorías principales: características sociodemográficas, curso del trastorno y presencia de comorbilidad.

Entre las características sociodemográficas que influyen en la prevalencia de intentos de suicidio en esta población se encuentran la edad joven, el estado civil soltero/a, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias y los traumatismos en la infancia. Los factores de riesgo relacionados con el entorno familiar y social incluyen antecedentes familiares de suicidio y trastornos del estado de ánimo, falta de mecanismos de apoyo social y problemas en las relaciones interpersonales (Mert et al., 2015).

En cuanto al curso del TAB, se ha observado que la aparición precoz, un mayor número y duración de los episodios depresivos, el aumento de la gravedad de los episodios afectivos, la presencia de episodios mixtos y los cicladores rápidos se asocian con los intentos de suicidio (Berkol et al., 2016; Carrà et al., 2014; Grande et al., 2016; Mert et al., 2015). Sin embargo, se ha observado que los episodios maníacos presentan un menor riesgo de intentos de suicidio, posiblemente debido a una menor sensación de desesperación y a los delirios de grandeza que se experimentan en esta fase de la enfermedad (Mert et al., 2015).

Además, se ha observado que la comorbilidad del TAB con trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad, TEPT, TDAH en adultos, impulsividad o agresividad son factores de riesgo para el intento de suicidio (Berkol et al., 2016; Grande et al., 2016; Mert et al., 2015; Swartz- Vanetik et al., 2018).

Otro de los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida son el consumo nocivo de alcohol y los trastornos por consumo de alcohol, tanto en términos de muerte por suicidio como de intentos de suicidio (Borges et al., 2017). Aquellas personas que presentan abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias, independientemente de su condición de TAB, tienen un alto riesgo de intentos de suicidio y una probabilidad casi seis veces mayor de experimentar un intento de suicidio a lo largo de su vida en comparación con las personas que no consumen. Se ha observado que aproximadamente el 72% de las personas con TAB experimentan abuso o dependencia de una o más sustancias en algún momento de sus vidas, aunque es importante destacar que la prevalencia de la dependencia es menor en comparación con el abuso en aquellos con TAB concurrente (Carrà et al., 2014).

Para finalizar, se ha identificado una mayor prevalencia de consumo de alcohol (ya sea abuso o dependencia) en personas diagnosticadas de TAB, con cifras que llegan hasta un 61%. Asimismo, las tasas de consumo de sustancias distintas al alcohol alcanzan un 44%, (Levander et al., 2007), siendo el cannabis la sustancia más consumida a lo largo de la vida (Carrà et al., 2014).

4.2. El impacto de la pandemia COVID-19 en las personas con TAB

La pandemia COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental de las personas en todo el mundo, y las personas diagnosticadas de TAB no han sido una excepción. Aunque muchos estudios han examinado el impacto de COVID-19 en la salud mental de la población general, pocos se han centrado en personas con enfermedades mentales.

Las personas con TAB ya enfrentan un riesgo elevado de suicidio en comparación con la población general, y la pandemia ha agravado este riesgo (Karantonis et al., 2021; Li et al., 2022)

En el estudio de Karantonis (2021), se observó un impacto negativo en la calidad de vida de las personas diagnosticadas de TAB, experimentando un mayor número de síntomas depresivos, valores de estrés elevados y deterioro cognitivo. Sin embargo, hubo cambios relativamente leves en los síntomas negativos del estado de ánimo relacionados con la pandemia, así como en los factores del estilo de vida y los patrones sociales. Estos resultados llevaron a pensar que las personas con TAB tenían puntuaciones más altas en resiliencia, ya que parecían capaces de adaptarse y funcionar en la nueva realidad impuesta por la pandemia, en un grado comparativo con personas psicológicamente sanas. Esto pudo deberse a que una gran proporción de las personas con TAB continuaron recibiendo apoyo psicológico formal de profesionales de la salud y que este apoyo podría haber actuado como un "amortiguador" que permitió a las personas con TAB afrontar de manera más efectiva los desafíos planteados por la pandemia.

Aunque hubo personas que parecían haber afrontado la situación, también hubo muchas que percibieron un cambio negativo en sus vidas, experimentando más soledad, dificultad para acceder a los tratamientos médicos y de salud mental, preocupación por la pandemia, más síntomas de insomnio y mayor consumo de alcohol (Barrett et al., 2022).

En el estudio de Lewis et al., (2022) no se observó una afectación significativa en las personas con TAB, lo que llevó a la conclusión de que había heterogeneidad en las áreas impactadas por la COVID-19. Se resaltó la necesidad de plantear estudios a largo plazo, ya que los efectos significativos de la pandemia pueden tardar en manifestarse, especialmente entre aquellos en desventaja socioeconómica (Lewis et al., 2022).

En España, la pandemia COVID-19 generó preocupación en el ámbito de la salud mental, y la necesidad de atención y apoyo continuo para las personas con TAB se volvió aún más urgente. Los profesionales de la salud mental se vieron obligados a adaptarse a las restricciones de la pandemia para garantizar la continuidad de la atención, mientras desarrollaban estrategias específicas para abordar los desafíos adicionales que enfrentaban las personas con TAB. En este contexto, la investigación sobre la repercusión del COVID-19 en personas con TAB y los intentos de suicidio se volvió esencial para comprender mejor los factores de riesgo y las intervenciones necesarias.

En conclusión, la relación entre el TAB y el riesgo de suicidio es un aspecto de suma importancia que merece una atención constante y cuidadosa. Los estudios han demostrado de manera consistente que las personas afectadas por el TAB enfrentan un riesgo significativamente mayor de intentos de suicidio, y el suicidio consumado es una amenaza real en esta población. La variabilidad de los episodios maníacos y depresivos, junto con la presencia de comorbilidades, a menudo complica aún más este riesgo.

En el siguiente apartado, exploraremos en detalle la relación existente entre el TAB y la variable de ansiedad, un aspecto que puede impactar en aquellas personas que viven con esta enfermedad. Al profundizar en esta relación, contribuiremos a un conocimiento más completo y, en última instancia, a una atención más efectiva para aquellas personas afectadas por el TAB.

CAPÍTULO 4

LA RESILIENCIA PSICOLÓGICA

En este capítulo se trata la resiliencia, término que ha sido planteado desde diferentes disciplinas y enfoques a lo largo de los años. En el ámbito de la salud mental, la resiliencia se considera un factor protector importante que puede ayudar a prevenir o mitigar los efectos negativos de los trastornos mentales y las situaciones estresantes. Comprender y promover la resiliencia es fundamental para mejorar la salud y el bienestar de las personas en diversas circunstancias de la vida.

El primer apartado aborda la definición de resiliencia, un concepto que ha sido objeto de múltiples definiciones a lo largo del tiempo. Algunas de estas definiciones se enfocan en la capacidad de recuperación y adaptación, mientras que otras resaltan la habilidad para superar desafíos y experimentar un crecimiento personal. Además, se ha incluido información sobre las características que distinguen a una persona resiliente y hemos esbozado una descripción en doce puntos que abarca los aspectos clave de la resiliencia.

El segundo apartado, está enfocado en analizar los factores de riesgo y de protección que desempeñan un papel crucial en el proceso de la resiliencia. En el apartado siguiente, exploramos los instrumentos más comúnmente empleados para medir la resiliencia en el ámbito de la salud, centrándonos en la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson CD-RISC de 10 ítems (CD-RISC 10) (2011), que ha sido la utilizada como herramienta de evaluación en el presente estudio.

En el cuarto apartado se desarrolla la compleja relación entre la resiliencia y los trastornos mentales, el suicidio, la ansiedad y la depresión, destacando cómo la resiliencia

puede actuar como un factor protector y un recurso valioso en la promoción de la salud mental.

En el quinto apartado, se realiza una breve alusión a la vinculación entre la resiliencia y las variables de adherencia al tratamiento e *insight*, aunque es importante destacar que en la actualidad no existe evidencia sólida que respalde esta relación.

Y en el apartado final, se examinan las intervenciones diseñadas para fortalecer la resiliencia en personas que padecen trastornos mentales, específicamente el TAB. Es importante destacar que, en la actualidad, la cantidad de estudios y programas de intervención destinados a mejorar la resiliencia en esta población es limitada y escasa.

1. DEFINICIÓN DE RESILIENCIA

Existen numerosas definiciones del concepto de resiliencia psicológica en la literatura científica (Rutter, 2012; Sisto et al., 2019). Una de las definiciones más citadas es la formulada por Garmezy et al., (1991), quién la describe como “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de experimentar un evento estresante inicial o una situación de abandono” (Garmezy, 1991, p. 459)

En la actualidad, se pueden encontrar diversas definiciones de resiliencia (ver Tabla 5) propuestas por diferentes autores que provienen de diversas tradiciones teóricas. Algunas de estas definiciones tienden a ser más deterministas, basándose en la biología de la persona, mientras que otras adoptan una perspectiva más ambientalista y resaltan la interacción entre la persona y su entorno (Masten, 2007).

Tabla 5

Definiciones de resiliencia (Fletcher & Sarkar, 2013)

“Los factores de protección que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a un peligro ambiental que predispone a un resultado desadaptativo” (Rutter, 1987, p. 316)

“El proceso, la capacidad o el resultado de una adaptación exitosa a pesar de las circunstancias desafiantes o amenazantes” (Masten, Best, & Garmezy, 1990, p.426).

“Proceso dinámico que abarca la adaptación positiva en el contexto de una adversidad significativa” (Luthar et al., 2000, p. 543).

“Una clase de fenómeno que se caracteriza por los buenos resultados a pesar de las graves amenazas para la adaptación el desarrollo” (Masten, 2001, p. 228).

“La capacidad personal que permite prosperar frente a la adversidad” (Connor y Davidson, 2003, p.76).

“La capacidad de los adultos que se encuentran en circunstancias normales y que están expuestos a un acontecimiento aislado y potencialmente muy perturbador, como la muerte de un pariente cercano o una situación violenta o que pone en peligro la vida, para mantener niveles relativamente estables y saludables de funcionamiento psicológico y físico, así como la capacidad de generar experiencias y emociones positivas” (Bonanno, 2004, págs. 20-21).

“Repertorio complejo de tendencias de comportamiento” (Agaibi y Wilson, 2005, p. 197).

“La capacidad de las personas para enfrentarse con éxito a cambios, adversidades o riesgos significativos” (Lee y Cranford, 2008, p. 213).

“La estabilidad o la rápida recuperación (o incluso el crecimiento) de una persona en condiciones adversas significativas” (Leipold y Greve, 2009, p.41)

Estas definiciones, a pesar de sus diferencias teóricas y en los factores resaltados, comparten una visión común de un fenómeno complejo, así como la identificación de numerosas variables interactivas. La literatura coincide en que existen dos condiciones necesarias para comprender el proceso de resiliencia: la exposición a un riesgo significativo y la capacidad de experimentar una evolución positiva en términos de bienestar psicosocial a pesar de la amenaza a la que se enfrenta. El término "riesgo significativo" se refiere a cualquier elemento de una situación que se percibe como irresoluble y que puede llevar a una adaptación disfuncional y a un malestar psicológico (Sisto et al., 2019).

En definiciones posteriores, Manciaux (2001) describe la resiliencia como la capacidad de recuperarse y seguir adelante después de una enfermedad, trauma o estrés,

mientras que Grotberg (2006) la define como la capacidad humana de enfrentar, superar y ser fortalecido o transformado por experiencias adversas (Rutter, 2012).

El concepto resiliencia es un constructo que puede estar involucrado en el proceso psicopatológico de los trastornos mentales, así como en la respuesta al estrés del trauma. Un alto grado de resiliencia funciona como factor protector, mientras que una baja puntuación en resiliencia aumenta la vulnerabilidad para el desarrollo de consecuencias patológicas de eventos adversos en el entorno (Shrivastava & Desousa, 2016).

Las personas resilientes suelen manifestar una serie de características personales (ver Tabla 6), además de experimentar más emociones positivas y tener una mayor capacidad de recuperación en circunstancias adversas, especialmente si son capaces de identificar las amenazas. Por otro lado, las personas con puntuaciones más altas en resiliencia se caracterizan por aceptar incondicionalmente la realidad, tener una creencia profunda en el sentido de la vida y la habilidad para adaptarse a cambios significativos (Azanza et al., 2014).

Forés & Grané (2008) establecieron doce características acerca de la resiliencia (ver Tabla 7).

Tabla 6

Características de la persona resiliente (Connor & Davidson, 2003)

<i>Referencia</i>	<i>Características</i>
<i>Kobasa, 1979</i>	Considerar el cambio el estrés como un reto/oportunidad
<i>Kobasa, 1979</i>	Compromiso
<i>Kobasa, 1979</i>	Reconocimiento de los límites del control
<i>Rutter, 1985</i>	Compromiso con el apoyo de los demás
<i>Rutter, 1985</i>	Apego estrecho y seguro a los demás
<i>Rutter, 1985</i>	Objetivos personales o colectivos
<i>Rutter, 1985</i>	Autoeficacia
<i>Rutter, 1985</i>	Fortalecimiento del efecto del estrés
<i>Rutter, 1985</i>	Éxitos anteriores
<i>Rutter, 1985</i>	Sentido realista del control/tener opciones
<i>Rutter, 1985</i>	Sentido del humor
<i>Rutter, 1985</i>	Enfoque orientado a la acción
<i>Lyons, 1991</i>	Paciencia
<i>Lyons, 1991</i>	Tolerancia a los efectos negativos
<i>Rutter, 1985</i>	Adaptabilidad al cambio
<i>Corriente</i>	Optimismo
<i>Corriente</i>	Fe

Tabla 7

¿Qué es la resiliencia en doce puntos? (Forés & Grané, 2008)

- Es un proceso
- Hace referencia a la interacción dinámica entre factores
- Puede ser promovida a lo largo del ciclo vital
- No es un atributo estrictamente personal
- Está vinculada al desarrollo y crecimiento humano
- No constituye un estado definitivo
- Nunca es absoluta ni total
- Tiene que ver con los procesos de reconstrucción. Es aprender a vivir
- Tiene como componente básico la dimensión comunitaria
- Considera la persona como única
- Reconoce el valor de la imperfección
- Está relacionada con ver el vaso medio lleno

El estudio reciente llevado a cabo por Sisto et al. (2019) destaca que la resiliencia se define como la capacidad de mantener un enfoque en los propósitos existenciales, incluso cuando se enfrentan adversidades y situaciones estresantes. Esta habilidad implica una actitud constante ante los obstáculos y una disposición a adaptarse al cambio. En este contexto, la resiliencia se concibe como la destreza para afrontar con persistencia las dificultades en diversas esferas de la vida, al tiempo que se mantiene una sólida autoconciencia y coherencia interna, al mismo tiempo que se desencadena un proceso de crecimiento personal. Esta actitud perseverante permite movilizar los propios recursos para recuperarse tras haber experimentado condiciones adversas y, por consiguiente, restablecer el equilibrio personal.

En la práctica diaria, los profesionales de la salud se encuentran con personas o grupos que enfrentan situaciones de tragedia o estrés que parecen difíciles o incluso imposibles de superar. Sin embargo, en muchas ocasiones, la realidad demuestra que no solo logran superar estas situaciones, sino que también emergen renovados y enriquecidos de estas circunstancias adversas (Nrugham et al., 2010).

Aunque el concepto resiliencia puede resultar novedoso en el ámbito de la enfermería en nuestro país, en realidad no debería serlo, ya que en la edición 2009-2011 de la taxonomía internacional *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) se incluyeron tres diagnósticos enfermeros relacionados con la resiliencia: deterioro de la resiliencia personal (00210), disposición para mejorar la resiliencia (00212) y riesgo de compromiso de la resiliencia (00211). De esta manera, la resiliencia se incorporó como parte de las competencias de enfermería, específicamente en el dominio del afrontamiento al estrés, lo que permite su diagnóstico y tratamiento, principalmente en el ámbito de la salud mental (Carrà et al., 2014).

Son tres los enfoques de resiliencia que pueden ser efectivos en la prevención y lucha contra enfermedades mentales. El primero es el de reducción de daños, que describe la capacidad de recuperación en términos de una pronta recuperación después de experimentar estrés, y esto puede involucrar factores biológicos y predisposiciones genéticas. El siguiente es el enfoque de protección, donde una persona utiliza ciertos mecanismos o medidas para mantener su salud mental, como el apoyo familiar, la escolar, de amigos y de salud mental. Por último, el de promoción describe a la persona como alguien que busca rápidamente recursos para obtener ayuda en el ámbito de la salud mental (Post et al., 2018).

Asimismo, cabe señalar que la resiliencia puede desempeñar un papel importante en la gestión, recuperación y prevención de recaídas en enfermedades psiquiátricas (Choi et al., 2015). No obstante, es importante tener en cuenta que la resiliencia, si bien es fundamental fomentarla desde la primera infancia, puede ser promovida a lo largo de todo el ciclo vital, desde la infancia temprana hasta la tercera edad (Nrugham et al., 2010).

En conclusión, la resiliencia representa una habilidad fundamental en la capacidad humana para enfrentar desafíos y superar adversidades. Esta cualidad no solo implica la capacidad de mantener un enfoque en los propósitos existenciales a pesar de las dificultades, sino también una actitud perseverante ante los obstáculos, una disposición a adaptarse al cambio y una sólida autoconciencia. Además, la resiliencia puede desempeñar un papel crucial en la gestión, recuperación y prevención de recaídas en enfermedades psiquiátricas a lo largo de todo el ciclo vital.

Para ahondar en este fenómeno, es esencial analizar los factores que influyen en su desarrollo y manifestación. En este sentido, se distinguen dos categorías clave: los factores de riesgo y los factores de protección. En el apartado siguiente, se explora la

importancia de identificar y comprender estos factores y en qué manera influye en la promoción de la salud mental y el bienestar a lo largo de la vida de las personas.

2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL PROCESO DE RESILIENCIA

Para abordar este tema, se comenzará desde una de las definiciones de resiliencia que mejor representa la perspectiva de la segunda generación de investigadores, según lo establecido por (Luthar et al., 2000), que la describen como un proceso dinámico que lleva a una adaptación positiva en contextos de extrema adversidad. La mayoría de los autores en la actualidad comparten esta visión interaccionista del concepto de resiliencia. Desde esta perspectiva, la resiliencia se considera una característica intrínseca a la naturaleza humana y se forma a través de interacciones sociales (Saavedra-Guajardo & Villalta-Paucar, 2008). Bajo este enfoque, la noción de resiliencia abarca tres elementos clave: a) la presencia de adversidad, trauma, riesgo o amenaza para el desarrollo humano, b) la capacidad de adaptación positiva o superación de dicha adversidad, y c) el proceso que implica la interacción dinámica entre factores de riesgo y factores protectores en diversos rangos.

El desarrollo de la resiliencia se ve influenciado por los factores de riesgo y de protección (Luthans et al., 2006; Masten, 2007), así como por los valores sociales (Coutu, 2002; Richardson, 2002).

Los factores de riesgo son aquellos que tienen una alta probabilidad de provocar efectos no deseados (Masten et al., 2009). Estos factores se refieren a situaciones estresantes o condiciones ambientales que aumentan la probabilidad de que una persona experimente resultados negativos en áreas específicas, como la salud física, la salud mental, el rendimiento académico o laboral y la adaptación social. Por otro lado, los

factores de protección son aquellos que favorecen resultados positivos o previenen resultados negativos. Estos factores protectores que promueven comportamientos resilientes pueden derivar de tres fuentes posibles: a) atributos personales; b) apoyo del sistema familiar; y c) apoyo social proveniente de la comunidad (Becoña, 2006).

La interacción y el equilibrio entre los factores de protección y los factores de riesgo o vulnerabilidad permiten que una persona funcione adecuadamente (Rutter, 2012).

Existe un debate continuo entre aquellos que conceptualizan la resiliencia como un rasgo estable de la personalidad y aquellos que la definen como un proceso dinámico que varía según el contexto. Aquellos que consideran la resiliencia como un rasgo, en línea con la perspectiva de “resiliencia del ego”, sostienen que las características de la personalidad son los principales factores de protección contra el estrés. Sin embargo, los autores que definen la resiliencia como un proceso la ven como un recurso que depende de la interacción exitosa entre la persona y su entorno. Según este enfoque, los factores de protección y de riesgo actúan de manera simultánea y dinámica, y el efecto es el resultado de su interacción. Por tanto, ser resiliente implica construir y reconstruir la propia trayectoria de vida para establecer un nuevo equilibrio y producir un cambio interno (Sisto et al., 2019).

Es importante destacar que la interacción entre los factores de riesgo y protección es compleja y única para cada persona. No existe una fórmula universal para la resiliencia, ya que depende de una variedad de factores personales, familiares, sociales y culturales. La comprensión de estos factores es esencial para el desarrollo de estrategias de prevención e intervención efectivas que promuevan la resiliencia y el bienestar en personas que enfrentan situaciones adversas (Coutu, 2002).

En conclusión, los factores de riesgo y protección desempeñan un papel fundamental en la comprensión de la resiliencia, que es una cualidad importante para

afrontar los desafíos de la vida. Sin embargo, para conseguir una mejor comprensión y estudio de esta cualidad humana, son necesarios los modelos teóricos de la resiliencia. Posteriormente, exploraremos algunos de los modelos teóricos más influyentes en el campo de la resiliencia, que han arrojado luz sobre cómo las personas pueden superar desafíos y prosperar en condiciones adversas.

3. MODELOS TEÓRICOS DE RESILIENCIA

Estos modelos teóricos son marcos conceptuales que buscan explicar cómo se desarrolla y se manifiesta la resiliencia. Además, exploran los factores que influyen en la capacidad de las personas para adaptarse, recuperarse y crecer a partir de experiencias difíciles. A través de estos modelos, se pretende no solo comprender la resiliencia, sino también guiar las intervenciones y estrategias para promoverla, contribuyendo al bienestar y la salud mental de la población.

3.1. Modelo *Mandalas* de Resiliencia

En el modelo de *Mandalas* de Resiliencia, concebido por Wolin y Wolin en 1993, se resaltan las características de personas resilientes a través de la creación de una representación conocida como "*mandala* de resiliencia". La palabra "*mandala*" deriva de la cultura de los indios navajos del suroeste de los Estados Unidos, y se refiere a la paz y armonía o fuerza interna que asiste a las personas enfermas en su lucha contra la enfermedad.

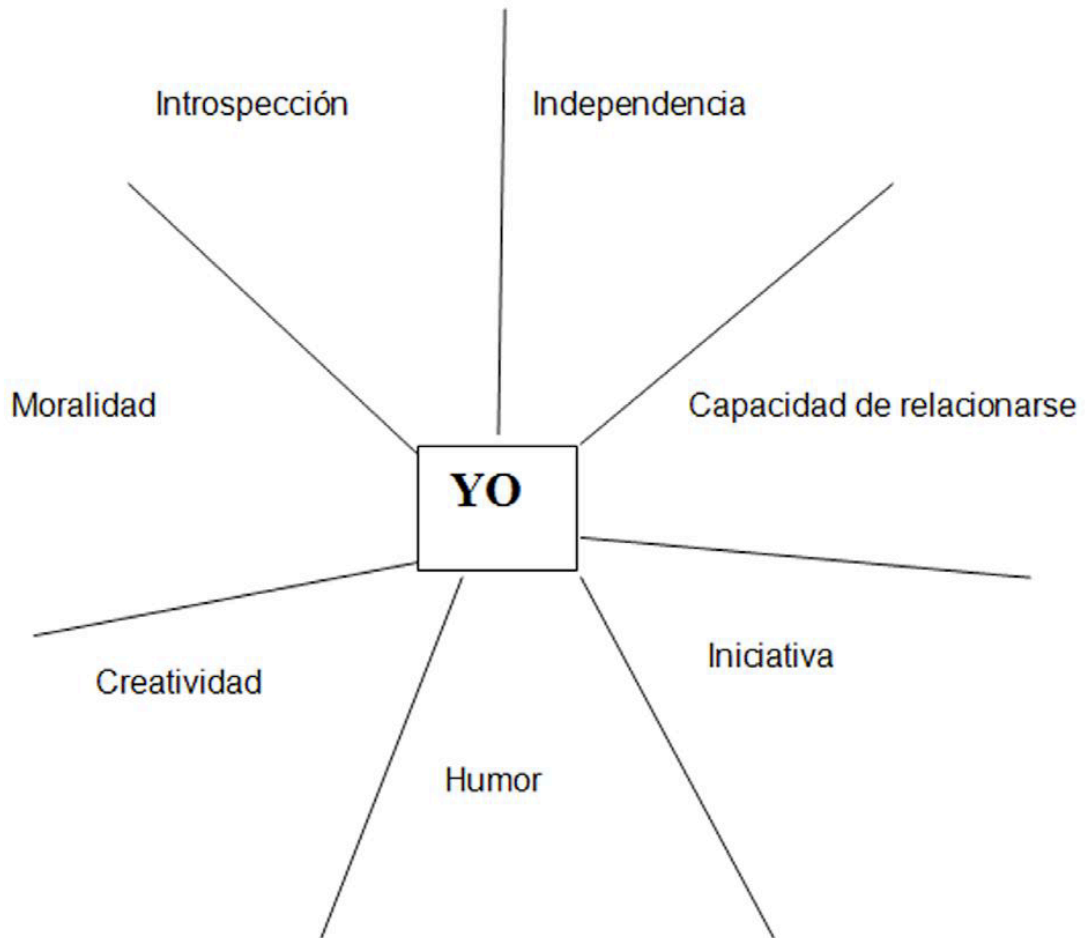
Este modelo, inspirado en la metáfora del *mandala* que simboliza totalidad y unidad, concibe la resiliencia como un proceso holístico y dinámico. En el núcleo de este *mandala* reside el "yo" de cada individuo, representativo de su identidad única. A su alrededor, se

despliegan siete "atributos de resiliencia" o elementos cruciales para afrontar y superar adversidades:

- ⇒ Introspección: se caracteriza por la capacidad de examinarse a uno mismo, hacer preguntas auténticas y proporcionar respuestas honestas.
- ⇒ Independencia: implica la habilidad de establecer límites entre uno mismo y situaciones adversas, manteniendo un equilibrio entre la distancia emocional y la prevención del aislamiento.
- ⇒ Capacidad de relacionarse (Interacción): se refieren a la capacidad de formar conexiones íntimas y gratificantes con otras personas, equilibrando las necesidades personales de afecto con la disposición para brindar apoyo a los demás.
- ⇒ Iniciativa: alude a la disposición para proponer nuevas ideas o enfoques, relacionándose con la espontaneidad y la valentía de abordar desafíos novedosos.
- ⇒ Humor: implica la capacidad de encontrar elementos cómicos en las situaciones difíciles de la vida, permitiendo el alivio a través de la risa y la exploración de perspectivas humorísticas.
- ⇒ Creatividad: se relaciona con la aptitud para crear orden y belleza a partir del caos y la desorganización, así como la capacidad de inventar, generar o producir algo nuevo. Por ejemplo, en la infancia, esta creatividad puede manifestarse a través del juego, mientras que, en la adolescencia puede expresarse a través del arte.
- ⇒ Moralidad: se refiere a la conformidad de la conducta con las normas morales aceptadas por la sociedad, siguiendo reglas que promueven el bien y evitan el mal. Esto implica una intencionalidad consciente, esfuerzo constante que puede convertirse en hábito o costumbre. (Galindo, 2017)

En la Figura 1 del *mandala*, el centro representa la identidad individual de cada persona, y alrededor de este núcleo se encuentran las diversas manifestaciones de lo que se ha denominado los pilares de la resiliencia.

Figura 1. Siete pilares de la resiliencia (Galindo, 2017).



3.2. Modelo de las verbalizaciones

El modelo de las verbalizaciones de Grotberg, propuesto en 1995, aborda la resiliencia desde una perspectiva de autorreflexión y autoafirmación. Grotberg (1995) identifica tres categorías fundamentales, cada una asociada con una "verbalización": "yo tengo", "yo soy" y "yo puedo". "Yo tengo" se refiere a los recursos y apoyos externos que rodean a una persona, como el apoyo familiar, comunitario y social, que son esenciales para fortalecer la resiliencia. "Yo soy" se centra en la autoimagen y las competencias personales, como la autoestima, la competencia social y la autonomía. Finalmente, "yo puedo" hace hincapié en las habilidades interpersonales y la capacidad para afrontar desafíos, incluyendo la iniciativa, la independencia y la capacidad de adaptación. Este modelo proporciona un enfoque comprensivo y estructurado para entender y promover la resiliencia, reconociendo que estas tres dimensiones verbales interactúan y evolucionan a lo largo de la vida de una persona. La versión en español de este modelo desglosa aún más estas categorías, lo que permite un análisis más detallado de los factores que contribuyen a la resiliencia en diferentes etapas del desarrollo (ver Tabla 8) (Galindo, 2017).

Tabla 8. Categorías de factores resilientes (Galindo, 2017).

YO TENGO (Apoyo externo)	YO SOY y ESTOY (Fuerza interior) (Dispuesto/a hacer)	YO PUEDO (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos)
1. Una o más personas dentro de mi entorno familiar en quien confío y me quieren incondicionalmente	1. Una persona que agrada a la mayoría de la gente	1. Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas.
2. Personas de fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente	2. Generalmente tranquila y bien dispuesta	2. Realizar una actividad hasta finalizarla
3. Personas que me ponen límites	3. Alguien que consigue aquello que se propone y planifica el futuro	3. Encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones
4. Personas que me incentivan a ser independiente	4. Una persona respetuosa de sí misma y con los demás	4. Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás
5. Buenos modelos a imitar	5. Alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos	5. Resolver conflictos en diversos ámbitos: académico, laboral, personal y social.
6. Acceso a la salud, la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito	6. Responsable de mis acciones y acepto sus consecuencias	6. Controlar mi conducta: mis sentimientos, mis impulsos, demostrar lo que siento.
7. Una familia y entorno social estable	7. Una persona segura de sí misma, optimista, confiada y que posee muchas esperanzas.	7. Pedir ayuda cuando lo necesito

3.3. Modelo Compensatorio de Resiliencia

El modelo compensatorio de resiliencia se centra en explicar cómo ciertas personas logran superar y prosperar a pesar de enfrentar desafíos y factores de riesgo significativos. A diferencia de otros modelos de resiliencia que se enfocan en la presencia de factores protectores, el modelo compensatorio se centra en la premisa de que la existencia de recursos o factores de riesgo no conduce necesariamente a resultados

negativos. En su lugar, sugiere que la presencia de factores de riesgo puede ser contrarrestada o compensada por factores protectores o recursos personales y sociales.

En este modelo de resiliencia, se reconoce que las personas pueden experimentar eventos estresantes y desafiantes en sus vidas, pero aun así pueden desarrollar resiliencia si cuentan con acceso a recursos o apoyos que les asistan en la superación de tales dificultades. Estos recursos pueden abarcar el respaldo familiar, la red de amigos, competencias de afrontamiento efectivas, autoestima y habilidades personales. Este modelo sostiene que la resiliencia no radica en la completa evitación de las dificultades o factores de riesgo, sino en la habilidad de resistir, recuperarse y crecer a pesar de ellos. Esta perspectiva reconoce la importancia de los recursos y factores protectores en la vida de un individuo, así como su capacidad para contrarrestar y compensar los efectos negativos de las adversidades. El modelo compensatorio de resiliencia ha ejercido influencia en la investigación y la práctica en campos como la psicología, el trabajo social y la educación, al destacar la relevancia de identificar y potenciar los recursos y apoyos que pueden ayudar a las personas a superar situaciones difíciles (Andersson & Ledogar, 2008; Windle, 2010).

3.4. Modelo de Protección de la Resiliencia

El modelo de protección se centra en los factores de protección y las características personales que ayudan a las personas a superar situaciones de adversidad y desarrollar resiliencia. Se basa en la idea de que la resiliencia no es simplemente la ausencia de dificultades o traumas, sino más bien la capacidad de enfrentar y superar esas dificultades de manera efectiva (Windle, 2010) e identifica una serie de factores de protección como los siguientes:

1. **Apoyo social:** La presencia de relaciones sólidas y de apoyo, ya sea de la familia, amigos, comunidad u otras redes sociales, desempeña un papel crucial en la promoción de la resiliencia.
2. **Autoestima y autoeficacia:** La confianza en uno mismo y la creencia en la propia capacidad para enfrentar desafíos son factores importantes en la resiliencia.
3. **Habilidades de afrontamiento:** La capacidad de gestionar el estrés, adaptarse a las situaciones cambiantes y resolver problemas de manera efectiva es fundamental para la resiliencia.
4. **Habilidades emocionales:** La capacidad para reconocer y regular las emociones de manera saludable es un factor importante para la resiliencia.
5. **Recursos educativos y cognitivos:** El acceso a la educación y la capacidad de procesar la información de manera efectiva también pueden contribuir a la resiliencia.

Este modelo resalta la importancia de la interacción entre factores de protección y factores de riesgo en la vida de una persona. A menudo, las personas enfrentan situaciones de adversidad que podrían considerarse factores de riesgo, pero la presencia de factores de protección adecuados puede ayudar a contrarrestar los efectos negativos y promover la resiliencia. Este modelo se trata de un enfoque importante para explicar la resiliencia en la edad adulta frente a las enfermedades crónicas, y ha sido influyente en la psicología y otros campos relacionados con el bienestar y la salud mental (Fleming & Ledogar, 2008).

3.5. Modelo de Desafío en Resiliencia

El modelo de desafío tiene su base en la idea de que los desafíos y adversidades son esenciales para el desarrollo de la resiliencia en las personas. En contraposición a la perspectiva que ve la resiliencia como la capacidad de superar situaciones adversas o traumáticas, el modelo de desafío en resiliencia sostiene que enfrentar desafíos es necesario para que una persona desarrolle fortaleza emocional, habilidades de afrontamiento y la capacidad de adaptarse a situaciones cambiantes. Este modelo describe una relación curvilínea entre un factor de riesgo y un resultado: la exposición a valores bajos y altos de riesgo se asocia a resultados negativos, sin embargo, los valores moderados se asocian a mejores resultados.

Algunas características clave del modelo de desafío en resiliencia incluyen:

1. **Fortalecimiento a través del desafío:** Se enfatiza que los desafíos pueden servir como oportunidades para fortalecer la resiliencia de una persona.
2. **Desarrollo de habilidades de afrontamiento:** Enfrentar situaciones difíciles puede llevar a la adquisición de habilidades de afrontamiento efectivas.
3. **Crecimiento personal:** Se destaca que las personas pueden experimentar un crecimiento personal significativo a través de la superación de desafíos.
4. **Promoción de la adaptabilidad:** Los desafíos pueden ayudar a las personas a adaptarse a nuevas circunstancias y cambios en la vida.

Este enfoque reconoce que las dificultades y los obstáculos son parte natural de la vida, y que la resiliencia se nutre a través de la experiencia de enfrentar y superar estos desafíos. Algunas investigaciones sugieren que las personas que han superado adversidades pueden desarrollar una mayor autoconfianza, empatía, habilidades de

afrontamiento y una mayor apreciación por la vida (Fleming & Ledogar, 2008; Windle, 2010).

4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA RESILIENCIA

Disponer de herramientas de evaluación de la resiliencia que sean válidas, fiables y sensibles es un recurso de inmenso valor para profesionales de la salud mental, incluyendo al personal de enfermería. Estas herramientas no solo facilitan el proceso de diagnóstico (basado en el juicio clínico) y las intervenciones correspondientes, sino que también son de utilidad para evaluar los cambios que puedan surgir tras intervenciones o tratamientos específicos. Además, permiten la identificación de perfiles de personas que exhiben altas puntuaciones en resiliencia (Serrano-Parra et al., 2013).

Se han desarrollado varias escalas de autoinforme para evaluar la resiliencia, como la Escala de Resiliencia (RS) de Wagnild & Young (1993) o la Escala de Resiliencia para Adolescentes (READ) de (Hjemdal et al., 2007), entre otras. Sin embargo, la mayoría de ellas carecían de propiedades psicométricas adecuadas. La escala CD-RISC, o Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (2003) (*Connor-Davidson Resilience Scale* en inglés), es una herramienta ampliamente reconocida y utilizada en la evaluación de la resiliencia en personas. La CD-RISC se compone de un cuestionario diseñado para medir la capacidad de una persona para resistir y recuperarse de situaciones estresantes o adversas.

Respecto a esta última escala, Connor & Davidson (2003) diseñaron la escala CD-RISC de 25 ítems (CD-RISC 25) (2003) (ver Tabla 9), cada uno valorado en una escala de 5 puntos (0-4), donde puntuaciones más altas reflejan una mayor resiliencia. Los resultados de este estudio indicaron que la resiliencia es cuantificable y está influenciada por el estado de salud (es decir, las personas con enfermedades mentales presentan valores más bajos en resiliencia en comparación con la población general). Además, se observó

que la resiliencia es modificable y puede mejorar con el tratamiento, y una mayor puntuación en resiliencia se correlaciona con una mejor salud.

Tabla 9	
Contenido de la Escala de Resiliencia Connor- Davidson (Connor & Davidson, 2003)	
<i>Ítem no.</i>	<i>Descripción</i>
1	Capaz de adaptarse al cambio
2	Relaciones estrechas y seguras
3	A veces el destino o Dios pueden ayudar
4	Puede hacer frente a lo que venga
5	El éxito pasado da confianza para el nuevo reto
6	Ver el lado humorístico de las cosas
7	Enfrentarse al estrés fortalece
8	Tiende a recuperarse después de una enfermedad o dificultad
9	Las cosas suceden por una razón
10	Se esfuerza al máximo pase lo que pase
11	Puede lograr sus objetivos
12	Cuando las cosas parecen desesperadas, no se rinde
13	Sabe a dónde acudir en busca de ayuda
14	Bajo presión, se concentra y piensa con claridad
15	Prefiere tomar la iniciativa en la resolución de problemas
16	No se desanima fácilmente ante el fracaso
17	Se considera una persona fuerte
18	Toma decisiones impopulares o difíciles
19	Puede manejar sentimientos desagradables
20	Tiene que actuar siguiendo una corazonada
21	Tiene un fuerte sentido del propósito
22	Tiene el control de su vida
23	Me gustan los retos
24	Trabaja para alcanzar sus objetivos
25	Está orgulloso de sus logros

La CD-RISC de 25 ítems (2003) evalúa la capacidad de una persona para adaptarse y recuperarse de situaciones estresantes o adversas, así como su capacidad para mantener un funcionamiento psicológico saludable en medio de la adversidad. Los ítems se centran en aspectos clave de la resiliencia, como la capacidad de enfrentar desafíos, la percepción de control sobre la propia vida, la autoestima y la habilidad para mantener el equilibrio emocional. Esta escala se ha convertido en una herramienta valiosa tanto en la investigación como en la práctica clínica, ya que permite una evaluación rápida y confiable de la resiliencia de una persona (Cheng et al., 2020).

Posteriormente, Campbell-Sills & Stein (2007) en la Universidad de California, San Diego, desarrollaron una versión abreviada de la escala, conocida como la CD-RISC de 10 ítems (2011), que ha mostrado una excelente fiabilidad, incluyendo una buena consistencia interna y una fiabilidad estable en el *test-retest* (Campbell-Sills & Stein, 2007; Notario-Pacheco et al., 2011). Esta escala también ha demostrado una excelente validez en diferentes poblaciones, como en el TDM, TEPT, trastorno de ansiedad y fibromialgia, así como en poblaciones con diversos orígenes culturales. Debido a las excelentes propiedades psicométricas y a su brevedad, se suele preferir utilizar la CD-RISC de 10 ítems (2011) en lugar de la versión de 25 ítems (2003) en los estudios sobre resiliencia (Cheng et al., 2020).

La versión abreviada (CD-RISC 10) fue validada por primera vez al español por Notario-Pacheco et al., (2011) en una población de adultos jóvenes, entre 18 y 30 años, estudiantes universitarios de primer curso. Esta versión española de la CD-RISC de 10 ítems (2011) demostró buenas propiedades psicométricas y se confirmó que puede utilizarse como un instrumento fiable y válido para medir la resiliencia (Notario-Pacheco et al., 2011).

Con el paso de los años, ha sido validada al español en diferentes poblaciones. Algunos de los estudios revisados han validado esta escala en una población de adultos mayores no institucionalizados (Serrano-Parra et al., 2013), en personas con fibromialgia (Notario-Pacheco et al., 2014), en una muestra multiocupacional (Soler Sánchez et al., 2015), y en una muestra de desempleados (Fernández-Valera et al., 2018).

La información proporcionada por la CD-RISC 10 (2011) es de gran utilidad para comprender la capacidad de afrontamiento de una persona y puede ser un punto de partida importante para el diseño de intervenciones destinadas a fortalecer la resiliencia y mejorar el bienestar emocional.

Adicionalmente a las dos escalas previamente mencionadas, se dispone también de la versión de 2 ítems de la CD-RISC, la cual se fundamenta en los ítems 1 y 8, generando un rango de puntuación de 0 a 8. Este instrumento fue concebido por los autores originales como una medida específica de "rebote" y adaptabilidad. En una encuesta dirigida a la población general de adultos estadounidenses, se encontró que la puntuación promedio en la CD-RISC de 2 ítems (2007) fue de 6,91. Por otro lado, se observaron puntuaciones inferiores en grupos psiquiátricos, incluyendo individuos con depresión (5,12), trastorno de ansiedad generalizado (4,96) y trastorno de estrés postraumático (4,70), así como en sobrevivientes del tsunami del sudeste asiático de 2004 (4,67) (Connor & Davidson, 2023; Vaishnavi et al., 2007).

Y para finalizar este apartado, se mencionará el Cuestionario de Resiliencia para el Trastorno Bipolar (RBD) validado por Echezarraga et al., (2017). Este cuestionario, compuesto por 23 ítems, ha demostrado ser una herramienta válida, fiable y sensible para medir la resiliencia en personas con TAB (Echezarraga et al., 2017). Este instrumento, al incorporar criterios rigurosos de validación, no solo añade una dimensión valiosa a la comprensión de la resiliencia en el contexto del TAB, sino que también se presenta como una herramienta fiable para la investigación y la práctica clínica.

En resumen, la variedad de herramientas diseñadas para medir la resiliencia desempeña un papel central en la comprensión y evaluación de esta cualidad humana fundamental. Desde las sólidamente establecidas escalas CD-RISC hasta el cuestionario especializado RBD de Echezarraga et al., (2017), estos instrumentos han contribuido de manera sustancial tanto a la investigación como a la práctica clínica. Tras explorar los pormenores de estos métodos de evaluación de la resiliencia, nuestro próximo enfoque se dirigirá a examinar la relación entre la resiliencia y aspectos críticos de la salud mental, tales como los trastornos mentales, el suicidio, la ansiedad y la depresión. En este análisis,

resaltaremos la capacidad de la resiliencia como un recurso valioso en la promoción del bienestar psicológico, subrayando su influencia en la prevención y tratamiento de los desafíos que afectan la salud mental.

5. RESILIENCIA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES, SUICIDIO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

El concepto resiliencia es relativamente nuevo y carece de claridad, pero su uso está cada vez más en conversaciones cotidianas y diversas disciplinas. Este concepto se introdujo por primera vez en la psicología y la psiquiatría, derivado de las ciencias técnicas, y posteriormente se ha utilizado en medicina y salud. A medida que la resiliencia aumenta, disminuye la vulnerabilidad y el riesgo de enfermedad (Babic et al., 2020).

La investigación sobre resiliencia en enfermedades mentales graves, como el TAB y la esquizofrenia, ha despertado un interés creciente en los últimos años (Mizuno et al., 2018). En el caso específico de personas diagnosticadas de TAB, la adversidad en sí misma se convierte en un problema de salud mental (Echezarraga et al., 2017). Además, varios estudios han demostrado la relevancia de la resiliencia en otras enfermedades mentales, como los trastornos alimentarios, la depresión y la ansiedad (Echezarraga et al., 2017). De acuerdo con Min et al. (2015), se observó que puntuaciones altas en resiliencia reducía la asociación entre los síntomas de depresión, ansiedad e ideación suicida en personas diagnosticadas de TDM y/o ansiedad.

En el contexto de personas diagnosticadas de TAB, se ha observado que aquellas en fase eutímica presentan puntuaciones en resiliencia más bajas en comparación con los controles sanos (Choi et al., 2015; Lee et al., 2017). Además, estos valores bajos de resiliencia están relacionados con una mayor impulsividad y síntomas depresivos más intensos (Choi et al., 2015).

La resiliencia, en este escenario, revela correlaciones clínicas de relevancia. Específicamente, las puntuaciones más bajas en resiliencia en el TAB se asocian con un deterioro de la calidad de vida (Hofer et al., 2017), y un peor funcionamiento social (Bozikas et al., 2018).

En la actualidad, la investigación señala que la resiliencia y características psicológicas relacionadas, tales como el estilo atribucional positivo, las estrategias de afrontamiento, la esperanza y el optimismo, están asociadas con la reducción del riesgo de suicidio. En personas diagnosticadas de depresión/ansiedad, la resiliencia se asocia de forma negativa con la ideación suicida y los intentos de suicidio (Min et al., 2015). La presencia de un alto grado de resiliencia reduce el riesgo de suicidio en personas con TDM (Nrugham et al., 2010). Además, en el TDM, se ha observado que los síntomas depresivos pueden mejorar con factores de resiliencia como la autoconfianza y el autocontrol (Seok et al., 2012).

En un estudio realizado por Deng et al. (2018), se percibió que los valores de resiliencia eran más bajos tanto en el TAB como en la esquizofrenia, en comparación con la población sana. Más aún, se encontró que eran aún más bajos en las personas con esquizofrenia que en aquellos con TAB. Estos resultados subrayan la relevancia de la resiliencia como un elemento clave en la prevención del riesgo suicida y la mejora de la salud mental en el contexto de diversos trastornos psiquiátricos.

La resiliencia también ha sido investigada en diferentes poblaciones, como estudiantes, y profesionales de la salud. En un estudio con una muestra de estudiantes, se encontró una asociación positiva entre la resiliencia y el bienestar psicológico, así como una asociación negativa con el malestar psicológico, la depresión y la ansiedad (Haddadi & Besharat, 2010). Asimismo, en un estudio realizado en enfermeras se demostró una correlación entre la resiliencia, la salud mental y el bienestar general. En este sentido,

implementar estrategias para mejorar el bienestar general de las enfermeras podría fortalecer su resiliencia y reducir los problemas de salud mental (Gao et al., 2017).

En un estudio con adolescentes se concluyó que aquellos que habían intentado suicidarse presentaban rangos más bajos de resiliencia en comparación con aquellos que no lo habían intentado. La resiliencia se considera un factor protector contra el comportamiento suicida, incluso en presencia de antecedentes de depresión (Nruham et al., 2010).

En conclusión, la resiliencia se ha identificado como un factor protector para el TAB (Ozawa et al., 2017), y puede desempeñar un papel importante tanto en la prevención como en el tratamiento de esta enfermedad (Nruham et al., 2010; Ozawa et al., 2017).

Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene la resiliencia en la vida de las personas con TAB, es necesario señalar que la investigación científica específica en este campo es aún limitada y relativamente escasa. Aunque se ha avanzado en la comprensión de la resiliencia en el contexto de la salud mental, con estudios que exploran su relación con trastornos como la depresión y la ansiedad, la atención centrada en el TAB ha sido menos frecuente. En el próximo apartado, se abordará la relación entre la resiliencia y las variables adherencia al tratamiento e *insight*.

6. RESILIENCIA Y SU RELACIÓN CON LAS VARIABLES ADHERENCIA AL TRATAMIENTO E INSIGHT

La investigación sobre la resiliencia en el TAB ha examinado su relación con diversas variables clínicas, sin embargo, hasta el momento, no se ha encontrado correlación con la adherencia al tratamiento e *insight*, un patrón que también se ha observado en otras enfermedades mentales, como la esquizofrenia.

En un estudio realizado por Şenormanci et al. (2020) con personas en fase eutímica diagnosticadas de TAB, se identificó que un mayor *insight* se relacionaba con una percepción negativa del futuro, pero no mostraba asociaciones significativas con la resiliencia en general.

En otra llevada a cabo en personas japonesas con esquizofrenia, se descubrió una correlación negativa entre el *insight* y las puntuaciones en resiliencia (Mizuno et al., 2016).

En un estudio más reciente, Şenormanci et al. (2022) analizaron la resiliencia en personas clínicamente estables diagnosticadas de esquizofrenia. Los resultados indicaron que no existían correlaciones significativas entre el *insight* y los valores totales o de las dimensiones de la resiliencia, excepto en la denominada “estilo estructural” de la escala *Resilience Scale For Adults* (RSA) (Şenormanci et al., 2022).

En el ámbito de la salud, solo se conoce un estudio realizado en personas sometidas a diálisis, en el cual se encontró que la resiliencia se asociaba con una mayor adherencia a la medicación, pero con una menor adherencia a las sesiones de diálisis (Freire de Medeiros et al., 2016).

La revisión exhaustiva de la literatura científica revela una notoria falta de estudios que hayan investigado la relación entre la resiliencia, la adherencia al tratamiento y el *insight* en personas diagnosticadas de TAB u otras enfermedades mentales. Esta ausencia de investigaciones específicas en esta área es un vacío significativo en el campo de la salud mental, dado que estos tres componentes pueden tener un impacto crucial en el manejo y el resultado de las enfermedades mentales. Por otro lado, es importante destacar también la relevancia de explorar las intervenciones de resiliencia en el contexto de los trastornos mentales. Estas intervenciones podrían desempeñar un papel significativo en fortalecer la capacidad de adaptación y afrontamiento de las personas, contribuyendo así

a mejorar la gestión de las enfermedades mentales. A continuación, profundizaremos en este aspecto, analizando de manera más detallada cómo las intervenciones de resiliencia podrían influir en la experiencia y el tratamiento integral de los trastornos mentales.

7. INTERVENCIONES DE LA RESILIENCIA EN LOS TRASTORNOS MENTALES

Según Babic et al. (2020), todas las personas pueden fortalecer su resiliencia, lo que a su vez puede contribuir a mejorar su salud y, en situaciones de enfermedad, facilitar la recuperación, acelerándola y aliviando los síntomas.

Tradicionalmente, la resiliencia se ha considerado como una capacidad excepcional, una cualidad innata que solo algunas personas poseen. Sin embargo, en el contexto de la psicología positiva, se ve a la resiliencia como una capacidad que puede ser aprendida y desarrollada por la mayoría de las personas, y se la identifica más como un proceso que como un resultado (Luthans et al., 2007).

La idea de incrementar la resiliencia a través de la intervención ha sido estudiada en personas que han experimentado situaciones traumáticas intensas. Estos programas se diseñan para mejorar la eficacia del tratamiento y facilitar el proceso de recuperación (Post et al., 2018).

En la actualidad, hay escasos estudios sobre programas de intervención enfocados en la resiliencia psicológica en personas diagnosticadas de TAB. Solo el artículo de Camardese et al., (2018) que evaluó la efectividad de un programa de intervención para desarrollar la resiliencia psicológica, comparando a personas en fase eutímica con personas depresivas con TAB no remitidos, encontró mejoras significativas en la resiliencia psicológica sin diferencias entre los dos grupos. Esta intervención psicosocial completa consistió en 26 sesiones grupales (13 sesiones de psicoeducación y 13 sesiones

de intervención psicológica), precedidas por tres entrevistas individuales para recopilar el historial clínico y los parámetros psicométricos iniciales, así como una entrevista telefónica a los 3 meses y dos reuniones individuales de seguimiento a los 6 y 12 meses. (ver Figura 1).

Las 26 sesiones grupales tenían una duración de 2 horas y se llevaban a cabo dos veces por semana, durante aproximadamente 4 meses. Los grupos consistían entre 6 y 9 personas, tanto depresivas como eutímicas. Cada sesión educativa se centraba en un tema específico (ver Figura 2) y se basaba en una dinámica interactiva con el objetivo de fomentar la participación de las personas (Camardese et al., 2018).

La resiliencia no constituye el objetivo en sí, sino que se trata de un medio para lograr resultados funcionales, como mantener la salud mental (Ungar & Theron, 2019).

En una revisión sistemática de intervenciones destinadas a promover la resiliencia, se llegó a la conclusión de que los conceptos, métodos y diseños empleados en dichos estudios son limitados en su utilidad para evaluar de manera adecuada la eficacia de las intervenciones dirigidas a fomentar la resiliencia. Los principales problemas identificados son: el uso de definiciones de resiliencia como un rasgo o una combinación de factores de resiliencia, la utilización de instrumentos de evaluación inapropiados y dificultades en el diseño del estudio (Chmitorz et al., 2017).

Figura 2

Tema de sesión de las reuniones psicoeducativas (Camardese et al., 2018).

PSICOEDUCACIÓN TEMA DE LAS SESIONES	INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA OBJETIVOS PRINCIPALES
1. Presentación, apertura	a. Mejorar la aceptación de la enfermedad
2. Trastorno bipolar y causas	b. Ayudar a gestionar eficazmente los problemas personales como las experiencias familiares, interpersonales y emocionales relacionadas con la enfermedad
3. Síntomas del trastorno	c. Reforzar la adherencia al tratamiento farmacológico
4. Curso y pronóstico	d. Prevenir la recaída mediante la identificación temprana de los síntomas
5. Riesgos del consumo/uso de sustancias psicoactivas	e. Tratar con prontitud las recaídas
6. Tratamiento farmacológico: indicaciones y riesgos	f. Promover una mejor calidad de vida
7. Identificación de los signos prodrómicos de los episodios (hipo)maníacos y mixtos	
8. Identificación de los antecedentes de los episodios depresivos	
9. Cómo actuar ante los primeros signos de una nueva fase	
10. La higiene del sueño y la importancia del estilo de vida	
11. Impacto del estrés y estrategias de lucha	
12. Solución de problemas	
13. Terminación	

Resultaría valioso promover una mayor investigación en este ámbito para proporcionar una comprensión más profunda de cómo las intervenciones destinadas a fomentar la resiliencia pueden complementar y fortalecer los esfuerzos terapéuticos existentes. Esta perspectiva enriquecida podría contribuir a optimizar los tratamientos y favorecer una recuperación más integral en el ámbito de la salud mental.

SEGUNDA PARTE
MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 5

ESTUDIO EMPÍRICO

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado, se presentan los objetivos e hipótesis de la presente investigación. Se ofrece una descripción detallada de la muestra de participantes y se explica el procedimiento utilizado en el estudio. Se proporciona información acerca de los instrumentos empleados para evaluar las diversas variables analizadas y se realiza una exposición detallada del análisis estadístico llevado a cabo. También se abordan las consideraciones éticas que se han tenido en cuenta en la realización de la investigación. Posteriormente, se presentan y discuten los datos recopilados, proporcionando los resultados obtenidos en este estudio, así como las limitaciones encontradas y las posibles aplicaciones futuras de la investigación. Finalmente, se presentan las conclusiones del estudio.

El Modelo Teórico de Protección de la Resiliencia fundamenta la ejecución del actual estudio centrado en la resiliencia en personas diagnosticadas de TAB. Este marco teórico orientará la investigación hacia la identificación de estrategias y enfoques destinados a fomentar la resiliencia y potenciar el bienestar de aquellas personas afectadas por este trastorno mental. La incorporación de este modelo no solo respalda la relevancia del estudio, sino que también establece un sólido marco conceptual que permite explorar de manera integral los factores protectores que pueden mitigar los impactos adversos del TAB. La atención específica a la adaptación, resiliencia y capacidad de recuperación en el contexto del TAB, propuesta por el Modelo Teórico de Protección de la Resiliencia,

posibilita la identificación de recursos internos y externos cruciales para fortalecer la resiliencia, destacando la importancia de este enfoque en la mejora global del bienestar de las personas afectadas.

1.1. Objetivos de la investigación

1.1.1. Objetivo general

Analizar las puntuaciones en resiliencia de las personas diagnosticadas de TAB y comparar dicha puntuación con el promedio registrado por la población general.

1.1.2. Objetivos específicos

- Analizar las variables clínicas y sociodemográficas se asocian a la resiliencia en las personas diagnosticadas de TAB.
- Determinar la relación de las variables ansiedad e intensidad de la depresión con la resiliencia en las personas diagnosticadas de TAB.
- Examinar la asociación entre *insight* y adherencia al tratamiento en las personas diagnosticadas de TAB.

1.2. Hipótesis de la investigación

⇒ Estudios previos han examinado la relación entre el TAB y la resiliencia, lo que sugiere una conexión significativa entre ambas variables. El TAB se caracteriza por episodios recurrentes de manía y depresión, lo que implica un alto grado de variabilidad en el estado de ánimo y un impacto sustancial en la vida cotidiana de quienes lo padecen. La naturaleza impredecible de estos cambios de humor y la gravedad de los síntomas pueden plantear desafíos considerables en la capacidad de adaptación y recuperación de las personas con TAB. Además, los episodios

depresivos, que son una parte integral del trastorno, a menudo se asocian con una disminución en la resiliencia, ya que pueden llevar a una sensación abrumadora de desesperanza. Dada esta relación compleja, es razonable hipotetizar que (H1) **habrá diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en resiliencia entre las personas diagnosticadas de TAB y la población general, de manera que las primeras tendrán puntuaciones más bajas en resiliencia.**

⇒ La resiliencia puede actuar como un factor protector, ayudando a amortiguar el impacto negativo de los episodios depresivos y de ansiedad, reduciendo su gravedad y duración, y promoviendo una recuperación más efectiva. Se ha observado que las personas con puntuaciones más bajas en resiliencia pueden tener más riesgo de experimentar síntomas depresivos y de ansiedad.

Basándonos en esta literatura previa y en la naturaleza de la resiliencia como una habilidad adaptativa, se plantea que (H2) **habrá una asociación inversa estadísticamente significativa entre las puntuaciones en resiliencia y en síntomas depresivos y ansiedad en personas diagnosticadas de TAB.** Esta hipótesis sugiere que la capacidad de afrontamiento y recuperación que ofrece la resiliencia podría tener un impacto positivo en la salud mental de las personas con TAB, mejorando su bienestar emocional y reduciendo la carga de los síntomas depresivos y de ansiedad.

⇒ En el caso del TAB, el *insight* puede desempeñar un papel importante en la adherencia al tratamiento. La falta de adherencia al tratamiento es un desafío común en personas con TAB y puede resultar en un mayor riesgo de recaídas, hospitalizaciones y deterioro en la calidad de vida. Dado que el *insight* es un factor

que influye en la percepción y comprensión de la enfermedad, es razonable formular la hipótesis (H3) **de una asociación inversa estadísticamente significativa entre las puntuaciones en insight y en la adherencia al tratamiento en personas diagnosticadas de TAB.** Esta formulación se sustenta en la lógica de que un menor insight, acompañado de la negación de la necesidad de intervenciones terapéuticas, podría incidir negativamente en la adherencia al tratamiento. Esta disminución en la adherencia, a su vez, podría comprometer la eficacia del tratamiento y aumentar el riesgo de recaídas.

1.3. Método

1.3.1. Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal, exploratorio y correlacional. La selección de las personas diagnosticadas de TAB se realizó de manera intencional durante el periodo comprendido entre enero de 2017 y febrero de 2018.

1.3.2. Contexto

El estudio se llevó a cabo en un único centro, en las consultas externas de enfermería ubicadas en el Centro de Salud Mental de la Fundación Althaia de Manresa, Barcelona.

1.3.3. Participantes

Se seleccionaron personas diagnosticadas de TAB (según los códigos de la CIE-9-MC 9ª edición: 296.0, 296.1, 296.4, 296.5, 296.6, 296.7, 296.8, 296.80, 296.89) que tenían seguimiento trimestral en las consultas de enfermería del centro de salud mental mencionado anteriormente. Estas personas cumplían con los siguientes criterios de inclusión y ninguno de exclusión:

⇒ CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad igual o superior a 18 años.
- Sexo: tanto hombres como mujeres.
- Personas en tratamiento con estabilizadores del ánimo y/o antidepresivos.
- Personas que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. En caso de personas legalmente incapacitados, el consentimiento informado fue firmado por su tutor legal.

⇒ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas diagnosticadas de Retraso Mental.
- Personas con barrera idiomática significativas.
- Personas que se encontraban en fase aguda de la enfermedad, es decir, que presentaban una descompensación de su trastorno mental de base, tanto en el estado afectivo como psicopatológico, que requerían ingreso en la unidad de agudos/subagudos de la Fundación Althaia de Manresa.
- Personas diagnosticadas de Trastorno Psicótico.
- Personas incapacitadas legalmente que no estaban acompañados por su tutor legal durante la entrevista.

1.3.4. Procedimiento

⇒ En la primera fase, se llevó a cabo una revisión y análisis bibliográfico sobre el tema de estudio y los instrumentos de medida desarrollados en el apartado Instrumentos de medida. Durante esta etapa, también se creó un cuestionario que incluía variables sociodemográficas y clínicas. Se solicitó y obtuvo la aprobación

por parte del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la *Fundació Unió-Unió catalana d'Hospitals* (ver Anexo 1).

⇒ En la segunda fase, se estableció una planificación para la evaluación utilizando los instrumentos de medida seleccionados. Antes de la entrevista, se informó individualmente a todas las personas que acudían para seguimiento y cumplían con los criterios de inclusión sobre los objetivos del estudio, y aquellos interesados en participar firmaron el consentimiento informado. En el caso de personas legamente incapacitadas que estuvieran acompañadas por su tutor, fue este último quién firmó el consentimiento informado y respondió a la batería de cuestionarios. Una vez informados sobre los objetivos del estudio y con el consentimiento informado firmado, las enfermeras referentes (Enfermera Especialista en Salud Mental) de las consultas de enfermería del Centro de Salud Mental de la Fundación Althaia de Manresa llevaron a cabo una entrevista estructurada basada en la recopilación de información y la administración de cuestionarios.

⇒ En la tercera fase, se revisaron y corrigieron los cuestionarios, se estableció el diseño para el análisis de los datos y se procedió al análisis utilizando el programa IBM SPSS *Statistics 22* (IBM Corporation, Armonk, New York).

1.3.5. Instrumentos de medida.

⇒ Variables sociodemográficas y clínicas

Se recopilaron datos sobre variables sociodemográficas y clínicas mediante un cuestionario específicamente diseñado para tal fin. Estas variables abarcaban información sobre edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tipo de vivienda, con quién vive, personas a su cargo y apoyo familiar, ya que se considera que son elementos capaces de afectar en la capacidad de adaptación y resiliencia de las personas. Asimismo, se obtuvieron datos vinculados al ámbito laboral, tales como el estado laboral, tipo de pensión, ingreso mensual familiar, dado que estos factores tienen un impacto directo en la calidad de vida y el bienestar económico de aquellas diagnosticadas de TAB. La estabilidad económica puede desempeñar un papel importante en la capacidad para enfrentar los desafíos asociados con la enfermedad. La historia psiquiátrica familiar se incluyó ya que proporciona valiosa información sobre posibles factores genéticos o ambientales que pueden influir en la resiliencia de personas con TAB. Adicionalmente, se registraron variables clínicas de importancia, como el diagnóstico psiquiátrico principal, año de diagnóstico, tratamiento, recaídas, número de episodios maníacos y depresivos, antecedentes de consumo de sustancias e intentos de suicidio. Estas variables clínicas proporcionan una información detallada de la evolución de la enfermedad y permiten identificar posibles factores que afectan a la resiliencia. También se recopilaron datos sobre enfermedades médicas adicionales, ya que estas condiciones pueden tener un impacto significativo en la resiliencia y en la capacidad para gestionar el TAB, dado que su presencia puede afectar tanto la salud física como mental de las personas afectadas (ver Anexo 2).

⇒ Resiliencia Psicológica

Se utilizó la escala de resiliencia psicológica de Connor-Davidson CD-RISC de 10 ítems (2011), adaptada a nuestro contexto por Notario-Pacheco et al. (2011). Esta escala tiene un formato de respuesta tipo Likert, que va desde 0 (en absoluto) hasta 4 (casi siempre). Un ejemplo de ítem es: “Sé adaptarme a los cambios” (ítem 1). Se utilizó la puntuación directa como medida de la resiliencia psicológica, que cuenta con un rango de 0 (mínima) a 40 (máxima). Se obtuvo una consistencia interna (alfa de Cronbach) de $\alpha = 0,89$ (ver Anexo 3).

⇒ Depresión

Se administró la Escala de Depresión de Beck (BDI) (1999) para evaluar la depresión. Esta escala consta de 21 ítems y se utilizó la adaptación al español de Vázquez & Sanz (1999) de la versión de 1978 del Inventario para la Depresión de Beck (1978) (Vázquez & Sanz, 1999). Es un cuestionario de autoevaluación en el que la persona debe elegir la frase que mejor se ajuste a su estado medio durante la última semana, entre un conjunto de cuatro alternativas siempre ordenadas por su gravedad. Un ejemplo de ítem es: “No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro”. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa seleccionada, lo que resulta en una puntuación total que oscila entre 0 y 63. Se han establecido punto de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. El análisis de la consistencia interna del BDI arrojó un coeficiente alfa de 0.90 (ver Anexo 4).

⇒ Ansiedad

Para medir la ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI, por sus siglas en inglés), desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) y se adaptó al español a partir de los trabajos de Bermúdez (1978a; 1978b) y su versión comercial se realizó por la sección de estudios de TEA Ediciones (Spielberger et al., 1982). En este estudio, se aplicó un inventario que comprende 20 ítems para cada una de las subescalas de ansiedad, tanto la relacionada con el estado como la asociada con el rasgo. Sin embargo, cabe destacar que únicamente se administró la subescala de ansiedad vinculada a los rasgos, excluyendo así la evaluación del estado de ansiedad.

La información relativa a ambas subescalas se obtuvo a través de una entrevista con la persona, y cada ítem se valora en una escala de 0 (casi nunca) a 3 (casi siempre). Un ejemplo de ítem es: “Siento ganas de llorar”. La puntuación total de cada subescala varía de 0 a 60. La consistencia interna de la escala se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.90 (ver Anexo 5).

⇒ INSIGHT

Para evaluar el *insight* se utilizó la versión en español de la Escala de No Conciencia de Enfermedad Mental (SUMD) (2008) desarrollada por Ruiz Ripoll et al. (2008). Esta escala consta de 3 ítems generales que abordan la conciencia del trastorno mental, conciencia de los efectos de la medicación y la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno. Además, incluye 6 ítems que evalúan síntomas específicos y conforman dos subescalas: conciencia y atribución. En este estudio, se evaluó únicamente la subescala de conciencia. Los ítems se puntúan de la siguiente manera: 0 (ítem no relevante), 1 (conciencia), 3 (conciencia intermedia) y 5 (no conciencia), excluyendo las puntuaciones 2 y 4 en esta versión abreviada de la escala original SUMD. Un ejemplo de ítem es:

“Conciencia de poseer un trastorno”. Una puntuación más alta indica una menor conciencia de la enfermedad (ver Anexo 6).

⇒ ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se empleó la versión en español del cuestionario de Morisky-Green (1992), validada por (Val et al., 1992) para evaluar la adherencia al tratamiento. Este método fue desarrollado originalmente por (Morisky et al., 1986) para valorar el cumplimiento de la medicación en personas con hipertensión arterial (HTA). Consta de 4 preguntas con respuestas dicotómicas si/no que reflejan la conducta de la persona en relación con el cumplimiento del tratamiento. El objetivo es valorar si la persona adopta actitudes adecuadas hacia su enfermedad y su tratamiento, ya que se asume que actitudes inadecuadas indican falta de cumplimiento. Para considerar a la persona como cumplidor, es necesario responder de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No (ver Anexo 7). Un ejemplo de ítem es: ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento? La prueba muestra una fiabilidad del 61%.

1.4. Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó utilizando el software IBM SPSS *Statistics* 22 (IBM Corporation, Armonk, New York). En primer lugar, se realizó un análisis univariado exploratorio. Se evaluó cada variable por separado, etiquetando los datos. Se revisaron los atípicos y extremos, depurando los datos en caso necesario. También se identificaron y etiquetaron los valores perdidos y/o no aplicables. Se describió la distribución de cada variable, utilizando la prueba de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov* para las variables continuas. Las variables cuantitativas se presentaron como media y desviación estándar

si seguían una distribución normal, o como mediana, percentil 25 y percentil 75 en caso contrario. Las variables categóricas se mostraron en valores absolutos y frecuencias relativas.

Para el análisis bivariante, se utilizaron pruebas estadísticas específicas. Para la asociación de variables continuas, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, mientras que para hallar las diferencias de medias se utilizaron la prueba t de *Student* o el análisis de varianza (ANOVA) de un factor. En caso de no cumplirse el supuesto de normalidad, se utilizaron el coeficiente de correlación Spearman, la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y/o la prueba de Kruskal- Wallis.

1.5. Aspectos éticos

El estudio recibió la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la *Fundació Unió-Unió catalana d'Hospitals*, con el código CEIC 16/75. Para llevar a cabo el estudio, se siguieron las recomendaciones establecidas en la Declaración de Helsinki. Se proporcionó a las personas diagnosticadas de TAB una hoja de información, la cual fue leída y entregada. En esta explicación se resaltó la naturaleza voluntaria de su participación en el estudio, así como los objetivos y la metodología de este. Además, se hizo hincapié en la confidencialidad de los datos y en la libertad de interrumpir el estudio sin que esto tuviera repercusiones en su plan de tratamiento. Una vez aceptada la participación en el estudio, se solicitó a los participantes que firmaran el consentimiento informado. En el caso de personas incapacitadas, fue firmado por su tutor legal.

Se ha garantizado la confidencialidad de la información relacionada con la identidad de los participantes, cumpliendo con la Ley Orgánica de 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En ningún momento se ha revelado ni

divulgado la identidad de los participantes. Los datos recopilados en el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) durante el estudio se han registrado de manera anónima y disociada, utilizando un código (número de persona). De esta manera, únicamente el investigador principal tenía la capacidad de vincular los datos a una persona identificada o identificable.

2. RESULTADOS

En este apartado se expondrán los resultados obtenidos en el análisis de datos. En primer lugar, se describirá la muestra de participantes el estudio. A continuación, los resultados de las variables correspondientes con cada uno de los objetivos planteados en puntos específicos, numerados del 1 al 4.

Un total de 530 personas en seguimiento por enfermería fueron sometidos a un cribado para evaluar su participación en el estudio. Se reclutaron un total de 86 personas diagnosticadas de TAB. En la Figura 2 se puede observar el diagrama que muestra cómo se incluyeron a los participantes en el estudio.

El conjunto de participantes estuvo compuesto mayoritariamente por hombres (60,5%), y con una edad media de 47,9 años (DT= 12,38; rango= 21-77 años). El tiempo promedio de evolución de la enfermedad mental fue de 21,96 años (DT= 12,81; rango=1-61 años). En cuanto al número de ingresos en el último año, se registró un promedio de 0,27 (DT= 0,52; rango= 0-3 años). La media de episodios depresivos fue de 1,43 (DT= 2,55) y de episodios maníacos fue de 2,15 (DT= 2,15) desde el diagnóstico realizado por Salud Mental. El 75,6% de los participantes informaron haber tenido intentos autolíticos previos a su inclusión. Para obtener más información sobre las características clínicas y sociodemográficas de la muestra ver la Tabla 9.

Figura 2. Diagrama de flujo de la inclusión de participantes.

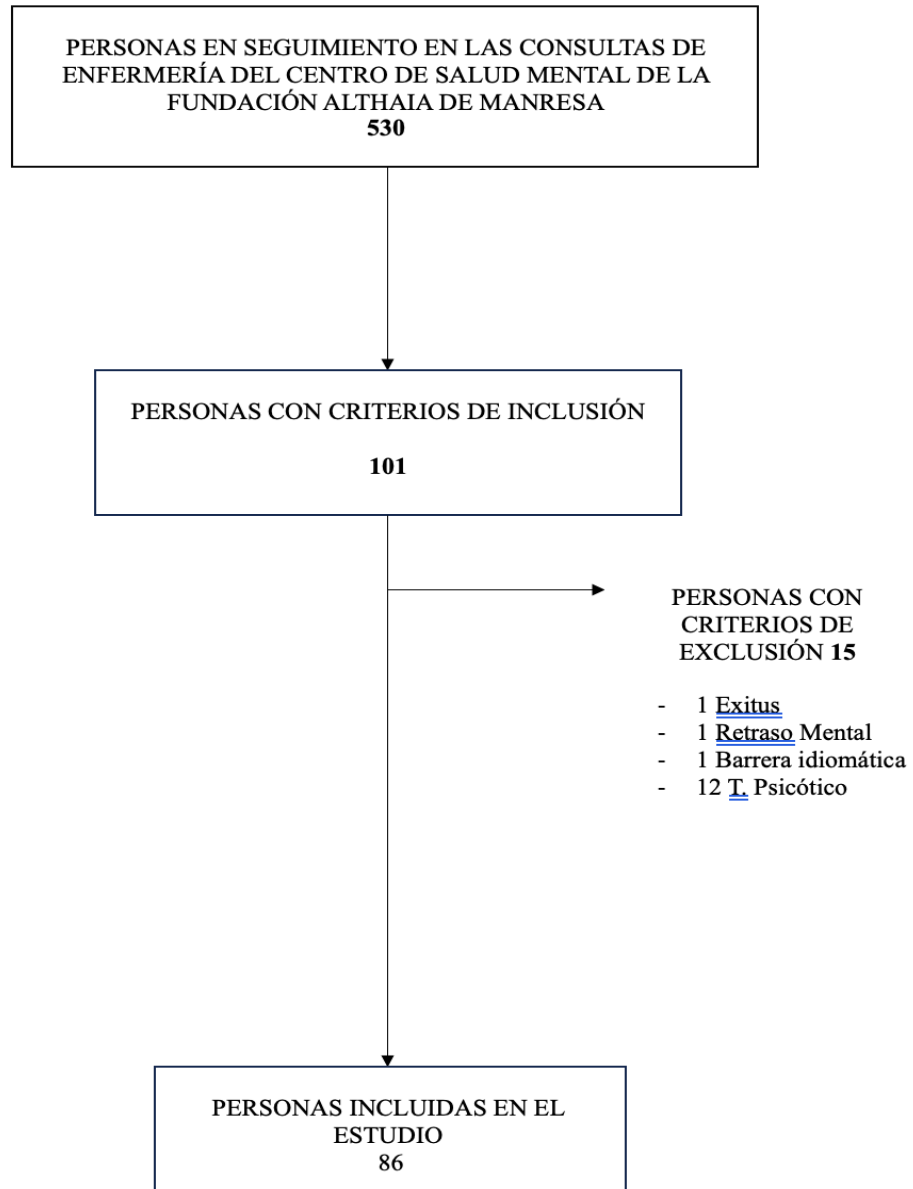


Tabla 9. Datos de las variables clínicas y sociodemográficas de la muestra (N=86)

	Variables	Recuento (Porcentaje)
Estado civil	Soltero	40 (46,5%)
	Casado	29 (33,7%)
	Divorciado	11 (12,8%)
	Separado	5 (5,8%)
	Viudo	1 (1,02%)
Sexo	Hombre	52 (60,5%)
	Mujer	34 (39,5%)
Soporte familiar	Sí	74 (86%)
	No	12 (14%)
Nivel académico	Sin estudio	1 (1,2%)
	Primarios	26 (30,2%)
	Bachillerato- secundaria	32 (37,2%)
	Formación profesional	16 (18,6%)
	Universitarios	11 (12,8%)
Estado de empleo	Activo	18 (20,9%)
	Desempleado	68 (79,1%)
Historia psiquiátrica familiar	Sí	43 (50%)
	No	43(50%)
Diagnóstico principal de la persona	Trastorno Afectivo Bipolar 1	58 (67,4%)
	Trastorno Afectivo Bipolar 2	14 (16,3%)
	Trastorno Bipolar fase mixta	9 (10,5%)
	Trastorno Bipolar no especificado	5 (5,8%)
Consumo de tóxicos	Sí	21 (24,4%)
	No	65 (75,6%)
Intentos autolíticos	Sí	65 (75,6%)
	No	21 (24,4%)

2.1. Resultados en resiliencia en personas diagnosticadas de TAB y su comparación con la población general

La puntuación media de la muestra en resiliencia psicológica fue de 25,08 (DT= 7,53; rango= 6-40), lo cual se considera baja, ya que se sitúa en tercer cuartil del baremo de la escala Connor & Davidson (2003). Al comparar la media de resiliencia psicológica obtenida en este estudio con la media registrada en otros estudios con participantes no psiquiátricos (Notario-Pacheco et al., 2011), se observa una menor resiliencia psicológica en la muestra de personas diagnosticadas de TAB ($T = -2,87$; $p < .01$; media $25,08 \pm 7,53$ vs $27,41 \pm 6,36$). Lo mismo ocurre al compararla con una muestra multi-ocupacional de 742 participantes (SolerSánchez et al., 2015) ($T = -9,25$; $p < .001$; media $25,08 \pm 7,53$ vs $32,6 \pm 7,2$) y 226 desempleados (Fernández Valera et al., 2018) ($T = -7,90$; $p < .001$; media $25,08 \pm 7,53$ vs $31,5 \pm 7$). En contraste, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en resiliencia psicológica entre los distintos tipos de TAB. Estos resultados indican que, a pesar de las variaciones clínicas que caracterizan al TAB, la resiliencia psicológica no presenta disparidades estadísticas significativas entre los grupos de clasificación específica.

En la Tabla 10 se muestra una comparación entre los resultados obtenidos en nuestro estudio sobre la resiliencia en TAB y los resultados obtenidos en otros estudios previos realizados en muestras clínicas psiquiátricas.

Tabla 10

Puntuaciones medias en resiliencia evaluada con el CD-RISC 10 (2011) en diferentes estudios con personas con patología psiquiátrica.

Autores	N	Media (DE)	Localización	Patología
Poole et al. (2017 ^a)	277	22.3 (7.6) Dep	Canadá	Adultos con depresión
	3413	31.0 No-dep		
Poole et al. (2017b)	606	24.7 (7.3)	Canadá	Ansiedad alta vs no alta en GAD-7 en pacientes de atención primaria.
	3100	31.4 (6.4)		
Lee et al. (2018)	110	23.4 (8.2)	USA	Esquizofrenia
	92	33.1 (5.7)		
Cheng et al. (2020)	293	16.35 (8.15)	China	Adultos con depresión
	2230	26.35 (6.16)		
Fernández et al. (2020)	86	25.08 (7.53)	España	Personas con TAB en fase eutímica.

2.2. Variables sociodemográficas/clínicas y resiliencia

En cuanto a la relación entre la resiliencia y las variables sociodemográficas y clínicas consideradas en el estudio, se observaron tres diferencias significativas: con la historia psiquiátrica familiar, los intentos de suicidio y el consumo de alcohol previo. Específicamente, las personas con antecedentes familiares de enfermedad mental, aquellas que habían intentado suicidarse y las que habían consumido alcohol anteriormente, obtuvieron una puntuación más baja en la escala de resiliencia (ver Tabla 11).

Tabla 11

Diferencias significativas de variables sociodemográficas/clínicas y resiliencia.

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	T	p-valor
Historia Psiquiátrica Familiar						
NO	43	27,33	7,006	1,068	2,88	,005
SI	43	22,84	7,448	1,136		
Intentos de suicidio						
NO	65	26,52	7,293	0,905	3,30	,001
SI	21	20,62	6,584	1,437		
Consumo de Alcohol						
NO	10	30,9	7,46	2,359	2,89	,006
SI	38	24,18	6,285	1,02		

Nota

Prueba T de *Student* de contraste entre medias en variables dicotómicas.

2.3. Relación de la ansiedad y la depresión con la resiliencia

Se observó una correlación negativa significativa entre la variable resiliencia y los valores obtenidos en la escala de Depresión de Beck (1999), así como con la variable ansiedad rasgo (ver Tabla 12).

Tabla 12

Relación entre las variables ansiedad y depresión con la resiliencia.

Variable	Depresión	AR_T	Resiliencia
Depresión	1		
Ansiedad Rasgo Total (AR_T)	,82**	1	
Resiliencia	-,64**	-,71**	1

Nota

Coeficientes de correlación de *Spearman*
 **p (bilateral) < .01; *p (bilateral) < .05

2.4. *Insight* y adherencia al tratamiento en el TAB

Las personas con menor conciencia global de enfermedad mental presentaron una menor adherencia al tratamiento evaluada según el cuestionario de *Morisky-Green* (1992) (ver Tabla 13).

Tabla 13

Análisis objetivo de la relación entre *insight* y adherencia al tratamiento.

	Adherencia al tratamiento	N	Rango Promedio	Suma de rangos	Z	p-valor (bilateral)
<i>Insight</i>	NO	41	53,66	2200	-3,718	,000
	SI	45	34,24	1541		
	Total	86				

Nota

Se ha utilizado la prueba U de *Mann Whitney*.

3. DISCUSIÓN

3.1. La resiliencia en las personas diagnosticadas de TAB

El objetivo principal del estudio fue examinar la puntuación en resiliencia en personas diagnosticadas de TAB, contrastándolo con la media observada en la población general. De acuerdo con la primera hipótesis planteada, se anticipaba que las puntuaciones en resiliencia en personas diagnosticadas de TAB serían inferiores en comparación con la población general. Los resultados obtenidos respaldan esta hipótesis, revelando que las personas con TAB presentan puntuaciones significativamente más bajas en resiliencia psicológica en comparación con diversas muestras de la población general. Cabe destacar que no se identificaron diferencias significativas entre los subtipos de diagnóstico del TAB (Tipo I y Tipo II), sugiriendo una consistencia en la disminución de la resiliencia psicológica que prevalece independientemente de la clasificación específica dentro del espectro del TAB.

Los datos obtenidos en este estudio concuerdan con investigaciones anteriores que también señalan una menor resiliencia psicológica en personas con TAB, incluso en fases eutímicas (Bozikas et al., 2018; Hofer et al., 2017; Lee et al., 2017; Min et al., 2012; Mizuno et al., 2016), así como en personas con TAB en remisión (Deng et al., 2018), a pesar de las diferencias metodológicas en la evaluación de la resiliencia y la definición de los criterios de estabilización y remisión del TAB.

No obstante, las personas con TAB que han experimentado un mayor número de episodios depresivos desde su diagnóstico muestran una menor resiliencia psicológica en comparación con aquellos que han atravesado descompensaciones en forma maníaca y/o hipomaníaca, revelando una correspondencia con investigaciones previas, como la llevada a cabo por Choi et al. (2015).

Resulta relevante destacar que son limitados los estudios que han utilizado la escala CD-RISC de 10 ítems (2011) para medir la resiliencia en muestras personas con enfermedad mental. Sin embargo, los resultados concuerdan con los obtenidos anteriormente, mostrando puntuaciones más bajas en resiliencia en personas con enfermedad mental.

Las puntuaciones en resiliencia en personas con TAB muestra una correlación positiva con una sintomatología mejorada y un funcionamiento más favorable (Choi et al., 2015; Mizuno et al., 2016), y puede tener un impacto positivo en su calidad de vida (Lee et al., 2017). Por consiguiente, la implementación y validación de programas específicos de mejora de la resiliencia para personas con TAB se presentan como imperativos. Un incremento en los rangos de resiliencia en esta población ayudaría a que las personas con TAB buscaran activamente ayuda profesional en situaciones de dolor o malestar físico, en comparación con aquellos con valores más bajos en resiliencia (Lee et al., 2017).

En este sentido, el papel de los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras especialistas en salud mental, es crucial en el desarrollo de programas de intervención. Estos profesionales deben ser conscientes del estado psicológico de las personas con TAB y promover la resiliencia para mejorar su salud mental.

Dado que existe evidencia que respalda la posibilidad de modificar la resiliencia a través del tratamiento (Kesebir et al., 2015), los estudios sobre resiliencia en personas con TAB pueden ser de gran importancia clínica para el desarrollo e implementación de nuevas intervenciones.

En resumen, con los resultados obtenidos en esta investigación y los hallazgos de estudios similares realizados por otros autores, podemos afirmar que las personas

diagnosticadas de TAB presentan puntuaciones en resiliencia inferiores a los de la población general.

3.2. Resiliencia y su relación con las variables clínicas y sociodemográficas en las personas diagnosticadas de TAB

En segundo lugar, se analizaron las variables clínicas y sociodemográficas y su relación con la resiliencia, encontrando tres diferencias significativas con las siguientes variables: intentos de suicidio, consumo de sustancias tóxicas, como el alcohol e historia psiquiátrica familiar.

En relación con la variable de intentos de suicidio, los resultados revelaron una asociación negativa y significativa entre la resiliencia y la presencia de intentos autolíticos en personas diagnosticadas de TAB. Aquellas personas con antecedentes de intentos de suicidio presentaron puntuaciones más bajas en resiliencia psicológica, un hallazgo consistente con investigaciones anteriores, como los estudios realizados por Roy et al. (2007, 2011), que también señalaron una relación entre baja resiliencia y mayor riesgo suicida. En concordancia, Senormanci et al., (2020) observaron que aquellas personas sin historial de intentos suicidas exhibían puntuaciones más elevadas en resiliencia en comparación con aquellas con múltiples intentos.

Por otro lado, un estudio realizado por Min et al., (2015) en personas con depresión reveló que una mayor resiliencia actuaba como factor protector contra la ideación suicida moderada-grave en presencia de altos grados de depresión o ansiedad, respaldando la función de la resiliencia como un elemento de protección ante factores de riesgo suicida. No obstante, el estudio de Choi et al. (2015) sobre la resiliencia psicológica e impulsividad en personas diagnosticadas de TAB en fase eutímica no encontró asociación

entre estas variables, y la discrepancia con nuestros resultados podría atribuirse a diferencias en la escala de medición de resiliencia y la inclusión de personas con trastorno por consumo de alcohol en nuestro estudio.

Adicionalmente, nuestros hallazgos indicaron que las personas diagnosticadas de TAB y consumo de alcohol presentaron puntuaciones más bajas en resiliencia en comparación con aquellos sin consumo de esta sustancia. Este resultado se alinea con la consideración del consumo de alcohol como un factor de riesgo para la conducta suicida en personas con TAB, según estudios previos (Borges et al., 2017). Cabe destacar que el consumo de alcohol es prevalente en hasta el 72% de las personas diagnosticadas de TAB, según el metaanálisis de Carrà et al., (2014).

En lo que respecta a otras variables sociodemográficas y clínicas, no se observaron relaciones ni diferencias estadísticamente significativas en la resiliencia psicológica, a excepción de la variable historia psiquiátrica familiar. Aquellas personas diagnosticadas de TAB que tenían antecedentes de historia psiquiátrica familiar mostraron puntuaciones más bajas en resiliencia. Aunque no se hallaron estudios previos con resultados similares en esta población, es conocido que la historia psiquiátrica familiar es un factor de riesgo importante para el TAB (American Psychiatric Association- APA, 2014).

Es importante señalar que la falta de evidencia significativa en relación con otras variables clínicas y sociodemográficas concuerda con un estudio realizado por Ang et al. (2018) en profesionales de enfermería, quienes también utilizaron el CDRISC de 10 ítems y no encontraron diferencias significativas en resiliencia psicológica según el sexo y el estado civil (Ang et al., 2018). Sin embargo, en el estudio de Notario-Pacheco et al. (2011) observó que los menores de 25 años y las mujeres presentaban puntuaciones más bajas en resiliencia. Estas discrepancias pueden atribuirse a las heterogeneidades en las

características sociodemográficas y clínicas de las muestras estudiadas, lo que podría influir en la variabilidad de los resultados.

3.3. Resiliencia y su relación con las variables ansiedad y depresión en personas con TAB

En tercer lugar, se ha explorado la relación existente entre las variables de ansiedad, depresión y resiliencia en personas diagnosticadas de TAB, identificando correlaciones estadísticamente significativas entre ellas. La hipótesis (H2) sugiere que una mayor puntuación en resiliencia se vinculará con una disminución de los síntomas depresivos y de ansiedad en personas diagnosticadas de TAB.

En lo que respecta a la ansiedad rasgo, los resultados revelan una relación negativa y significativa con la resiliencia, paralela a la observada con la variable de depresión. La correlación entre la ansiedad, la depresión y la resiliencia en personas diagnosticadas de TAB ha sido objeto de escaso estudio en investigaciones anteriores, y esta laguna resalta la relevancia de los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En consonancia con nuestras observaciones, el estudio de Choi et al. (2015) identificó que puntuaciones reducidas en resiliencia en personas diagnosticadas de TAB se asociaban con una mayor presencia de síntomas depresivos. Şenormanci et al. (2020) encontraron una correlación negativa entre los valores de resiliencia y el número de episodios depresivos en una cohorte analizada previamente. Otro estudio, realizado por Kesebir et al. (2015), también respalda estas asociaciones al encontrar que un mayor grado de resiliencia se relacionaba con una puntuación más baja en temperamento ansioso en el TAB.

A partir de los resultados de nuestro estudio y la contribución de investigaciones previas, se consolida la evidencia que respalda la asociación entre puntuaciones más elevadas en resiliencia y una menor manifestación de síntomas depresivos y de ansiedad en personas diagnosticadas de TAB.

3.4. *Insight* y adherencia al tratamiento en personas diagnosticadas de TAB

Como último objetivo de este estudio, se ha examinado la relación entre *insight* y adherencia al tratamiento en las personas diagnosticadas de TAB, planteando la hipótesis (H3) de que aquellos con un bajo *insight* mostrarán una menor adherencia al tratamiento.

Los resultados obtenidos sugieren que las personas diagnosticadas de TAB y bajas puntuaciones de *insight* tienden a exhibir una menor adherencia al tratamiento. A pesar de que la mayoría de los estudios sobre *insight* se han centrado en personas con esquizofrenia, en los últimos años ha surgido un creciente interés por investigar el *insight* en personas con TAB (Assis et al., 2015, 2018; Látalová, 2012). El trabajo de Látalová (2012) fue pionero en la investigación del *insight* en el TAB, y estudios más recientes, como los de Assis et al., (2015, 2018) y Gutiérrez-Rojas et al., (2020), han corroborado que un mayor *insight* se asocia con una mejor adherencia al tratamiento en el TAB. Es esencial señalar que, en los estudios de Assis et al., (2015, 2018), la escala SUMD (2008) se utilizó para evaluar el *insight*, a diferencia del estudio de Gutiérrez-Rojas et al. (2020), que empleó el sistema *Association of Methodology and Documentation in Psychiatry* (AMDP) para la evaluación psicopatológica integral.

Asimismo, Assis et al., (2015) encontraron que las personas con TAB en fase maníaca presentaban menor *insight* en comparación con aquellas en fase depresiva o eutímica, y

en su estudio posterior Assis et al., (2018), observaron que el *insight* en el TAB no solo estaba determinado por el estado afectivo de la enfermedad, sino también por el temperamento afectivo. En nuestro estudio, no se encontraron correlaciones significativas entre el *insight* y el estado ni el temperamento afectivos de la enfermedad.

Coincidiendo con nuestra investigación, varios estudios han confirmado que las personas diagnosticadas de TAB y bajo *insight* tienen una menor adherencia al tratamiento. En este contexto, se destaca una asociación única entre la variable *insight* y la adherencia al tratamiento en nuestro estudio, sin observarse asociaciones significativas con otras variables, incluida la resiliencia, lo que sugiere que, aunque el *insight* desempeña un papel crucial en la adherencia al tratamiento, otros factores, como la resiliencia, pueden no influir de manera significativa en este aspecto específico de la salud mental.

Dada la escasa investigación que aborda la relación entre la resiliencia, el *insight* y la adherencia al tratamiento en el ámbito de la salud mental, se requiere una mayor indagación sobre cómo estas variables se relacionan entre sí y cómo estas relaciones pueden afectar al bienestar de las personas diagnosticadas de TAB. Según la literatura revisada, se ha observado que las alteraciones en el *insight* son comunes en personas con TAB, y un *insight* intacto se relaciona de manera general con mejores resultados clínicos, mayor adherencia al tratamiento, mejor calidad de vida y menor riesgo de suicidio (Şenormanci et al., 2020).

Se ha constatado que las personas que se benefician de programas de psicoeducación experimentan una mejora en el *insight* y en la comprensión de la medicación (Gutiérrez-Rojas et al., 2020). En una revisión sistemática de García et al., (2016) sobre la adherencia a los antipsicóticos en personas con esquizofrenia y TAB, se concluyó que los factores más relevantes a tener en cuenta están vinculados tanto a las características individuales

como a la medicación. Entre los factores no modificables asociados a las características individuales se incluyen el inicio temprano de la enfermedad y un bajo nivel educativo, mientras que una mala calidad de vida también se asocia con una mala adherencia al tratamiento.

Para lograr un cambio de actitud en la toma de medicación, es esencial participar en un programa de psicoeducación que brinde información sobre la enfermedad, medicación, efectos adversos y prevención de recaídas. Además, esta intervención puede ampliarse para incluir a la familia de la persona, ya que la intervención psicoeducativa puede ayudar a esta población a asumir un papel proactivo en el manejo de su enfermedad (García et al., 2016).

4. LIMITACIONES, APLICACIONES PRÁCTICAS Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Para una adecuada interpretación de los resultados obtenidos, es importante considerar las limitaciones principales. En primer lugar, existe la posibilidad de un sesgo en las respuestas de las personas debido a la deseabilidad social o la influencia en su plan terapéutico. Esta limitación se justifica por la baja tasa de respuestas en la pregunta sobre “consumo de tóxicos”. En segundo lugar, no es posible eliminar por completo los efectos de los síntomas subsindrómicos en algunas personas, a pesar de su participación en el estudio durante la fase de estabilización de la enfermedad. En tercer lugar, debido al diseño transversal de la investigación, resulta difícil determinar la dirección causal de las relaciones entre la resiliencia psicológica y otras variables. Por último, también es importante considerar el sesgo del entrevistador, ya que los datos fueron recopilados por diferentes profesionales de enfermería, aunque estaban capacitados y bajo el control del equipo de investigación, lo que podría generar variaciones interindividuales.

Entre las aplicaciones teóricas, los resultados de la investigación de la resiliencia en el TAB ofrecen valiosas contribuciones al Modelo Teórico de Protección de la Resiliencia, enriqueciendo la comprensión de cómo la resiliencia puede actuar como un factor de protección en esta enfermedad. La presencia de correlaciones significativas entre puntuaciones más elevadas en resiliencia y una menor manifestación de síntomas depresivos, de ansiedad y suicidio refuerza la idea de que la resiliencia tiene la capacidad de mitigar los efectos adversos asociados al TAB. Este conocimiento resulta fundamental para el desarrollo de intervenciones preventivas y terapéuticas más efectivas.

Al destacar las diferencias en la resiliencia durante las fases maníacas y depresivas del TAB, el estudio añade complejidad al modelo teórico. Por lo tanto, la resiliencia puede desempeñar roles específicos en distintas etapas de esta enfermedad, lo cual es un matiz importante en la comprensión de cómo la resiliencia actúa en contextos específicos de la enfermedad.

Estas contribuciones no solo enriquecen la teoría, sino que también tienen aplicaciones prácticas sustanciales en la mejora de enfoques de tratamiento y apoyo destinados a personas afectadas por el TAB, aspecto que se explorará detalladamente en la siguiente sección.

Las aplicaciones prácticas de este estudio son significativas, beneficiando tanto a profesionales de la salud mental como a aquellas personas con TAB. Los resultados ofrecen una comprensión más profunda de la relación entre la resiliencia y el TAB, proporcionando un fundamento valioso para orientar el diseño de intervenciones terapéuticas personalizadas. También, este trabajo subraya las variaciones en la resiliencia durante las fases maníacas y depresivas del TAB, por lo tanto, el poder proporcionar apoyo psicológico durante las fases depresivas, donde se observan menores

puntuaciones de resiliencia, los profesionales pueden mejorar la capacidad de afrontamiento y la calidad de vida de las personas diagnosticadas de esta enfermedad.

Además, dada la asociación entre baja resiliencia y mayor propensión a conductas suicidas en personas con TAB, la evaluación de la resiliencia podría ser un indicador adicional para evaluar el riesgo suicida. Esto podría facilitar una identificación temprana y la implementación de intervenciones preventivas más eficaces, destacando la importancia de abordar la resiliencia como parte integral de la evaluación clínica.

La conexión entre el *insight*, la adherencia al tratamiento y la resiliencia sugiere la posibilidad de desarrollar estrategias integrales que aborden simultáneamente estas variables. Las intervenciones psicoeducativas podrían ser especialmente beneficiosas al mejorar no solo el conocimiento sobre la enfermedad y la medicación, sino también al fortalecer la resiliencia.

En resumen, este estudio ofrece perspectivas valiosas para la mejora de la práctica clínica y el bienestar de aquellas personas que viven con el TAB. La aplicación práctica de estos hallazgos tiene el potencial de enriquecer los enfoques terapéuticos, proporcionando un impacto significativo en la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad.

Analizando los resultados obtenidos, estos tienen una amplia aplicabilidad en la práctica futura. En primer lugar, se encontró que identificar una menor resiliencia psicológica podría alertar sobre un mayor riesgo o vulnerabilidad en las personas con TAB. A partir de aquí, se abre el camino para desarrollar nuevas estrategias de intervención, tanto preventivas como terapéuticas. En este sentido, trabajar en el fortalecimiento de la resiliencia psicológica en personas diagnosticadas de TAB podría aumentar este recurso personal y promover una mejor adaptación a situaciones adversas, lo que sería una estrategia útil para prevenir intentos de suicidio. Estas ideas subrayan la

necesidad de futuros estudios que brinden datos adicionales y analicen la eficacia de programas de desarrollo de la resiliencia psicológica en personas diagnosticadas de TAB. Además, es fundamental incluir a las personas diagnosticadas de TAB en programas de psicoeducación para mejorar su *insight* y, simultáneamente, promover una mejor adherencia terapéutica.

5. CONCLUSIONES

En este apartado, se presentarán las conclusiones derivadas de nuestro estudio respecto a cada uno de los objetivos de investigación previamente planteados:

- ⇒ Las personas diagnosticadas de TAB mostraron puntuaciones más bajas en resiliencia psicológica en comparación con muestras de la población general no afectada por trastornos psiquiátricos, sin encontrarse diferencias significativas entre los subtipos de TAB.
- ⇒ Aquellas personas con antecedentes de intentos de suicidio, con historia psiquiátrica familiar y aquellos con consumo alcohol presentaron puntuaciones más bajas en resiliencia.
- ⇒ Se observó una relación inversa y significativa entre la ansiedad rasgo, la depresión y la resiliencia psicológica.
- ⇒ Se encontró una asociación significativa entre el *insight* y la adherencia al tratamiento, siendo menor la adherencia en aquellas personas con una menor puntuación en *insight*.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.
- Andersson, N., & Ledogar, R. J. (2008). The CIET Aboriginal Youth Resilience Studies: 14 Years of Capacity Building and Methods Development in Canada. *Pimatisiwin*, 6(2), 65–88.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20862230><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2942846>
- Ang, S. Y., Uthaman, T., Ayre, T. C., Mordiffi, S. Z., Ang, E., & Lopez, V. (2018). Association between demographics and resilience – a cross-sectional study among nurses in Singapore. *International Nursing Review*, 65(3), 459–466.
<https://doi.org/10.1111/inr.12441>
- Asherson, P., Young, A. H., Eich-Höchli, D., Moran, P., Porsdal, V., & Deberdt, W. (2014). Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-Deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Current Medical Research and Opinion*, 1657–1672.
<https://doi.org/10.1185/03007995.2014.915800>
- Assis, R. De, Mograbi, D. C., Camelo, E. V. M., Amadeo, L. N., Santana, C. M. T., Landeira-fernandez, J., & Cheniaux, E. (2018). The relationship between insight and affective temperament in bipolar disorder: an exploratory study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(3), 210–215.
- Assis, R. De, Mograbi, D. C., Camelo, E. V. M., Bifano, J., Wainstok, M., Angélica, L., Silveira, S., & Cheniaux, E. (2015). Insight in bipolar disorder: a comparison between mania, depression and euthymia using the Insight Scale for Affective Disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(3), 152–156.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0014>
- Azanza, G., Domínguez, Á. J., & Molero, J. a M. F. J. (2014). Capital psicológico positivo . Validación del cuestionario PCQ en España Introducción Los componentes del capital psicológico posi-. *Anales De Psicología*, 30, 294–301.
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.153631>

- Babic, R., Babic, M., Rastovi, P., Curlin, M., Simic, J., Mandi, K., & Pavlovi, K. (2020). Resilience in health and illness. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl. 2), 226–232.
- Barrett, E. A., Simonsen, C., Aminoff, S. R., Hegelstad, W. T. V., Lagerberg, T. V., Melle, I., Mork, E., & Romm, K. L. (2022). The COVID-19 pandemic impact on wellbeing and mental health in people with psychotic and bipolar disorders. *Brain and Behavior*, 12(5), 1–18. <https://doi.org/10.1002/brb3.2559>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia : definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125–146. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>
- Berkol, T. D., İslam, S., Kırılı, E., Pınarbaşı, R., & Özyıldırım, İ. (2016). Suicide attempts and clinical features of bipolar patients. *Saudi Medical Journal*, 37(6), 662–667. <https://doi.org/10.15537/smj.2016.6.12776>
- Berutti, M., Dias, R. S., Pereira, V. A., Lafer, B., & Nery, F. G. (2016). Association between history of suicide attempts and family functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 192, 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.010>
- Beyer, J. L., & Weisler, R. H. (2015). Suicide Behaviors in B i p o l a r D i s o r d e r. *Psychiatric Clinic of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.09.002>
- Bobes, J., Sáiz Ruiz, J., Montes, J. M., Mostaza, J., Rico-Villademoros, F., & Vieta, E. (2008). Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. *Psiquiatría y Salud Mental*, 1, 26–37.
- Borges, G., Benjet, C., Orozco, R., Medina-Mora, M. E., & Menendez, D. (2017). Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *Journal of Psychiatric Research*, 91, 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.02.025>
- Bozikas, V. P., Parlapani, E., Ntouros, E., Bargiota, S. I., Floros, G., Nazlidou, E. I., & Garyfallos, G. (2018). Resilience Predicts Social Functioning in Clinically Stable Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 00(00), 1–8. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000843>
- Bravo, M. F., Saiz, J., & Bobes, J. (2009). Residente Psiquiatría. In *Manual del Residente en Psiquiatría*.

- Camardese, G., Vasale, M., Alessandris, L. D., Mazza, M., Serrani, R., Travagliati, F., Walstra, C., Zaninotto, L., Leone, B., Nicola, M. Di, Franza, R., Marano, G., Rinaldi, L., & Janiri, L. (2018). A Mixed Program of Psychoeducational and Psychological Rehabilitation for Patients With Bipolar Disorder in a Day Hospital Setting. *J Nerv Ment Dis*, 206(4), 290–295. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000795>
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor – Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.1002/jts>.
- Carpenter, W. T. J., Strauss, J. S., & Bartko, J. J. (1973). Flexible System for the Diagnosis of Schizophrenia : Report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Science*, 182(4118), 1275–1278.
- Carrà, G., Bartoli, F., Brady, K. T., & Clerici, M. (2014). Attempted suicide in people with co- occurring bipolar and substance use disorders: Systematic review and meta-analysis Giuseppe. *Journal of Affective Disorders*, 167, 125–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.066>
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *The New England Journal of Medicine*, 383(1). <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.143>
- Cheng, C., Dong, D., He, J., Zhong, X., & Yao, S. (2020). Psychometric properties of the 10-item Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) in Chinese undergraduates and depressive patients. *Journal of Affective Disorders*, 261, 211–220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.018>
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., & Lieb, K. (2017). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78–100. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.002>
- Choi, J. W., Cha, B., Jang, J., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., & Lee, S. J. (2015). Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 170, 172–177. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.056>
- Colom, F., Vieta, E., Daban, C., Pacchiarotti, I., & Sánchez-Moreno, J. (2006). Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 93, 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.032>

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (n.d.). *CD RISC. The Connor- Davidson Resilience Scale*. Retrieved November 9, 2023, from <https://www.connordavidson-resiliencescale.com>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76–82. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- Contreras, J., Hare, E., Chavarría, G., & Raventós, H. (2018). Quantitative genetic analysis of anxiety trait in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 225*, 395–398. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.023>
- Coutu, D. L. (2002). How Resilience Works. *Harvard Business Review, 80*, 46–55.
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet, 388*(10063), 3048–3059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
- de Dios, C., Goikolea, J. M., Colom, F., Moreno, C., & Vieta, E. (2014). Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 7*(4), 179–185. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.07.005>
- Deng, M., Pan, Y., Zhou, L., Chen, X., Liu, C., Huang, X., Tao, H., Pu, W., Wu, G., Hu, X., He, Z., Xue, Z., Liu, Z., & Rosenheck, R. (2018). Resilience and Cognitive Function in Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder, and Healthy Controls. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00279>
- Echezarraga, A., Calvete, E., González-Pinto, A. M., & Las Hayas, C. (2017). Resilience dimensions and mental health outcomes in bipolar disorder in a follow - up study. *Stress and Health, 1*–12. <https://doi.org/10.1002/smi.2767>
- Fernández Valera, M. M., Meseguer de Pedro, M., & Soler Sánchez, M. I. (2018). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra de desempleados. *Summa Psicológica, 15*(1), 1–9. <https://doi.org/10.18774/summa-vol15.num1-330>
- Fleming, J., & Ledogar, R. J. (2008). Resilience, an Evolving Concept: A Review of Literature Relevant to Aboriginal Research. *Pimatisiwin, 6*(2), 7–23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20963184><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2956753>

- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. In *European Psychologist* (Vol. 18, Issue 1, pp. 12–23). <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Forés, A., & Grané, J. (2008). *La resiliencia crecer desde la adversidad*.
- Freire de Medeiros, C. M., Arantes, E. P., Tajra, R. D., Santiago, H. R., Carvalho, A. F., & Libório, A. B. (2016). Resilience, religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients: a prospective study. *Psychology, Health and Medicine*, 22(5), 570–577. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1191658>
- Galindo, A. D. (2017). *Inteligencia Emocional, Familia y Resiliencia: Un Estudio en Adolescentes de la Región de Murcia*. Universidad de Murcia.
- Gallego, J. M., & Valmisa, E. (2021). Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos. *Psiquiatría.Com*, 25. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_526558525.pdf
- Gao, T., Ding, X., Chai, J., Zhang, Z., Zhang, H., Kong, Y., & Mei, S. (2017). The influence of resilience on mental health: The role of general well - being. *International Journal of Nursing Practice*, 23(3). <https://doi.org/10.1111/ijn.12535>
- García-Blanco, A. C., Sierra, P., & Livianos, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*, 21(3), 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.07.004>
- García, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., López-Zurbano, S., Zorrilla, I., López, P., Vieta, E., & González-Pinto, A. (2016). Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 36(4), 355–371. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000523>
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatr Ann*, 20(9), 459–460.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Greenfeld, D., Strauss, J. S., & Malcolm, B. (1989). Insight and Interpretation of Illness in Recovery From Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 245–252.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los items en el state trait anxiety inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510–515.

- Gutiérrez-Rojas, L., Martínez-Ortega, J. M., Pérez-Costillas, L., Jiménez-Fernández, S., Carretero, M. D., & Gurpegui, M. (2020). Illness Insight and Medication Adherence among Patients with Bipolar Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(6), 481–487. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001151>
- Haddadi, P., & Besharat, M. A. (2010). Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 639–642. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.157>
- Harvey, P. D. (2007). Cognitive Impairments in Major Depression and Bipolar Disorders. *Psychiatry*, 4(1), 12–14.
- Hirschfeld, R. M. A. (2004). Bipolar depression: The real challenge. *European Neuropsychopharmacology*, 14(SUPPL. 2), 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2004.03.001>
- Hirschfeld, R. M. A. (2014). Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 169(S1), S12–S16. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(14\)70004-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(14)70004-7)
- Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C., & Friborg, O. (2007). Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlational study with young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 91–104. <https://doi.org/10.1177/1359104507071062>
- Hofer, A., Mizuno, Y., Wartelsteiner, F., Wolfgang Fleischhacker, W., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Mimura, M., Pardeller, S., Sondermann, C., Suzuki, T., Welte, A., & Uchida, H. (2017). Quality of life in schizophrenia and bipolar disorder: The impact of symptomatic remission and resilience. *European Psychiatry*, 46, 42–47. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.08.005>
- Hollis, C. (2003). Developmental precursors of child- and adolescent-onset schizophrenia and affective psychoses: Diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions. *British Journal of Psychiatry*, 182, 37–44. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.37>
- Huang, P. L. (2009). A comprehensive definition for metabolic syndrome. *DMM Disease Models and Mechanisms*, 2(5–6), 231–237. <https://doi.org/10.1242/dmm.001180>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). Defunciones Por Suicidio. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=8272&capsel=8277>
- Jain, A., & Mitra, P. (2022). *Bipolar Affective Disorder*.

- Karantonis, J. A., Rossell, S. L., Berk, M., & Van Rheenen, T. E. (2021). The mental health and lifestyle impacts of COVID-19 on bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 282(2021), 442–447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.186>
- Kesebir, S., Tatlı, E., Gündo, D., & Üñübol, H. (2015). *Impact of childhood trauma and affective temperament on resilience in bipolar disorder*. 3–7. <https://doi.org/10.1186/s40345-015-0023-3>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 14.1-14.24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Látalová, K. (2012). Insight in Bipolar Disorder '. *Psychiatr Q*, 83, 293–310. <https://doi.org/10.1007/s11126-011-9200-4>
- Leclerc, E., Mansur, R. B., & Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: A comprehensive review. *Journal of Affective Disorders*, 149(1–3), 247–252. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.036>
- Lee, D., Cha, B., Park, C., Kim, B., Lee, C., Lee, S., Seo, J., Ah, Y., Hun, J., & Choi, J. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 207, 434–441. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.075>
- Leónsegui, R. A., Serrano, A., Pous de la Flor, M. P., Ruiz, J., Fuertes, J. C., Rodríguez, E., & Tejedor, L. (2012). *Introducción a la enfermería en salud mental*.
- Levander, E., Frye, M. A., McElroy, S., Suppes, T., Grunze, H., Nolen, W. A., Kupka, R., Keck, P. E., Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Hwang, S., Mintz, J., & Post, R. M. (2007). Alcoholism and anxiety in bipolar illness: Differential lifetime anxiety comorbidity in bipolar I women with and without alcoholism. *Journal of Affective Disorders*, 101(1–3), 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.023>
- Levy, B. (2014). Illness severity, trait anxiety, cognitive impairment and heart rate variability in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 220(3), 890–895. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.059>
- Lewis, A. (1934). The psychopathology of insight *. *British Journal of Medical Psychology*, 14, 332–348.

- Lewis, Gordon-Smith, K., Saunders, K. E. A., Dolman, C., South, M., Geddes, J., Craddock, N., Di Florio, A., Jones, I., & Jones, L. (2022). Mental health prior to and during the COVID-19 pandemic in individuals with bipolar disorder: Insights from prospective longitudinal data. *Bipolar Disorders*, 24(6), 658–666. <https://doi.org/10.1111/bdi.13204>
- Li, Y. C., Bai, W., Cai, H., Wu, Y., Zhang, L., Ding, Y. H., Yang, J. J., Du, X., Zeng, Z. T., Lu, C. M., Feng, K. X., Mi, W. F., Zhang, L., Liu, H. Z., Balbuena, L., Cheung, T., Su, Z., An, F. R., & Xiang, Y. T. (2022). Suicidality in clinically stable bipolar disorder and schizophrenia patients during the COVID-19 pandemic. *Translational Psychiatry*, 12, 303. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02045-2>
- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., Norman, S. M., & Combs, G. M. (2006). Psychological capital development: Toward a micro-intervention. *Journal of Organizational Behavior*, 27(3), 387–393. <https://doi.org/10.1002/job.373>
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541–572. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Bronwyn, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.
- Maier, W., Zobel, A., & Wagner, M. (2014). Schizophrenia and Bipolar Disorder: differences and overlaps. *Behavior Genetics of Psychopathology*, 19, 165–170. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9509-3_6
- Mantere, O., Suominen, K., Valtonen, H. M., Arvilommi, P., & Isometsä, E. (2008). Only half of bipolar I and II patients report prodromal symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 111(2–3), 366–371. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.011>
- Martínez, A., Fornieles, Y., López, M. M., Irala, J., & Linares, M. J. (2010). *Codificación en CIE-9-MC. Edición 2010. Trastornos Mentales* (A. Diaz Martinez & Y. Fornieles García (Eds.)). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sin_cfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/5-TRASTORNOSMENTALES_0.pdf
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921–930. <https://doi.org/10.1017/S0954579407000442>

- Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., & Reed, M.-G. J. (2009). Resilience in development. *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 117–131.
- Mert, D. G., Kelleci, M., Mizrak, A., Semiz, M., & Demir, M. O. (2015). Factors Associated with suicide attempts in patients with bipolar disorder type I. *Psychiatria Danubina*, 27(Suppl. 1), 236–241.
- Meynard, J. (2008). Treatment of bipolar disorders. *Presse Med.*, 37(5 Pt 2), 883–888.
- Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 141–150. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993>
- Min, J. A., Lee, N. Bin, Lee, C. U., Lee, C., & Chae, J. H. (2012). Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 137(1–3), 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.026>
- Min, J. A., Lee, C. U., & Chae, J. H. (2015). Resilience moderates the risk of depression and anxiety symptoms on suicidal ideation in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.022>
- Mizuno, Y., Hofer, A., Frajo-Apor, B., Wartelsteiner, F., Kemmler, G., Pardeller, S., Suzuki, T., Mimura, M., Fleischhacker, W. W., & Uchida, H. (2018). Religiosity and psychological resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder : an international cross-sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137, 316–327. <https://doi.org/10.1111/acps.12838>
- Mizuno, Y., Hofer, A., Suzuki, T., Frajo-apor, B., Wartelsteiner, F., Kemmler, G., Saruta, J., Tsukinoki, K., Mimura, M., Fleischhacker, W. W., & Uchida, H. (2016). Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder : A cross-sectional study. *Schizophrenia Research*, 175, 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.047>
- Möller, H. J. (2003). Bipolar disorder and schizophrenia: Distinct illnesses or a continuum? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(SUPPL. 6), 23–27.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67–74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>

- Newcomer, J. W. (2006). Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(suppl 9). <https://doi.org/10.4088/jcp.1106e16>
- Notario-Pacheco, B., Martínez-Vizcaíno, V., Trillo-Calvo, E., Pérez-Yus, M. C., Serrano-Parra, D., & García-Campayo, J. (2014). Validity and reliability of the Spanish version of the 10-item CD-RISC in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(14). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-14>
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>
- Nrugham, L., Holen, A., & Sund, A. M. (2010). Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 131–136. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181cc43a2>
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237–252. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1996.tb00609.x>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11 Guía para la aplicación y la transición*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019; Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/classifications/network/collaborating>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Ozawa, C., Suzuki, T., Mizuno, Y., Tarumi, R., Yoshida, K., Fujii, K., Hirano, J., Tani, H., Rubinstein, E. B., Mimura, M., & Uchida, H. (2017). Resilience and spirituality in patients with depression and their family members: A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, 77, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.002>

- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of Affective Disorders, 217*, 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.047>
- Post, F., Pardeller, S., Frajo-apor, B., Kemmler, G., Sondermann, C., Hausmann, A., Fleischhacker, W. W., Mizuno, Y., Uchida, H., & Hofer, A. (2018). Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. *Journal of Affective Disorders, 238*, 399–404. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.055>
- Pozo Martínez, P., Santiuste de Pablos, M. Á., Juárez Salvador, M. D., & Gutiérrez Miras, M. G. (2011). *Codificación Clínica con la CIE-9-MC. Actualización en la codificación de enfermedades mentales*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n34_11.pdf
- Rakesh, J., Manning, J. S., Garlow, S. G., Skale, T. G., Jackson, W. C., Gardner, N. C., & Maletic, V. (2007). Managing Bipolar Disorder From Urgent Situations to Maintenance Therapy T. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 9*(5), 367–380. <https://doi.org/10.4088/jcp.0308e07>
- Raymond Lake, C. (2008). Disorders of thought are severe mood disorders: The selective attention defect in mania challenges the kraepelinian dichotomy - A review. *Schizophrenia Bulletin, 34*(1), 109–117. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm035>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Ries, F., Vázquez, C. C., del Carmen Campos Mesa, M., & Andrés, O. D. C. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología Del Deporte, 12*(2), 9–16. <https://doi.org/10.4321/S1578-84232012000200002>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology, 24*(2), 335–344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Saavedra-Guajardo, E., & Villalta-Paucar, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit, 14*(14), 1–10. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a05v14n14>

- Şenormanci, G., Güçlü, O., Özben, Ú., Karakaya, F. N., & Şenormanci, Ö. (2020). Resilience and insight in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal Affective Disorder*, 266, 402–412. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.079>
- Şenormanci, G., Güçlü, O., & Şenormanci, Ö. (2022). Resilience and Associated Factors in Schizophrenia. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 33(1), 1–10. <https://doi.org/10.5080/u25738>
- Seok, J.-H., Lee, K.-U., Kim, W., Lee, S.-H., Kang, E.-H., Ham, B.-J., Yang, J.-C., & Chae, J.-H. (2012). Impact of Early-Life Stress and Resilience on Patients with Major Depressive Disorder. *Yonsei Medical Journal*, 53(6), 1093–1098. <https://doi.org/10.3349/ymj.2012.53.6.1093>
- Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M., & Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson(10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enfermería Clínica*, 23(1), 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.006>
- Shrivastava, A., & Desousa, A. (2016). Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(1), 38. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.174365>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248–263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264–277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina (Lithuania)*, 55, 745. <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>

- Soler Sánchez, M. I., Meseguer de Pedro, M., & García Izquierdo, M. (2015). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.002>
- Souza, F. G. de M. e. (2005). Tratamiento do transtorno bipolar: eutimia. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 63–70. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832005000700010>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* (TEA Edició).
- Swartz- Vanetik, M., Zeevin, M., & Barak, Y. (2018). Scope and characteristics of suicide attempts among manic patients with bipolar disorder. *Crisis*, 39(6), 489–492.
- Testa, R. (2004). Diagnóstico y clasificación en Psiquiatría. *Sinopsis Apsa Revista*, 38, 15–17.
- Trauer, T., & Sacks, T. (2000). The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(3), 211–216. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102003211.x>
- Ungar, M., & Theron, L. (2019). Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry*, 7(5), 441–448. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30434-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30434-1)
- Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J. R. T. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152(2–3), 293–297. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.01.006>
- Val, A., Amorós, G., Martínez, P., Fernández, M. L., & León, M. (1992). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky Green. *Atención Primaria: Publicación Oficial de La Sociedad Española de Familia y Comunitaria.*, 10(5).
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. Reliability and validity of the Spanish version of Beck ' s Depression Inventory (1978) in patients with psychological . *Depression*, 10, 59–81.

- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*, *1*(2), 165–178.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., ... Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, *370*, 841–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- Windle, G. (2010). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 1–18. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- Wynter, E., & Perich, T. (2018). Use of self-care strategies in the management of bipolar disorder and their relationship to symptoms, illness intrusiveness, and quality of life. *Clinical Psychologist*. <https://doi.org/10.1111/cp.12149>
- Yen, C. F., Chen, C. S., Ko, C. H., Yeh, M. L., Yang, S. J., Yen, J. Y., Huang, C. F., & Wu, C. C. (2005). Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: Prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *59*(4), 403–409. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2005.01392.x>
- Young, A. H., & Grunze, H. (2013). Physical health of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*(SUPPL. 442), 3–10. <https://doi.org/10.1111/acps.12117>

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- **TAB:** Trastorno Afectivo Bipolar
- **CIE-9-MC:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión
- **DSM-V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- **DSM:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- **TDM:** Trastorno Depresivo Mayor
- **TDAH:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
- **CIE-11:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Edición
- **ICD:** International Classification of Diseases and Related Health Problems
- **TLP:** Trastorno Límite de la Personalidad
- **NCEP:** National Cholesterol Education Program
- **ATP-III:** Adult Treatment Panel III
- **HDL:** High Density Lipoprotein
- **TEC:** Terapia Electroconvulsiva
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **APA:** American Psychiatric Association
- **DSM-IV-TR:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, Texto Revisado
- **TEPT:** Trastorno por Estrés Postraumático
- **CD- RISC 10:** Escala de Resiliencia de Connor-Davidson CD-RISC de 10 ítems
- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association
- **CD-RISC 25:** Escala de Resiliencia de Connor-Davidson CD-RISC de 25 ítems
- **RBD:** Resilience Questionnaire for Bipolar Disorder

- **RSA:** Resilience Scale For Adults
- **CEIC:** Comité Ético de Investigación Clínica
- **BDI:** Inventario de Depresión Beck
- **STAI:** State- Trait Anxiety Inventory
- **SUMD:** Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder
- **HTA:** Hipertensión Arterial
- **CRD:** Cuaderno de Recogida de Datos
- **AR-T:** Ansiedad Rasgo Total
- **AMDP:** Association of Methodology and Documentation in Psychiatry

ÍNDICE DE TABLAS

- **Tabla 1:** Codificación de los Trastornos Bipolares según la CIE-9-MC
- **Tabla 2:** Clasificación del Trastorno Bipolar según CIE-10
- **Tabla 3:** Clasificación del Trastorno Bipolar según CIE-11
- **Tabla 4:** Esquema de las principales diferencias y similitudes entre el DSM-V y la versión beta de la CIE 11: Trastornos del estado de ánimo en general
- **Tabla 5:** Definiciones de resiliencia
- **Tabla 6:** Características de la persona resiliente
- **Tabla 7:** ¿Qué es la resiliencia en doce puntos?
- **Tabla 8:** Categorías de factores resilientes
- **Tabla 9:** Contenido de la Escala de Resiliencia Connor- Davidson
- **Tabla 10:** Puntuaciones medias en resiliencia evaluada con el CD-RISC 10 en diferentes estudios con personas con patología psiquiátrica
- **Tabla 11:** Diferencias significativas de variables sociodemográficas/clínicas y resiliencia
- **Tabla 12:** Relación entre las variables ansiedad y depresión con la resiliencia
- **Tabla 13:** Análisis objetivo de la relación entre *insight* y adherencia al tratamiento

ÍNDICE DE FIGURAS

- **Figura 1:** Siete pilares de la resiliencia
- **Figura 2:** Tema de sesión de las reuniones psicoeducativas
- **Figura 3:** Diagrama de flujo de la inclusión de participantes

ANEXOS

ANEXO 1



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ

Dr. Miquel Nolla, com a President del Comitè Ètic d'Investigació de la FUNDACIÓ UNIO CATALANA HOSPITALS

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la seva reunió del dimarts, 27 de setembre, ha avaluat la proposta per que es realitzi l'estudi que porta per títol: *"La resiliencia y su relación con la conciencia de enfermedad en pacientes diagnosticados de Trastorno Afectivo Bipolar o Trastorno Depresivo Mayor. Repercusión en la adherencia al tratamiento."*, amb codi CEIC 16/75 i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d'adoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i que estan justificats els riscos i les molèsties previsibles per al subjecte. La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per portar a terme l'estudi. Són adequats tant el procediment per obtenir el consentiment informat com la compensació prevista per als subjectes per danys que es puguin derivar de la seva participació a l'estudi.

Que aquest comitè accepta que aquest estudi es digui a terme a **Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa** amb **Maria Luisa Fernandez Rocha** com a investigadora principal. I que l'investigador principal no ha estat present en les deliberacions i aprovació d'aquest estudi.

En aquesta reunió s'han complert els requisits establerts en la legislació vigent – Orden SAS/347/2009, RD 1090/2015. El CEIC tant en la seva composició, com en els PNT compleix amb les normes de BPC (CPMP/ICH/135/95).

MEMBRES DEL CEIC DE LA FUNDACIÓ UNIO CATALANA D'HOSPITALS

Dr. Miquel Nolla	President	Metge
Dra. Anna Altés	Secretari	Metge
Dra. Encarna Martínez	Vocal	Metge
Dr. Ernesto Mònaco	Vocal	Metge
Dr. Jesús Montesinos	Vocal	Metge
Dr. Josep M Tormos	Vocal	Metge
Dra. Rosa Morros	Vocal	Farmacòloga Clínica
Dr. Jaume Trapé	Vocal	Farmacèutic
Dra. Virginia Martínez	Vocal	Farmacèutica
Dra. Concha Antolín	Vocal	Farmacèutica primària
Sra. Conxita Malo	Vocal	Infermera
Sra. Ana Barajas	Vocal	Psicòloga
Sra. Itziar Aliri	Vocal	Advocat
Sra. Anna Guijarro	Vocal	Filosofia
Sra. Vanessa Massó	Vocal	C. Empresarials

Barcelona, 19 d'octubre de 2016



Dr. Miquel Nolla
President del CEIC

ANEXO 2

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

Nº Identificación.....

Fecha: /.... /.....

Expediente

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Fecha de nacimiento:

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Vivienda: Propia Alquilada Cedida Otros:

Vive Solo

Centro socio-sanitario

Vive acompañado

Si marcas esta opción, indique el número de miembros:

Personas a su cargo:

Soporte familiar: Si No

Nivel académico: No sabe leer ni escribir Estudios 1º incompletos/ completos

1ª Etapa-Educación 2ª Bachillerato FP grado medio/superior

Universitarios 1º ciclo/ 2º ciclo/ doctorado Otra posibilidad.....

Estado de empleo: Activo/a Desempleado/a

¿Tipo de pensión? PNC* PC** En caso afirmativo, marque la opción correcta:

- Si, por cotización propia
- Si, por cotización de otra persona (pensiones, viudedad, orfandad, etc)
- Si, por ambos tipos de cotización
- No sabe

Ingreso mensual familiar: < 525€ 525-750€ 750-970€

970-1170€ 1.170-1.400 >1.400€

Historia psiquiátrica familiar: Si No

En caso afirmativo indicar parentesco y diagnóstico psiquiátrico:

-
-
-
-

* PNC: Pensión no contributiva

** PC: Pensión contributiva

VARIABLES CLÍNICAS

Diagnóstico psiquiátrico principal:

Trastorno Depresivo Mayor TAB (fase mixta)

Trastorno Afectivo Bipolar tipo I Trastorno Afectivo Bipolar tipo II

TAB no especificado

Tratamiento psiquiátrico: Antidepresivos Eutimizantes
 Benzodiazepinas Antipsicóticos

Número de ingresos en el último año por abandono del tratamiento:

Año de inicio de la enfermedad mental:

Nº episodios depresivos: **Nº episodios maníacos:**.....

Historia de intentos autolíticos: Si No

Historia de consumo de tóxicos:

No

Si **Tipo/s:** Alcohol Cannabis Cocaína
 Anfetaminas Otros

Enfermedades médicas: No Si *En caso afirmativo indique cuál:*

- Tensión alta
- Infarto de miocardio
- Asma
- EPOC
- Diabetes
- Colesterol alto
- Cirrosis, disfunción hepática
- Estreñimiento crónico
- Problemas de tiroides
- Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral
- Otras.....

ANEXO 3

ESCALA RESILIENCIA. CD-RISC 10

0	1	2	3	4
En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre

1. Sé adaptarme a los cambios	0	1	2	3	4
2. Puedo manejar cualquier situación	0	1	2	3	4
3. Veo el lado positivo de las cosas	0	1	2	3	4
4. Me puedo manejar bien a pesar de la presión o el estrés	0	1	2	3	4
5. Después de un grave contratiempo suelo "volver a la carga"	0	1	2	3	4
6. Consigo alcanzar mis metas a pesar de las dificultades	0	1	2	3	4
7. Puedo mantener la concentración bajo presión	0	1	2	3	4
8. Difícilmente me desanimo por los fracasos	0	1	2	3	4
9. Me defino como una persona fuerte	0	1	2	3	4
10. Puedo manejar los sentimientos desagradables	0	1	2	3	4

ESCALA DE LA DEPRESIÓN DE BECK

Elija para cada uno de los siguientes 21 apartados la expresión que mejor refleje su situación actual:

1.
 - No estoy triste
 - Siento desgana de vivir. Estoy triste.
 - Siento siempre desgana de vivir. Siempre estoy triste y no lo puedo remediar.
 - Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.
 - Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.
2.
 - No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
 - Me siento desanimado por lo que respecta a mi futuro.
 - Creo que no debo esperar ya nada.
 - Creo que jamás me librare de mis penas y preocupaciones.
 - Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorara mi situación.
3.
 - No tengo la sensación de haber fracasado.
 - Tengo la sensación de haber fracasado mas que otras personas.
 - Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena.
 - Si pienso en mi vida veo que no he tenido mas que fracasos.
 - Creo que he fracasado por completo.
4.
 - No estoy particularmente descontento.
 - Casi siempre me siento aburrido.
 - No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
 - No hay nada en absoluto que me proporciones una satisfacción.
 - Estoy descontento en todo.
5.
 - No me siento particularmente culpable.
 - Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.
 - Me siento culpable.
 - Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.
 - Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada.
6.
 - No tengo la impresión de merecer un castigo.
 - Creo que me podría pasar algo malo.
 - Tengo la impresión de que ahora, o muy pronto voy a ser castigado.
 - Creo que merezco ser castigado.
 - Quiero ser castigado.

- 7.
- No estoy descontento de mi mismo.
 - Estoy descontento de mi mismo.
 - No me gusta a mi mismo.
 - No me soporto a mi mismo.
 - Me odio.
- 8.
- No tengo la impresión de ser peor que los demás.
 - Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
 - Me hago reproches por todo lo que no sale bien.
 - Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
- 9.
- No pienso, ni se me ocurre quitarme la vida.
 - A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré.
 - Pienso que sería preferible que me muriese.
 - He planeado como podría suicidarme.
 - Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese.
 - Si pudiese, me suicidaría.
- 10.
- No lloro más de lo corriente.
 - Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente.
 - Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.
 - Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.
- 11.
- No me siento más irritado que de costumbre.
 - Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.
 - Estoy constantemente irritado.
 - Ahora no me irritan ni siquiera las cosas que antes me enfadaban.
- 12.
- No he perdido el interés por los demás.
 - Me intereso por los demás menos que antes.
 - He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.
 - Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.
- 13.
- Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.
 - Ahora me siento menos seguro de mi mismo y procuro evitar tomar decisiones.
 - Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.
 - Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea.
- 14.
- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
 - Temo que mi aspecto cause mala impresión o parecer aviejado.
 - Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.

- Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.
- 15.
- Trabajo con la misma facilidad de siempre.
 - Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
 - Ya no trabajo bien como antes.
 - Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.
 - Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.
- 16.
- Duermo tan bien como de costumbre.
 - Por la mañana me levanto mas cansado que de costumbre.
 - Me despierto una o dos horas mas temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.
 - Me despierto tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste.
- 17.
- No me canso antes que de costumbre.
 - Me canso mas pronto que antes.
 - Cualquier cosa que haga me cansa.
 - Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada por poco esfuerzo que cueste.
- 18.
- Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - No tengo tanto apetito como antes.
 - Tengo mucho menos apetito que antes.
 - No tengo en absoluto ningún apetito.
- 19.
- No he perdido peso y si lo he perdido, es desde hace poco tiempo.
 - He perdido más de dos kilos de peso.
 - He perdido más de cuatro kilos de peso.
 - He perdido más de siete kilo de peso.
- 20.
- Mi salud no me preocupa más que de costumbre.
 - Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.
 - Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa.
 - No hago nada más que pensar en mis molestias físicas.
- 21.
- No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por los asuntos sexuales.
 - Me intereso menos que antes por cuestiones relativas al sexo.
 - Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo.
 - He perdido todo mi interés por las cosas del sexo.

ANEXO 5

ESCALA STAI. Severidad de la ansiedad.

ANSIEDAD - RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y contesta señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	<u>Casi nunca</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Casi siempre</u>
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN
(TRADUCIDO)

- ¿ Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
 SÍ NO
- ¿Toma la medicación a la hora indicada?
 SÍ NO
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
 SÍ NO
- Si alguna vez se sienta mal, ¿ deja de tomar la medicación?
 SÍ NO

ESCALA SUMD. Evaluación del insight

4.6. Escala de Evaluación del Insight
(Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD)

1. Conciencia de poseer un trastorno	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
2. Conciencia sobre los efectos de la medicación	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
Puntuación total de los 3 ítems: _____	
4a. Conciencia de poseer alucinaciones	4b. Atribución de las alucinaciones a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
5a. Conciencia de poseer delirios	5b. Atribución de los delirios a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
6a. Conciencia de poseer trastornos del pensamiento	6b. Atribución de los trastornos del pensamiento a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
7a. Conciencia de poseer embotamiento afectivo	7b. Atribución del embotamiento afectivo a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
8a. Conciencia de poseer anhedonía	8b. Atribución de la anhedonía a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
9a. Conciencia de poseer asociabilidad	9b. Atribución de la asociabilidad a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución

