

PSICOEDUCACIÓN GRUPAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR: UNA REVISIÓN NO SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Elena Laura Rodríguez*,
Andrés Fernando López Pell**
y Jéscica Paola Fagnani***

Resumen

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica y cíclica, con elevadas repercusiones destructivas y costosas tanto a nivel personal, como familiar y social. Aunque la farmacoterapia continúa siendo el puntal básico del tratamiento, en las últimas décadas han cobrado importancia las intervenciones psicológicas como coadyuvantes de la medicación. La evidencia empírica reporta una mejoría en la calidad de vida de los pacientes que acuden a grupos psicoeducativos. La psicoeducación pone énfasis en la adherencia terapéutica, reconocimiento y manejo de síntomas, y la regulación emocional. Es una de las intervenciones con mayor soporte empírico. En este trabajo se realiza una revisión no sistemática de la literatura existente sobre psicoeducación grupal para pacientes que padecen trastorno bipolar, identificando sus objetivos y procedimientos fundamentales.

Palabras clave: trastorno bipolar, psicoeducación grupal, eficacia, tratamientos psicosociales.

Key words: bipolar disorder, group psychoeducation, effectiveness, psychosocial treatments.

Introducción

El Trastorno bipolar (TB) es una enfermedad mental crónica, recurrente, caracterizada por oscilaciones del estado de ánimo que se da por una alteración de los mecanismos que lo regulan y que dependen de factores genéticos y ambientales (Miklowitz, 2000). Si bien anteriormente se consideraba que los pacientes con TB no eran candidatos a recibir terapias psicológicas (Scott, 1995), la mayor aceptación actual de los modelos estrés-vulnerabilidad y las evidencias que se acumulan a través de ensayos aleatorizados y controlados, da lugar a que grupos de investigadores dirijan sus estudios a comprobar la eficacia de abordajes psicosociales para los Trastornos bipolares (TBs).

A partir de la recopilación de información sobre los distintos componentes de los abordajes psicoterapéuticos que existen para los pacientes con un

desorden bipolar, se constata que uno de los más utilizados es la psicoeducación. Si bien esta técnica es utilizada por los clínicos desde hace décadas, los primeros estudios sobre su eficacia no aparecen hasta los años 80 y fundamentalmente principios de los 90. La psicoeducación intenta aportar la mayor y más fidedigna información y de la forma más clara posible a los pacientes para que, al conocer sobre su enfermedad, estén dotados de más herramientas para luchar contra ella o aprender a convivir con la misma; permitiéndole al paciente colaborar en forma activa en algunos aspectos de su tratamiento (Ivanovic, Valdebenito y Lolas, 2007).

La psicoeducación integra en sí misma los aspectos más relevantes del resto de los tratamientos psicológicos testeados para el TB: la detección precoz de síntomas (Perry, Tarrier, Morris, McCarthy y Limb, 1999), la regularización de hábitos, la mejora del cumplimiento terapéutico (Scott y Tacchi, 2002) y el manejo de los síntomas y resolución de problemas (Lam y cols., 2003), además se complementa perfectamente con la psicoeducación familiar, un aspecto crucial para el manejo de los pacientes bipolares (Miklowitz y Goldstein, 1997).

La psicoeducación generalmente se encuadra dentro de un programa que se desarrolla en forma

* Elena Laura Rodríguez, UCSF, Provincia de Buenos Aires, Argentina

** Andrés Fernando López Pell, UAI, UCSF y FUNSALED, Provincia de Buenos Aires, Argentina

*** Jéscica Paola Fagnani, UCSF, Provincia de Buenos Aires, Argentina
E-Mail: alopezpell@funaled.org.ar; rodriguezatati@hotmail.com;
jescafagnani@gmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIII p.p. 101-116
© 2014 Fundación AIGLE.

grupal, y los investigadores destacan grandes ventajas cuando se utiliza la modalidad de grupo, en comparación al trabajo individual (Colom, 2011). El hecho de que se imparta en grupo permite un efecto colaborativo entre pares, rompe el aislamiento y aumenta la red de apoyo, contribuye a acabar con el estigma de los pacientes, permite el conocimiento directo de otros tipos de trastornos y estrategias, erradas o no, de enfrentamiento de la patología, hace más fácil la adquisición de conciencia de enfermedad, permite un aprendizaje más fácil a través del modelado, es más eficiente y reduce los costos económicos para pacientes y servicios de salud.

La psicoeducación grupal es un procedimiento que ha demostrado su eficacia profiláctica en la prevención de recaídas y hospitalizaciones en pacientes bipolares eutímicos (Colom y cols., 2003a; Colom y cols., 2009).

En este trabajo se realiza una revisión no sistemática de la literatura existente sobre la psicoeducación en su formato grupal -sin incluir el abordaje familiar grupal o multifamiliar-, a través de la búsqueda en dos bases de datos disponibles para los autores. Se utilizaron principalmente los servicios de EbscoHost por ser el recurso disponible en la institución de referencia. A través de Ebscohost se accedió a Fuente Académica, Professional Development Collection, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Academic Search Premier. Los criterios de búsqueda en dichas bases consistieron en textos completos bajo los términos de búsqueda “bipolar”, “grupal”, “psicoeducación” y “psychoeducation” incluyendo la aplicación de palabras relacionadas en el modo de búsqueda, y bajo el filtro cronológico desde el 01-01-2002. En segunda instancia se utilizó como motor de búsqueda a Google Académico bajo los términos de búsqueda “trastorno bipolar” y “psicoeducación grupal”, así como también a Google Scholar con los términos “bipolar disorder” y “group psychoeducation”, sin filtro cronológico.

Se aborda la definición general de la psicoeducación, los desarrollos pioneros que aplicaron esta técnica al tratamiento del TB, y los principales modelos estructurados existentes sobre psicoeducación grupal para el TB. Asimismo se describen los objetivos, contenidos, métodos y técnicas fundamentales en estos abordajes, y posteriormente se analiza críticamente la evidencia empírica existente acerca de la eficacia. Se concluye con reflexiones tanto acerca del estado actual de la literatura, como así también las limitaciones y los beneficios para los pacientes que padecen este desorden.

Psicoeducación: marco general

Dentro del conjunto de las intervenciones psicosociales se agrupan diferentes modalidades de tratamiento que pretenden abordar el TB desde una perspectiva diferente y complementaria al abordaje farmacológico. A partir de estudios metodológicamente rigurosos sobre el tema efectuados en los últimos años se han destacado ciertas intervenciones psicosociales, a saber: la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual, las intervenciones familiares enmarcadas en un enfoque psicoeducativo, y la terapia interpersonal y de ritmos sociales (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

La psicoeducación es uno de los abordajes psicosociales más utilizados (Ivanovic y cols., 2007), y algunos autores (e.g. Newman, Beck, Reilly Harrington y Gyulai, 2005) la describen como una intervención propia del modelo cognitivo, que puede usarse para la psicoterapia de pareja o de familia aplicada al TB, o como un procedimiento estructurado (Torrente, 2006) que se utiliza en diferentes modelos terapéuticos (e.g. terapia familiar, terapia cognitiva, etc.). Por su parte, Callahan y Bauer (1999) consideran a la psicoeducación como una intervención independiente, avalada por investigaciones que muestran los múltiples beneficios que ofrece, comenzando por lo tanto a instaurarse como un modo de abordaje.

Si bien es una intervención independiente, según el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012), la psicoeducación comparte ciertos elementos terapéuticos con las demás intervenciones psicosociales: se ofrece información acerca de la enfermedad y sus tratamientos; se promueve el cumplimiento del tratamiento farmacológico; se entrena a los pacientes en la detección y manejo de pródromos y, se promueven comportamientos saludables advirtiendo sobre conductas de riesgo para fomentar un estilo de vida que reduzca las posibilidades de nuevas crisis.

El Instituto Nacional de Salud y la Excelencia Clínica (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2006), define a la psicoeducación como cualquier programa estructurado grupal o individual que se ocupa de una enfermedad desde un punto de vista multidimensional incluyendo las perspectivas familiar, social, biológica y farmacológica, y que proporciona a los usuarios y sus cuidadores la información y las estrategias de gestión. Se sostiene que el objetivo de la educación psicológica es para mejorar la aceptación de la enfermedad en el paciente, así como su participación en la terapia y la mejora de los mecanismos de afrontamiento

cuando se enfrentan a problemas causados por su enfermedad (Fayyazi Bordbar y Faridhosseini, 2012).

La evidencia experimental ha demostrado que la psicoeducación podría ser una parte de la recuperación de pacientes que sufren de trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia y el TB (Getachew, Dimic y Priebe, 2009). Asimismo, la psicoeducación se aplica también para las enfermedades crónicas como la diabetes y la cardiopatía isquémica en las que existe una necesidad significativa de modificaciones en el estilo de vida de los pacientes (Colom y Vieta, 2009).

Hoy en día, la psicoeducación forma parte de las rutinas habituales de tratamiento del TB, como queda reflejado en su inclusión prioritaria en distintas guías clínicas, que la consideran como un elemento esencial del tratamiento (Goodwin, 2009; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012; Velligan, Weiden y Sajatovic, 2010; Yatham, Kennedy y Schaffer, 2009). En este punto, en idioma español se destaca la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012), incluida en el Catálogo de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud de España.

Desarrollos pioneros en la aplicación de psicoeducación grupal en el TB

La postura clásica considera a los pacientes bipolares como inadecuados para participar en grupos terapéuticos (Yalom, 1995). No obstante, actualmente se cuenta con bases científicas para su aplicación. Entre los antecedentes a los programas psicoeducativos modernos se encuentran las clínicas de litio, populares en Europa y en los Estados Unidos a mediados de los años setenta. Estos programas tenían como objetivo familiarizar a los pacientes con su enfermedad y su tratamiento, a la vez que se monitoreaban los niveles séricos de litio. Se podría decir que esta intervención fue pionera de los modelos de “psicoeducación informativa”, los cuales solían ser breves (i.e., alrededor de cinco a seis sesiones), priorizaban la transmisión de información acerca de la enfermedad, y tenían una eficacia limitada (Colom, 2011).

Especial mención merece el estudio de Shakir, Volkmar, Bacon y Pfefferbaum (1979), que utiliza la terapia de grupo como complemento del tratamiento con litio. En otro estudio, Volkmar, Bacon, Shakir y Pfefferbaum (1981), encuentran una clara disminución de la tasa de hospitalización en los pacientes tratados con terapia de grupo complementada con litio. También se observa un mejor cumplimiento del tratamiento con litio, lo que es atribuido a la interacción entre el efecto directo del grupo y un se-

guimiento más estrecho. Con el paso del tiempo se observa una tendencia hacia modelos de terapia de grupo más directivos (e.g., Bauer, Mc Bride, Chase, Sachs y Shea, 1998; Bauer y McBride, 2003; Colom y Vieta, 2006; Colom y Vieta, 2009; Kripke y Robinson, 1985; Ramirez Bascó, 2008; Sajatovic, Davies, Ganocy, Bauer y Cassidy, 2009; Simon y cols., 2005). Así, por ejemplo, Kripke y Robinson (1985) basan su terapia de grupo en estrategias de solución de problemas y control de los niveles plasmáticos de litio para garantizar el cumplimiento farmacológico.

A principios de los años noventa aparecieron distintos modelos psicoeducativos para pacientes bipolares en todo el mundo (Vieta y Colom, 2004). Por ejemplo, Pollack (1995) inicia una terapia de grupo durante la internación, incluso durante la fase aguda. En 1998, aunque todavía no se disponía de evidencias científicas, ya se hipotetizaba que la combinación de la terapia de grupo y el abordaje psicoeducativo era una de las mejores estrategias (Colom, Vieta, Martínez Arán, Jonquera y Gastó, 1998).

Como se mencionó, los primeros programas psicoeducativos se centraban en la transmisión de la información. Por el contrario, en la actualidad, los programas hacen énfasis en un enfoque más terapéutico. La psicoeducación “conductual” se suele caracterizar por programas largos (porque el cambio al que aspira también es mayor) en los que se priorizan aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio, manejo de síntomas, regularidad de hábitos, reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad, identificación de desencadenantes, etcétera (Colom, 2011).

Es de destacar que cuando se comparan los diferentes estudios y modelos surgidos a principios de los años noventa, éstos pueden diferir en su duración o en pequeños detalles, pero coinciden plenamente en sus temas prioritarios -conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica, manejo de desencadenantes, detección precoz de pródromos, y regularidad de hábitos- (Vieta y Colom, 2004).

Modelos de abordaje psicoeducativo grupal

En la literatura se encuentran diferentes programas que incluyen un abordaje psicoeducativo grupal como una intervención independiente, ya sea exclusiva o combinada. Entre ellos se encuentran el *Life goals program* (Bauer y cols., 1998), el *Systematic care program* (Simon y cols., 2005), y el *Proyecto de Barcelona* (Colom y Vieta, 2006). Los mismos se seleccionaron para presentarse en este trabajo tanto por la importancia que le otorgan al componente

psicoeducativo como por contar con sistematización y relativo aval empírico.

Programa de los objetivos de vida

Fue presentado por Bauer y colaboradores en 1998, es una terapia manualizada basada en un grupo estructurado que se centra en una educación sistematizada y habilidades para resolver problemas de manera que los pacientes se vuelven capaces de gestionar su enfermedad (Sajatovic y cols., 2009). Consta de dos objetivos principales: mejorar la participación del paciente en el tratamiento del modelo médico (fase 1) y ayudar a los pacientes en el cumplimiento de los objetivos funcionales (fase 2). En la primera fase, se lleva a cabo la psicoeducación para los pacientes en 6 sesiones interactivas semanales. Los grupos son de 6-8 miembros. La segunda fase de tratamiento es un grupo opcional y las sesiones son mensuales, llevándose a cabo en un formato estructurado que tiene como objetivo el establecimiento de objetivos y la resolución de problemas (Bauer y cols., 1998; Bauer y McBride, 2003). El programa demuestra ser eficaz en el resultado del desorden, la funcionalidad de los pacientes y la calidad de vida (Bauer y cols., 1998; Bauer y McBride, 2003). No obstante Sajatovic y colaboradores, en un ensayo controlado aleatorizado en 164 pacientes ambulatorios, no encontró ningún efecto sobre la actitud de tratamiento durante un año de seguimiento y, por otra parte, los pacientes deprimidos se beneficiaron menos con esta intervención (Sajatovic y cols., 2009).

Programa de atención sistemática

Fue diseñado por Simon y sus colegas como un manejo sistemático de la enfermedad que consta de cinco componentes: (a) evaluar y programar la atención; (b) llamadas telefónicas estructuradas mensuales; (c) proporcionar información para el equipo de tratamiento; (d) psicoeducación grupal estructurada basada en el formato del Programa de los Objetivos de Vida de Bauer y McBride; y (e) proporcionar intervenciones de apoyo, educación y coordinación de la atención. Según las necesidades, el programa puede durar 2 años; asimismo, intervienen enfermeras y administradores de casos, además de psiquiatras. En un estudio aleatorizado, este programa fue eficaz en la reducción de las recaídas de episodios maníacos, pero no en episodios depresivos (Simon y cols., 2005).

Proyecto de Barcelona

Se programa una estructura de 90 minutos semanales de sesiones psicoeducativas grupales, que

tiene lugar en un período de 6 meses (21 sesiones totales). Las sesiones son interactivas y se ven facilitadas por un psicólogo, bajo la supervisión de un psiquiatra. Colom y Vieta sugieren un número de entre 9 y 12 pacientes integrantes por grupo, pero que puede elevarse a 15 teniendo en cuenta la acostumbrada deserción de los participantes. Los pacientes elegibles para tomar parte en las sesiones son aquellos que se encuentran en la fase eufímica (Colom y Vieta, 2006). Este programa contiene cinco componentes centrales: toma de conciencia de la enfermedad, mejora de la adherencia, detección de signos de alerta temprana, evitar el mal uso de sustancias, y regularidad en el estilo de vida (Colom y Vieta, 2009). Este contenido del programa psicoeducativo de Barcelona ha inspirado, según Fayyazi Bordbar y Faridhosseini (2012) a grupos de investigación en diferentes países para ejecutar el programa de manera de satisfacer sus necesidades y obligaciones culturales; por ejemplo, el grupo Maczka en Polonia y el de Tabatabaie y Mottaqhipour en Irán. En Argentina, un equipo que trabaja adaptando el enfoque de Barcelona es el Instituto de Neurología Cognitiva (INECO), con su *Programa de Psicoeducación Grupal para Pacientes con Trastorno Bipolar de Tipo I y II* (dato obtenido a partir de la búsqueda electrónica; el lector puede remitirse a www.neurologiacognitiva.org). Asimismo, en este equipo se realizan actividades de investigación relacionadas al tema -generalmente en conjunto con el Instituto de Neurociencias de la Universidad Favaloro- (e.g., Martino, Strejilevich, Torralva y Manes, 2011).

Otro trabajo digno de destacar es el realizado por Ramirez Bascó (2008). Esta autora desarrolló un tratamiento estructurado sesión por sesión cuyo objetivo fundamental es ayudar a prevenir la reaparición de la depresión y la manía. No obstante no lo presentó en una modalidad grupal específica, sino con un formato manualizado. Por otra parte, González Isasi (2011) presentó un programa de tratamiento psicológico manualizado en formato grupal. No obstante, no es psicoeducativo puro sino una combinación de psicoeducación y terapia cognitivo-conductual, de manera tal de lograr un tratamiento psicológico integral.

Indicaciones y contraindicaciones terapéuticas para la psicoeducación grupal en el TB

La psicoeducación es particularmente efectiva como profilaxis cuando se usa en pacientes eufímicos, pero puede no ser tan útil para pacientes en fases agudas, e incluso podría tener efectos secundarios. En este sentido, el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012) recomienda, en base a la evidencia disponible hasta el momento, que en pacientes con TB en tratamiento

farmacológico y que se encuentren sintomáticamente estabilizados se utilice psicoeducación, ya sea en su opción individual o grupal.

Por ello, para incluir a un paciente en un programa psicoeducativo es importante tener en cuenta el estado afectivo que presenta en ese momento. Los deprimidos suelen tender a retener únicamente aspectos negativos de la información, y las dificultades cognitivas en estos períodos interfieren en el proceso de aprendizaje necesario en la psicoeducación; el exceso de información puede llegar a sobrepasar su capacidad de afrontamiento y generar ansiedad (Martínez Arán y cols., 2000; Vieta y Colom, 2004). En el caso de los sujetos maníacos, suelen presentar distraibilidad, expansividad e irritabilidad, y otros problemas cognitivos que interfieren en la percepción y aplicación óptima de la información ofrecida, y además, si se piensa en un formato grupal, pueden presentar trastornos conductuales que resulten disruptivos para el resto del grupo (Vieta y Colom, 2004). Igualmente, los pacientes mixtos pueden tener expectativas inadecuadas respecto a la psicoeducación (e.g., esperar una curación milagrosa) y monopolizar el grupo con sus quejas. Del mismo modo, el hipomaníaco resulta un elemento distorsionador en cualquier trabajo de grupo (Vieta y Colom, 1997). Por lo tanto, un aspecto crucial es el hecho de que la psicoeducación debería ser realizada cuando el paciente esté eufórico.

En general, la presencia de un Trastorno de la personalidad comórbido se describe como un predictor de mal pronóstico en los pacientes bipolares. En cuanto al abordaje psicoeducativo grupal, algunos pacientes con características de personalidad obsesiva-compulsiva pueden preocuparse excesivamente por detectar tempranamente los síntomas prodrómicos, incrementando innecesariamente el número de visitas a su psiquiatra y recibiendo injustificadamente medicación extra; otros pacientes pueden volverse demasiado rígidos en cuanto a los hábitos de sueño, evitando eventos sociales o viajes que pudieran interferir (Vieta, 2005). No obstante el peor pronóstico, se señala que al menos un tercio de esta población podría obtener un beneficio claro de su inclusión en un grupo psicoeducativo, dado que algunos de los objetivos de estos grupos, como fortalecer la adherencia terapéutica, favorecer hábitos de vida regulares y sanos, y la supresión del consumo de alcohol y otras drogas mejoran enormemente el pronóstico de esta población (Colom, Reinares y Vieta, 2004).

También, la psicoeducación grupal está indicada para aquellos pacientes que, si bien poseen información, toman conciencia de la enfermedad y no tienen problemas de adherencia, podrían necesitar

de un modelo preventivo de intervención temprana (Colom y cols., 2003).

Finalmente, existen ciertos factores que predicen la respuesta del paciente al programa psicoeducativo. Se observa que la menor edad, el menor tiempo de enfermedad, los niveles más altos de educación, más información sobre el litio y el menor locus de control externo constituyen factores predictivos de una mayor cooperación en sesiones grupales psicoeducativas. Especialmente se observa que el locus de control externo es un factor independiente en la determinación de la cantidad de participación del paciente en el tratamiento (Even, Richard, Thuile, Friedman y Rouillon, 2007).

Objetivos y metodologías para un abordaje psicoeducativo grupal del TB

Se podría sugerir que un programa psicoeducativo grupal para el TB debería contar con el *objetivo general* de reducir el número de recaídas del paciente y facilitarle un mejor manejo de la enfermedad que padece, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida del sujeto y su familia (Colom y cols., 2004).

Con respecto al número adecuado de participantes, los grupos se pueden conformar de 8 a 12 pacientes en sesiones de 90 minutos bajo la dirección de dos psicólogos entrenados, con experiencia en TB (Sociedad Iberoamericana de Información Científica [SIIC], 2011). Con respecto al funcionamiento, todo trabajo que se desarrolla en grupo debería estar encuadrado por una serie de normas que deben cumplirse para que la labor conduzca a la obtención de buenos resultados. Para Colom y Vieta (2004a) algunas de estas reglas podrían ser: asistencia (se considera importante ya que la pérdida de varias sesiones hace que el paciente no pueda retomar la información de forma correcta cuando regresa al grupo, o bien es necesario repetir aspectos ya tratados, en detrimento de la evolución del grupo); tolerancia y respeto hacia los demás integrantes; confidencialidad en el más amplio sentido de la palabra; y, participación (aunque es aconsejable que todos los miembros del grupo participen de forma activa, hay que respetar a aquellos que solo desean escuchar y no participar). Además de éstas, puede proponerse a los integrantes del grupo que ellos formulen alguna otra norma, en el caso de que lo consideren necesario. Asimismo, resulta precavido tener en cuenta que cuando en un programa psicoeducativo se individualice en exceso, es necesario tomar un rol más directivo intentando reconducir la sesión. La dinámica es participativa, en ocasiones cambiante, buscando dar toda la información que soliciten los pacientes y el momento más adecuado para hacer-

lo. Finalmente, vale la pena mencionar que el grupo fomenta que los participantes hablen de sus experiencias y aprendan escuchando las experiencias de los demás, recibiendo de este modo un invaluable soporte grupal.

A continuación se presentan los objetivos fundamentales para el abordaje grupal del TB:

Toma de conciencia de enfermedad. En muchas ocasiones, existe una gran dificultad por parte de los afectados y también de algunos familiares en aceptar la enfermedad, conscientemente ignoran el diagnóstico o no se informan y continúan manteniendo los hábitos que facilitan la aparición de crisis. El hecho de que el trastorno maníaco-depresivo exija un tratamiento de por vida es otro factor que dificulta su aceptación. La aceptación del diagnóstico jamás es total, sino que es un proceso continuo que coincide con las fases estipuladas para un duelo (Ramirez Bascó, 2008).

Detección precoz de los síntomas prodrómicos. Enseñar este aspecto a los pacientes permite una pronta intervención. Se debe tener en cuenta que más de la mitad de los pacientes bipolares tienen recurrencias frecuentes a pesar del tratamiento farmacológico (O'Connell, Mayo, Flatow, Cuthbertson y O'Brien, 1991; Solomon, Keitner, Miller, Shea, y Keller, 1995). El tratamiento óptimo no consiste únicamente en tratar de forma enérgica las fases agudas, sino que una parte fundamental es prevenir nuevos episodios y ayudar al paciente en el mejor conocimiento de los síntomas prodrómicos, lo que redundará en una mejoría en los niveles de funcionamiento social, optimizando también el pronóstico (Lam y cols., 2003).

Cumplimiento o adhesión al tratamiento. El mal cumplimiento terapéutico constituye un problema muy común entre los pacientes bipolares (Colom y cols., 2000; Keck y cols., 1996; Martínez Arán y cols., 2000; Perlick, Rosenheck, Clarkin, Raue y Sirey, 2001). Se entiende por mal cumplimiento a la incapacidad del paciente para seguir alguna o todas las instrucciones que le suministra su médico, lo que incluye la prescripción de fármacos y las pautas o hábitos necesarios para mejorar su estado de salud (Colom y Vieta, 2002). Prácticamente todos los pacientes bipolares piensan seriamente, alguna vez en su vida, en abandonar el tratamiento, y no es arriesgado afirmar que más de la mitad de los pacientes dejan de tomar los fármacos sin indicación de su médico. El abandono de la medicación constituye la causa más común de recaída en los pacientes con TB (Baastrup, 1969; Baldessarini, Tohen y Tondo, 2000; Strakowski y cols., 1988) y el riesgo de internación es cuatro veces mayor (Scott, 1995).

Ramirez Bascó (2008) menciona que existen varios obstáculos a la adherencia, como ser razones

prácticas (e.g., no tener más medicación, olvidarse, no tener dinero), razones familiares (e.g., falta de comprensión o negación del diagnóstico por parte del entorno familiar), razones personales (e.g., miedo a la dependencia, negación, creencia en la inutilidad de la medicación), y motivos que tienen que ver con el médico o la institución sanitaria (e.g., falta de comunicación, sensación de que el médico no lo comprende o lo trata a prisas).

Control del estrés. El estrés puede hacer que los síntomas vuelvan a presentarse, de allí su importancia en cuanto a su monitoreo y prevención (Ramirez Bascó, 2008). En el ámbito clínico, es habitual observar que los episodios agudos de la enfermedad se ven precedidos por circunstancias o eventos estresantes que operan como desestabilizadores del cuadro del paciente (Johnson, 2005). Aunque muchos de los estresores que pueden causar un episodio maníaco involucran relaciones con otras personas, en ocasiones un suceso ambiental puede ser el desencadenante. Es más probable que los episodios maníacos e hipomaníacos aparezcan después de estresores que desorganizan el ciclo sueño-vigilia de una persona, así como que los síntomas depresivos se presentan después de eventos de pérdida (Malkoff Schwartz y cols., 1998).

Evitar el abuso de sustancias. El consumo de determinadas sustancias, como cocaína, dietilamida del ácido lisérgico (LSD), éxtasis, aunque sea en una única ocasión, es perjudicial para la salud física y mental de cualquier persona, y suficiente para presentar una descompensación, complicar el curso de la enfermedad y facilitar la aparición de síntomas psicóticos. El consumo de otras sustancias como el alcohol, la marihuana y sus derivados tienden a provocar la aparición de nuevos episodios y a aumentar la ansiedad. Por otro lado, estimulantes como la cocaína y las anfetaminas, proporcionan un alivio momentáneo, aunque pernicioso a mediano y largo plazo (Newman y cols., 2005). Los pacientes bipolares con abuso de sustancias comórbido pueden presentar una peor evolución y pronóstico de la enfermedad, lo cual resulta especialmente relevante para su detección rápida así como para su tratamiento (Cassidy, Ahearn y Carroll, 2001; Dalton, Cate Carter, Mundo, Parikh y Kennedy, 2003). En los pacientes bipolares con abuso o dependencia de alcohol se observa un mayor número de hospitalizaciones, más manías mixtas, una edad de inicio precoz y más ideación suicida (Sonne y Brady, 2002).

Lograr regularidad en el estilo de vida. El paciente con TB necesita un plan que le otorgue cierta regularidad en sus hábitos y forma de vida (Méndez Gallo y Jáuregui Balenciaga, 2005).

Prevenir la conducta suicida. Diversos estudios de distintos países (e.g., Baldessarini y cols., 2000;

Goldberg, Harrow y Grossman, 1995; Goodwin y Jamison, 1990) muestran que la población bipolar presenta un mayor riesgo de suicidio estimado en un 17-19%, es decir, 15-20 veces mayor que la población general. Este se produce generalmente en el contexto de una fase de depresión profunda. Aquellos que presentan síntomas mixtos son los más proclives al suicidio (Strakowski y Dell Bello, 2000), ya que en ellos se combinan la desesperanza de la depresión, con la ansiedad y la impulsividad de la manía.

Afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros. Para Pino Pino, Belenchón Lozano, Sierra San Miguel y Livianos (2008) lo que se busca en un programa psicoeducativo, en relación a este objetivo, es tratar de ayudar a los pacientes a convivir con una enfermedad crónica, y mejorar sus habilidades para afrontar las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros, con la intención de disminuir así el impacto en el funcionamiento psicológico, físico y social del TB.

Mejorar la actividad interpersonal entre episodios. La mayoría de las personas que padecen TB tienen escaso apoyo social (Johnson y Miller, 1997). A pesar de que no estén experimentando un episodio de manía o depresión, las personas con este trastorno reportan tener menos contacto con sus amigos. Desafortunadamente, la naturaleza episódica del TB puede hacer que el apoyo social sea más necesario. Aunque el apoyo social no parece reducir el estrés de vida, las personas que tienen

un apoyo social más alto se recuperan con mayor rapidez de los episodios de depresión o manía que experimentan y sus episodios de depresión posteriores tienden a ser menos graves, en comparación con quienes cuentan con un apoyo social escaso. En particular, las interacciones y actitudes familiares negativas predicen un porcentaje mayor de recaída en pacientes bipolares (Hooley y Hiller, 2000).

Aumentar el bienestar y mejorar la calidad de vida. Autores como Perlick y cols. (2001) y Reinares (2004) consideran que el TB es causante de una significativa discapacidad y un negativo impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen, y sus familiares. Los pacientes con TB presentan grandes dificultades en su rendimiento laboral, actividades de esparcimiento, relaciones sociales y familiares. Un estudio realizado por Strejilevich (2003), detecta que en Argentina, el 41% de sujetos bipolares se encuentran sin empleo y el 18% de los mismos, están subempleados. Estas altas cifras se vinculan también con la falta de un diagnóstico certero y la demora en el reconocimiento de esta enfermedad, los cuales pueden llevar a un agravamiento de los síntomas y un incremento de las complicaciones en la calidad de vida (Newman y cols., 2005).

Asimismo, la estigmatización que experimentan los pacientes tiene un profundo impacto en su calidad de vida y en sus intentos de recuperación. Se enfrentan a la discriminación en diversos frentes (Corrigan, 1998; Lam, Jones, Hayward y Bright, 1999).

Tabla 1. Objetivos, métodos y técnicas para psicoeducar a pacientes bipolares

OBJETIVOS	MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA PSICOEDUCAR
Objetivos de primer nivel	
Toma de conciencia de enfermedad	Facilitar información (sobre la enfermedad, sus factores etiológicos y desencadenantes, los síntomas de la manía e hipomanía, de la depresión y de los episodios mixtos, el curso y pronóstico). Responder a las dudas del paciente. Establecimiento de las reglas del grupo (Colom y Vieta, 2004a; McGuffin, 1998; Miklowitz y cols., 2000).
Detección precoz de los síntomas prodrómicos	Enseñar a identificar las señales de recaídas. Generar un cambio en los hábitos de cumplimiento. Llevar una "gráfica de vida" para identificar algunas pautas importantes durante el curso de su propia vida y así realizar predicciones sobre futuros episodios de depresión y manía (Lam y cols., 2003; O'Conell y cols., 1991; Ramírez Bascó, 2008; Solomon y cols., 1995).
Cumplimiento o adhesión al tratamiento	Informar acerca de lo que se debe esperar de un determinado tratamiento, evitando crear falsas expectativas de curación. Educar sobre los fármacos que se van a utilizar (las indicaciones, las ventajas y los riesgos de todos los fármacos propuestos). Asimismo deben ser expresamente alertados acerca de los riesgos que implica el mal cumplimiento. Establecer alianza terapéutica grupal y farmacoterapéutica. Elaboración de una planificación previa con ayuda de los contratos conductuales. Un contrato conductual es una estructura que permite establecer unos objetivos terapéuticos, previendo los factores que podrían interferir en los avances y eliminándolos, o aprendiendo a afrontarlos en el caso en que se presenten (Colom y Vieta, 2002; Ramírez Bascó, 2008; Wright y Schrod, 1989).

OBJETIVOS	MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA PSICOEDUCAR
Objetivos de segundo nivel	
Control del estrés	Realizar intervenciones que permitan manejar el estrés y los conflictos como por ejemplo: reducción de los estímulos estresantes psicosociales, estrategias de solución de problemas, comunicación interpersonal, técnicas de relajación/respiración, reestructuración cognitiva. Enseñarles a relativizar los problemas, ofreciéndole estrategias de racionalización. Elaborar una escala personal de situaciones que puedan influir en el aumento de estrés y de los conflictos, para luego introducir cambios fundamentales. Es importante que el individuo se reserve un tiempo diario para él, realizando actividades agradables, siempre de una forma relajada. Es vital que practique alguna actividad que le ayude a disminuir la tensión, por ejemplo ejercicio físico moderado, lectura, pintura (Johnson, 2005; Malkoff Schwartz y cols., 1998; Mondimore, 1999; Ramirez Bascó, 2008).
Evitar el abuso de sustancias	Psicoeducar acerca de la comorbilidad del TB y el abuso de sustancias, destacando la peor evolución y pronóstico cuando ambos trastornos se presentan simultáneamente (Cassidy y cols., 2001; Dalton y cols., 2003; Newman y cols., 2005; Sonne y Brady, 2002).
Lograr regularidad en el estilo de vida	<p>Distribuir adecuada y prioritariamente el tiempo; acciones rituales -terapéuticas o no- en la vida cotidiana que les permitan construir un orden interior y herramientas para enfrentarse a su vida. Ayudar a diseñar un plan de vida, que otorgue cierta regularidad en la vida del sujeto, como ser (Méndez Gallo y Jáuregui Balenciaga, 2005):</p> <p>Descanso: el sueño es uno de los elementos más importantes del trastorno. Incluye aprender a relajarse, a distenderse en plena actividad, a tomarse períodos de descanso y reposar.</p> <p>Alimentación: es fundamental que sea bien balanceada, con ritmos adecuados y horarios regulares en un clima distendido.</p> <p>Ejercicio: permite la liberación de energía, la desintoxicación del organismo, y claridad mental.</p> <p>Aire y sol: revitalizan, dinamizan, relajan y desintoxican el organismo.</p> <p>Sexualidad: la sensación de sentirse lleno o evitar el vacío, no se consigue a través de la sexualidad compulsiva o la ausencia de sexualidad. Por ello, se torna fundamental que adquieran una vida sexual regular y saludable en el marco de un vínculo adecuado.</p> <p>Trabajo: aunque no se tenga una actividad laboral regular, es fundamental realizar alguna tarea programada. Se trata de mantenerse ocupado de manera que permita la adquisición de una rutina, horarios alrededor de los cuales se estructure la vida.</p> <p>Soporte social: se trata de la creación de grupos de soporte en donde puedan intercambiar experiencias, compartir vivencias y ayudarse solidariamente en los momentos de necesidad. Este es uno de los beneficios intrínsecos de la psicoeducación grupal.</p>
Prevenir la conducta suicida	Hablar con el paciente sin temor del tema, no existe riesgo de inducción de la idea, sino más bien riesgo de que ésta no sea verbalizada si no se facilita su expresión. Tomar conciencia de posibles pensamientos suicidas. Proveer centros de atención de crisis. Contrarrestar las creencias suicidas, aclarándolas y conseguir que considere otras más reales y optimistas. Aumento del dominio y del placer para que el sujeto vuelva a conectarse con la vida, mejore su eficacia personal y recupere el optimismo. Realizar lista de actividades que considera interesantes y agradables y comprometerse a hacer tantas como pueda a modo de antídoto contra el suicidio; estar más en contacto con otras personas cuya presencia puede actuar como protección, y además, mantener la actividad a pesar de tener un estado de ánimo negativo puede aumentar el sentimiento de utilidad (Baldessarini y cols., 2000; Goldbergy cols., 1995; Goodwin y Jamison, 1990; Strakowski y Dell Bello, 2000; Tkachuk y Martin, 1999; Vieta, 1999).
Objetivos de tercer nivel	
Afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros	Dar a conocer al paciente las posibles consecuencias, y el deterioro que se experimenta como resultado de un período maníaco o depresivo, y tome conciencia de los síntomas residuales subsindrómicos. Instruir a los mismos acerca de cómo afrontar dichas consecuencias, para que pueda retomar su estilo de vida (Pino Pino y cols., 2008).
Mejorar la actividad interpersonal entre episodios	Maximizar el apoyo social, mejorar la calidad de las relaciones del paciente con sus familiares, lo que reduce su estrés y aumenta su motivación para vivir. También permite examinar la relación con amigos, conocidos, vecinos y compañeros de trabajo, con los que forma una red de apoyo muy útil. Los pacientes pueden realizar una lista de las personas que más comprensión han demostrado cuando han sufrido un episodio (Hooley y Hiller, 2000; Johnson y Miller, 1997; Newman y cols., 2005).
Aumentar el bienestar y mejorar la calidad de vida (contrarrestar el efecto de la estigmatización)	Darle al sujeto la posibilidad de expresar sus sentimientos. Reconocer la lucha de los pacientes por intentar aceptar una vida alterada involuntariamente. Hacerles ver que pueden tomar medidas para recuperar parte del control sobre su vida. Identificar sus experiencias de estigmatización, ayudarlos a cambiar la imagen que tienen de sí mismos y mejorar su capacidad para resolver sus problemas (Hayward y Bright, 1997; Holmes y River, 1998; Link, Mirotnik y Cullen, 1991).

En la Tabla 1 se comentan algunos métodos y técnicas fundamentales para alcanzar los objetivos propuestos. Para una mayor comprensión, se optó por presentar una descripción de los diferentes objetivos específicos categorizándolos en tres niveles de abordaje.

Evidencias de eficacia

Aunque muchos profesionales de la salud utilizan la psicoeducación desde hace décadas, los primeros estudios sobre su eficacia aparecen hacia los años 80 y fundamentalmente principios de los 90. Autores como Frank, Prien, Kupfer y Alberts (1985) y Goodwin y Jamison (1990) encuentran una mejor evolución en aquellos individuos con tratamiento farmacológico y psicoeducación. No obstante, los primeros estudios, o bien utilizan como medida de eficacia la opinión del paciente respecto al propio tratamiento (e.g. Van Gent, Vida y Zwart, 1988), o bien miden los cambios logrados en el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad, pero no miden su repercusión sobre el curso posterior (e.g. Peet y Harvey, 1991). Sin embargo, estos primeros estudios son de suma importancia pues constituyen el punto de partida para la construcción de directivas e intervenciones mejores diseñadas.

Varias intervenciones psicoterapéuticas multimodales que han sido desarrolladas para el TB, tales como la terapia enfocada en la familia, la terapia interpersonal y del ritmo social, y la terapia cognitivo-conductual, son enfoques de tratamiento que abarcan la psicoeducación del paciente (Grabski, Maczka y Dudek, 2007). Las investigaciones más recientes (e.g. Colom y Vieta, 2004b; Michalak y cols., 2005; Vieta, 2005) comenzaron a evaluar la eficacia de la psicoeducación como tratamiento autónomo para el TB.

Actualmente se dispone de considerable evidencia científica de que la combinación de la terapia de grupo y el abordaje psicoeducativo es una de las mejores estrategias para que el paciente maneje adecuadamente la enfermedad y sus consecuencias, mejore su adaptación social e interpersonal y obtenga el máximo beneficio de cada intervención (e.g., Colom y Vieta, 2004a; Colom y cols., 2003a; Colom y cols., 2004; Colom y cols., 2005; Michalak, Yatham, Wan y Lam, 2005; Perlis y cols., 2002).

Si bien diversas aproximaciones psicoeducativas de formato individual y familiar muestran cierta eficacia como coadyuvantes en el tratamiento médico del TB (e.g., Chakrabati, Kulhara y Verma, 1992; Clarkin y cols., 1990; Clarkin, Carpenter, Hull, Wilner y Glick, 1998; Falloon y cols., 1985; Honig, Hofman, Rozendaal y Dingemans, 1997; Lam y cols., 1999; Miklowitz y cols., 2000; Miklowitz y Goldstein, 1990;

VanGent y Zwart, 1991), este trabajo se centra en el formato grupal, y se comentan las evidencias de eficacia principalmente en relación a la psicoeducación grupal, lo cual no impide realizar comparaciones relevantes. En este sentido cabe preguntarse, ¿cuáles son las evidencias de eficacia de la psicoeducación grupal en comparación con el formato individual? Con respecto a la psicoeducación individual, un estudio destacado es el de Perry y cols. (1999), que muestra que la intervención es eficaz en la reducción de las recaídas maníacas, pero no en las de tipo depresivo. En el formato grupal basado en psicoeducación se destacan los resultados de los estudios de Colom y colaboradores (2003a, 2003b, 2004, 2005, 2011). El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012) sostiene que en pacientes con TB en tratamiento farmacológico, la psicoeducación individual centrada en el entrenamiento para la identificación precoz y actuación ante los pródromos es eficaz para la prevención de episodios maníacos. En cambio, en pacientes con TB que se encuentran en fase de eutimia y en tratamiento farmacológico, la psicoeducación grupal contribuye a la prevención de recaídas, manteniéndose dicho efecto a los 5 años de seguimiento. Existen estudios que señalan mejoría en la calidad de vida de los sujetos bipolares que acuden a grupos psicoeducativos, en poco tiempo mejoran respecto de la satisfacción general y los niveles de funcionamiento físico, mientras que las modificaciones en el trabajo y funcionamiento social puedan ser más lentas (Michalak y cols., 2005).

Un estudio realizado por Colom y cols. (2003a) refleja la eficacia del programa psicoeducativo en formato grupal para pacientes con TB. Particularmente, los participantes de dicho programa, presentan a lo largo de dos años de seguimiento un menor número de recaídas -67% de recaídas, comparado con un 92% de recaídas de pacientes no psicoeducados ($p < 0,001$) - y una reducción de los días de hospitalización en comparación a un grupo de pacientes control -0,304 hospitalizaciones por paciente, para los pacientes psicoeducados, frente a 0,780 para los no psicoeducados ($U = -2,14$, $p < 0,05$). Al comparar la eficacia de los grupos psicoeducativos con el tratamiento estándar (sesiones de grupos de discusión no directivos), se encuentra que el grupo que recibe psicoeducación presenta una reducción significativa en el número de pacientes que recaen, también en el número de recurrencias y un aumento de períodos eutímicos. A su vez, el número y duración de las hospitalizaciones en pacientes que reciben psicoeducación son menores (Colomy cols., 2003a). De este modo, la intervención psicoeducativa por sí misma se constituye en una instancia válida ya que sus resultados son más significativos no sólo con respecto al tratamiento farmacológico

per se, sino también con respecto a grupos psicoterapéuticos basados en la expresión de emociones (Colom y Vieta, 2004a).

Si bien el NICE en el 2006 indicaba que la psicoeducación grupal como complemento al tratamiento farmacológico resulta eficaz para la prevención de recaídas en el TB pero en un nivel de calidad de evidencia moderado, posteriormente Colom y sus colaboradores en el 2009 continuaron el seguimiento por tres años, sumando un total de 5 años, período luego del cual los pacientes psicoeducados presentaron mayor tiempo hasta la primera recaída (log rank = 9,953, $p < 0,0202$) y menos recaídas que los pacientes no psicoeducados (3,86 frente a 8,37, $t = 4,33$, $p < 0,001$). Lo más relevante, sin embargo, no es la diferencia en el número medio de episodios a los cinco años -la mitad para los pacientes psicoeducados-, sino su duración, dado que los pacientes psicoeducados pasan un 75% menos de tiempo presentando criterios de episodios que los pacientes no psicoeducados (153,72 días frente a 586,45 días, $Z = 36,49$, $p < 0,0001$). Este estudio constituye a la psicoeducación grupal como la terapia psicológica para TB que cuenta con datos de seguimiento a más largo plazo (Colom, 2011). Este dato resulta importantísimo puesto que implica que la psicoeducación grupal mantiene o gana eficacia con el paso de los años, posiblemente porque el sujeto no aprende únicamente un contenido, sino que "aprende a aprender" (Colom, 2011). En base a este estudio, Scott y colaboradores (2009) analizaron el coste-eficacia de la psicoeducación y concluyeron que ésta supone un ahorro importante de recursos, básicamente en la reducción del coste hospitalario.

El efecto de la psicoeducación grupal en la adherencia farmacológica también ha sido probado, los pacientes psicoeducados que están tratados con litio presentan litemias significativamente más altas y más estables que aquellos pacientes que toman litio pero no han recibido psicoeducación (Colom y cols., 2005). Según Perlis y cols. (2002), esto explica en parte su pronóstico, puesto que la estabilidad en los niveles séricos de litio constituye uno de los mejores predictores de buen pronóstico en el TB. Ahora bien, ante esta eficacia de la psicoeducación en la mejora de la adherencia terapéutica, uno se podría preguntar qué porcentaje de la utilidad de la psicoeducación en la prevención queda explicado únicamente por aspectos relacionados con el cumplimiento de la medicación (Colom, 2011). En este sentido, se puede concluir en un estudio que no únicamente la mejora de la adherencia explica la eficacia de la psicoeducación grupal (Colom y cols., 2003b). Esto podría significar que los demás factores cuentan para la eficacia, siendo necesario exa-

minar no solamente de cuáles se trata sino también el peso relativo de cada uno de ellos.

La psicoeducación también ha mostrado su eficacia incluso en aquellos pacientes particularmente complejos, por ejemplo, en pacientes con un trastorno comórbido de la personalidad. Luego de los dos años de seguimiento, los pacientes comórbidos del grupo control presentaron recaídas en un 100% de los casos, versus un 67% en el grupo psicoeducado ($p < 0,005$; Colom y cols., 2004). Esto es de particular interés si consideramos el pobre pronóstico que habitualmente presenta este subtipo de pacientes y la complejidad de su tratamiento (Colom, 2011).

Como se puede apreciar, el estudio de la psicoeducación como tratamiento autónomo y en formato grupal fue especialmente estudiado por el grupo de investigación de Colom en España (2003a, 2003b, 2004, 2005, 2011). Por una parte, resulta necesario mencionar que han surgido otros estudios con resultados prometedores que engloban a la psicoeducación ya sea como parte de un programa de cuidados con diversos componentes (Bauer y cols., 2006; Simon y cols., 2005), o bien, combinada con terapia cognitiva-conductual (Castle y cols., 2010; Costa, Cheniaux, Rangé, Versiani y Nardi, 2012; González Isasi, Echeburúa, Limiñana y González-Pinto, 2010) considerada como tratamiento psicológico integral (González Isasi, 2011). Por ejemplo, González Isasi y colaboradores (2010) a partir del estudio de eficacia de un programa de 20 sesiones que combinaba psicoeducación y terapia cognitiva-conductual, concluyen que en pacientes con trastorno bipolar en fase de eutimia o con sintomatología subsindrómica complementar el tratamiento farmacológico con un abordaje grupal que combine elementos psicoeducativos y de terapia cognitivo-conductual puede disminuir la sintomatología ansiosa, maníaca y depresiva, y reducir las hospitalizaciones.

Por otra parte, Zaretsky, Lancee, Miller, Harris y Parikh (2008) y Parikh y cols. (2012) realizaron los primeros estudios que comparan los beneficios relativos de la psicoeducación de corto plazo, con un programa de terapia cognitiva-conductual de más largo plazo conteniendo componentes psicoeducativos. Zaretsky y cols. (2008) concluyen que en pacientes con TB, complementar el tratamiento (farmacoterapia más 7 sesiones psicoeducativas) con terapia cognitivo-conductual contribuye a la disminución del tiempo en que los pacientes presentan sintomatología depresiva. No obstante, no encontraron diferencias en otros aspectos. Parikh y cols. (2012), en un ensayo controlado aleatorizado llevado a cabo entre el 2002 y 2006 con un total de 204 participantes, encuentran que tanto la psicoeducación como la terapia cognitiva-conductual tienen resultados similares con respecto a la reduc-

ción de los síntomas y la probabilidad de recaídas. Los autores concluyen que a pesar de la duración de ser un tratamiento más largo e individualizado, la terapia cognitivo-conductual no muestra un beneficio clínico significativamente mayor en comparación con el grupo de psicoeducación. La psicoeducación es menos costosa para proporcionar y requiere menos formación clínica, lo que sugiere su atractivo comparativo.

Si se considera la terapia cognitiva-conductual como tratamiento autónomo -que típicamente incluye componentes psicoeducativos en las primeras fases y es considerada como tratamiento psicológico integral (González Isasi, 2011)-, los resultados son los siguientes: en pacientes con trastorno bipolar complementar el tratamiento farmacológico con terapia cognitivo-conductual puede ser eficaz sobre la prevención de recaídas (Lam y cols., 2003), y especialmente sobre la sintomatología depresiva (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012); no obstante, la eficacia de la terapia cognitivo-conductual se reduce a lo largo del seguimiento (Ball y cols., 2006; Lam, McCrone, Wright y Kerr, 2005; Szentagotai y David, 2010).

El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012, p. 147) concluye, teniendo en cuenta los diferentes estudios de eficacia hasta la fecha, que en pacientes con TB en tratamiento farmacológico y que se encuentren sintomáticamente estabilizados “se recomienda” llevar a cabo psicoeducación. En pacientes con TB en tratamiento farmacológico “se puede considerar” el abordaje cognitivo-conductual. Y en pacientes con TB en tratamiento farmacológico “sería posible considerar” la terapia interpersonal y de ritmos sociales.

Conclusiones

En cuanto a evidencias, la psicoeducación merece mención especial puesto que es una de las intervenciones que hasta la fecha ha recibido mayor soporte en el tratamiento del TB. Según lo afirman Colom y cols. (2003b) es la mejor intervención que se puede aplicar a un paciente bipolar puesto que aborda las tres áreas fundamentales: la biológica, la psicológica y la social. Asimismo, es una intervención económica, sencilla y bien tolerada, que permite mejorar el curso de la enfermedad, evitar recaídas y nuevas hospitalizaciones (Colom y cols., 2004).

Si bien diversas aproximaciones psicoeducativas -individual, grupal, familiar- muestran cierta eficacia como coadyuvantes en el tratamiento médico del TB, no caben dudas que la psicoeducación en su formato grupal es una de las intervenciones que hasta la fecha ha recibido mayor soporte. No obstante, la

modalidad individual no ha sido suficientemente evaluada, ni suficientemente comparada en eficacia con el formato grupal. A excepción del estudio de Perry y cols. (1999), no se cuenta con otros antecedentes de estudios aleatorizados, controlados y bien diseñados. También son escasos los estudios que comparan programas psicoeducativos con terapia cognitivo-conductual.

La eficacia de la psicoeducación grupal puede explicarse por varios factores que se presume actúan en conjunto. No obstante, no se sabe la contribución relativa de cada uno con exactitud, ni en detalle cuántos son en realidad. Por ejemplo, se sostiene que aparentemente la mejora de la adherencia no es la única que explica la eficacia de la psicoeducación grupal (Colom y cols., 2003b), pero no existen datos suficientes sobre la influencia de los demás factores.

Es importante precisar que en casi todos los estudios que evalúan la eficacia de la psicoeducación grupal, la muestra de pacientes es eutímica. Lolich, Vázquez, Álvarez y Tamacho (2012) sostienen que el nivel de eficacia de las diferentes intervenciones psicosociales debería precisarse en base a variables más específicas como ser las formas clínicas, tipo de comorbilidad, fases o duración de la enfermedad. Estas delimitaciones permitirían seleccionar la intervención más adecuada según las características del paciente, teniendo en cuenta los posibles efectos adversos y la aceptabilidad de las intervenciones. Asimismo, convendría analizar si existen diferencias significativas entre los mecanismos que resultan eficaces para la prevención de episodios depresivos y aquellos que actúan sobre la prevención de los episodios maníacos (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Hasta la fecha, se cuenta con la evidencia empírica de que en pacientes con trastorno bipolar que se encuentran en fase de eutimia y en tratamiento farmacológico, la psicoeducación grupal como tratamiento autónomo contribuye a la prevención de recaídas (Colom y cols., 2003a; Colom y cols., 2003b; Colom y cols., 2004; Colom y cols., 2005; Colom y cols., 2011; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012; Parikh y cols., 2012; Zaretsky y cols., 2008), aparentemente manteniéndose dicho efecto a los 5 años de seguimiento (Colom, 2011; Colom y cols., 2009). No obstante, resulta necesario llevar a cabo más seguimientos a largo plazo, puesto que hasta la fecha se cuenta con un sólo estudio a 5 años (Colom, 2011; Colom y cols., 2009).

Un dato a destacar es que ninguno de los estudios controlados aleatorizados revisados en este trabajo está realizado en nuestro país, y esto es importante dado que las variaciones en la estructura,

organización y cobertura de los servicios de salud mental de cada país generan que los resultados no sean directamente aplicables.

Este trabajo implicó una revisión amplia de estudios sobre psicoeducación grupal en el abordaje del trastorno bipolar, no obstante, la búsqueda de artículos no fue metodológicamente sistemática. Serían necesarias revisiones más profundas sobre el tema. Una limitación relevante del presente estudio es la inclusión solamente de bases de datos disponibles en la universidad de referencia. Aun así, se espera haber contribuido a un panorama introductorio de esta temática específica de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Baastrup, P.C. (1969). Practical clinical viewpoints regarding treatment with lithium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 207,(1),12-18.
- Baldessarini, R.J., Tohen, M. y Tondo, L. (2000). Maintenance treatment in bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57,(5), 490-492.
- Ball, J., Mitchell, P., Corry, J., Skillecorn, A., Smith, M. y Malhi, G. (2006). A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *Journal of clinical psychiatry*, 67,(2),277-286.
- Bauer, M., McBride, L., Williford, W., Glick, H., Kinosian, B. y cols. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatric services*, 57,(7),927-936.
- Bauer, M.S. y McBride, L. (2003). *The Life Goals Program: Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder*. New York: Springer.
- Bauer, M.S., Mc Bride, L., Chase, C., Sachs, G. y Shea, N. (1998). Manual based group psychotherapy for bipolar disorder: A feasibility study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59,(9),449-455.
- Callahan, A. y Bauer, M.S. (1999). Psychosocial interventions for bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 22,(3),675-688.
- Cassidy, F., Ahearn, E. y Carroll, B. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 3,(4),181-188.
- Castle, D., White, C., Chamberlain, J., Berk, M., Berk, L. y cols. (2010). Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196,(5),383-393.
- Chakrabati, S., Kulhara. P. y Verma, S. K. (1992). Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86,(3),247-252.
- Clarkin, J.F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, P. y Glick, I.D. (1998). Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv*, 49,(4),531-533.
- Clarkin, J.F., Glick, I.D., Haas, G.L., Spencer, J.H., Lewis, A.B. y cols. (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention. Results for affective disorders. *J Affect Disord*, 18,(3),17-28.
- Colom, F. y Vieta, E. (2002). Non-adherence in psychiatric disorders: misbehavior or clinical feature? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105,(3),161-163.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004a). *Manual de Psicoeducación para el TB*. Barcelona: Ars Medica.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004b). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorder*, 6,480-486.
- Colom, F. y Vieta, E. (2006). *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. New York: Cambridge University Press.
- Colom, F. y Vieta, E. (2009). Psychoeducation for bipolar disorders. En B. J. Sadock, V. A. Sadock y P. Ruiz (Ed.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition*, (pp.1822-1838). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias: Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40,(Suppl. 1),147-165.
- Colom, F., Reinares, M. y Vieta, E. (2004). *Aspectos clínicos y terapéuticos en el TB*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez Arán, A., Jorquera, A. y Gastó, C. (1998). What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychother Psychosom*, 67,(1),3-9.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez Arán, A., Reinares, M., Benabarre, A. y cols. (2000). Clinical factors associated to treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61,(8),549-554.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J.M. y cols. (2003a). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60,(4),402-407.

- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martínez Arán, A., Torrent, C. y cols. (2003b). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64,(9),1101-1105.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez Moreno, J., Martínez Arán, A., Reinares, M. y cols. (2005). Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorder*, 7, (Suppl. 5),32-36.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez Moreno, J., Martínez Arán, A., Torrente, C. y cols. (2004). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorder*, 6,(4),294-298.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez Moreno, J., Palomino Otiniano, R., Reinares, M. y cols. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomized clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 194,(10),260-265.
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5,(2),201-222.
- Costa, R., Cheniaux, E., Rangé, B., Versiani, M. y Nardi, A. (2012). Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research Online Provisional Version* [Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/bjmb/2012nreview/1225.pdf>].
- Dalton, E.J., Cate Carter, T.D., Mundo, E., Parikh, S.V. y Kennedy, J.L. (2003). Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders. *Bipolar Disorder*, 5,(1),58-61.
- Even, C., Richard, H., Thuile, J., Friedman, S. y Rouillon, F. (2007). Characteristics of voluntary participants versus nonparticipants in a psychoeducation program for euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195,(3),262-265.
- Falloon, I.R., Boyd, J.L., McGill, C.W., Williamson, M., Razani, J. y cols. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 42,(9),887-896.
- Fayyazi Bordbar, M.R. y Faridhosseini, F. (2012). Psychoeducation for Bipolar Mood Disorder. En M. F. Juruena (Ed) *Clinical, Research and Treatment Approaches to Affective Disorders* (pp. 323-344). Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/clinical-research-and-treatment-approaches-to-affective-disorders/psychoeducation-for-bipolar-mood-disorder>.
- Frank, E., Prien, R.F., Kupfer, D.J. y Alberts, L. (1985). Implications of non-compliance on research in affective disorders. *Psychopharmacol Bull*, 21,37-42.
- Getachew, H., Dimic, S. y Priebe, S. (2009). Is psychoeducation routinely provided in the UK? Survey of community mental health teams. *Psychiatric Bulletin*, 33,102-103.
- Goldberg, J.F., Harrow, M. y Grossman, L.S. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 152,(3),379-384.
- González Isasi, A. (2011). *Trastorno Bipolar: el enemigo invisible. Manual de tratamiento psicológico*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- González Isasi, A., Echeburúa, E., Limiñana, J. y González-Pinto, A. (2010). How effective is a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder? A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 126,80-87.
- Gonzalez-Isasi, A., Echeburúa, E., Mosquera, F., Ibanez, B., Aizpuru, F. y cols. (2010). Long-term efficacy of a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder: a pilot study. *Psychiatry Res*, 176,(2-3),161-165.
- Goodwin, F.K. y Jamison, K.R (1990). *Manic-depressive illness*. Nueva York: Oxford University Press.
- Goodwin, G.M. (2009). Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacology*, 23,(3),346-388.
- Grabski, B., Maczka, G. y Dudek, D. (2007). The role of psychoeducation in the complex treatment of bipolar disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3,35-41.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. UAH/AEN Núm. 2012.
- Hayward, P. y Bright, J.A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6,(4),345-354.
- Holmes, E.P. y River, L.P. (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5,(2),231-239.
- Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N. y Dingemans, P. (1997). Psychoeducation in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*, 72,(29),17-22.

- Hooley, J.M. y Hiller, J.B. (2000). Personality and Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 109,(1),40-44.
- Ivanovic, F., Valdebenito, C. y Lolas, F. (2007). Psicoeducación en pacientes con trastorno bipolar. Aspectos bioéticos. *Interpsiquis. Psiquiatría.com, Revista Electrónica de Psiquiatría*, 11,(1).
- Johnson, S.L. y Miller, I. (1997). Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 106,(3),449-457.
- Johnson, S.L. (2005). Life events in bipolar disorder: towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25,(8),1008-1027.
- Keck, P.E., McElroy, S., Strakowski, S.M., Stanton, S.P., Kizer, D.L. y cols. (1996). Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57,(7),292-297.
- Kripke, D.F. y Robinson, D. (1985). Ten years with a lithium group. *Mc Lean Hosp J*, 10 (1), 1-11.
- Lam, D., McCrone, P., Wright, K. y Kerr, N. (2005). Cost-effectiveness of relapse prevention cognitive therapy for Bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186,500-506.
- Lam, D.H., Jones, S.H., Hayward, P. y Bright, J.A. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapists guide to concepts, methods and practice*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Lam, D.H., Watkins, E.R., Hayward, P., Bright, J.A., Wright, K. y cols. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60,(2),145-152.
- Link, B.G., Mirotnik, J. y Cullen, F.T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior*, 32,(3),302-320.
- Lolich, M., Vázquez, G., Álvarez, L. y Tamayo, J. (2012). Psychosocial interventions in Bipolar Disorder: A review. *Actas Esp Psiquiatr*, 40,(2),84-92.
- Malkoff Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B., Sherrill, J.T., Siegel, L. y cols. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: a preliminary investigation. *Archives of General Psychiatry*, 55,(8),702-707.
- Martínez Arán, A., Vieta, E., Colom, F., Reinares, M., Benabarre, A. y cols. (2000). Cognitive dysfunctions in bipolar disorder: evidence of neuropsychological disturbances. *Psychotherapy Psychosomatics*, 69,(1),2-18.
- Martino, D.J., Strejilevich, S.A., Torralva, T. y Manes, F. (2011). Decision making in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. *Psychological Medicine*, 41,(1),1319-1327.
- McGuffin, P.W. (1998). Stigma: Compounding the problem response paper. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5,(2),285-295.
- Méndez Gallo, P. y Jáuregui Balenciaga, I. (2005). Transformación de conflictos. *Revista cuatrimestral de Humanidades*, 12,(37),13-24.
- Michalak, E., Yatham, L., Wan, D. y Lam, R. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Canadian Journal of Psychiatry*, 50,95-100.
- Miklowitz, D.J. y Goldstein, M.J. (1997). *Bipolar Disorder. A Family-Focused Treatment Approach*. New York: Guilford Press.
- Miklowitz, D.J. (2000). *The Bipolar Disorder Survival Guide*. New York: The Guilford Press.
- Miklowitz, D.J., Simoneau, T.L., George, E.L., Richards, J.A., Kalbag, A. y cols. (2000). Family focused treatment of bipolar disorder: 1 year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*, 48,(6),582-592.
- Mondimore, F.M. (1999). *Bipolar disorder: A guide for patients and families*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2006). *Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents in primary and secondary care* (CG38). London: The British Psychological Society & Gaskell.
- Newman, C.F., Leahy, R.L., Beck, A.T., Reilly Harrington, N.A. y Gyulai, L. (2005). *El TB. Una aproximación desde la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- O'Connell, R.A., Mayo, J.A., Flatow, L., Cuthbertson, B. y O'Brien, B.E. (1991). Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *British Journal of Psychiatry*, 159,(7),123-129.
- Parikh, S., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Yatham, L., Young, L. y cols. (2012). A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study [CME]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73,(6),803-810.
- Peet, M. y Harvey, N.S. (1991). Lithium maintenance: A standard education program for patients. *Br J Psychiatry*, 158,197-200
- Perlick, D., Clarkin, J.F., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S. y cols. (1999). Burden experienced by care-givers of

- persons with bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175,(30),56-62.
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.R., Clarkin, J.F., Raue, P. y Sirey, P.H. (2001). Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189,(1),31-37.
- Perlis, R.H., Sachs, G.S., Lafer, B., Otto, M.W., Faraone, S.V. y cols. (2002). Effect of abrupt change from standard to low serum levels of lithium: a reanalysis of double-blind lithium maintenance data. *American Journal of Psychiatry*, 159,(20),1155-1159.
- Perry, A., Tarrier, N., Morris, R., McCarthy, E., y Limb, K. (1999). Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318,(16),149-153.
- Pino Pino, A., Belenchón Lozano, M., Sierra San Miguel, P. y Livianos, L. (2008). *TB y psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos*. Valencia: Club Universitario.
- Pollack, L.E. (1995). Treatment of inpatients with bipolar disorders: a role for self-management groups. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 33,(1),11-16.
- Ramirez Bascó, M. (2008). *Manual Práctico del Trastorno Bipolar*. Madrid: Desclee de Brouwer.
- Reinares, M. (2004). *¿Qué se entiende por psicoeducación en el tratamiento del Trastorno Bipolar?* Valencia: IDIBAPS.
- Sajatovic, M., Davies, M.A., Ganocy, S.J., Bauer, M.S. y Cassidy, K.A. (2009). A Comparison of the Life Goals Program and Treatment as Usual for Individuals with Bipolar Disorder. *Psychiatric Services*, 60,(9),1182-1189.
- Scott, J. y Tacchi, M.J. (2002). A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non-adherent with lithium prophylaxis. *Bipolar disorders*, 4,(6),386-392.
- Scott, J. (1995). Psychotherapy for bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 167,(5),581-588.
- Scott, J., Colom, F., Popova, E., Benabarre, A., Cruz, N. y cols. (2009). Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: a cost-benefit analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70,(3),378-386.
- Shakir, S.A., Volkmar, F.R., Bacon, S. y Pfefferbaum, A. (1979). Group psychotherapy as an adjunct to lithium maintenance. *Am J Psychiatry*, 136,(4A),455-456.
- Simon, G., Ludman, E., Unutzer, J., Bauer, M., Operskalski, B. y cols. (2005). Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 34,13-24.
- Sociedad Iberoamericana de Información Científica, SIIC (2011). *Eficacia de la psicoeducación en el trastorno bipolar*. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=71799>.
- Solomon, D.A., Keitner, G.I., Miller, I.W., Shea, M.T., y Keller, M.B. (1995). Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56,(1),5-13.
- Sonne, S.C. y Brady, K.T. (2002). Bipolar disorder and alcoholism. *Alcohol Res Health*, 26,(12),103-108
- Strakowski, S.M. y Del Bello, M.P. (2000). The occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20,(2),191-206.
- Strakowski, S.M., Keck, P.E., Mc Elroy, S.L., West, S.A., Sax, K.W. y cols. (1988). Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 55,(1),49-55.
- Strejilevich, S. (2003). Percepción del impacto y el proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile. *Vertex*, 14,(54),245-252.
- Szentagotai, A. y David, D. (2010). The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71,(1),66-72.
- Tkachuk, G.A. y Martin, G.L. (1999). Exercise therapy for patients with psychiatric disorders: Research and clinical implications. *Professional Psychology: Research and practice*, 30,(3),275-282.
- Torrente, F. (2006). *Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Van Gent, E.M. y Zwart, F.M. (1991). Psychoeducation of partners of bipolar manic patients. *J Affect Disord*, 21,(1),15-18.
- Van Gent, E.M., Vida, S.L. y Zwart, F.M. (1988). Group therapy by addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatr Bel*, 88,405-418.
- Vehmanen, L., Kaprio, J. y Loennqvist, J. (1995). Twin studies of bipolar disorder. *Psychiatria Fennica*, 26,107-116.
- Velligan, D.I., Weiden P.J. y Sajatovic, M. (2010). Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Practice*, 16,(5),306-324.

- Vieta, E. y Colom, F. (1997). *Trastornos Bipolares: Psicoeducación en los trastornos bipolares*. Barcelona: Springer-Verlag.
- Vieta, E. y Colom, F. (2004). Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110,(Suppl. 422),34-38.
- Vieta, E. (1999). *Abordaje actual de los trastornos bipolares*. Barcelona: Masson.
- Vieta, E. (2005). Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66,(1),24-29.
- Volkmar, F.R., Bacon, S., Shakir, S.A. y Pfefferbaum, A. (1981). Group Therapy in the Management of Manic-Depressive Illness. *Am J Psychother*, 35,(2),226-234.
- Wright, J.H. y Schrodt, R. (1989). Combined cognitive therapy and pharmacotherapy. En A. Freeman, K. Simon y L. Beutler (Eds) *Handbook of cognitive therapy* (pp. 267-282). New York: Plenum.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yatham, L.N., Kennedy, S.H. y Schaffer, A. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update. *Bipolar Disorders*, 11,(3),225-255.
- Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A. y Parikh, S. (2008). Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Canadian Journal of Psychiatry*, 53,(7),441-448.

Abstract: Bipolar disorder is a chronic and cyclical disease which has strong destructive effects on personal, family and social levels. Although pharmacotherapy is still a key point for its treatment, during the last decades psychological interventions have become more important as medicine contributors. Empirical evidence shows a life quality improvement in those patients who join psycho-educative groups. Psycho-education emphasizes therapeutic adherence, symptoms acknowledgement and management, and emotional control. It is one of the different forms of interventions that have received more empirical support. In this work we make a non-systematic review of literature of group psychoeducation for those patients who suffer from Bipolar Disorder, identifying its objectives and prime procedures.

Recibido: 7-10-12
Aceptado: 26-3-13