

Fundamentos de la psicoeducación en los pacientes bipolares

F. Colom, M. Reinares, E. Vieta

La psicoeducación forma parte, por derecho y por resultados, de la buena práctica terapéutica en los pacientes bipolares (Goodwin y cols., 2003; Colom y Vieta, en prensa), ya que es un tratamiento que ha demostrado su eficacia profiláctica en la prevención de recaídas y hospitalizaciones en pacientes bipolares eutímicos (Colom y cols., 2003a, 2003b). Las guías clínicas de los grupos de estudio más destacados ya recogen la necesidad de promover la psicoeducación como parte de la práctica terapéutica en los pacientes bipolares; a pesar de ello, la formación de la mayoría de psiquiatras en este campo no es todo lo sólida que debería ser, por varias razones, entre ellas la escasa tradición de este enfoque, la presión asistencial y el escaso tiempo de visita disponible, la precaria integración del psicólogo clínico en los equipos terapéuticos –área en la que hay que reconocer un avance espectacular en los últimos años– y resistencias varias de algunos profesionales de la psiquiatría que manejan modelos obsoletos de la comprensión del paciente psiquiátrico. Curiosamente, una de las ventajas más notables de la psicoeducación es que no requiere una formación específica tan compleja como otros abordajes psicoterapéuticos, lo que a menudo impide su incorporación a la práctica habitual. En el caso de la psicoeducación, únicamente es necesario el dominio de unos fundamentos básicos sobre la enfermedad bipolar (fundamentos que cualquier psiquiatra suele manejar), familiarizarse con el programa psicoeducativo y una cierta experiencia en el manejo de grupos.

Hasta hace unos escasos cinco años, existía un lamentable vacío de investigación so-

bre la utilidad de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de las distintas fases del trastorno bipolar, situación que aún parecía más dramática en contraste, por una parte, con los avances en psicoterapia y rehabilitación cognitiva que tenían lugar en otras enfermedades psiquiátricas graves (depresión unipolar o esquizofrenia, por ejemplo), y por otra, con la calidad de la investigación clínica y farmacológica en los propios trastornos bipolares. A partir de 1999, sin embargo, este panorama cambia radicalmente con la publicación, en poco más de tres años, de varios ensayos clínicos aleatorizados en revistas de primer nivel internacional (Perry y cols., 1999; Lam y cols., 2003; Colom y cols., 2003a, 2003b). En la actualidad, los médicos disponemos de varias intervenciones psicológicas perfectamente validadas que han demostrado su eficacia en la mejora del curso de los pacientes bipolares. La psicoterapia tiene cabida en el trastorno bipolar especialmente en la fase de eutimia, como tratamiento coadyuvante de mantenimiento, mientras que su eficacia en el abordaje de las fases agudas es todavía discutible: si bien parece que algunas intervenciones como la terapia cognitiva o la terapia interpersonal de ritmos sociales podrían desempeñar un papel importante en el tratamiento de la depresión bipolar –aunque los datos sobre su eficacia no son contundentes, y a veces resultan contradictorios–, en el tratamiento de la hipomanía y la manía no parece haber un lugar para la intervención psicológica, entre otras muchas razones obvias, porque ya contamos con fármacos antimaniacos eficaces, incisivos y bien tolerados. Entre todas las intervencio-

nes de mantenimiento, la psicoeducación en grupo posee varias ventajas prácticas añadidas, ya que a su gran eficacia (Colom y cols., 2003a, 2003b) se le suma su perfecta integración en el modelo médico de la enfermedad bipolar (Colom y cols., 1998), su bajo coste –se trata de un tratamiento limitado en el tiempo y que se imparte en grupo– y su alta aplicabilidad y generabilidad, ya que para este tratamiento no hace falta definir a priori un subtipo de paciente según rasgos caracteriales, preferencias o cociente intelectual. Por otra parte, la psicoeducación integra en un mismo tratamiento los aspectos más relevantes del resto de tratamientos psicológicos testados para el trastorno bipolar: la detección precoz de síntomas (Perry y cols., 1999), la regularización de hábitos (Frank, 1999), la mejora del cumplimiento terapéutico (Scott y Tacchi, 2002) y el manejo de síntomas y resolución de problemas (Lam y cols., 2003). Además, el modelo psicoeducativo se complementa perfectamente con la psicoeducación familiar, un aspecto crucial en el manejo de los pacientes bipolares (Miklowitz y cols., 2003; Reinares y cols., en prensa).

¿Qué es la psicoeducación?

Psicoeducar no es únicamente explicarle al paciente durante la visita psiquiátrica en qué consiste su enfermedad y cuál es su tratamiento, actitud que por supuesto debe formar parte de la buena práctica de cualquier médico. La psicoeducación va más allá de la mera transmisión de información al paciente e incide en cambios cognitivos y conductuales derivados del conocimiento de la enfermedad, al igual que ocurre también con otras enfermedades no psiquiátricas que se benefician de tratamientos similares, como las enfermedades cardiovasculares (Linden, 2000), la diabetes (Olmsted y cols., 2002) o el asma (Durna y Ozcan, 2003). El tratamiento psicoeducativo tiene, por lo tanto, un carácter claramente preventivo y no es, en ningún caso,

válido para abordar un episodio agudo. Por esta razón debemos empezar el tratamiento psicoeducativo cuando el paciente está asintomático. Este punto no es en absoluto banal: por una parte, la presencia de sintomatología depresiva altera claramente el funcionamiento cognitivo del paciente, su capacidad de comprender y asimilar la información (Martínez-Arán y cols., en prensa) y, por tanto, de aprovechar su participación en el programa. En el otro extremo se encuentra el paciente maniaco, cuya distraibilidad, expansividad, jovialidad o irritabilidad pueden distorsionar seriamente el funcionamiento del grupo, independientemente de que su capacidad para comprender de modo correcto la información queda más que en entredicho (Martínez-Arán y cols., en prensa). Por otra parte, la motivación de los pacientes durante una fase aguda de la enfermedad puede no ser la idónea para sacar rendimiento a su participación. En el caso del paciente deprimido, el exceso de información puede llegar a sobrepasar su capacidad de afrontamiento y facilitar la rumiación y la ansiedad. Los pacientes mixtos pueden tener expectativas inadecuadas respecto a la psicoeducación –en el sentido de esperar una curación «milagrosa», ajena a los fármacos que nuestra intervención no puede, obviamente, proporcionarles– y monopolizar el grupo con sus quejas. Del mismo modo, el paciente (hipo)maniaco resultará un elemento distorsionador en cualquier trabajo en grupo.

Al revisar la bibliografía encontramos varios estudios pioneros en la psicoeducación del paciente bipolar aunque, por desgracia, las medidas de eficacia utilizadas en estas publicaciones seminales no suelen ser las más válidas. Distintos estudios (Van Gent y cols., 1988) utilizan como medida de eficacia la opinión del paciente respecto al propio tratamiento. Evidentemente, no consideramos la opinión del paciente una buena medida de eficacia, aunque sin duda es un dato interesante respecto a la factibilidad de un programa determinado. Otros estu-

dios (Peet y Harvey, 1991) miden los cambios logrados en el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad pero no miden su repercusión sobre el curso posterior, con lo que no podemos saber el valor terapéutico real de la intervención. La medida de eficacia terapéutica debe ser, como en el caso de los fármacos, algún parámetro clínico demostrable, que dé una idea exacta sobre la repercusión de determinada información en el curso de determinada enfermedad. En el tratamiento de mantenimiento de los trastornos bipolares, la mejor medida es, sin duda alguna, el número de recaídas y hospitalizaciones, más que otras medidas indirectas en forma de escalas o manifestaciones subjetivas del paciente.

¿Cómo impartir la psicoeducación?

Duración del programa

Nuestro programa de psicoeducación consta de 21 sesiones, a razón de una sesión de 90 minutos semanal. El grupo suele durar, por tanto, unos seis meses; a pesar de ello, el cumplimiento es relativamente bueno, ya que la tasa de abandonos se sitúa cerca del 25%, una cifra habitual en cualquier psicoterapia. Trabajar con un programa largo supone, además, varias ventajas, entre las cuales queremos destacar las siguientes:

Calidad de los contenidos

Un programa de seis meses permite abordar muchos temas de interés, sin dejarse en el tintero prácticamente ningún aspecto relevante ni dar ningún aspecto por sabido, error que a menudo se comete en los programas cortos.

Participación

El programa de seis meses permite una mayor participación de los pacientes, y ello contribuye decisivamente a un mejor aprendizaje de los contenidos, mejora la dinámica del grupo, probablemente disminuye el es-

tigma y la sensación de aislamiento y mejora el cumplimiento del propio tratamiento psicoeducativo.

Cohesión

Veintiuna semanas de contacto permiten, entre otras cosas, que el grupo esté fuertemente cohesionado y que los pacientes se sientan lo suficientemente confiados para hacer preguntas o comentarios que quizá no harían en otros contextos. El mero hecho de conocer a otras personas que padecen un trastorno bipolar y de poder compartir experiencias durante seis meses generalmente es muy positivo para vencer la vivencia de aislamiento y estigma que suelen padecer los pacientes bipolares, manifestada a menudo con frases como «soy un bicho raro», «nadie sufre como yo» o «nadie puede entender lo que yo he pasado».

Modelado

El contacto frecuente con los demás miembros del grupo facilita que los pacientes ejerzan entre sí un efecto de «modelado», esto es, que cada uno aprenda de los errores del otro o que incorpore a su repertorio conductas saludables de sus compañeros de grupo. En un grupo de corta duración, los pacientes difícilmente pueden llegar a este nivel de aprendizaje de pares.

Encarrilamiento

Uno de los mejores factores de buen pronóstico en el caso de los trastornos bipolares es, sin lugar a dudas, el curso previo inmediato. Es decir, el curso clínico del paciente en el último año nos ayuda a pronosticar su evolución durante el año siguiente: cuanto más tiempo lleve eutímico un paciente, menos probable es que sufra una recaída (aunque esta probabilidad nunca será cero). En este sentido, un programa largo de psicoeducación que asegure, al menos durante los seis meses que dura el tratamiento, un buen cumplimiento farmacológico, un manejo adecuado de los síntomas, unos hábitos regulares y el no

consumo de tóxicos, asegura también, en muchos casos, que un determinado paciente permanezca eutímico al menos mientras dure el tratamiento, aunque sólo sea por la frecuencia de las visitas, el compromiso con el terapeuta y los compañeros u otros factores en principio ajenos a la propia psicoeducación. Es decir, el tratamiento psicoeducativo de larga duración asegura en numerosos pacientes un «efecto de encarrilamiento», en el sentido de que, al menos durante seis meses, tendrán más probabilidades de permanecer eutímicos, lo que tendrá un efecto positivo sobre el curso de su enfermedad al menos durante el siguiente medio año.

Número y tipo de pacientes

Los grupos están formados por entre 8 y 14 pacientes bipolares eutímicos; habitualmente no dividimos a los pacientes por subtipos I o II, aunque en principio no incluimos a los pacientes con un trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar, por tratarse de un subtipo muy claramente diferenciado para el que gran parte de la información podría no resultarle útil o incluso llegar a confundirle. Intentamos que la proporción de hombres y mujeres esté equilibrada y que las edades sean homogéneas: evidentemente se acepta cierta dispersión, aunque lo más adecuado es que nunca haya un único paciente de un determinado grupo de edad, sino varios, para facilitar el modelado.

Terapeutas

El programa lo imparten dos profesionales –psicólogos o psiquiatras– con experiencia en el tratamiento de pacientes bipolares y en el manejo de grupos de pacientes. El estilo es claramente directivo, aunque a menudo se anima a los pacientes a participar con observaciones o preguntas, o compartiendo sus experiencias sobre la enfermedad.

Material y contenido

Al final de cada sesión se entrega un docu-

mento que resume los contenidos de ésta. Dichos contenidos están definidos a priori, aunque se dará mayor o menor énfasis a unos u otros dependiendo del perfil de nuestros pacientes y de sus intereses. Es importante contar con la ayuda de una pizarra durante las sesiones.

¿Cuáles son los objetivos de la psicoeducación?

El objetivo general de la psicoeducación es reducir el número de recaídas del paciente y facilitarle un mejor manejo de la enfermedad que padece. Para ello, trabajaremos especialmente el tema de la aceptación del diagnóstico, la detección precoz de nuevos episodios, el manejo de síntomas y el cumplimiento del tratamiento farmacológico. La tabla 6.1 recoge de forma detallada los objetivos de la psicoeducación.

¿Cómo podemos mejorar el cumplimiento?

Uno de los objetivos de cualquier intervención psicológica en los trastornos bipolares debe ser mejorar el cumplimiento del tratamiento psiquiátrico, dado que el mal cumplimiento terapéutico constituye un problema muy común entre los pacientes bipolares (Colom y cols., 2000), en el que el psicólogo tiene un espacio de intervención muy claro. Mejorando el cumplimiento terapéutico logramos mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos y, lo que es más importante, mejorar el curso de nuestros pacientes y reducir el riesgo autolítico (Colom y Vieta, 2002).

Los estudios sobre mejora del cumplimiento en pacientes bipolares son, hasta la fecha, algo escasos y poco contundentes: el estudio de Cochran (1984), en el que se midió la eficacia de la intervención cognitiva centrada en el cumplimiento, ofrece resultados convincentes, pero algo limitados por el reducido tamaño de la muestra (n= 28). Estudios posteriores sufren de un mal simi-

Tabla 6.1. Objetivos del tratamiento psicoeducativo para pacientes bipolares

Grupos psicoeducativos: objetivos de primer nivel

- Conciencia de enfermedad
- Detección precoz de los síntomas prodrómicos
- Cumplimiento del tratamiento

Grupos psicoeducativos: objetivos de segundo nivel

- Control del estrés
- Evitar el abuso de sustancias
- Lograr regularidad en el estilo de vida
- Prevenir la conducta suicida

Grupos psicoeducativos: objetivos de tercer nivel

- Incrementar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros
- Mejorar la actividad social e interpersonal entre episodios
- Afrontar los síntomas residuales subsindrómicos y el deterioro
- Aumentar el bienestar y mejorar la calidad de vida

lar (Scott y Tacchi, 2002). El uso de una intervención breve de carácter psicoeducativo realizada con parejas de pacientes bipolares (Clarkin, 1998) ofrece también buenos resultados sobre el nivel de cumplimiento. Nuestros propios datos (Colom y cols., 2003c) muestran cómo la psicoeducación mejora el cumplimiento de los pacientes que toman litio; las litemias a los dos años de seguimiento eran superiores y más estables en el grupo de pacientes psicoeducados (figura 6.1). A partir de estos datos, podemos afirmar que la intervención psicológica podría ser eficaz en la mejora del cumplimiento farmacológico, aunque se necesita algún estudio con muestras de mayor tamaño para poder ser más contundentes en esta aseveración.

En la práctica, la forma de mejorar el cum-

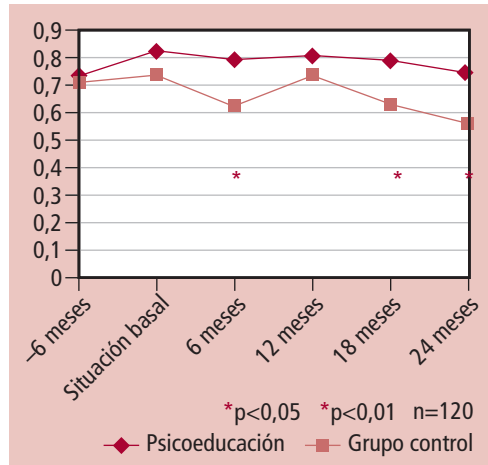


Figura 6.1. Psicoeducación y niveles séricos de litio

plimiento terapéutico en los pacientes bipolares es relativamente simple: se trata tan sólo de informar de forma amplia pero controlada a los pacientes sobre las ventajas y efectos secundarios de todas las medicaciones utilizadas en el tratamiento de las distintas fases del trastorno y de explorar sus creencias acerca de las mismas. El mal cumplimiento farmacológico de los pacientes bipolares suele estar asociado a una escasa conciencia de enfermedad, comorbilidad con el eje II (Colom y cols., 2000) y a temores irracionales respecto a la medicación –miedo a la dependencia de la toxicidad– (Morselli y cols., 2003), por lo que corregir estas creencias suele ser suficiente para mejorar el cumplimiento. Nuestro programa dedica prácticamente un tercio de sus sesiones a este punto.

Detectar pródromos

El psicólogo clínico tiene una función clara y definida en el tratamiento de los pacientes bipolares, y especialmente cuando el paciente está eutímico, siendo el más importante de los objetivos de su intervención la prevención de recaídas. Para lograr una mejor prevención de recaídas es esencial la mejora del cumplimiento terapéutico, pero

otro aspecto tanto o más fundamental es enseñar al paciente a detectar precozmente sus recaídas para permitir una pronta intervención. En este apartado, existen datos muy sólidos, con estudios con una muestra suficiente, tratamientos altamente estructurados y diseños caracterizados por una metodología muy rigurosa. Quizás el mejor estudio sobre intervención psicológica individual en trastornos bipolares sea el de Perry y cols. (1999): el tipo de intervención utilizado comprendía un número variable de sesiones (entre siete y doce) en las que el terapeuta, con un abordaje claramente psicoeducativo, ayudaba al paciente a identificar cuáles eran sus señales de recaída más habituales. Los resultados indican que los pacientes del grupo de tratamiento (n= 34) tardaban más tiempo en presentar una recaída maniaca y, al final del seguimiento, presentaban menos recaídas maníacas que el grupo control (n= 35). No parecía haber efecto alguno de prevención de los episodios depresivos. Nuestro grupo (Colom y cols., 2003a), en el marco de un programa psicoeducativo que explicaremos posteriormente, llevó a cabo una intervención en grupo destinada a mejorar la identificación de las señales de recaída. Los resultados a los dos años de seguimiento eran positivos para el grupo de tratamiento (n= 60) en comparación con el grupo control de intervención no estructurada (n= 60): los pacientes tratados presentaban un número significativamente menor de episodios de manía/hipomanía, mixtos y depresivos, y una mayor duración de los periodos de eutimia previos a la primera recaída tras el tratamiento psicológico. Dado que nuestra intervención no se centraba únicamente en la detección de pródromos, sino que también abordaba aspectos de cumplimiento y regularidad de hábitos, a partir de nuestros datos no podemos afirmar de forma concluyente que la detección de pródromos sea eficaz. Para afinar en este sentido y separar el peso de cada intervención, diseñamos un estudio similar al descrito utilizando como

muestra una población de bipolares con probado buen cumplimiento, para poder afirmar que, de existir alguna mejora clínica tras el tratamiento, ésta no sería atribuible a la mejora del cumplimiento. Los resultados (Colom y cols., 2003b) fueron también positivos. Los 25 pacientes bipolares tipo I incluidos en el grupo de tratamiento tuvieron un curso significativamente mejor que los 25 pacientes bipolares tipo I incluidos en el grupo control, que recibían únicamente un tratamiento no estructurado. Dado que estos pacientes eran todos buenos cumplidores, descartamos que dicha mejora estuviera relacionada con un cambio en los hábitos de cumplimiento: el factor que mejoraba el curso de los pacientes tratados era, básicamente, su capacidad superior para detectar las señales de recaída de forma precoz.

Existen, por lo tanto, dos estudios de alta calidad que demuestran la eficacia de intervención psicológica en detección de pródromos (Perry y cols., 1999; Colom y cols., 2003b) como intervención exclusiva y uno (Colom y cols., 2003a) que señala su eficacia como parte de un programa más amplio de psicoeducación.

Psicoeducación de las familias de pacientes bipolares

La familia de nuestro paciente bipolar suele tener un papel crucial tanto en el cumplimiento terapéutico como en el manejo de síntomas y la conciencia de enfermedad. Por tanto, completar la psicoeducación de nuestros pacientes con la psicoeducación de sus familias es una forma idónea de asegurar que los cambios conductuales que deben derivarse de la psicoeducación no se verán impedidos, sino facilitados, por el entorno del paciente. Resulta evidente que la enfermedad del paciente y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente. La importancia del estrés ambiental en la evolución del trastorno bipolar, la carga experimenta-

da por los familiares que conviven con el paciente y la demanda de las familias de recibir más información sobre el trastorno y las estrategias para afrontarlo son algunas de las razones que fundamentan la introducción de intervenciones psicoeducativas centradas en la familia del paciente bipolar (Reinares y cols., 2002a). Hasta la fecha, diversos estudios sugieren que la intervención familiar junto al tratamiento farmacológico constituye un recurso eficaz para mejorar la evolución de los pacientes bipolares. La intervención familiar de tipo psicoeducativo pretende dotar a las familias de una serie de conocimientos que permitan mejorar su comprensión sobre la enfermedad, así como facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas, mejorando las estrategias de afrontamiento ante el trastorno (Reinares y cols., 2002b).

Algunos trabajos han señalado el efecto de la intervención familiar sobre la reducción del número de recaídas (Miklowitz y Goldstein, 1990; Miklowitz y cols., 2000) o de ingresos (Davenport, 1977). Sin duda alguna, es el estudio de Miklowitz y cols. (2000) el que más destaca por su rigor metodológico: pacientes bipolares, tras un episodio agudo, fueron aleatoriamente asignados a una intervención familiar (n= 31) consistente en psicoeducación, entrenamiento en habilidades de comunicación y entrenamiento en resolución de problemas o al tratamiento habitual con dos sesiones educativas (n= 70). Los resultados sugieren que la intervención familiar permite reducir el número de recaídas y mejora la sintomatología depresiva, aunque no la maníaca. Los cambios más sustanciales se obtuvieron en familias de alta emoción expresada. También se ha señalado la eficacia de la intervención familiar sobre la mejoría de la sintomatología y del funcionamiento sociolaboral de los pacientes (Clarkin y cols., 1990; Glick y cols., 1993), así como su influencia en la mejora del funcionamiento global y del cumplimiento terapéutico de los pacientes (Clarkin y cols., 1998); esta úl-

tima podría estar relacionada con la actitud de los familiares hacia la farmacoterapia durante la intervención (Clarkin y cols., 1990). Los estudios mencionados sugieren la influencia positiva de la intervención familiar sobre el curso de los pacientes bipolares; no obstante, dichos estudios todavía resultan escasos y presentan múltiples carencias metodológicas, como el tamaño reducido de las muestras y su heterogeneidad, la escasa duración de los periodos de seguimiento y la ausencia de control sobre determinadas variables (comorbilidad, patología de los familiares, acontecimientos vitales, tratamiento farmacológico) que podrían condicionar la evolución de los pacientes. El estado sintomático de los pacientes es muy variable entre los diferentes estudios, aunque la mayoría de ellos se centran en pacientes recientemente hospitalizados. Asimismo, también resulta muy diverso el número de sesiones que constituyen cada intervención. Para poder generalizar los resultados obtenidos sería fundamental aumentar el número de estudios de mayor rigor metodológico y evaluar con mayor precisión no sólo el tipo de intervención que resulta más eficaz, sino también cuáles son las variables sobre las que conviene incidir para lograr el efecto deseado.

Apunte final

Ya no hay excusas: debemos incorporar la psicoeducación al tratamiento habitual de mantenimiento de nuestros pacientes bipolares. Es un método barato, sencillo, eficaz y bien tolerado de mejorar el curso de la enfermedad y de evitar ingresos. Esperamos que el presente capítulo facilite la progresiva incorporación de la psicoeducación en su práctica diaria. ■

Bibliografía

- Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Psychother Psy-*

Anexo. Sesiones del programa psicoeducativo para el trastorno bipolar de Barcelona

1. Introducción
2. ¿Qué es la enfermedad bipolar?
3. Factores etiológicos y desencadenantes
4. Síntomas (I): manía e hipomanía
5. Síntomas (II): depresión y episodios mixtos
6. Curso y pronóstico
7. Tratamiento (I): estabilizadores del estado de ánimo
8. Tratamiento (II): antimaniacos
9. Tratamiento (III): antidepresivos
10. Niveles plasmáticos: litio, carbamazepina y valproato
11. Embarazo y consejo genético
12. Psicofarmacología frente a terapias alternativas
13. Riesgos asociados al abandono del tratamiento
14. Sustancias psicoactivas: riesgos en la enfermedad bipolar
15. Detección precoz de los episodios maniacos e hipomaniacos
16. Detección precoz de los episodios depresivos y mixtos
17. ¿Qué hacer cuando se detecta una nueva fase?
18. Regularidad
19. Técnicas para el control del estrés
20. Estrategias de solución de problemas
21. Sesión final

chosom *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 247-252.

- Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, Wilner P, Glick I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 531-533.
- Clarkin JF, Glick ID, Haas GL, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V. A randomized clinical trial of inpatient family intervention: V. Results for affective disorders. *J Affect Disord* 1990; 18: 17-28.
- Cochran SD. Preventing medical noncompliance in outpatient treatment of bipolar disorders. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52: 873-878.
- Colom F, Vieta E. Psychotherapy in bipolar disorders. Evidence update. *Bipolar Disord* (en prensa).
- Colom F, Vieta E (eds. invitados). Non-adherence in psychiatric disorders: misbehavior or clinical feature? *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105(3): 161-163.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Jorquera A, Gastó C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychother Psychosom* 1998; 67: 3-9.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical factors associated to treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 549-554.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon G, Corominas J. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003a; 60: 402-407.
- Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Arán A, Sánchez-Moreno J, Torrent C. Group psychoeducation enhances serum lithium levels stability. *Bipolar Disord* 2003c; 5 Supl: 40.
- Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Arán A, Torrent C, Goikolea JM, Gastó C. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry* 2003b; 64: 1.101-1.105.
- Davenport YB, Ebert MH, Adland ML, Goodwin FK. Couple group therapy as an adjunct to lithium maintenance of the manic patient. *Am J*

- Orthopsychiatry 1977; 47: 495-502.
- Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *J Affect Disord* 2001; 67: 147-158.
 - Durna Z, Ozcan S. Evaluation of self-management education for asthmatic patients. *J Asthma* 2003; 40: 631-643.
 - Frank E, Swartz HA, Mallinger AG, Thase ME, We-aver EV, Kupfer DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 579-587.
 - Glick ID, Clarkin JF, Haas GL, Spencer JH. Clinical significance of inpatient family intervention: conclusions from a clinical trial. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44: 869-873.
 - Goodwin F, en nombre de la British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating recommendations from British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2003; 17: 149-173.
 - Honig A, Hofman A, Hilwig M, Noorthoorn E, Ponds R. Psychoeducation and expressed emotion in bipolar disorder, preliminary findings. *Psychiatry Res* 1995; 56: 299-301.
 - Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research* 1997; 72: 17-22.
 - Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright JA, Wright K, Kerr N, Parr-Davis G, Sham P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. Outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 145-152.
 - Linden W. Psychological treatments in cardiac rehabilitation: review of rationales and outcomes. *J Psychosom Res* 2000; 48: 443-454.
 - Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Benabarre A, Góikolea JM, Comes M, Salamero M. Cognitive function across with (hypo)manic, depressed, and euthymic states in bipolar disorders. *Am J Psychiatry* (en prensa).
 - Miklowitz DJ, Goldstein MJ. Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behav Modif* 1990; 14: 457-489.
 - Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 225-231.
 - Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, Suddath R. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 582-592.
 - Mino Y, Shimodera Sh, Inoue Sh, Fujita H, Tanaka Sh, Kanazawa S. Expressed emotion of families and the course of mood disorders: a cohort study in Japan. *J Affect Disord* 2001; 63: 43-49.
 - Morselli PL, Elgie R, GAMIAN-Europe. GAMIAN-Europe/BEAM survey I –global analysis of a patient questionnaire circulated to 3,450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disord* 2003; 5: 265-278.
 - Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC, Lawson ML, Rodin G. The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 230-239.
 - Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: I. A standard education program for patients. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 197-200.
 - Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E, Rosenheck R. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 56-62.
 - Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey PH. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 31-37.
 - Perry A, TARRIER N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999; 318: 149-153.
 - Priebe S, Wildgrube C, Müller-Oerlinghausen B. Lithium prophylaxis and expressed emotion. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 396-399.
 - Reinares M, Colom F, Martínez-Arán A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychother Psychosom* 2002a; 71: 2-10.
 - Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A,

- Torrent C, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Sánchez-Moreno. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom* (en prensa).
- Reinares M, Vieta E, Colom F, Torrent C, Comes M, Benabarre A, Goikolea JM, Corbella B. Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002b; 29(2): 97-105.
 - Scott J, Tacchi MJ. A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non-adherent with lithium prophylaxis. *Bipolar Disord* 2002; 4: 386-392.
 - Van Gent EM, Vida SL, Zwart FM. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatr Belg* 1988; 88: 405-418.
 - Vieta E. *Novedades en el tratamiento de los trastornos bipolares*. Madrid: Panamericana, 2003.
 - Vieta E, Colom F. *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid: Panamericana, 2003.

CASO CLÍNICO

Paciente de 31 años con historia de trastorno bipolar de tipo I de 12 años de evolución que, tras presentar varios episodios mixtos y depresivos durante los tres últimos años, consigue estabilizarse con la siguiente pauta: carbonato de litio 1.000 mg/d, oxcarbacepina 900 mg/d y lorazepam 1 mg/d. Tras seis meses eutímico, el paciente refiere que en las últimas semanas ha notado que empieza a sufrir «ansiedad» y que está ensayando distintas técnicas para combatirla (ir al gimnasio a diario, hacer sauna...). La familia explica que «tanta medicación podría atontarle». Durante la entrevista el paciente se muestra claramente disfórico e irritable, presenta un temblor distal claramente visible y dice «ver las cosas como con niebla». Finalmente, admite que no está tomando «la medicación para la epilepsia, porque nunca he tenido ataques epilépticos». ■