

Trastorno bipolar: ayudando al tratamiento

M. A. Pino Pino^a, P. Álvarez Mas^b, L. Livianos Aldana^c y L. Rojo Moreno^c

^aPsiquiatra adjunto del Servicio de Psiquiatría. ^bPsicólogo Interno Residente. ^cProfesor titular de psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Bipolar disorder: helping the treatment

Resumen

Introducción. Los programas psicoeducativos para pacientes bipolares intentan aportar un sistema teórico y práctico para comprender y afrontar las consecuencias de este trastorno. Los estudios revisados apoyan que los pacientes incluidos en este tipo de terapias presentan unas tasas de adherencia al tratamiento más elevadas.

Metodología. La finalidad de este estudio es poder objetivar el beneficio de los programas psicoeducativos, comparando el grado de conocimiento de la enfermedad (medido mediante el Cuestionario de Comprensión de los Trastornos del Humor de Gavazzi et al, 1997, versión en español de Livianos y Rojo, 1998) de los 10 pacientes incluidos en nuestro programa, con 10 pacientes que aunque son seguidos en la misma Unidad de Lítio, no están incluidos en nuestro programa psicoeducativo.

Resultados. Se observa una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación total de la escala, así como en las subescalas de manía y de hechos conocidos. No hay diferencia significativa en las puntuaciones obtenidas en la subescala de depresión.

Conclusiones. Los resultados obtenidos muestran la importancia de los programas psicoeducativos en el conocimiento de la enfermedad de los pacientes.

Palabras clave: trastorno bipolar, programas psicoeducativos, psicoterapia, conocimiento de la enfermedad.

Summary

Introduction. Psychoeducation programs for bipolar patients try to give them a theoretical and practical system to understand and cope with the consequences of this disorder. The published studies reviewed support the idea that patients included in this therapeutic approach present higher treatment compliance.

Methodology. The purpose of our study is to specify the benefits of the psychoeducation programs, comparing the degree of knowledge of the illness (Measured by means of the Understanding Mood Disorder Questionnaire Gavazzi et al, 1997, Spanish version of Livianos and Rojo, 1998) of 10 patients included in our program with that of another 10 patients who attended the same lithium clinic, but were not included in the psychoeducation program.

Results. There are statistically significant differences in the total of the scale as well as on the mania scale and «known facts», but no differences on the depression scale.

Conclusion. The results allow us to stress the impact of the psychoeducation programs on the knowledge of illness.

Key words: bipolar disorder, psychoeducation programs, psychotherapy, knowledge the illness.

INTRODUCCIÓN

Los factores psicosociales ejercen una influencia notable en el curso del trastorno bipolar, y en la calidad de vida que los pacientes y los familiares inmediatos pueden desarrollar a partir del diagnóstico de la enfermedad. Los

programas psicoeducativos intentan aportar al enfermo y la familia un sistema teórico y práctico para comprender y afrontar las consecuencias de este trastorno, colaborando activamente con el terapeuta en el tratamiento. Una de las causas que influye más negativamente en la evolución de la enfermedad es la baja cumplimentación del tratamiento profiláctico. Entre el 25% y el 50% de los pacientes bipolares que reciben tratamiento psicofarmacológico no cumplen con el régimen terapéutico¹.

Peet y Harvey² efectuaron una evaluación entre 60 pacientes que acudían a una clínica de lítio. Aquellos que participaron en un programa educacional no sólo mejoraron en sus conocimientos del trastorno sino que ade-

CORRESPONDENCIA:

M.ª A. Pino Pino.
Unidad de Psiquiatría.
Hospital Universitario La Fe.
Avda. Campanar.
46007 Valencia.

más desarrollaron actitudes positivas hacia el tratamiento, que se tradujo en tasas de adherencia terapéutica más elevadas. En otro trabajo realizado por Shakir et al³, en el que aplicaron psicoterapia de grupo a 15 bipolares, observaron cambios en el funcionamiento del paciente tras 2 años de inicio del tratamiento. Antes de la terapia, los pacientes cumplimentaban mal el tratamiento, sufriendo varios ingresos hospitalarios, en los que la estancia media era de 16 semanas, y sólo 5 tenían un empleo regular. A los 2 años mejoró el cumplimiento terapéutico, los niveles plasmáticos de litio se estabilizaban y 10 de los pacientes tenían trabajo estable.

Dentro del marco de la psicoterapia cognitivo-conductual Basco y Rush⁴ han propuesto un programa terapéutico para pacientes bipolares. Los objetivos generales de este programa son los siguientes:

1. Educar a los pacientes y personas significativas para ellos acerca del trastorno bipolar, el tratamiento y las dificultades que se suelen asociar con esta patología, comprometiéndolos como participantes activos en el manejo de la enfermedad.

2. Enseñar a los pacientes a supervisar la ocurrencia, severidad y curso de los síntomas maníacos y depresivos, con la finalidad de que obtengan la capacidad para identificar tempranamente los síntomas para poder evitar futuras recaídas.

3. Facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico.

4. Enseñar a los pacientes estrategias no farmacológicas, específicamente habilidades cognitivo-conductuales para hacer frente a los problemas cognitivos, afectivos y conductuales asociados con los síntomas maníacos y depresivos.

5. Ayudar a prevenir y resolver estresores psicosociales.

El primer paso del programa de Basco y Rush consiste en proporcionar al paciente y a los familiares información sobre la definición y etiología del trastorno bipolar, a través de una discusión acerca de cómo se define el diagnóstico, proporcionando ejemplos de los síntomas y comparándolo con experiencias narradas por el propio paciente.

A continuación se entrena a los pacientes en la detección temprana y etiquetaje de síntomas, a través de los siguientes métodos: representación gráfica del curso de su vida, hoja de resumen de síntomas y representaciones gráficas del estado de ánimo.

Para abordar el tercer bloque del plan terapéutico, la adherencia al tratamiento, se deben identificar los obstáculos que dificultan el cumplimiento del tratamiento (variables interpersonales, variables del tratamiento, variables sociales, variables intrapersonales y variables cognitivas), evaluando las actitudes y creencias del paciente respecto a su diagnóstico y a la medicación. Se utilizarán técnicas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, análisis de costes y beneficios o educación para eliminar los obstáculos encontrados.

En cuarto lugar, a través de la reestructuración cognitiva se abordan los cambios cognitivos que se dan en los

episodios de depresión, hipomanía y manía. En el plano de lo conductual es importante dotar a los pacientes con trastorno bipolar de estrategias que les permitan planificar adecuadamente sus actividades. De un modo más específico, para abordar las consecuencias conductuales de la depresión se utilizan los programas de actividades placenteras; y para las de la manía se enseña a los pacientes a fijar metas como una técnica para poner límites y organizar su actividad, antes de que ésta alcance límites patológicos. También es muy importante normalizar el sueño, para ello se plantean estrategias no farmacológicas, entre las que están los ejercicios de relajación, que además de ser útiles para esta finalidad también lo son en otros momentos para ayudar a manejar situaciones estresantes. Por otra parte también hay que prestar atención y trabajar las conductas agresivas, el abuso de tóxicos y el gasto excesivo de dinero.

El quinto, y último, bloque del plan terapéutico está dedicado a la disminución de los estresores psicosociales. Se entrena a los pacientes en resolución de problemas, habilidades sociales y técnicas de afrontamiento de estrés.

Los tres primeros objetivos aparecen en programas psicoeducativos como los que se presentan en estudios como el ya señalado de Peet y Harvey²; mientras que los dos últimos son más específicos de los abordajes psicoterapéuticos. Hay que tener en cuenta en este sentido, que las psicoterapias están más centradas en la modificación de hábitos perjudiciales para el paciente y enseñanza de estrategias que permitan al paciente introducir cambios en su estilo de vida, por ejemplo la resolución de problemas. En los programas psicoeducativos la atención está centrada en proporcionar información sobre la enfermedad, la medicación y sus efectos secundarios, clarificar concepciones erróneas, etc.

En el trabajo que presentamos no se pone límite en el número de sesiones, nuestro objetivo además de conocer la enfermedad, es dotar al paciente de recursos con los que manejarse ante la misma, pudiendo ser parte activa en la prevención primaria y secundaria de los síntomas y consecuencias que pudieran tener, instaurando, si fuese necesario, hábitos de vida saludables, mantenimiento adecuado de los ritmos de sueño-vigilia, alimentación y actividades, erradicación del consumo de drogas, sobre todo en pacientes jóvenes.

Los aspectos susceptibles de tratamiento psicoterapéutico en el trastorno bipolar, según el grupo de trabajo de la Asociación Americana de Psiquiatría⁵ son:

1. Consecuencias emocionales de un episodio o del diagnóstico de trastorno mental crónico.
2. Problemas de desarrollo derivados de episodios pasados.
3. Problemas asociados con la estigmatización.
4. Problemas de regulación de la autoestima.
5. Miedo a la recurrencia con la consiguiente inhibición de un funcionamiento psicosocial normal.
6. Dificultades interpersonales.
7. Problemas familiares.
8. Problemas académicos y laborales.

9. Otros problemas legales y sociales.

Sin embargo, en nuestro grupo de trabajo los objetivos trazados para el programa psicoeducativo fueron modificados en la forma, aunque sustancialmente se mantienen las líneas generales de otros programas similares. Los objetivos son:

1. Información sobre el trastorno bipolar en todos sus aspectos, aportando el material necesario para que los pacientes y sus familiares conozcan la enfermedad y su manejo.

2. Apoyo tanto a la familia como a los pacientes durante la evolución de su enfermedad, con discusión de problemas mediante sesiones abiertas.

3. Instrucción y adiestramiento sobre la realización de su propio seguimiento, mediante el gráfico vital, ayudando a adquirir un mayor grado de conciencia de enfermedad.

4. Sesiones de técnicas de psicoterapia más específicas, como: a) inicio a la relajación, con entrenamiento en respiración lenta, etc.; b) técnicas de afrontamiento al estrés; c) técnicas de resolución de problemas, y d) técnicas o curso de autoestima, en algunas situaciones especiales.

Las sesiones se realizan una vez al mes; en este momento están adscritos 12 pacientes.

La finalidad de este estudio es poder objetivar el beneficio de los programas psicoeducativos, comparando el grado de conocimiento de la enfermedad de los pacientes incluidos en nuestro programa, con aquellos pacientes que aunque son seguidos en la misma Unidad de Lítio no están incluidos en nuestro programa psicoeducativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desarrollo de objetivos del programa psicoeducativo

Información sobre la enfermedad

Para dar la mayor información y que ésta fuera lo más asequible posible a todos los niveles culturales, se distribuyó material sobre la psicopatología del trastorno bipolar. Este material forma parte de un folleto, actualmente publicado y de carácter divulgativo, orientado hacia enfermos bipolares y familiares, con el que intentamos dar a conocer qué es el trastorno bipolar⁶.

El uso de la negación lleva al paciente a no aceptar la realidad de la enfermedad, no aceptar la necesidad de un tratamiento e ignorar los signos prodrómicos de recurrencia⁷. La máxima información que se pueda dar a los pacientes favorece la desaparición del mecanismo de negación, facilitando el cumplimiento terapéutico.

La guía diseñada por nuestro equipo intenta informar al paciente y a su familia de una forma sencilla y breve, hablando de los síntomas y de la evolución de la enfer-

medad, de las pruebas que son útiles o no para su diagnóstico, de las teorías que intentan explicar por qué aparece y de todos los tratamientos que están a nuestro alcance.

Los apartados de la guía práctica son:

- ¿Qué es el trastorno bipolar?
- ¿Cómo se manifiesta el trastorno bipolar?
- ¿Son frecuentes los trastornos bipolares?
- ¿Cuáles son las causas del trastorno bipolar?
- ¿Cómo se reconoce el trastorno bipolar?
- ¿Cómo evolucionan los trastornos bipolares?
- ¿Cómo se tratan los trastornos bipolares?
- Preguntas más frecuentes (estas preguntas fueron realizadas por los pacientes a lo largo de diferentes entrevistas y sesiones de psicoeducativos mantenidas en nuestra unidad).
- ¿Dónde lograr ayuda? ¿Dónde lograr más información?

Apoyo a la familia y a los pacientes durante la evolución de su enfermedad

Mediante la discusión de problemas en sesiones abiertas se intenta desestigmatizar la enfermedad mental; erradicando, así mismo, ideas erróneas de sentimientos de culpa que aparecen acerca de la etiología del trastorno⁸. Al hablar con naturalidad y ser conversaciones espontáneas entre terapeuta y paciente o entre ellos mismos, facilita la comunicación y mejora la empatía del enfermo con su entorno. Además, se proporcionan apoyo entre ellos mismos, intercambiando experiencias, viendo que hay más personas con sus mismos problemas. Es importante comparar el trastorno bipolar con otras enfermedades crónicas orgánicas, estableciendo paralelismos entre ambas, para descargarla de connotaciones peyorativas y desestigmatizar la enfermedad.

Es en este tipo de sesiones donde suelen surgir problemas relacionados con los hábitos más comunes y donde se puede promover su modificación; como son el mantenimiento de un ciclo de sueño-vigilia adecuado, evitar el consumo de drogas, problemas relacionados con efectos secundarios de la medicación o con medicaciones asociadas.

El abuso de alcohol y drogas se ha asociado a un peor pronóstico⁹, diferentes autores han estudiado la relación entre trastorno bipolar y toxicomanías, relacionándolo con desencadenamiento de recaídas, ciclación rápida, peor respuesta al tratamiento, mal cumplimiento del mismo, e incluso aumento de la conducta suicida⁸.

Así mismo, se necesita prevenir las complicaciones de la enfermedad. La psicoterapia desempeña un papel muy importante en la prevención del riesgo de suicidio, la mayor relación con el terapeuta y la mayor periodicidad de las sesiones facilita la identificación del síntoma. Las consecuencias socio-laborales, sobre todo de los episodios maníacos, pueden verse mitigadas gracias a un conocimiento exhaustivo de la enfermedad, el paciente adiestrado puede reconocer el inicio de una fase y dele-

gar en familiares o personas de su confianza decisiones económicas o afectivas importantes para su vida.

Todo esto conlleva un funcionamiento interpersonal más adecuado, y facilita la comprensión y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de los episodios pasados y prevenir las de los futuros.

Instrucción y adiestramiento sobre el gráfico vital (Life chart methodology¹⁰)

El entrenamiento se realiza sobre el gráfico vital auto-administrado prospectivo y retrospectivo. Los formularios prospectivo y retrospectivo son secciones diferenciadas y completas en sí mismas; pero ambas utilizan la misma técnica. La diferencia radica en que las puntuaciones del gráfico vital retrospectivo se puntúa por meses y años, y en tres niveles de severidad; mientras que el gráfico vital prospectivo se realiza diariamente, y con cuatro niveles de severidad. El nivel moderado se divide en moderado bajo y moderado alto, ya que las puntuaciones diarias permiten una apreciación más fina de grados de mejoría o empeoramiento.

El gráfico vital es una forma de realizar un resumen rápido, del curso pasado y actual de la enfermedad, de los episodios maníacos y depresivos que ha sufrido el paciente, las hospitalizaciones que ha experimentado, la medicación que haya tomado, y las cosas importantes que le han sucedido en el transcurso de su vida.

El elaborar el gráfico vital prospectivo puede servir como sistema personal de aviso precoz, alertando al paciente de algún signo de empeoramiento de la enfermedad. Este sistema puede ayudar a intervenir tempranamente, antes de que los síntomas estén fuera de control, haciendo las modificaciones oportunas en el tratamiento, y pueda ser prevenida la recaída total del episodio. Los signos de aviso precoz de un episodio que se avecina son a menudo ignorados, posiblemente con la esperanza de que las cosas van a ir bien por sí mismas, o simplemente no son reconocidos, especialmente los síntomas de los episodios maníacos. El compartir la lista de síntomas y el gráfico vital con alguna persona del entorno habitual, tal como familiares, permite reconocer la aparición de algunos de sus síntomas típicos maníacos o depresivos.

Anotando las puntuaciones prospectivas diarias se crea un gráfico continuo de la enfermedad, con el enorme beneficio que da una detallada y segura imagen del trastorno, la respuesta a los tratamientos y la relación con agentes estresantes. Esto puede ser de gran ayuda tanto para el paciente como para el terapeuta, para la comprobación de la efectividad de los tratamientos y mantenimiento o cambio de éste de forma consecuente. Además, ayuda a adquirir un mayor grado de conciencia de enfermedad.

Beneficios del gráfico vital para pacientes con trastorno bipolar¹⁰:

1. Documentación del curso pasado de la enfermedad:

- a) Evalúa respuestas parciales a los tratamientos.
 - b) Mantiene una continuidad entre las valoraciones prospectivas y retrospectivas.
 - c) Identifica los factores precipitantes psicosociales.
 - d) Identifica modelos de tolerancia.
 - e) Identifica los cambios maníacos o aceleración de los ciclos relacionados con el tratamiento antidepresivo.
2. Alianza con el paciente como asociado activo:
- a) Dirige los futuros ensayos clínicos (ensayos secuenciales).
 - b) Provee la oportunidad para la educación.
 - c) Enfoca la psicoterapia.
 - d) Aumenta la cumplimentación de los tratamientos.
 - e) Desarrolla los signos de alerta precoz.
 - f) Medicaliza la enfermedad.
 - g) Quita los estigmas de la enfermedad.
 - h) Provee una historia clínica portátil.
 - i) Facilita las consultas.
3. Implicaciones para la investigación clínica:
- a) Permite las valoraciones uniformes, sistemáticas, longitudinales a través de pacientes.
 - b) Permite la evaluación de detalles de la respuesta al tratamiento.
 - c) Provee la posibilidad de encuadrar la severidad, duración y características de los trastornos afectivos.
 - d) Permite la cuantificación de las variables de la enfermedad en puntuaciones diarias prospectivas.
 - e) Provee una estructura precisa de la enfermedad, asequible para las definiciones subsiguientes de los estados de malestar y bienestar.

Sesiones de técnicas de psicoterapia más específicas

Las más utilizadas por nosotros son: a) inicio a la relación, con entrenamiento en respiración lenta, etc.; b) técnicas de afrontamiento al estrés; c) técnicas de resolución de problemas, y d) técnicas o curso de autoestima en algunas situaciones especiales.

Mediante la aportación de estas técnicas se intenta mantener los límites umbrales de estrés soportados por los pacientes. Según la teoría de la vulnerabilidad, los eventos estresantes modifican el umbral del nivel de estrés soportable para la persona, ajustándose a los modelos de *kindling* y sensibilización¹¹, lo que podría traducirse en una nueva recaída.

Pacientes

La muestra la constituyen 10 pacientes integrados en el programa psicoeducativo de la Clínica de Litio de nuestro hospital, y 10 pacientes también controlados por la misma Unidad, pero que no están integrados en dicho programa, apareados con respecto al sexo.

En cuanto a la descripción de la muestra, de los 10 pacientes incluidos en el programa de psicoeducativos (casos), 5 eran mujeres y 5 eran hombres; las edades estaban

TABLA 1. Estadísticos de grupo

	<i>Estatus de caso-control</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Error típico de la media</i>
Síntomas de depresión	Control	10	8,40	2,76	0,87
	Caso	10	9,70	2,75	0,87
Síntomas de manía	Control	10	4,80	2,15	0,68
	Caso	10	7,50	0,85	0,27
Hechos conocidos	Control	10	12,80	3,77	1,19
	Caso	10	16,90	1,66	0,53
Puntuación total	Control	10	26,00	5,64	1,78
	Caso	10	34,10	4,01	1,27

comprendidas entre los 27 y los 44 años con una media de $34 \pm 7,56$; 7 eran solteros, 2 casados y 1 separado. De los 10 pacientes no incluidos en el programa (controles), 5 eran mujeres y 5 eran hombres, las edades estaban entre los 24 y los 57 años con una media de $40,9 \pm 10,03$; 4 eran solteros, 5 eran casados y 1 era separado.

Instrumento de valoración

El cuestionario aplicado en este estudio es el Cuestionario de Comprensión de los Trastornos del Humor de Gavazzy¹². El cuestionario consta de tres partes independientes. En la primera se valora el conocimiento que tienen los pacientes sobre el episodio depresivo, se exponen 13 síntomas depresivos. Se valora con 1 punto los síntomas señalados y con 0 puntos los no señalados. En la segunda parte se evalúa el conocimiento de síntomas maníacos y consta de 8 ítems que se puntúan de la misma forma que en el caso anterior. En la tercera parte se exponen 20 afirmaciones sobre los conocimientos básicos del trastorno bipolar. Se valora con 1 punto los aciertos y con 0 puntos los fallos realizados.

El método estadístico utilizado es la diferencia de medias para muestras independientes.

RESULTADOS

En la parte del test que valora los conocimientos sobre la sintomatología depresiva las puntuaciones obtenidas por los pacientes integrados en el programa psicoeducativo oscilaron entre 13 y 6 puntos (máximo 13 puntos), siendo la media de $9,7 \pm 2,75$. Los pacientes no integrados en el programa también obtuvieron una puntuación entre 13 y 6, siendo la media de éstos de $8,4 \pm 2,76$ (tabla 1).

En los ítems que valoran los conocimientos sobre la sintomatología maníaca las puntuaciones obtenidas por los pacientes incluidos en el programa psicoeducativo oscilaron entre 8 y 6 puntos (máximo 8 puntos), siendo la media de $7,5 \pm 0,85$. Los pacientes no incluidos en el

programa obtuvieron unas puntuaciones entre 7 y 1, siendo la media de $4,8 \pm 2,15$ (tabla 1).

En la parte del test que valora los hechos conocidos del trastorno bipolar mediante un cuestionario de 20 preguntas cerradas, las puntuaciones obtenidas por los pacientes incluidos en el programa psicoeducativo oscilaron entre 19 y 14 puntos (máximo 20 puntos), la media fue de $16,9 \pm 1,66$. Los pacientes no incluidos en el programa obtuvieron unas puntuaciones entre 19 y 11 puntos, siendo la media de $12,8 \pm 3,77$ (tabla 1).

Si comparamos las puntuaciones totales del test, entre los pacientes que acuden al psicoeducativo se obtuvieron puntuaciones entre 28 y 40 puntos, siendo la media de $34,1 \pm 4,01$. Mientras que entre los pacientes que no han sido incluidos fue entre 15 y 33 puntos con una media de $26 \pm 5,64$ (tabla 1).

Observando las puntuaciones totales, la prueba de Levene para igualdad de varianzas permite asumir varianzas iguales, siendo la diferencia de medias de $-8,10$; el intervalo de confianza del 95% $-12,70$ a $-3,50$. La significación es $p < 0,002$.

Desglosando las puntuaciones para los síntomas de depresión observamos que la diferencia de medias es de $-1,30$ con un intervalo de confianza del 95% de $-3,89$ a $1,29$, la p resultante es igual a $0,305$ (tabla 2).

En las puntuaciones de los síntomas de la manía la diferencia de medias es de $-2,70$ con un intervalo de confianza del 95% de $-4,24$ a $-1,16$, y con una p resultante igual a $0,02$ (tabla 2).

En las puntuaciones de hechos conocidos debemos asumir varianzas desiguales, la diferencia de medias es de $-4,10$, el intervalo de confianza del 95% entre $-6,93$ a $-1,27$, con una p igual a $0,008$ (tabla 2).

CONCLUSIONES

Nuestro trabajo se centra en el estudio y objetivación del conocimiento adquirido por los pacientes bipolares sobre su enfermedad.

Es llamativo que existe menos diferencia entre las muestras cuando se valora el conocimiento de la sinto-

TABLA 2. Prueba de muestras independientes

	Prueba T para la igualdad de medias	gl	Significación bilateral	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	t				Inferior	Superior
Síntomas de depresión	-1,056	18	0,305	-1,30	-3,89	1,29
Síntomas de manía	-3,693	18	0,002	-2,70	-4,24	-1,16
Hechos conocidos*	-3,150	12,384	0,008	-4,10	-6,93	-1,27
Puntuación total	-3,702	18	0,002	-8,10	-12,70	-3,50

* Se asumen varianzas desiguales.

matología depresiva. Una de las razones puede deberse al mayor conocimiento de la población general de la depresión que de cualquier enfermedad mental; así como que, posiblemente al ser mayor la edad de los controles tienen experiencia sobre la enfermedad a medida que han tenido más fases.

Sin embargo, sí existe diferencia cuando la comparación es entre los aspectos más específicos de la enfermedad.

Perry et al¹³ señalan que la inclusión de pacientes bipolares en un grupo psicoeducativo reduce el número de recaídas de episodios maníacos y mejora el funcionamiento social y laboral. En el modelo psicoeducativo que hemos seguido se informa y explica el trastorno bipolar, además de intentar educar en la salud, para promover una mayor concienciación sobre la enfermedad y motivación para el tratamiento, con el deseo de que esto revierta en una mayor adhesión al mismo. El clima grupal que se crea permite una mejoría en sus relaciones interpersonales y la verbalización de los conflictos, observando una mayor conciencia introspectiva de los pacientes. El grupo intenta dotar a sus miembros de recursos y estrategias con los que manejarse ante la enfermedad, pudiendo ser parte activa en la prevención primaria y secundaria de los síntomas y consecuencias que pudieran tener.

La mayoría de los trabajos publicados que hemos consultado y que valoran la eficacia de los programas psicoeducativos realizan sesiones con sistemas cerrados y con límite en el número de las mismas. Sin embargo, Vieta¹⁴ publica una experiencia piloto con un grupo de 10 pacientes a los que se les siguió durante 2 años y una sesión mensual de terapia de grupo psicoeducativa con resultados positivos en el conocimiento sobre el trastorno. En estos momentos nuestra terapia grupal, más modesta, se realiza con un grupo de 12 pacientes, realizando una sesión al mes de una hora y media de duración, y con un sistema de sesiones casi abiertas, en las que además de intervenir el terapeuta y coterapeuta como eje directriz de las mismas, también intervienen siempre que lo reclaman todos los pacientes proponiendo temas de impor-

tancia para ellos o promoviendo al grupo como sistema de autoayuda.

Los resultados obtenidos son gratificantes y esperanzadores para nosotros, sin embargo todo este esfuerzo debe traducirse en próximos trabajos más específicos, con muestras más amplias y que nos permitan establecer todos los beneficios de los programas psicoeducativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Livianos L, Rojo L. El tipo clínico maníaco. Madrid: IM&C; 1999.
2. Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: A standard education for patients. Br J Psychiatry 1991;158:197-200.
3. Shakir SA, Volkmar FR, Bacon S, Pfefferbaum A. Group psychotherapy as an adjunct to lithium maintenance. Am J Psychiatry 1979;136:455-6.
4. Basco MR, Rush AJ. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. New York: The Guilford Press; 1996.
5. American Psychiatric Association. Work Group on Bipolar Disorder: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder. Am J Psychiatr 1994;151: Suppl 12.
6. Livianos L, Ribes J, Rojo L. El trastorno bipolar: una guía para familiares y pacientes. Valencia: Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat; 2001.
7. Volkmar FR, Bacon S, Shakir SA, Pfefferbaum A. Group therapy in the management of maniac-depressive illness. Am J Psychotherapy 1981;35:226-34.
8. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. New York: Oxford University Press; 1990.
9. Feinman JA, Dunner DL. The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. J Affect Disord 1996;27:43-9.
10. Leverich GS, Post RM. The NIMH life chart manual for recurrent affective illness. The LCM Biological Psychiatry Branch Monograph 1995.

11. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:999-1010.
12. Gavazzy SM, Fristad MA, Law JC. The understanding mood disorders questionnaire. *Psychol Rep* 1997;81: 172-4 (versión en español de Livianos y Rojo, 1998).
13. Perry A, Tarrier N, Morís R, McCarthy E, Limb K. Estudio aleatorizado y controlado de la eficacia de enseñar a los pacientes con trastorno bipolar a identificar los primeros síntomas de una recaída y obtener tratamiento. *British Medical Journal* 1999;318: 149-53.
14. Vieta E, Colom F, Martínez A, Jorquera A, Gastó C. Utilidad de la psicoeducación en el abordaje de los trastornos bipolares. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1996;23, 4:82-93.