

Psicoeducación en Trastorno Bipolar

Autores:

Penna, Melina Bianca. Médica Especialista en Psiquiatría, Jefa de Residentes, Residencia de Psiquiatría, Hospital de Agudos Dr. Teodoro Alvarez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. e-mail: pennamelina@gmail.com

Venturini, Dante Hernán. Médico Residente de Psiquiatría, Hospital de Agudos Dr. Teodoro Alvarez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. e-mail: daheve@gmail.com

Marzo 2018, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Resumen.

Antecedentes: el trastorno bipolar (TBP) es una enfermedad de curso crónico y recidivante, puede presentar sintomatología residual y representa una de las principales causas de discapacidad en el mundo. En los últimos 20 años se ha realizado una gran cantidad de publicaciones sobre la aplicación de estrategias de psicoeducación en TBP, entre ellas numerosos ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. Este abordaje se encuentra incluido en las recomendaciones de algunas de las guías más relevantes del mundo.

Objetivos: revisaremos el estado actual de evidencias, fundamentos y recomendaciones que se presentan en la bibliografía en cuanto a la inclusión de la psicoeducación al tratamiento del TBP.

Metodología: hemos realizado una búsqueda por PubMed, Trip Medical Database y Cochrane referente al tratamiento psicosocial y psicoeducación en TBP. Hemos consultado guías de tratamiento de asociaciones de psiquiatría y manuales diagnósticos.

Resultados: la bibliografía actual destaca la utilidad de la psicoeducación para la prevención de recaídas en el TBP. Se han visto efectos beneficiosos sobre la adherencia al tratamiento, el conocimiento sobre la enfermedad, estigmatización, recuperación funcional y la carga de cuidadores.

Conclusiones: es recomendable la inclusión de la psicoeducación en el tratamiento del TBP a largo plazo, a la par del tratamiento farmacológico.

***Palabras clave:** trastorno bipolar, tratamiento psicosocial, psicoeducación, recaídas, adherencia, cuidadores.*

1. El Trastorno Bipolar.

El trastorno bipolar (TBP) 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. Se caracteriza por episodios de manía, hipomanía, depresión mayor y estados mixtos. Existen dos subtipos de TBP, el TBP I y TBP II. En el TBP I los pacientes presentan episodios de manía y la mayoría de las veces también presentan episodios de hipomanía y depresión mayor. En el TBP II están presentes en el curso de la enfermedad al menos un episodio de hipomanía y al menos un episodio de depresión mayor y no se presentan episodios maníacos (1).

El TBP es responsable de una alta pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. La organización mundial de la salud (OMS) estima que el TBP es la 46° causa de discapacidad y mortalidad de un total de 291 enfermedades y causas de daños, lo que lo posiciona por encima del cáncer de mama y las demencias. Además, se demostró que los costos de atención en salud de los pacientes con TBP son 4 veces más altos que en la población general. Esto hizo del TBP una preocupación central en salud. (2)

La prevalencia de TBP depende de la población estudiada. Variando según los distintos estudios, la prevalencia mundial de TBP en la población adulta va del 1 al 3 % (3). La edad promedio de inicio de la enfermedad es 18 años en el TBP I y 20 años en el TBP II (4). No hay diferencias de prevalencia según el sexo (5).

El TBP es una enfermedad de curso crónico y recidivante (6, 7). El curso y la severidad de la enfermedad varían ampliamente dentro de la población de pacientes con TBP. Los síntomas subsindrómicos son frecuentes (8), también existen pacientes que luego de la remisión de los síntomas recuperan la eutimia, mientras que hay otros pacientes que no presentan intervalos de eutimia, pasando de un episodio afectivo al siguiente (9).

Estudios prospectivos que evaluaron el curso del TBP I (6) y TBP II (7) muestran que los pacientes con TBP I estuvieron sintomáticos el 47.3% del período de seguimiento (media de 12,8 años). Los síntomas depresivos (31.9%) predominaron sobre los hipomaníacos/maníacos (8.9%) y sobre los mixtos y ciclados rápidos (5.9%).

Tomados en conjunto, los síntomas subsindrómicos, los episodios depresivos leves y los episodios de hipomanía fueron 3 veces más frecuentes que los episodios de depresión mayor y manía. En los pacientes con TBP I se vieron cambios en el estado de sus síntomas con una frecuencia de 6 veces al año y cambios en la polaridad mayores de 3 veces al año. La mayor duración de los episodios, los pacientes que sólo presentaron episodios de depresión o polaridad cíclica y la comorbilidad con consumo de sustancias fueron factores predictores de mayor cronicidad (6). Los pacientes con TBP II se encontraron sintomáticos en un 53.9 % del período de seguimiento (media de 13,4 años). Los síntomas depresivos (50.3%) predominaron por sobre los hipomaníacos (1.3%) y los mixtos y ciclados rápidos (2.3%). Tomados en conjunto, los síntomas subsindrómicos, los episodios depresivos leves y los episodios de hipomanía fueron 3 veces más frecuentes que los episodios de depresión mayor. La mayor duración de los episodios, una historia familiar de trastornos de estado de ánimo y un peor funcionamiento social previo fueron factores predictores de mayor cronicidad (7).

El episodio inicial más frecuente de la enfermedad es depresión mayor (10). Los síntomas prodrómicos de la enfermedad incluyen irritabilidad, ansiedad, cambios en el humor, agitación, agresividad, trastornos del sueño e hiperactividad. La proporción de pacientes que experimenta síntomas prodrómicos varía en los distintos estudios realizados (11).

2. El tratamiento psicosocial.

Los avances en el conocimiento acerca del modelo de estrés-vulnerabilidad, el cual supone que la interrelación entre factores biológicos, psicológicos y sociales estaría implicada en la patogénesis y en el curso de las enfermedades mentales, y en particular el TBP, dan lugar a que se realicen investigaciones a fin de comprobar

la eficacia de los abordajes psicosociales para el TBP. A lo dicho se suma que, a pesar de los avances farmacológicos, los pacientes con TBP desarrollan cronicidad y cargas significativas de discapacidad. Dentro de las estrategias psicosociales se encuentra un grupo de psicoterapias que han sido de las más estudiadas para el manejo del trastorno bipolar. Este grupo estaría conformado por: la psicoeducación individual y grupal, la terapia focalizada familiar, terapia cognitiva conductual (TCC), la terapia del ritmo interpersonal y social (IPSRT, por sus siglas en inglés) (12).

Vale mencionar que la mayor parte de la investigación se realiza sobre todo en pacientes con TBP tipo I “clásico”, con menor estudio sobre poblaciones con TBP tipo II, trastorno esquizoafectivo, pacientes con alto riesgo suicida y pacientes con comorbilidad de abuso de sustancias. (12)

La evidencia sugiere que algunos, pero no todos los tratamientos psicosociales reducen la tasa de recaídas e ingresos hospitalarios.

Se ha encontrado (13) que las intervenciones psicosociales, en términos generales, se asocian a una reducción del 34% del riesgo de recaída al final del tratamiento y una reducción de recaídas del 26% durante el seguimiento, con una calidad de evidencia moderada. Dentro de estas estrategias se destacan las intervenciones de grupos de psicoeducación y psicoeducación familiar. También se ha encontrado que el tratamiento psicológico individual genera una pequeña reducción de los síntomas depresivos, con una calidad de evidencia baja.

En una revisión sistemática (12) se han analizado las estrategias psicosociales diferenciando los subgrupos de pacientes con TBP. Dicho trabajo indica que la psicoeducación es solo efectiva para un selecto subgrupo de pacientes en un estadio temprano de la enfermedad, que hayan tenido una remisión completa o casi completa del cuadro agudo. Por otra parte, establece que la TCC y la IPSRT podrían tener algún efecto beneficioso sobre la fase aguda. Reconociendo que esta última indicación cuenta con un nivel de evidencia bajo. También se estudia el mindfulness, el cual podría solo reducir los niveles de ansiedad. En el mismo trabajo se evidencia que las intervenciones familiares parecen tener beneficios sobre todo en los cuidadores, con un efecto incierto sobre los pacientes.

En otra revisión (13) se sostiene que la IPSRT fue perdiendo evidencia que justifique su implementación al hacerse más numerosos los estudios y con poblaciones más grandes.

Las pautas claves de las psicoterapias que resultan útiles en TBP parecerían ser (14): 1) monitorear el estado de ánimo y señales de alarma tempranas. 2) Reconocer y manejar disparadores de estrés y conflicto interpersonal 3) Desarrollar planes de prevención de recaídas. 4) Estabilizar el ritmo sueño/vigilia y establecer rutinas diarias. 5) Promover la adherencia al tratamiento. 6) Reducir la estigmatización propia 7) Reducir el uso de alcohol o drogas.

Ya hemos establecido que dentro de las intervenciones psicosociales se encuentra la psicoeducación, ésta puede ser de aplicación grupal, individual y familiar. Las intervenciones grupales que cuentan con mayor evidencia son las basadas en los modelos de Colom y Vieta o Bauer y McBride (15). Existe una marcada superposición entre psicoeducación y otras psicoterapias específicas como

la TCC, la IPSRT y la terapia familiar. Y a pesar de que existen elementos centrales de la psicoeducación que son incluidos en otras terapias estos no definen a las mismas. De esta forma, se ha podido estudiar por separado el efecto de las psicoterapias específicas y de la psicoeducación, definida por los elementos que se exponen más abajo.

3. La psicoeducación.

La psicoeducación es una intervención psicológica basada en el modelo médico biopsicosocial y proporciona al paciente un abordaje teórico y práctico hacia la comprensión y afrontamiento de las consecuencias de su enfermedad (16). La psicoeducación ayuda a los pacientes a aceptar su enfermedad, fomenta el empoderamiento, brindando a los pacientes herramientas para generar un manejo activo de la enfermedad y aumentar la capacidad de los mismos de convivir con una enfermedad de curso crónico. Estas herramientas incluyen la capacidad para identificar el inicio de síntomas, el mantenimiento de un estilo de vida saludable, la adherencia al tratamiento, el manejo de crisis y cambios en relación a la actitud respecto de su condición. La psicoeducación en el Trastorno Bipolar aumenta la adherencia al tratamiento y mejora el curso de la enfermedad (17).

Existen distintos modelos psicoeducativos, sin embargo todos tienen en común una serie de objetivos terapéuticos que se dividen en niveles según el grado de prioridad:

1. Objetivos de primer nivel: mecanismos elementales

- Generar conciencia de enfermedad.
- Mejorar la adhesión farmacológica.
- Facilitar la detección precoz de nuevos episodios.

2. Objetivos de segundo nivel: mecanismos secundarios (deseables)

- Control del estrés.
- Evitar uso y abuso de sustancias.
- Lograr regularidad en el estilo de vida.
- Prevenir conductas suicidas.

3. Objetivos de tercer nivel: mecanismos de excelencia terapéutica.

- 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 del deterioro.
- Incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida

- **Modelo Psicoeducativo para el TBP creado por el equipo de Colom y Vieta :**

Es uno de los modelos psicoeducativos con mayor validación, consiste en un programa psicoeducativo grupal de larga duración donde se realizan 21 sesiones estructuradas de terapia grupal de 90 minutos de duración, que se encuentran organizadas en 5 bloques temáticos. La cantidad de pacientes participantes es de 8 a 12. Los pacientes deben encontrarse en fase de eutimia. Se trata de entrenar a los pacientes con herramientas teóricas y prácticas para comprender y enfrentar las implicancias de la enfermedad. También se brindan estrategias para lidiar con la posible estigmatización, promover la adhesión al tratamiento, la capacitación en la detección de signos prodrómicos y se fomenta la importancia de la asunción de un estilo de vida ordenado y saludable. (18)

3.1. Prevención de recaídas.

A pesar del correcto abordaje farmacológico del TBP existen niveles de recaída elevados, algunos trabajos sitúan la tasa de recurrencia de manía o depresión en TBP en un 50% en el seguimiento al año y en un 70% a los 5 años (19) . Asimismo, se ha visto que los síntomas subsindrómicos, depresivos menores o hipomaníacos se presentan con una frecuencia 3 veces mayor a los síntomas sindrómicos (6), siendo el deterioro cognitivo el responsable de una gran parte de la disfunción de los pacientes (20). El número de fases que presentan los pacientes a lo largo de su evolución influye sobre el pronóstico de la enfermedad por su repercusión cognitiva. La persistencia de síntomas subsindrómicos generan disfunción y empeoramiento del pronóstico, siendo que se asocian a un mayor número de recaídas (20). Por este motivo, una parte fundamental en el tratamiento del TBP, además del tratamiento de las fases agudas, consiste en prevenir nuevos episodios y ayudar al paciente en la detección de los síntomas prodrómicos, cuestiones que influyen en el pronóstico de la enfermedad y en los niveles de funcionamiento social (20).

Se ha observado que las psicoterapias específicas para el TBP incrementan la estabilidad anímica, reduciendo la tasa de recaídas en periodos de 12 a 24 meses, actuando como mecanismos mediadores la mejora del cumplimiento al tratamiento farmacológico, la detección precoz de pródromos, la intervención temprana en los inicios de episodio, mejorando el funcionamiento interpersonal y la comunicación familiar (14).

En una revisión sistemática (15) en la que se mide el efecto específico de la psicoeducación sobre el trastorno bipolar se ha encontrado que la psicoeducación parece ser efectiva para prevenir las recaídas de manía o hipomanía en trastorno bipolar, con resultados más débiles para la recaída en depresión bipolar.

Además, en una revisión Cochrane acerca de la efectividad de las intervenciones psicológicas destinadas a mejorar la detección temprana de recurrencias, se demostró que el tratamiento farmacológico en conjunto con las intervenciones destinadas a mejorar la detección temprana de recaídas fueron

efectivos en prolongar el tiempo de nuevas recaídas, en disminuir el número de internaciones y en mejorar la funcionalidad de los pacientes. (21)

3.2. Adherencia al tratamiento.

La pobre adherencia al tratamiento incrementa la posibilidad de recaídas y de neuro progresión de la enfermedad, aumenta el número de internaciones , disminuye el nivel de funcionalidad, reduce la calidad de vida de los pacientes e incrementa el riesgo de suicidio, por lo que se presenta como uno de los desafíos principales en TBP. La mala adherencia a la medicación podría ser responsable de la brecha existente entre el porcentaje de respuesta en los ensayos clínicos controlados, donde se demostró una respuesta al litio del 66% y la respuesta observada en la práctica clínica, donde el porcentaje de respuesta al litio disminuye a un 33% (22).

El porcentaje de no adherencia a la medicación en el TBP varía entre un 20 a 60%, con una media de 40 % (22). En un estudio naturalístico danés se ha encontrado que un 25% de los pacientes que reciben litio ya han abandonado la medicación hacia el día 25 (23).

Se ha hallado que la falta de adherencia es un fenómeno multicausal. Los factores predictores de mala adherencia incluyen la historia previa de mala adherencia, los tratamientos prolongados, planes farmacológicos complejos, poco insight acerca de la enfermedad, creencias negativas acerca de la medicación, pobre alianza terapéutica, síntomas psicóticos, trastornos de personalidad y comorbilidad con abuso de sustancias. (22).

Las estrategias destinadas a trabajar la adherencia incluyen la mejoría de la alianza terapéutica, temáticas flexibles, intervenciones tempranas, intervención grupal y psicoeducación. (24)

3.3. Recuperación funcional/ recuperación personal.

Para llegar al diagnóstico de un episodio agudo del estado de ánimo se tienen en cuenta la presencia de síntomas y el impedimento funcional. Sin embargo, en lo que respecta a la remisión de un episodio agudo, sólo se tiene en cuenta la resolución de los síntomas y no la mejoría en la funcionalidad. La experiencia clínica demuestra que hay discordancia entre la severidad de los síntomas y el grado de funcionalidad, siendo que gran parte de los pacientes no llegan a la recuperación funcional luego de la remisión de un episodio agudo. Más aún, en un estudio donde se evaluó la recuperación sintomática y funcional de pacientes deprimidos, así como las opinión que tenían los pacientes acerca de su propia remisión, se observó que la mitad de los pacientes que reportaban buena funcionalidad a pesar de encontrarse sintomatología depresiva aguda, se consideraban en remisión. En este grupo de pacientes se constató que las opiniones que tenían acerca del significado de remisión no estaban relacionadas con la severidad de los síntomas. Esto sugiere que existen factores no relacionados con la presencia de síntomas o la

funcionalidad que deberían tomarse en cuenta al evaluar la remisión, estos incluyen la capacidad de lidiar con la enfermedad, el sentimiento de bienestar subjetivo, el optimismo, el vigor y la autoconfianza (25).

En este sentido, en la actualidad se tiene en cuenta el concepto de recuperación personal. La recuperación personal, a diferencia de la recuperación funcional y clínica, se refiere al proceso psicológico que realiza el paciente para adaptarse a la enfermedad en el sentido de poder vivir en presencia del trastorno, en vez de centrarse únicamente en la reducción de los síntomas, la reducción de recaídas y el abordaje de los impedimentos funcionales (26). La recuperación personal no se basa únicamente en disminuir las consecuencias negativas de la enfermedad, sino de lograr que el paciente pueda alcanzar objetivos positivos, que le permitan mantener una vida con sentido para él. Los elementos incluidos en el trabajo de recuperación funcional son: generar esperanza, lograr una vida con sentido, reestablecer el sentido de identidad y lograr el empoderamiento de los pacientes.

De acuerdo al estudio de GAMIAN-Europe/BEAM (27), las principales áreas de dificultad experimentadas por pacientes con TBP son las relaciones domésticas, las actividades ocupacionales y las interacciones sociales. Aquí toma importancia el rol del sentimiento de estigmatización y rechazo asociadas a la enfermedad.

Diversos estudios (27) han encontrado beneficios del abordaje psicoeducativo: las intervenciones incrementan el funcionamiento general en pacientes con TBP, mejoran el resultado funcional en pacientes con TBP en eutimia, mejoran el funcionamiento específico social y ocupacional. Asimismo, se indica un efecto a largo plazo. Solo un 20% de los pacientes con TBP en intervención psicoeducativa reportaron experimentar dificultades persistentes en el funcionamiento social/ocupacional al seguimiento en 5 años a comparación del reporte del 89.9% de los pacientes en grupo control.

3.4. Carga del cuidador.

El TBP no solo afecta a los pacientes, sino que también se asocia a problemáticas que sufren sus familiares y amigos, quienes suelen adoptar el rol de cuidadores. La tarea de cuidar puede ser demandante y generar una sensación de carga. Se ha encontrado que tales personas utilizan servicios primarios de salud mental con mucha mayor frecuencia que la población general (28).

Se define la "carga del cuidador" como las consecuencias psicológicas (principalmente emocionales y de estrés), físicas, sociales y económicas que se generan en un familiar o amigo que se dedica a la atención y el cuidado de un paciente con una enfermedad mental, en este caso con TB. (29).

Un cuidador con sobrecarga no solo padece de efectos deletéreos sobre su salud mental y física sino que es más probable que presente conductas desadaptativas, de modo que reaccione más en función de sus estados emocionales que de las necesidades del paciente a quien en un principio cuidaba (30).

Existen estudios controlados y aleatorizados (ECCA) que analizan la utilidad de aplicar estrategias de psicoeducación en cuidadores. En un ECCA del año 2004 (31) se brindaron 12 sesiones de psicoeducación a familiares de 45 pacientes. La intervención se asoció a un incremento en el conocimiento del TBP en los participantes, una reducción en la percepción de agobio o carga subjetiva y un cambio de las creencias sobre el impacto en sus vidas y la enfermedad. En otro ECCA, del año 2012 (32), se ha estudiado la aplicación de Grupos de Psicoeducación Multifamiliar comparados con otras 2 intervenciones en un total de 47 participantes. En los grupos de psicoeducación y grupos focalizados en soluciones se reportó un incremento en el conocimiento del TBP y reducciones significativas en la carga a comparación del grupo con tratamiento “as usual”. En un tercer estudio, del año 2016 (33), se administraron solo 2 sesiones de psicoeducación de 150 min de duración a cuidadores encontrando resultados similares respecto al aumento del conocimiento y disminución de la carga.

Al momento hay evidencia sobre diferentes estrategias psicoeducativas que indica que las mismas pueden reducir el nivel de sobrecarga de cuidadores.

3.5. Psicoeducación grupal vs individual.

La psicoeducación grupal parece ser efectiva que la individual, en una revisión sistemática (15) se ha remarcado que esta consta de estudios de mayor duración y mayor cantidad de horas de terapia, por lo que es difícil realizar una comparativa. Asimismo, se ha visto en algunos estudios que la implementación grupal ha mejorado los niveles de litemia.

Los investigadores destacan grandes ventajas cuando se utiliza la modalidad de grupo, en comparación al trabajo individual (34). 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 guía de la British Association for Psychopharmacology (35) expone que el formato de psicoeducación grupal puede encontrarse con barreras culturales y recomiendan que en dicho caso se realice de forma individual o familiar.

4. Recomendaciones de las guías de tratamiento.

En la guías basadas en la evidencia de la British Association for Psychopharmacology (BAP) (35) definen al servicio modelo de tratamiento de TPB como aquel que combine psicoeducación (basada en el modelo de Colom y Vieta), un algoritmo farmacológico basado en evidencia y una continuidad/consistencia en

el cuidado. Dicha postura se establece en el rol que tiene la psicoeducación para reducir riesgo de recaídas. Esta misma guía recomienda la psicoeducación como marco en el cual se mejora la adherencia al tratamiento farmacológico.

Las guías de la BAP se diferencian de la NICE en que la primera resalta la importancia del uso de fármacos en el contexto de un modelo de psicoeducación, mientras que la segunda recomienda el uso de TCC. Para las guías de la BAP esta última indicación no se encuentra justificada.

En las guías del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) se recomienda tanto para el manejo de los episodios depresivos como para el manejo a largo plazo de la enfermedad, utilizar la combinación de tratamiento farmacológico junto con, ya sea intervenciones psicológicas específicas para TBP que tengan manuales basados en evidencia científica, o intervenciones psicológicas intensivas, dentro de las cuales incluye TCC, terapia interpersonal y terapia conductual de parejas. Se han realizado críticas a las guías NICE por la sugerencia de las terapias psicológicas intensivas, fundamentando que las mismas no cuentan con evidencia científica de calidad que las avale.(37)

En las guías Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) se recomienda la combinación de tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales en los episodios depresivos y en el tratamiento a largo plazo. La recomendación del agregado de intervenciones psicosociales al tratamiento farmacológico se fundamenta en los beneficios observados, estos incluyen la disminución del número de recaídas, menor fluctuación en el estado de ánimo, disminución en la necesidad de medicación e internaciones y mejoría en la funcionalidad y en la adherencia a la medicación. Dentro de las intervenciones psicosociales recomiendan TCC, grupos psicoeducativos y terapia interpersonal y de ritmo social (IPSRT). Recomiendan la psicoeducación por sobre el resto de las intervenciones por haber demostrado ser igual de efectiva que TCC pero con menores costos económicos (38). Como estrategias adicionales recomiendan el tratamiento enfocado en la familia (Family-focused treatment approach) por haber demostrado ser efectivo en reducir los síntomas depresivos y el comportamiento asociado con la enfermedad (sickness behavior) en los cuidadores y en los miembros de la familia.

Otra estrategia recomendada por las guías CANMAT es el tratamiento basado en internet asistido por un médico (Clinician-assisted internet based treatment) por haber demostrado reducir los síntomas depresivos y mejorar la calidad de vida.

Por su parte, la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (WFSBP, por sus siglas en inglés) en su guía del 2012 sobre tratamiento biológico para el TBP reconoce la importancia de la psicoeducación como terapia adjunta. Si bien la guía se focaliza en el tratamiento biológico, establece que las psicoterapias y la psicoeducación son ingredientes importantes en el tratamiento a largo plazo del TBP al mejorar la adaptación y resiliencia ante la inestabilidad del ánimo. Establece que más allá de las indicaciones médicas existe un factor limitante entendido como

“la actitud” del paciente y su familia. Elemento factible de modificar mediante la psicoeducación.

Conclusiones.

A lo largo del presente trabajo hemos observado que la psicoeducación como estrategia de abordaje psicosocial se ha establecido en los últimos años como una parte elemental del tratamiento del TBP, hecho que se ve reflejado en las recomendaciones de algunas de las guías de tratamiento en psiquiatría más relevantes del mundo. En las mismas bases de la enfermedad se encuentran los fundamentos de su aplicación y existen modelos de tratamiento extensamente estudiados. Existe evidencia que apoya la utilización de la psicoeducación en pacientes con TBP ya estabilizados del cuadro agudo, sobre todo aquellos cuadros de características maníacas, para el tratamiento a largo plazo. La utilidad de la psicoeducación en cuadros de tipo depresivo es dudosa.

Los beneficios se encuentran en una reducción de las recaídas y una mejoría en la adherencia al tratamiento. Así también se ha encontrado un aumento del conocimiento sobre la enfermedad y una reducción de la estigmatización. La psicoeducación se plantea como una estrategia efectiva para mejorar la calidad de vida de los pacientes y apoyar la recuperación funcional. Los beneficios se extienden hacia los cuidadores encontrándose mejoría de los cuadros de carga. Por el momento la evidencia apoya con mayor robustez los diseños de abordaje grupal sobre los individuales.

Referencias bibliográficas.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
2. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al., Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197.
3. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, McGrath JJ, Mortensen PB, Eaton WW. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014 May;71(5):573-81.
4. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241.
5. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Medina Mora ME, Ono Y, Ormel J, Pennell BE, Posada-Villa J, Sampson NA, Williams D, Kessler RC. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):785.
6. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):530.
7. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(3):261
8. Sylvia LG, Dupuy JM, Ostacher MJ, Cowperthwait CM, Hay AC, Sachs GS, Nierenberg AA, Perlis RH . Sleep disturbance in euthymic bipolar patients. *J Psychopharmacol*. 2012;26(8):1108
9. Perlis RH, Ostacher MJ, Goldberg JF, Miklowitz DJ, Friedman E, Calabrese J, Thase ME, Sachs GS. Transition to mania during treatment of bipolar depression. *Neuropsychopharmacology*. 2010 Dec;35(13):2545-52.
10. Baldessarini RJ, Tondo L, Visioli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2014 May;129(5):383-92.
11. Skjelstad DV, Malt UF, Holte A .Symptoms and signs of the initial prodrome of bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disord*. 2010 Oct;126(1-2):1-13.
12. Miziou S, Tsitsipa E, Moysidou S, et al. Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: a systematic review. *Annals of General Psychiatry*. 2015;14:19. doi:10.1186/s12991-015-0057-z.

13. Oud M, Mayo-Wilson E, Braiwood R, Miklowitz DJ, Goodwin GM, Bauer MS, et al. (2008) Common and specific elements of psychosocial treatments for bipolar disorder: A survey of clinicians participating in randomized trials. *J Psychiatr Pract* 14: 77–85.
14. Miklowitz DJ, Goodwin GM, Bauer MS, Geddes JR. Common and specific elements of psychosocial treatments for bipolar disorder: a survey of clinicians participating in randomized trials. *J Psychiatr Pract* 2008; 14: 77–85.
15. Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord*. 2015 Jun;17(4):349-62. doi: 10.1111/bdi.12287. Epub 2015 Jan 16.
16. Colom, F., Vieta, E., Martinez, A., Jorquera, A., & Gastó, C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1998, 67, 3-9.
17. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Martínez-Arán A. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*. 2009 Mar;194(3):260.
18. Lolich M, Vázquez GH, Álvarez LM, Tamayo JM. Intervenciones psicosociales en el Trastorno Bipolar: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(2):84-92
19. Gumus F, Buzlu S, Cakir S. Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder; a controlled study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015 Jun;29(3):174-9. doi: 10.1016/j.apnu.2015.01.005. Epub 2015 Jan 22.
20. Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P. y Livianos, L. Trastorno bipolar y Psicoeducación: Desarrollo de un Programa para Clínicos. 2008. Alicante, España: Editorial Club Universitario.
21. Morriss RK. Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD004854).
22. Brandon A. Gaudiano Lauren M. Weinstock Ivan W. Miller. Improving Treatment Adherence in Bipolar Disorder A Review of Current Psychosocial Treatment Efficacy and Recommendations for Future Treatment Development. *Behavior Modification* Volume 32 Number 3 May 2008 267-301.
23. Kessing LV, Sondergard L, Kvist K, et al. Adherence to lithium in naturalistic settings: Results from a nationwide pharmacoepidemiological study. *Bipolar Disord*, 2007. 9: 730–736.
24. Leclerc E, Mansur RB and Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: A comprehensive review. *J Affect Disord*, 2013. 149: 247–252.
25. Zimmerman M, McGlinchey, Posternak JM, Friedman M, Boerescu D, Attiullah N, Discordance between self-reported symptom severity and psychosocial functioning ratings in depressed outpatients: Implications for how remission from depression should be defined. *Psychiatry Research*, 2006, 141: 185 – 191

26. Tse S, Murray G, Chung K-F, Davidson L, Ng K-L, Yu CH. Exploring the recovery concept in bipolar disorder: a decision tree analysis of psychosocial correlates of recovery stages. *Bipolar Disord* 2014; 16: 366–377
27. Kurdal, Derya Tanriverdi, Haluk Asuman Savas. The effect of psychoeducation on the functioning level of patients with bipolar disorder. *West J Nurs Res*. 2014 Mar; 36(3): 312–328. Published online 2013 Sep 11. doi: 10.1177/0193945913504038
28. Perlick, D.A., Hohenstein, J.M., Clarkin, J.F., Kaczynski, R., Rosenheck, R.A.,. Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord*. 2005, 7, 126–136.
29. Gutiérrez-Rojas Luis, Martínez-Ortega José M., Rodríguez-Martín Francisco D. La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. *Anal. Psicol*. 2013, Mayo; 29(2): 624-632.
30. Marriot, A., Donaldson, C., Tarrier, N. y Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioral family intervention in reducing the burden of care in carers patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.
31. Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M., Sánchez-Moreno, J. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilised bipolar patients. *Psychother. Psychosom*. 2004. 73, 312–319.
32. Madigan, K., Egan, P., Brennan, D., Hill, S., Maguire, F., O'Callaghan, E., et al. A randomised controlled trial of carer-focussed multifamily group psychoeducation in bipolar disorder. *Eur. Psychiatry* 2012. 27, 281–284.
33. Hubbard AA, McEvoy PM, Smith L, Kane RT. Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2016 Aug;200:31-6. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.013. Epub 2016 Apr 11.
34. Colom, F. Keeping therapies simple: Psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 2011; 198, 338-340.
35. Goodwin G, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2016;30:495–553. doi: 10.1177/0269881116636545.
36. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Moller HJ et al The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry* 2013,14(3):154–219.
37. Jauhar S, McKenna PJ, Laws KR. NICE guidance on psychological treatments for bipolar disorder: searching for the evidence. *Lancet Psychiatry*. 2016 Apr;3(4):386-8. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00545-3. Epub 2016 Feb 5.
38. Parikh SV, Zaretsky A, Beaulieu S et al. A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 803–810.