

## *Intervenciones psicosociales en el trastorno afectivo bipolar: valoración de los grupos psicoeducativos en una unidad de rehabilitación de salud mental*

*M<sup>a</sup> Jesús DUCTOR RECUERDA*  
*Servicio Andaluz de Salud*

### *Resumen*

En el abordaje del trastorno bipolar (TB), las guías de práctica clínica recomiendan ofrecer psicoeducación para prevenir las recaídas, mejorar la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y el funcionamiento. *Objetivo:* evaluar la efectividad de los grupos psicoeducativos realizados en una unidad de rehabilitación de salud mental en reducir los ingresos hospitalarios a los 18 meses de seguimiento. *Método:* 21 pacientes con TB recibieron 21 sesiones semanales de psicoeducación grupal (programa de Colom y Vieta, 2004) y tratamiento farmacológico. Los pacientes fueron evaluados con las escalas de YMRS, CDRS, PANSS-P y cuestionario de recaídas antes del tratamiento grupal y a los 6, 12 y 18 meses de seguimiento. *Resultados:* Sólo un paciente ingresó a los 18 meses de seguimiento, todos mostraron puntuaciones bajas en las escalas a los 6, 12 y 18 meses de seguimiento. *Conclusiones:* los resultados muestran que los grupos psicoeducativos fueron efectivos en reducir las hospitalizaciones.

*Palabras claves:* trastorno bipolar, intervención psicosocial, psicoeducación.

### *Abstract*

Guidelines for the clinical management of Bipolar Disorder (BD) have recommended that all patients with BD be offered psychoeducation to prevent relapse, improve treatment adherence, quality of life, and functioning. *Objectives:* the study evaluated the clinical effectiveness of group psychoeducation in The Mental Health Rehabilitation Center in reducing number of hospitalizations at 18 months follow-up. *Methods:* 21 patients with BD received regular Pharmacological treatment and 21 group psychoeducation sessions, weekly held and conducted according to Colom and Vieta's model, 2004. Patients were assessed at baseline and prospectively for CDRS, YMRS, PANSS-P and relapse questionnaire in 6, 12, and 18 months. *Results:* The number of patients hospitalized during the 18 months follow-up was only one, and all patients showed lower rating in clinical scales in 6, 12 and 18 months follow-up. *Conclusion:* The results shown that group psychoeducation was effective to reducing and prevent hospitalitation.

*Key words:* Bipolar disorder; Psychosocial intervention; Psychoeducation.

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es una enfermedad mental grave, recurrente e incapacitante. Se caracteriza básicamente por episodios de depresión y manía, ocurriendo ambos de modo extremo (Ramírez-Basco & Thase, 1997). Hay períodos de recuperación y recaída. Es, por tanto, un trastorno crónico.

A pesar de los avances en la psicofarmacología, los TAB siguen siendo una fuente importante de morbimortalidad. Son la sexta causa de incapacidad laboral en el mundo (López & Murray, 1998) y además comportan un gran gasto económico y social, tanto directo (ingresos hospitalarios, utilización de recursos médicos) como indirectos (cons-

---

*Dirección de la autora:* Unidad de Salud Mental Comunitaria Sur. Hospital Universitario "Virgen del Rocío". Avda. Manuel Siurot S/N. 41013 Sevilla.  
*Correo electrónico:* mjductor@hotmail.com.

*Recibido:* julio de 2014. *Aceptado:* septiembre de 2014.

tantes bajas laborales, pérdida de productividad, etc.). Las consecuencias de la enfermedad y las recaídas subsiguientes, unidos al alto riesgo de mortalidad por suicidio, hacen necesario un esfuerzo que vaya más allá de la farmacoterapia y, a su vez, la facilite.

### Tratamiento del trastorno afectivo bipolar

Clásicamente el abordaje básico del trastorno bipolar es el tratamiento farmacológico. La terapia con litio ha mostrado ser eficaz, como primera elección, junto a otros fármacos. No obstante, casi todas las fuentes consultadas recomiendan intervenciones psicosociales complementarias. Tal recomendación se fundamenta en tres hechos sobre el trastorno bipolar, primero que se trata de una enfermedad incapacitante y recurrente, segundo que la eficacia de los eutimizantes y antipsicóticos atípicos está limitada por el alto índice de incumplimiento del tratamiento, y tercero, que los factores de estrés psicosocial desempeñan un importante papel en las recurrencias del trastorno.

Estos puntos quedan ilustrados en los hallazgos de varios estudios longitudinales, por ejemplo, al menos el 40% de los pacientes bipolares con tratamiento farmacológico, recidivan dentro del primer año y el 60% dentro de los primeros años (Gitlin, Swendsen, Heller & Hamme, 1995; Gelenberg *et al.*, 1989; Kalbag, Miklowitz & Richards, 1999). Hasta el 60% muestran afectación social y laboral en los 4-5 años siguientes a un episodio agudo (Coryell *et al.*, 1993; Goldberg, Harrow & Grossman, 1995).

La mayoría de los estudios longitudinales también identifican a un grupo importante de pacientes, entre la mitad y dos tercios, que toman la medicación de forma irregular o que ni siquiera la toman. Siendo el mal cumplimiento un indicador de mal pronóstico (Suppes, Baldessarini, Faedda, Tondon & Tohen, 1993).

Por último, la evolución del TB se ve afectada por acontecimientos vitales, especialmente aquellos que alteran el ciclo sueño-vigilia (Malkoff-Schwartz *et al.*, 1998) o que aceleran la consecución de objetivos (Johnso *et al.*, 2000). También influyen las situaciones en las que hay niveles elevados de crítica, hostilidad y exceso de implicación emocional o frialdad en el seno de la familia o en las relaciones matrimoniales (Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder & Mintz, 1988; Miklowitz *et al.*, 2000; Priebe, Widgrube & Muller-Oerlinghausen, 1989; Geller *et al.*, 2002). En dos estudios comparativos, entre familias con baja y alta emoción expresada (EE) sobre la recurrencia de episodios, se encontró un 90% y 92% de recaídas a los nueve meses de seguimiento en aquellas familiares que presentaban altos niveles de EE frente a un 54% y 39% de recaídas en aquellos donde la familia presentaba bajo niveles de EE (Miklowitz *et al.*, 1988; Simoneau, Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein & Richards, 1996). Estos estudios han sido replicados por otros grupos de investigación, uno en Berlín por Priebe *et*

*al.* (1989), otro en Nueva York por O'Connell, Mayo, Fltaw, Cuthbertson y O'Brien (1991).

Los enfoques psicosociales recientes, se han desarrollado en respuesta a los estudios que demuestran asociaciones entre los estresores psicosociales y la recurrencia del trastorno. Se basan en una amortiguación del impacto negativo de los factores estresantes de la vida en el paciente, y el aumento de los efectos protectores del ambiente social/familiar, para ayudar a aumentar la duración de los episodios de bienestar.

En las revisiones realizadas sobre eficacia de las intervenciones psicosociales como coadyuvante al tratamiento farmacológico del TB, los estudios encuentran que las intervenciones familiares, la psicoeducación individual y grupal, la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia interpersonal y del ritmo social (IPSRT) son las modalidades de intervención psicosocial con más apoyo empírico en el TB (Colom, Vieta, Martínez, Jorquera & Gasto, 1998; Craighead & Miklowitz, 2000; Craighead, Miklowitz, Vajk & Frank, 2002; Johnson *et al.*, 2000; Miklowitz *et al.*, 2006; Miklowitz & Scott, 2009; Parikh *et al.*, 1997; Parikh *et al.*, 2014; Reinares *et al.*, 2008; Rothbaum & Austin, 2000).

Los estudios señalan que añadir PET (psicoterapias específicas para el TB) 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 (Miklowitz *et al.*, 2009).

Dichas aportaciones quedan recogidas en las distintas guías internacionales de práctica clínica en el TAB, que han reconocido el beneficio de añadir intervenciones psicosociales a la terapia farmacológica (APA, 2002; NICE, 2006; CANMAT, 2009).

### La psicoeducación

De las intervenciones psicosociales que se han utilizado en el tratamiento del TAB, la psicoeducación es el procedimiento psicoterapéutico que hoy en día cuenta con más y mejores pruebas a su favor, con buenos resultados para aumentar la adherencia a la medicación e identificar los síntomas prodrómicos de la manía. Ambos efectos tienen como consecuencia inmediata la prevención, el retraso o, incluso, la evitación de la recaída, disminuyendo el número de crisis y alargando el periodo intercrisis, y consecuentemente mejorando el funcionamiento socio-laboral.

La intervención psicoeducativa (en grupo o realizada de forma individual) va más allá de la simple transmisión de información, e incide en cambios cognitivos y conductuales que se derivan del conocimiento de la enfermedad. Existen distintos manuales psicoeducativos, todos coinciden en

señalar unos objetivos similares que quedan recogidos en la tabla 1. El manual de Basco y Rush se centra en un enfoque cognitivo-conductual, mientras que el de Bauer y McBride tienen cabida distintos aspectos, que van desde la psicoeducación propiamente dicha, hasta programas integrales de monitorización de síntomas. El grupo de Colom ha desarrollado un programa psicoeducativo grupal de larga duración que ha sido testado, consta de 21 sesiones semanales de 90 minutos de duración. La intervención contempla 5 bloques:

- Consciencia de enfermedad.
- Adherencia farmacológica.
- Evitación del abuso de sustancias.
- Detección precoz de nuevos episodios.
- Regularidad de hábitos y manejo del estrés.

La implantación de un tratamiento psicoeducativo, implica una serie de ventajas para el tratamiento de los pacientes bipolares, además de aquellas que se desprenden de su eficacia profiláctica. En primer lugar, la principal ventaja de un tratamiento psicoeducativo en grupo de larga duración es la mejora de la calidad asistencial percibida por los pacientes, lo que frecuentemente repercute en una alianza terapéutica y un cumplimiento farmacológico mejores, y en una mayor capacidad del paciente para reclamar ayuda en situaciones complejas como, por ejemplo, la ideación autolítica, o en algunos casos, la susceptibilidad y autorreferencialidad propia del inicio de algunos episodios maníacos. El aumento de la frecuencia de las visitas y la incorporación de otros profesionales (psicólogos, enfermeras, residentes), además del psiquiatra, facilita que el paciente se sienta

Tabla 1. Objetivos del tratamiento psicoeducativo para pacientes bipolares.

**Objetivos de primer nivel: mecanismos elementales.**

- Conciencia de enfermedad.
- Mejora la adhesión farmacológica.
- Facilitar la detección precoz de nuevos episodios.

**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.

**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.

parte activa de su tratamiento, integrado en un equipo de profesionales que lo llevan a cabo.

La psicoeducación ofrece al paciente información que le permite comprender y entender lo que le está sucediendo. Esto es, sin duda, crucial para conseguir cierto bienestar psicológico y una mejor calidad de vida. El paciente psicoeducado deja de sentirse culpable para sentirse responsable, y este paso es el principio de la aceptación de la necesidad de tratamiento. La psicoeducación responde a un derecho fundamental del paciente, que es el derecho a la información.

Otra ventaja de la implementación de un programa psicoeducativo en grupo relativamente largo, es que al menos durante los 6 meses de duración del programa el paciente tiene más probabilidades de mayor estabilidad anímica. Es de sobra sabido, que en el caso de los pacientes bipolares, el curso inmediatamente anterior es el mejor indicador pronóstico del curso inmediatamente posterior, de modo que asegurar 6 meses de estabilidad tiene para algunos pacientes un efecto de encarrilamiento y mejora claramente su curso inmediato posterior.

**Estudios empíricos sobre psicoeducación grupal en el TB**

Bauer, McBride, Chase, Sachs y Shea (1998) han desarrollado un programa de tratamiento psicoeducativo, que consistía en 5 sesiones semanales de psicoeducación grupal enfocadas a la prevención de recaídas, seguidas de una fase abierta centrada en la resolución de problemas relacionado con las metas sociales y laborales. Con este programa se obtuvieron resultados positivos, especialmente en la reducción de la duración de los episodios afectivos, fundamentalmente maníacos, así como en la mejora del funcionamiento social y la calidad de vida (Bauer *et al.*, 2006). Simon *et al.* (2006) realizaron un estudio con una amplia muestra de pacientes (N=441), en el que evaluaron una intervención con diversos componentes, entre los que se incluían un programa psicoeducativo grupal. Aquellos pacientes que siguieron la intervención y que presentaban en la evaluación basal una sintomatología afectiva, redujeron tanto la intensidad como la duración de la sintomatología maniforme, pero no obtuvieron diferencias significativas con respecto a la sintomatología depresiva.

Otro estudio bien diseñado fue el de Peet y Harvey (1991), en el que asignaron 60 pacientes con TB al azar a un programa psicoeducativo (N=30) y a otro de lista de espera. Ambos grupos seguían terapia con litio. El programa consistía en ver un video de 12 minutos y otros materiales escritos sobre el litio. El programa produjo un incremento del conocimiento de los pacientes sobre el litio, con actitudes más favorables sobre él y con una mejora de la adherencia a la medicación a las seis semanas de la intervención.

Clarkin, Carpenter, Wilner y Glik (1998) encontraron que una intervención psicoeducativa de 11 meses, junto a la medicación, produjo una mejora en el funcionamiento

global y en el cumplimiento de la medicación, en pacientes bipolares en comparación con los pacientes que sólo recibían medicación.

El grupo de Colom en 2003 publicó los resultados de un estudio aleatorizado realizado en la Universidad de Barcelona, donde se estudió de forma sistemática si el apoyo y la psicoeducación grupal resultaban eficaz como coadyuvante a la farmacoterapia estándar para los adultos bipolares tipo I y II. Examinaron a 120 pacientes que habían estado en remisión al menos 6 meses. Un grupo recibió eutimizantes y 21 sesiones semanales del programa psicoeducativo. Los pacientes del grupo de control también recibían sesiones grupales, pero los grupos no estaban estructurados y no se implicaron en la psicoeducación. Así pues, el diseño ofrecía un control de la cantidad de contacto paciente/terapeuta y del impacto de apoyo de la estructura grupal.

Los resultados mostraron que la psicoeducación grupal fue superior al grupo desestructurado en varios sentidos. A final de los dos años de seguimiento, el 92% de los pacientes control y el 67% de los pacientes del grupo psicoeducativo presentaron recurrencias. El tiempo transcurrido hasta la recurrencia fue superior en el grupo psicoeducativo, y el número de ingresos hospitalarios fue menor, precisando menos días de hospitalización. Los grupos no mostraron diferencias en cuanto al cumplimiento terapéutico. La proporción de pacientes con recidivas de depresión fue menor en los grupos psicoeducativos a lo largo de la fase de tratamiento activo y el seguimiento durante 2 años, mientras que el porcentaje de pacientes con recurrencias maníacas-hipomaniacas o mixta sólo fue más bajo en el seguimiento a 2 años. Así pues, el tratamiento tuvo efectos más rápidos sobre las recurrencias depresivas que sobre las maníacas (Colom *et al.*, 2003).

En un estudio posterior, el grupo de Colom realizó un ensayo aleatorizado controlado con un total de 122 pacientes, donde se compararon los resultados a 5 años de seguimiento entre un grupo que recibió intervención psicoeducativa y otro grupo que recibió intervención no estructurada. Un total de 99 pacientes completaron el seguimiento. Los resultados mostraron que el número de recurrencias a ambos polos afectivos fue menor en el grupo psicoeducativo, así como la duración de los episodios. La media del número de días de hospitalización también fue menor en el grupo que había recibido psicoeducación. Los autores concluyeron que la psicoeducación grupal es el único tratamiento psicosocial que ha mostrado eficacia a largo plazo en mantener la estabilidad en el TB (Colom *et al.*, 2009). Este estudio ha sido replicado usando el mismo tipo de intervención psicoeducativa, mostrando excelentes resultados en la prevención de recaídas (Candini *et al.*, 2013).

Las revisiones de los estudios empíricos sobre la psicoeducación grupal, demuestran que es uno de los tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno bipolar, contribuyendo a incrementar la adherencia a la medicación, reduciendo

las recaídas, disminuyendo el número y duración de los ingresos hospitalarios.

La atención a las personas con TAB en la Unidad de Gestión Clínica del Hospital Virgen del Rocío, se enmarca dentro del Proceso Asistencial Integrado para los Trastornos Mentales Graves del Sistema de Salud Público de Andalucía. Sin embargo, como señaló en 2009 el grupo de Gestión del Conocimiento perteneciente al Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud, las intervenciones para el TAB no estaban lo suficientemente representadas en el Proceso Asistencial vigente en nuestro medio, recomendando el desarrollo de programas subespecializados en el tratamiento del TAB.

En este sentido, la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) Virgen del Rocío estaba llevando a cabo desde el 2006, un subprograma específico de tratamiento psicoterapéutico para el abordaje psicosocial, complementario al tratamiento farmacológico en el TAB, en el que se contemplaba entre las intervenciones, la psicoeducación grupal del paciente bipolar como coadyuvante al abordaje farmacológico.

Así pues, en este artículo se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del tratamiento de psicoeducación grupal desarrollado por Colom y Vieta en una muestra de pacientes con diagnóstico de TAB que estaban siendo atendidos en la URSM.

## Método

### Participantes

La muestra objeto de estudio está constituida por un total de 21 usuarios, diagnosticados de Trastorno Afectivo Bipolar tipo I, tipo II y ciclotimia, en fase eutímica, y que fueron atendidos durante el período comprendido entre Mayo de 2008 y Diciembre de 2010, en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital Universitario “Virgen del Rocío” de Sevilla. Los pacientes habían sido derivados desde las Unidades de Salud Mental Comunitaria de referencia correspondiente para tratamiento psicosocial intensivo.

Los criterios de inclusión en este estudio fueron: diagnóstico según CIE-10 de trastorno bipolar tipo I, tipo II o ciclotimia, edad mayor de 18 años, deben encontrarse en fase eutímica de la enfermedad, dar consentimiento verbal informado,

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: trastorno bipolar que presenta comorbilidad grave con trastornos del eje II, presencia de consumo de tóxicos, presencia activa de sintomatología psicótica.

### Diseño

Estudio de casos con pretest y postest, cuyo objetivo es valorar si el tratamiento psicoeducativo grupal es efectivo a los 6, 12, y 18 meses de finalizada la intervención, en

reducir el número de episodios de ambos polos afectivos y su gravedad, y en consecuencia, la disminución del número de ingresos hospitalarios en una muestra de pacientes con diagnóstico de TAB.

### **Instrumentos**

Los instrumentos que se utilizaron en la evaluación en la fase pretratamiento y en la fase postratamiento fueron los siguientes:

*Escala de Evaluación de la Manía* (YMRS, Young, Biggs, Ziegler & Meyer, 1978). Adaptación española por Livianos y cols. (2000). Escala heteroaplicada de 11 ítems, que evalúa los síntomas de la manía. Los ítems se puntúan en una escala de intensidad que oscila entre 0 y 4, y otras entre 0 y 8 (ítems 5, 6, 8 y 9.). Proporciona una puntuación total que oscila entre 0 y 60 puntos. Una puntuación menor o igual a 6 es compatible con eutimia; de 7-20 es compatible con episodio mixto y mayor de 20, es indicativo de episodio maniaco. A mayor puntuación mayor gravedad del episodio. Coeficiente de fiabilidad alpha de Cronbach para muestra española es de 0.88.

*Escala de Depresión de Calgary* (CDRS, Addington & Addington, 1990). Adaptada a la población española por Ramírez y cols. (2001). Escala heteroaplicada, de 9 ítems, que se utiliza para medir el nivel de depresión en pacientes esquizofrénicos. Los ítems se puntúan según una escala likert de 4 valores de intensidad, indicando 0 ausente y 3 grave. Proporciona una puntuación total de la gravedad de la depresión, que oscila entre 0 y 27 puntos. Una puntuación entre 0-5 indicaría no depresión, y entre 6-27 indicaría estado depresivo. Coeficiente de fiabilidad alpha de Cronbach para muestra española de 0.81.

*Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia* (PANSS, Kay y cols., 1987). Adaptación española por Peralta y Cuesta (1994). En el estudio se aplicó sólo la subescala de síntomas positivos (PANSS-P). Subescala heteroaplicada que evalúa el síndrome positivo de la esquizofrenia, consta de 7 ítems, que se puntúan en una escala likert de 7 grados de intensidad o gravedad. El 1 es equivalente a ausencia de síntomas y el 7 a presencia del síntoma en gravedad extrema. Coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach es de 0.71.

*Cuestionario de evaluación de conocimientos sobre el TAB, y cuestionario de recaídas*, elaborados por el equipo terapéutico. El primero consta de 31 cuestiones que examinan el conocimiento previo del paciente sobre el TB. El segundo consta de 6 preguntas que exploran número de recaídas, detección de signos prodrómicos y número de ingresos hospitalarios en el período evaluado.

### **Procedimiento**

Se realizó una evaluación previa por el terapeuta principal a través de la historia clínica del paciente y el cuestionario de recaídas, donde se obtuvieron los siguientes datos descriptivos de la muestra: variables demográficas, diagnóstico según CIE-10, años de evolución de la enfermedad, y número de ingresos en los últimos dos años.

Para evaluar la efectividad de nuestro tratamiento, se pasó un pretest formado por el registro del número de recaídas previas al tratamiento y las escalas clínicas YMRS, CDRS y PANSS-P, y un postest a los seis, doce y dieciocho meses de finalizado el grupo psicoeducativo en el que se utilizaron las mismas variables de resultado que en el pretest.

El tratamiento psicoeducativo fue aplicado en tres grupos de pacientes, el primer grupo comenzó en mayo de 2008 y finalizó en diciembre de 2008 y se ofertó a un total de ocho pacientes. El segundo grupo comenzó en mayo de 2009 y terminó en diciembre de 2009, ofertándose a cinco pacientes, y el tercer grupo se inició en mayo de 2010 y finalizó en diciembre de 2010, se ofreció a ocho pacientes. Todos los grupos fueron conducidos por un terapeuta principal y un coterapeuta. Se realizaron un total de 21 sesiones, con frecuencia semanal, distribuidas a lo largo de seis meses. El programa consta de cinco módulos donde se abordan los siguientes contenidos: conciencia de enfermedad, adhesión farmacológica, evitación del uso de sustancias, detección precoz de nuevos episodios, y regularidad de hábitos y manejo del estrés (Colom & Vieta, 2004). Las sesiones grupales son de 90 minutos de duración y se organizan con un período de calentamiento de 15 ó 20 minutos, donde se inicia con una conversación informal y propuesta del trabajo psicoeducativo. A través de una rueda, paciente por paciente se invita a conversar sobre si ha habido incidencias relevantes o cambios en el estado de ánimo durante la última semana, y se plantean dudas sobre la sesión anterior. Los 40 minutos siguientes, se presenta el contenido del tema de la sesión, con una dinámica participativa. También, en algunas sesiones, se realizarán ejercicios por grupos, gráficos o ruedas de comentarios para asegurar la comprensión y la participación de todos los miembros. La última media hora se dedica a discutir abiertamente el tema abordado en la sesión y canalizar las emociones asociadas.

### **Resultados**

El tratamiento psicoeducativo ha sido ofertado en la URSM a un total de 21 pacientes en el período comprendido entre mayo de 2008 y diciembre de 2010, siendo rechazado por una paciente. Del total, el 38.1% son mujeres y el 61.9% hombres, distribuidos en 3 grupos de tratamiento. La edad media de los sujetos es de 45,9 años, estando el 45% casados, el 30% solteros y el 25% divorciados. El 100% venían derivados desde la USMC de referencia.

El 85% de la muestra estaba diagnosticado de TAB tipo I, el 10% de TAB tipo II y un 5% de ciclotimia. Un 38.09% de los sujetos presentaban asociados rasgos disfuncionales de la personalidad. En cuanto a los años de evolución de la enfermedad, encontramos que el 5% tienen menos de diez años de evolución, el 80% estaba entre 10 y 20 años y el 15%, más de 20 años de evolución. El número de ingresos hospitalarios por descompensación hacía algún polo en los últimos dos años había sido de ninguno para el 25%, de uno a dos ingresos para el 45%, y el 30% restante había tenido más de 2 ingresos previos a la intervención psicoeducativa.

Han completado el programa de tratamiento un total de 16 pacientes, lo que supone un 76,19% del total de la muestra. De los que no lograron finalizarlo: dos pacientes abandonaron el programa una vez iniciado (9,5%), dos no llegaron a incorporarse al tratamiento grupal (9,5%) y uno sufrió una descompensación (4,7 %) en la sesión 15 de tratamiento por lo que tuvo que ser excluido del grupo.

Los resultados tras finalizar el grupo psicoeducativo del primer grupo de tratamiento se presentan en la figura 1. De los ocho pacientes a los que se ofertó, una persona rechazó el tratamiento, dos se descompensaron de su proceso al inicio del grupo por lo que no llegaron a incorporarse, dos abandonaron a mitad de tratamiento grupal y tres finalizaron el programa con una asistencia del 100%. La distribución por grupos diagnósticos era de cinco con diagnóstico de TB tipo I; dos pacientes diagnosticado de TB tipo II y uno de ciclotimia. Dos de los casos presentaban rasgos disfuncionales de la personalidad: inestabilidad emocional y narcisista-paranoide.

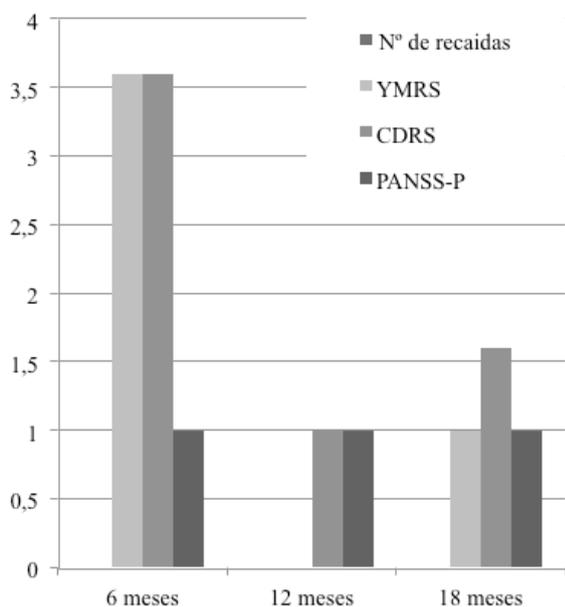


Figura 1. Resultados de seguimiento del primer grupo.

El segundo grupo (figura 2) todos los pacientes a los que se ofreció el grupo finalizaron el programa de tratamiento con muy buena adherencia, asistencia desde el 90% en dos casos al 100% en los tres restantes. Los cinco diagnosticados de TB tipo I.

En el tercer grupo (figura 3), de los ocho pacientes que iniciaron el grupo, una paciente se excluyó del grupo por recaída con viraje hacia el polo maníaco en el penúltimo módulo de tratamiento, y el resto finalizó el programa con

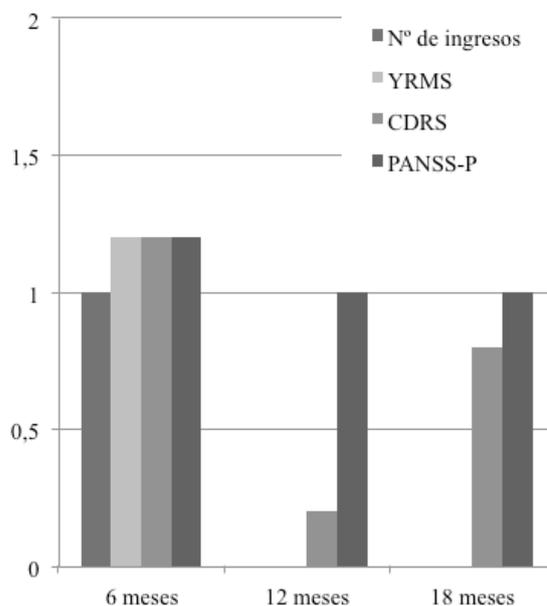


Figura 2. Resultados de seguimiento del segundo grupo.

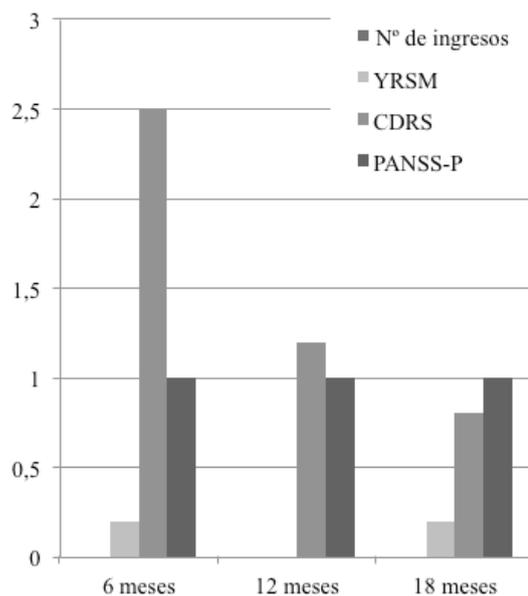


Figura 3. Resultados de seguimiento del tercer grupo.

muy buena adherencia. Todos con una asistencia del 100%, excepto una paciente que tuvo una asistencia del 80% y otra del 90%. Los ocho pacientes estaban diagnosticados de TB tipo I.

Del total que han completado el programa, se ha producido sólo una recaída a los seis meses de finalización del tratamiento psicoeducativo, con sintomatología mixta en un paciente del grupo 2, que precisó de ingreso en la Unidad de Hospitalización. El número de ingresos hospitalarios para el grupo 1 después de 18 meses de seguimiento fue de ninguno. El segundo grupo contabilizó un ingreso hospitalario a los seis meses de seguimiento; y en el grupo 3, ningún paciente precisó de ingreso a los 18 meses de seguimiento.

En cuanto a los resultados en las escalas clínicas, encontramos que los pacientes que finalizaron el programa del grupo 1 presentaron puntuaciones medias por debajo del punto de corte para las escalas que valoran los síntomas de la manía y la depresión, obtuvieron valores de 1 (ausencia de patología) para todos los ítems de la PANSS-P a los 6, 12 y 18 meses de finalizado el tratamiento. Uno de los pacientes a los seis meses de seguimiento registró puntuaciones de 8 para la YMRS y para la CDRS. En el grupo 2, todos los pacientes presentaron puntuaciones medias por debajo del punto de corte para las tres escalas clínicas, excepto el paciente que precisó de ingreso que mostró a los seis meses de seguimiento una puntuación en la YRSM de siete. El tercer grupo, todos los pacientes puntuaron por debajo del punto de corte para las tres escalas, excepto una paciente que obtuvo una puntuación de nueve en la CDRS a los seis meses de seguimiento.

## Discusión

De los datos aportados por el análisis, encontramos que la población objeto de intervención, han sido pacientes con una edad media de 45.9 años, en su mayoría con diagnóstico de TAB tipo I y con una historia del trastorno en el 95 % de los casos de más de 10 años de evolución, donde el 75 % de los casos habían presentado uno o más ingresos hospitalarios en los dos años previo.

El objetivo de este trabajo era evaluar los resultados a nivel clínico de aplicar un programa psicoeducativo grupal a una muestra de pacientes con TAB en fase eutímica, que además estaban siguiendo tratamiento farmacológico estándar en la URSM. La variable que se ha utilizado para medir la efectividad clínica ha sido el número de recaídas que han requerido de ingreso hospitalario a lo largo de 18 meses de seguimiento postratamiento y los resultados en las escalas clínicas a los 6, 12 y 18 meses de finalizado el tratamiento.

Los resultados porcentuales muestran que el número de ingresos hospitalarios a los 18 meses de seguimiento en los pacientes que completaron el tratamiento psicoeducativo ha sido sólo de un ingreso para un paciente, lo que indica

que después del tratamiento psicoeducativo, sólo el 6,5 % de los pacientes han ingresado en una ocasión, y el 92,5 % en ninguna, frente al 75% de la muestra que presentó uno o más ingresos hospitalarios en los dos años previo a la aplicación de la psicoeducación grupal. Datos que apoyan los resultados encontrados en el estudio de Colom *et al.* (2003; 2009) y Candini *et al.* (2013).

En cuanto al nivel de sintomatología clínica en depresión, manía y síntomas psicóticos en el momento de la evaluación en fase de seguimiento a los 6, 12 y 18 meses, encontramos que en el grupo 1, sólo un paciente registró puntuaciones indicativas de fase mixta de intensidad leve a los 6 meses de seguimiento; en el segundo grupo, también un paciente obtuvo puntuaciones en la YRSM indicativa de fase mixta de intensidad leve y, en el tercer grupo, sólo una paciente presentó sintomatología depresiva de intensidad leve a los 6 meses de seguimiento. El resto de los participantes presentaron puntuaciones que estaban en el rango de la eutimia a los 6, 12 y 18 meses. Así pues, podemos decir que en el presente estudio los grupos psicoeducativos han sido efectivos en reducir el número de episodios a ambos polos afectivos a lo largo de los 18 meses, y la severidad de los síntomas, datos que apoyan los hallazgos del estudio de Bauer *et al.* (2006) y Simon *et al.* (2006). También encontramos que el tratamiento tuvo efectos más rápidos sobre las recurrencias depresivas que sobre las maníacas, datos que concuerdan con los resultados de Colom *et al.* (2003).

Así pues, salvaguardando las limitaciones metodológicas que adolecen en el presente estudio (muestra pequeña y sin grupo control), podríamos decir que los resultados son coherentes con los encontrados en los estudios empíricos aleatorios sobre la efectividad de adjuntar psicoeducación, actuando posiblemente como mecanismos mediadores de su efectividad, la mejora de la adherencia al tratamiento, la identificación precoz de pródromos y la petición de ayuda, y consecuentemente la prevención de la recaída y la reducción del número de ingresos hospitalarios (Miklowitz & Scott, 2009).

Por tanto, los resultados de este estudio sugieren que los grupos psicoeducativos han sido efectivos en reducir el número de ingresos hospitalarios y en mantener la estabilidad anímica en la población objeto de intervención en la práctica real. Por tanto, podemos considerar la efectividad clínica de la práctica de grupo psicoeducativos en la URSM.

Sería interesante de cara a valorar la eficacia y eficiencia del tratamiento psicoeducativo grupal en la práctica real, realizar estudios aleatorizados con grupos control en muestras amplias de población clínica a nivel multicéntrico.

## Referencias

- American Psychiatry Association (2002). Practice guideline for the treatment of patient with bipolar disorder. *American Journal of psychiatry*, 159 (4), 1-50.

- Basco, M., & Rush, A.L. (1996). *Cognitive behavioral treatment of manic-depressive disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Bauer, M.S., McBride, L., Chase, C., Sachs, G., & Shea, N. (1998). Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: A feasibility study. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 449-455.
- Bauer, M., McBride, L., Williford, O.W., Glick, H., Kinoshian, B., Altshuler, L., Beresford, T., Kilbourne, A.M., & Sajatovic, M. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and cost. *Psychiatry Service*, *57* (7), 937-945.
- Becoña Iglesias, E., & Lorenzo Pontevedra, M.C. (2005). Guía de tratamiento eficaces para el trastorno afectivo bipolar. En M. Pérez Alvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez, & I. Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de Tratamientos Eficaces I* (pp. 197-217). Madrid: Pirámide.
- Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Caldera, M.T., Ermetini, R., Ghilardi, A., Nobili, G., Pioli, R., Sabauda, M., Sachetti, E., Saviotti, F.M., Seggioli, G., Zanini, A., & Girolamo, G. (2013). Is structured group psychoeducation for bipolar disorder patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *Journal Affective Disorders*, *151* (1), 149-155.
- Clarkin, J.F., Carpenter, H., Wilner, P., & Glik, I. (1998). Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services*, *49*, 531-533.
- Colom, F., Vieta, F., Martínez, A., Jorquera, A., & Gasto, C. (1998). What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *67*, 3-9.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez Aran, A., Reinares, M., Goicolea, J.M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., & Corominas, J. (2003). A randomized trial of the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 402-407.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación en trastornos bipolares*. Barcelona: Ars Médica.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otinario, R., Reinares, M., Goicolea, J.M., Benabarre, A., & Martínez-Aran, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorder: 5 years outcome of a randomised clinical trial. *British Journal Psychiatry*, *194* (3), 560-565.
- Coryel, W., Scheftner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., & Klerman, G.L. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 720-727.
- Craighead, W.E., & Miklowitz, D.L. (2000). Psychosocial interventions for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61* (13), 58-64.
- Craighead, W.E., Miklowitz, D.L., Vajk, F.C., & Frank, E. (2002). Psychosocial treatment for bipolar disorder. En P.E. Nathan, & J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatment at work* (2.<sup>a</sup> ed., pp. 263-275). Nueva York: Oxford University Press.
- Gelenberg, A.J., Kane, J.N., Keller, M.B., Lavori, P., Rosenbaum, J.F., Cole, K., & Lavelle, J. (1989). Comparison and standard and low serum levels of Lithium for maintenance treatment of bipolar disorders. *New England Journal of Medicine*, *321*, 1489-1493.
- Geller, B., Craney, J.L., Bolhofner, K., Nickelsburg, M.J., Williams, M., & Zimmerman, B. (2002). Two-years prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 927-933.
- Gitlin, M.J., Swendsen, J., Heller, T.L., & Hamme, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1635-1640.
- Goldberg, F.J., Harrow, M., & Grossman, L.S. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 379-385.
- Johnson, S.L., Sandrow, D., Meyer, B., Winters, R., Miller, I., Solomon, D., & Keitner, G. (2000). Increases in manic symptoms following life events involving goal-attainment. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 721-727.
- Kalbag, A., Miklowitz, D.J., & Richards, J.A. (1999). A method for classifying the course of bipolar I disorder. *Behavior Therapy*, *30*, 355-372.
- Livianos, L., Rojo, L., Guillén, J.L., Villavicencio, D., Pino, A., Mora, R., Vila, M.L., & Domínguez, A. (2000). Adaptación de la escala para la valoración de la manía por clínicos. *Acta Española de Psiquiatría*, *28*, 169-177.
- López, A.D., & Murray, C.J. (1998). The global burden of disease. *Nature Medicine*, *4*, 1241-1243.
- Malkoff-Schwar, S., Frank, E., Anderson, B., Sherrill, J.L., Siegel, L., Patterson, D., & Fupfer, D.J. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: A preliminary investigation. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 679-687.
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S., & Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 225-231.
- Miklowitz, D.J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder; cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorder*, *11* (2), 110-122.
- Miklowitz, D.J., Simoneau, T.L., George, E.L., Richards, J.A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., & Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, *48*, 582-592.

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Bipolar Disorder: The management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescent, in Primary, and Secondary Care*. Leicester: National Collaborating Center for Mental Health.
- O'Connell, R.A., Mayo, J., Fltaw, L., Cuthbertson, B., & O'Brien, B.E. (1991). Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with Lithium. *British Journal of Psychiatry*, *159*, 123-129.
- Parikh, S.V., Hawke, I.D., Velyvis, V., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Patelis-Siotis, I., Macqueen, G., Young, L.T., Yatham, L.N., & Cervantes, P. (2014). Combined treatment: Impact of optimal psychotherapy and medication in bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, *16*, 1-11.
- Parikh, S.V., Kusumakar, V., Haslam, S., Matte, R., Sharma, V., & Yatham, L.N. (1997). Psychosocial interventions as an adjunct to pharmacotherapy for bipolar disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *42* (2), 74-78.
- Peet, M., & Harvey, N.S. (1991). Lithium maintenance: A standard education programme for patients. *British Journal of Psychiatry*, *158*, 197-200.
- Peralta, V., & Cuesta, M.J. (1994). Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Española de Neurología Psiquiátrica*, *22* (4), 171-177.
- Priebe, S., Widgrube, C., & Muller-Oerlinghausen, B. (1989). Lithium prophylaxis and expressed emotion. *British Journal of Psychiatry*, *154*, 396-399.
- Ramírez-Basco, M., & Thase, M.E. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos bipolares. En V.E. Caballo (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 575-607). Madrid: Siglo XXI.
- Ramírez, N., Sarro, S., Arranz, B., Sánchez, J.M., González, J.M., & San, L. (2001). Instrumento de evaluación de la depresión en la esquizofrenia. *Actas Española de Psiquiatría*, *29*, 259-268.
- Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Torret, C., Martínez-Arán, A., Comes, M., Gólkolea, J.M., Benabarre, A., Salamero, M., & Vieta, E. (2008). Impact of caregiver group Psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disorder*, *10*, 511-519.
- Rothbaum, B.O., & Austin, M.C. (2000). Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61*(9), 68-79.
- Simon, E., Evette J., Ludman, E.J., Bauer, M.S., Unützer, J., & Operskalski, B. (2006). Long-term Effectiveness and Cost of a Systematic Care Program for Bipolar Disorder. *Archives General Psychiatry*, *63*, 500-508.
- Simoneau, T.S., Miklowitz, D. J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., & Richards, J.A. (1996). Nonverbal interactional behavior in the families of persons with schizophrenic and bipolar disorders. *Family Process*, *35*, 83-102.
- Suppes, T., Baldessarine, R.J., Faedda, G.L., Tondon, L., & Tohen, M. (1993). Discontinuation of maintenance treatment in bipolar disorder: Risks and implications. *Harvard Review of Psychiatry*, *1*, 131-144.
- Yatham, L.N., Kennedy, S.H., Shaffer, A., Parikh S.V., Beaulieu, S., O'Donovan, C., MacQueen, G., McIntyre, R.S., Sharma, V., Ravindran, A., Young, L.T., Young, A.H., Alda, M., Milev, R., Vieta, E., Calabrese, J.R., Berk, M., Ha, K., & Kapczinski, F. (2009). Canadian networks for mood and anxiety treatments (CANMAT) and international society for bipolar disorder (ISBI) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disorder*, *11*, 225-255.

