

TRASTORNO BIPOLAR Y PSICOEDUCACIÓN: DESARROLLO DE UN PROGRAMA PARA CLÍNICOS

AUTORES:

Asunción Pino Pino. Psiquiatra
Marta Belenchón Lozano. Psicólogo clínico
Pilar Sierra San Miguel. Psiquiatra
Lorenzo Livianos Aldana. Psiquiatra

Unidad de Trastornos Bipolares
Hospital Universitario La Fe. Valencia

Título: Trastorno bipolar y psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos

Autores: © Asunción Pino Pino
Marta Belenchón Lozano
Pilar Sierra San Miguel
Lorenzo Livianos Aldana

Ilustraciones portada y audiovisuales: José Bueno Lledó y Miguel Blasco

ISBN: 978-84-8454-639-9
Depósito legal: A-41-2008

Edita: Editorial Club Universitario Telf.: 96 567 61 33
C/. Cottolengo, 25 – San Vicente (Alicante)
www.ecu.fm

Printed in Spain
Imprime: Imprenta Gamma Telf.: 965 67 19 87
C/. Cottolengo, 25 – San Vicente (Alicante)
www.gamma.fm
gamma@gamma.fm

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información o sistema de reproducción, sin permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

*La enseñanza que deja huella no es la que se hace
de cabeza a cabeza, sino de corazón a corazón*

Howard G. Hendricks
Intelectual y escritor estadounidense

ÍNDICE

Prólogo	7
Introducción manual psicoeducación	9
Metodología y aspectos formales de la psicoeducación.....	21
1ª sesión: Introducción a la psicoeducación	27
2ª sesión: Definición del trastorno bipolar	33
3ª sesión: Curso y pronóstico. La importancia de la regularidad	45
4ª sesión: Clínica de la manía	51
5ª sesión: Clínica de la depresión	61
6ª sesión: Proyección audiovisual de los episodios	69
7ª sesión: Diagnóstico y diagnóstico diferencial. La aceptación del diagnóstico	71
8ª y 9ª sesión: Tratamiento farmacológico. Obstáculos a la adherencia.....	83
10ª y 11ª sesión: Prevención de recaídas. Detección de señales de alarma	105
12ª sesión: El gráfico vital como técnica de autocontrol clínico	113
13ª sesión: Técnicas de control del estrés y solución de problemas	121
14ª sesión: Despedida y cierre del programa	129
Nuestra experiencia en estos años	133
Bibliografía.....	135

PRÓLOGO

Dr Lorenzo Livianos Aldana

Hace unos diez años iniciamos en el Hospital La Fe de Valencia unos grupos de psicoeducación para pacientes bipolares. El Dr. Josep Ribes se encargó de la parte relativa a los familiares, mientras que la Dra. Pino y el que firma, nos encargamos de la de los pacientes. No había más guía entonces que el propio sentido común. Para elaborar el programa nos preguntábamos ¿Qué es lo que quiero que aprendan y sepan estos pacientes? ¿Qué es lo que ayudará a una buena evolución? Y a las respuestas a estas preguntas, procurábamos ceñirnos en las sesiones. En contra de mis deseos tuve pronto que desligarme de los grupos, siendo sustituido por Marta Belenchón, psicólogo clínico, que se dedica desde entonces con entusiasmo a los grupos de pacientes.

A lo largo de estos años han experimentado con los diversos aspectos formales de los grupos de psicoeducación. Se ha modificado el número de los participantes, la frecuencia de las sesiones, la duración... entre otros aspectos. También se ha modificado el contenido de las mismas. Al final, la experiencia acumulada ha permitido destilar la formulación que el lector tiene en sus manos. Aunque esto se expondrá más adelante, adelanto que se trata de grupos previamente homogeneizados respecto a variables sociales, educativas y culturales, con sesiones que tienen una duración aproximada de dos horas, con una frecuencia bimensual, diseñadas para unos doce participantes. Las dos profesionales suelen turnarse en las funciones de terapeuta y co-terapeuta.

Es para mí un placer presentar este manual donde las autoras han tenido el acierto de plasmar los conocimientos adquiridos a lo largo de muchas horas de psicoeducación. El acierto no es sólo el de recoger esta sabiduría, sino el de exponerla (con la ayuda de la Dra. Pilar Sierra) con soltura en un manual que tiene un sentido eminentemente práctico. Bien es verdad que

algunas de las sesiones tienen el sello de la Unidad de Bipolares de Valencia, pero no por eso su contenido es menos generalizable.

Espero que el lector encuentre útil y práctica esta obra, cuando se enfrente a la necesidad de iniciar los grupos psicoeducativos.

INTRODUCCIÓN MANUAL PSICOEDUCACIÓN

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica y cíclica, con elevadas repercusiones destructivas y costosas tanto a nivel personal, como familiar o social (Goodwin, 1990). Aunque el tratamiento farmacológico sigue siendo el puntal básico del tratamiento del paciente bipolar, a raíz de la publicación del conocido artículo de Judd, en el que se demostraba que los pacientes bipolares experimentan sintomatología subsindrómica casi la mitad del tiempo (Judd, 2002), se hizo más patente la importancia de otro tipo de intervenciones aparte de los tratamientos psicofarmacológicos.

Desde una perspectiva histórica, la psicoeducación generalmente ha sido considerada como un componente menor de la psicoterapia más que como una intervención independiente (Callahan, 1999). Habitualmente se ha considerado que los pacientes con trastorno bipolar no eran candidatos a recibir terapias psicológicas por varias razones. Entre ellas figuran que los modelos etiológicos dominantes han incidido sobre los factores biológicos y genéticos, con lo que estos han prevalecido a la hora de la investigación clínica y la medicación se ha constituido así en el único tratamiento válido para los pacientes bipolares (Scott, 1995). Por otra parte, cabe señalar la concepción histórica de que todos los pacientes bipolares experimentaban una recuperación interepisódica completa y retornaban a sus niveles de funcionamiento premórbido intactos, y la consideración de que estos pacientes eran peores candidatos para la psicoterapia que otros enfermos mentales debido a su falta de introspección y excesiva dependencia (Fromm-Reichman, 1949). Además, la ausencia de apoyo empírico dada la escasez de estudios aleatorizados y controlados, ha retrasado su utilización al tener pocos indicadores de cuándo o cómo incorporar tales tratamientos a la práctica diaria.

Sin embargo, a lo largo de la última década han surgido algunos aspectos claves. En primer lugar, hay una mayor aceptación del modelo de estrés-vulnerabilidad que supone una interconexión entre los factores

psicológicos, sociales y biológicos en el mantenimiento o frecuencia de las recurrencias de los episodios de enfermedades mentales severas; y en segundo, las evidencias que se han ido acumulando a través de ensayos aleatorizados y controlados que reafirman los beneficios de las terapias psicológicas en pacientes con esquizofrenias resistentes y en trastornos depresivos severos y crónicos (Paykel 1999; Sensky 2000). Esto ha hecho que aparecieran grupos de investigación que han dirigido sus estudios a comprobar la eficacia de diferentes terapias en el trastorno bipolar, entre ellas la psicoeducación.

Como muestra del mayor papel otorgado a las intervenciones psicológicas como coadyuvantes del tratamiento farmacológico, han aparecido manuales estandarizados sobre la psicoeducación de gran interés (Bauer 1996, 1998) y el número de artículos publicados que reflejan los efectos beneficiosos de este tipo de terapia se ha multiplicado. Un fuerte impulso para la aplicación de los programas psicoeducativos en la práctica clínica diaria, lo ha constituido el hecho de que algunas de las guías más destacadas hayan incluido tanto la psicoeducación como la terapia cognitiva como técnicas coadyuvantes a la medicación, pasando a ser consideradas como una parte importante del manejo a largo plazo de los pacientes bipolares (Goodwin 2003; Calabrese 2004).

¿Pero qué es psicoeducar a los pacientes bipolares?

Psicoeducar no consiste únicamente en “informar” a los pacientes bipolares acerca de la enfermedad que padecen. La psicoeducación está basada en el modelo médico biopsicosocial y proporciona al paciente un acercamiento teórico y práctico hacia la comprensión y el afrontamiento de las consecuencias de su enfermedad (Colom, 1998). Gracias a sesiones periódicas que se imparten a un grupo reducido de pacientes, se trata de fortalecer la alianza terapéutica de modo que éstos pasen a convertirse en colaboradores activos en el manejo de su enfermedad. No solamente está indicada para pacientes de mala evolución y con mala conciencia de enfermedad, sino que es una terapia útil incluso para aquéllos que no tienen problemas de adherencia y, puede conformar un modelo triangular basado en estilos de vida regulares y hábitos sanos, detección de síntomas prodrómicos e intervención temprana y cumplimentación terapéutica (Colom, 2003).

Más adelante exponemos de un modo detallado, las características de los programas psicoeducativos que llevamos a cabo en nuestro hospital.

¿Por qué psicoeducar a nuestros pacientes?

Existen datos contundentes en torno a dos aspectos claves en la evolución y pronóstico del trastorno bipolar y que se refieren al curso cíclico, caracterizado por la tendencia a las recaídas y por otro lado al incumplimiento farmacológico presente en nuestros pacientes.

• Las recurrencias:

Según la literatura revisada, más de la mitad de todos los pacientes bipolares tienen recurrencias frecuentes a pesar del tratamiento farmacológico (Dickson 1986; O'Connell 1991), es decir, pese al uso de los estabilizadores una proporción significativa sufren frecuentes recaídas (Lavori, 1996), y aún siguiendo correctamente tratamiento profiláctico con litio casi un tercio de los pacientes bipolares continúan cayendo (Solomon, 1995). Numerosos factores, entre ellos el número de fases, marcan un curso deteriorante, por lo que el objetivo ha pasado de buscar la recuperación únicamente sintomática a la funcional, que se ve claramente favorecida por la combinación de la terapia farmacológica y la psicológica.

En esta línea han ido apareciendo datos que han demostrado que los síntomas subsindrómicos, depresivos menores o hipomaniacos, se experimentan tres veces más a menudo que los niveles síndromicos de depresión o manía (Judd, 2002), siendo el daño cognitivo responsable de una gran parte de la disfunción de estos pacientes (Martínez Arán, 2004). El número de fases que los pacientes bipolares sufren a lo largo de su evolución clínica resulta decisivo en el pronóstico por su repercusión cognitiva. Es decir, los pacientes bipolares pueden presentar niveles elevados de síntomas subsindrómicos entre los episodios y éstos se han asociado con un aumento en el riesgo de recaídas (Keller, 1992). Por ello, todos los esfuerzos deben ir encaminados a prevenir nuevas fases, con lo que aseguraremos una mejor evolución. Así pues, el tratamiento óptimo del paciente bipolar no consiste únicamente en tratar de forma enérgica las fases agudas, sino que una parte fundamental consistirá en prevenir nuevos episodios y ayudar al paciente en el mejor conocimiento de los síntomas prodrómicos, lo que redundará en

una mejoría en los niveles de funcionamiento social y mejorará también el pronóstico (Lam, 2001).

- **El incumplimiento farmacológico:**

En segundo lugar, el hecho del incumplimiento farmacológico en el trastorno bipolar es un hecho real que hay que afrontar en la práctica diaria. Cuando intentamos tratar una enfermedad crónica como el trastorno bipolar, la adherencia al tratamiento a largo plazo es vital. Sin embargo, los estudios son unánimes a la hora de extraer conclusiones sobre la tendencia al incumplimiento farmacológico en los pacientes bipolares. Un trabajo que revisa 25 estudios publicados acerca de la adherencia terapéutica en estos pacientes, encuentra una tasa media de no adherencia en las muestras del 42%, esto indica que casi la mitad de todos los pacientes tratados por trastorno bipolar muestran una adherencia parcial a la medicación o bien discontinúan las pautas por completo (Perlick, 2004). Una revisión de 12 estudios de pacientes ambulatorios tratados con litio encontraron tasas de no cumplimentación del 18 al 53%, durante el primer año de tratamiento del 20 al 50% de los pacientes ya fueron malos cumplimentadores. (Goodwin, 1990). Otros estudios señalan que durante el primer año del seguimiento tras un episodio maníaco o mixto, el 51% de los pacientes ya eran parcial o nulamente cumplimentadores con las medicaciones prescritas (Keck, 1996). Pero estos datos no se refieren únicamente a pacientes en fases sintomáticas, sino que estudios que evalúan la cumplimentación terapéutica en pacientes bipolares eutímicos encontraron que sólo el 60% eran completamente cumplimentadores, el 27% lo eran parcialmente y el 13% no tomaban ningún tipo de medicación (Colom, 2000). Los factores que han sido relacionados con un mayor riesgo de no adherencia son el estado civil soltero o vivir solo, trastornos comórbidos de la personalidad o abuso de sustancias, historia previa de numerosos ingresos psiquiátricos, antecedentes de efectos secundarios al tratamiento, que su familia o amigos no les apoyaran decididamente a la hora de cumplimentar el tratamiento y por supuesto, la falta de conciencia de enfermedad y de conocimientos adecuados sobre esta enfermedad (Perlick, 2004). Los grupos psicoeducativos constituyen una intervención clave en el refuerzo de la adherencia al incidir sobre algunos de estos factores, con lo que la cumplimentación terapéutica se verá beneficiada claramente, tal y como ya ha sido demostrado en enfermedades médicas como el asma (Urek, 2005) y la diabetes (Sherifali, 2004).

Existen muchas otras razones, pero estas dos deberían ser suficientes para apoyar el uso de los grupos psicoeducativos como terapia indispensable en los pacientes bipolares.

¿Y qué ventajas tiene psicoeducar?

Como ya hemos señalado, a lo largo de la última década numerosos estudios que avalan la eficacia de este tipo de intervenciones han sido publicados. Al margen de los hallazgos significativos en los estudios publicados, existen numerosas ventajas observadas a través de la experiencia extraída de los pacientes que han participado en los grupos psicoeducativos que hemos ido realizando a lo largo de los últimos años:

- Los pacientes mejoran el conocimiento de la enfermedad en su conjunto en cuanto a aspectos como su naturaleza cíclica, etiología biológica, posibles factores desencadenantes o síntomas clínicos de los episodios.
- Reciben entrenamiento en la detección temprana de signos de recaída, en un intento por evitar las escaladas sintomáticas. Aprenden a detectar signos de alarma tanto de fases maníacas habitualmente más conocidos y aparentemente más sencillos, como de depresión menos conocidos y en ocasiones más difíciles de detectar.
- Se aborda el tema del incumplimiento farmacológico y de los efectos nocivos tanto del incumplimiento total, como parcial. Se mejora el conocimiento de los psicofármacos empleados y de sus efectos secundarios más comunes, con el objetivo de reducir los abandonos.
- Se trata de ayudar a los pacientes a convivir con una enfermedad crónica, mejorar su calidad de vida y habilidades para afrontar las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros, con el objetivo de disminuir así el impacto en el funcionamiento psicológico, cognitivo, físico, emocional y social del trastorno bipolar. Se trata de modificar las percepciones sobre la disrupción que genera la enfermedad en sus vidas, en un intento por desdramatizar determinadas situaciones que pueden plantearse en la vida diaria del paciente, como el daño en las relaciones interpersonales, o los sentimientos de vergüenza o culpabilidad generados tras los trastornos conductuales propios de las fases maníacas.
- Se fomentan en los pacientes hábitos de vida saludables. De hecho, los pacientes bipolares tienen un riesgo mayor de padecer un numeroso

grupo de enfermedades médicas cardiovasculares, diabetes, problemas pulmonares y síndrome metabólico (Angst 2002, Sharma 1994, Fagiolini 2005). Estos hábitos incluyen aspectos como la regularidad en los horarios y sus efectos beneficiosos.

- Los pacientes son instruidos en los beneficios de reducir el distrés o estrés subjetivo del paciente y se les proporcionan estrategias de afrontamiento para las situaciones vitales estresantes. Este es un aspecto importante porque aunque los hallazgos son inconsistentes, la mayoría de evidencias apoyan la hipótesis de que los acontecimientos vitales se asocian con un mayor riesgo de recaída en pacientes con trastorno bipolar, llegando a encontrar un riesgo de recaída cuatro veces mayor tras un acontecimiento negativo (Ellicott, 1990), y una duración hasta la recuperación hasta tres veces superior, a pesar de la adecuada cumplimentación terapéutica, en pacientes que sufrieron estos acontecimientos estresantes que en el caso de los que no los sufrieron (Johnson, 1997).
- El contacto con el grupo genera beneficios secundarios sobre aspectos como los síntomas subsindrómicos interepisódicos depresivos, difíciles de tratar farmacológicamente sobre todo la apatía o ánimo subdepresivo mantenidos de forma crónica. También sobre repercusiones de recaídas recurrentes como la pérdida de estatus social o de empleo que pueden configurar una autoestima más frágil y fluctuante, y las ventajas que supone para pacientes más jóvenes compartir y conocer la experiencia de pacientes más mayores. Además, pese al retraso en el diagnóstico, la mayoría de los pacientes reconocen un inicio muy temprano de los primeros síntomas que puede determinar un desarrollo patológico de la personalidad, o bien llevar al paciente a emplear mecanismos desadaptativos desde el momento de la adolescencia, que pueden detectarse y corregirse mediante la interacción con los grupos de psicoeducación.
- Se informa exhaustivamente a los pacientes sobre los efectos nocivos del abuso de tóxicos sobre el curso de la enfermedad.
- Se tratan temas habitualmente controvertidos como el suicidio, lo que puede actuar como factor preventivo.
- Se proporciona información concreta acerca de aspectos como embarazo y trastorno bipolar.
- Se trata de aclarar numerosas creencias erróneas que van apareciendo en las sucesivas sesiones, con lo que se consigue desculpabilizarles y desestigmatizarles.

- Se consigue un fortalecimiento de la alianza terapéutica, al aumentar la percepción de los pacientes de una mejor calidad en la asistencia que reciben.

¿Pero para todos los subtipos de pacientes bipolares está indicada la psicoeducación?

No existen estudios bien diseñados que analicen la eficacia de los grupos psicoeducativos en función del subtipo de trastorno bipolar, pero en principio se aplica tanto en bipolares tipo I como II. Akiskal, propone las técnicas psicoeducativas como tratamientos indicados en pacientes del espectro bipolar y en pacientes ciclotímicos (Akiskal, 1994). Con respecto al grupo de pacientes bipolares con patología comórbida, éstos tienden a convertirse en refractarios a los sucesivos cambios terapéuticos (Black, 1988), especialmente aquellos con abuso de sustancias o trastornos de personalidad. La presencia de un trastorno de personalidad comórbido se ha descrito como un predictor de mal pronóstico en los pacientes bipolares, se ha señalado que al menos un tercio de esta población podría obtener un beneficio claro de su inclusión en un grupo psicoeducativo. Ello se debe a que algunos de los objetivos de estos grupos como fortalecer la adherencia terapéutica, favorecer unos hábitos de vida regulares y sanos, y la supresión del consumo de alcohol y otras drogas mejoran enormemente el pronóstico de esta población (Colom, 2004).

¿Pero tiene inconvenientes? ¿Cuándo puede estar contraindicado?

La psicoeducación es particularmente efectiva como profilaxis cuando se usa en pacientes eutímicos, pero puede no ser tan útil para pacientes en fases agudas, e incluso podría tener efectos secundarios. Por ello, a la hora de incluir a un paciente en un programa psicoeducativo es importante tener en cuenta el estado afectivo que presenta en ese momento. Los pacientes deprimidos suelen tender a retener únicamente aspectos negativos de la información, y las dificultades cognitivas en estos periodos interfieren en el proceso de aprendizaje necesario en la psicoeducación. En el caso de los pacientes maníacos, suelen presentar distraibilidad y otros problemas cognitivos que interfieren en la percepción y aplicación adecuada de la información ofrecida y además, pueden presentar trastornos conductuales que resulten disruptivos

para el resto del grupo. Por lo tanto, un aspecto crucial es el hecho de que la psicoeducación debería siempre ser realizada cuando el paciente está eufórico.

Otra característica de los pacientes a tener en cuenta, es el caso de las personalidades obsesivas dada su tendencia a sobreimplicarse en la detección de síntomas de alarma, interpretando como prodrómicos síntomas sin relevancia clínica, incrementado de forma innecesaria el número de consultas a su psiquiatra pudiendo llegar a recibir de forma injustificada medicación extra. En otros casos pueden llegar a ser excesivamente rígidos sobre sus hábitos de sueño o de otro tipo, perdiéndose situaciones beneficiosas como acontecimientos sociales o viajes (Vieta, 2005).

Además, se ha sugerido que un entrenamiento excesivo en la detección de los síntomas depresivos, puede no resultar una estrategia apropiada para mejorar el pronóstico en el trastorno bipolar, ya que una mejora en la detección de estos sin un entrenamiento adecuado en las estrategias para afrontarlos puede no ser útil (Perry, 1999). Por ello, es importante una selección adecuada de los pacientes a la hora de integrarlos en uno de estos grupos.

¿Realmente ha demostrado ser útil?

Aunque existen numerosos tratamientos psicológicos propuestos para el trastorno bipolar, la mayoría no han demostrado su eficacia. Los primeros estudios que se llevaron a cabo describiendo las ventajas del uso combinado de los tratamientos psicológicos y farmacológicos en pacientes bipolares, tenían en común el pequeño tamaño de las muestras, la escasez de estudios aleatorizados o con grupos control y las numerosas limitaciones metodológicas, con presentación de casos anecdóticos de escaso interés y dudosa generalización. Las descripciones iniciales de intervenciones grupales se deben a Shakir y cols que utilizaron la psicoterapia de grupo como coadyuvante en pacientes en tratamiento farmacológico con litio (Shakir, 1979). Estudios de seguimiento posteriores, describieron una reducción en la tasa de ingresos en aquellos pacientes tratados con terapia de grupo y litio, debido a los beneficios de un seguimiento más cercano y al efecto del contacto con el grupo (Volkmar, 1981).

Uno de los estudios pioneros en el campo de la psicoeducación fue

llevado a cabo por Peet y cols, y consistió en un grupo de intervención breve estandarizada mediante vídeos educativos sobre el litio. Se describieron cambios en las actitudes de los pacientes hacia este eutimizante (Peet, 1991). Otros han demostrado mejorías significativas en la conducta y funcionamiento social (Van Gent, 1988) A partir de estos primeros estudios se fueron diseñando grupos con estrategias más directivas e intervenciones mejor diseñadas.

De este modo, a partir del inicio del siglo XXI se produjo un cambio notable. En 1999 se publicó el primer estudio aleatorizado, controlado y bien diseñado que incluía estrategias psicológicas para prevenir recaídas. Se encontró que enseñar a los pacientes a identificar los pródromos, alargaba el tiempo hasta la primera recaída maníaca y mejoraba el funcionamiento social y ocupacional (Perry, 1999) a la vez que disminuía de forma significativa el incumplimiento y las hospitalizaciones (Van Gent, 2000). También se describió que aquellos grupos de pacientes que recibían tratamientos psicológicos coadyuvantes experimentaban una mejoría clínica tanto objetiva, como subjetiva y un mejor ajuste social (Sensky, 2000). En otros casos cuando se ha comparado la eficacia de los grupos psicoeducativos con el tratamiento estándar, se ha encontrado que el grupo que recibió psicoeducación presentó una reducción significativa en el número de pacientes que recayeron, también en el número de recurrencias por paciente y un aumento de los periodos eutímicos. El número y duración de las hospitalizaciones en pacientes que recibieron psicoeducación fueron menores (Colom 2003a). Otros han encontrado una reducción en el número global recaídas especialmente depresivas, tiempo hasta la primera recaída en un periodo de seguimiento de 2 años, duración de la hospitalización y mejoría en las concentraciones séricas de litio en pacientes que acuden a grupos psicoeducativos (Colom 2003, 2005). Incluso beneficios para aquellos pacientes que cumplen criterios para un trastorno de personalidad comórbido (Colom, 2004).

Existen estudios que hablan de una mejoría en la calidad de vida de los pacientes bipolares que acuden a grupos psicoeducativos, especialmente mejoran aquellos ítems de las escalas que hacen referencia a la satisfacción general y en relación con los niveles de funcionamiento físico, es posible que los grupos ayuden a los pacientes a hacer cambios en sus vidas relativamente rápidos para mejorar su funcionamiento físico, mientras que las modificaciones en el trabajo y funcionamiento social pueden ser más lentas (Michalak, 2005).

Últimamente un impulso importante a la psicoeducación ha partido de las guías recientes de tratamiento del trastorno bipolar que han apoyado el uso regular de la psicoterapia en estos pacientes por los clínicos (Calabrese 2004; Goodwin 2003). Aunque los avances en el campo de la psicoeducación vienen avalados por numerosos estudios que demuestran sus efectos beneficiosos, son necesarias nuevas investigaciones que ayuden a perfilar algunos aspectos no sólo de la psicoeducación, sino de otros tipos de psicoterapias en bipolares.

Psicoeducar... ¿También a los familiares?

La expresividad emocional hace referencia a las actitudes críticas, hostiles o emocionalmente sobreimplicadas de los cuidadores hacia un miembro de la familia que sufre una enfermedad psiquiátrica y constituye un asunto clave de la psicoeducación. Se ha señalado que aunque los pacientes bipolares reciban tratamiento farmacológico controlado, la elevada expresividad emocional se asocia con un funcionamiento general más bajo (O'Connell, 1991) y con un aumento en la probabilidad de recaída dentro de los nueve meses siguientes a la hospitalización (Miklowitz 1988; Perlick 2001). Un estudio reciente realizado en ocho países, analizaba los problemas y dificultades con los que se encontraban los pacientes bipolares, señalaba que en todos ellos el ambiente familiar aparece como el lugar donde los pacientes experimentan los mayores problemas. Se percibe especialmente la estigmatización y el rechazo, lo que resalta la importancia de mejorar la información y las intervenciones psicoeducativas a nivel familiar para evitar un clima hostil (Morselli, 2004). Por otra parte, en una enfermedad caracterizada por un curso cíclico sometido a recaídas que destruyen el equilibrio familiar, existe una tendencia, expresada en numerosas ocasiones por los pacientes en las consultas, a la hipervigilancia de los cuidadores sobre los pacientes con interpretación de algunas conductas cotidianas como prodrómicas de una nueva fase, lo cual puede deteriorar las relaciones familiares.

Trabajos que evalúan específicamente intervenciones psicoeducativas dirigidas a familiares y cuidadores de pacientes bipolares, encuentran que la carga que experimentan éstos se reduce notablemente a través de la psicoeducación (Reinares, 2004), y al mismo tiempo la mejoría en el apoyo familiar se asocia a mejorías clínicas en los propios pacientes. Por todo ello, una nueva meta en la atención global al paciente bipolar, debería proporcionar también a sus familiares la posibilidad de ser incluidos en grupos psicoeducativos.

Conclusiones

Como clínicos, es nuestra obligación ofrecer a nuestros pacientes los mejores tratamientos disponibles y esto incluye tanto terapias farmacológicas, como programas psicoeducativos bien estructurados y basados en la evidencia.

El abordaje del trastorno bipolar ha sufrido un cambio considerable a lo largo de los últimos años. Esto se debe en parte a la aparición de nuevos fármacos utilizados habitualmente en Neurología como antiepilépticos y que están siendo usados como eutimizantes; pero pese a todos los esfuerzos, hay pacientes refractarios al tratamiento farmacológico. En este sentido se ha promulgado el uso de la psicoeducación, dentro de un abordaje que integra tanto el tratamiento psiquiátrico como intervenciones psicológicas especializadas, que deberían convertirse más en la rutina que en una opción secundaria.

La adición de psicoeducación a un tratamiento farmacológico preexistente supone una forma más ambiciosa de tratamiento, que se focaliza en diferentes aspectos del trastorno bipolar y que ayuda a los pacientes a convivir con la enfermedad mediante la reducción de síntomas y una mejor comprensión de la misma.

El modelo médico usado con la diabetes o la hipertensión y transportado al trastorno bipolar, ayuda al paciente a una comprensión teórica y afrontamiento práctico de los síntomas y consecuencias. Mediante la identificación del trastorno bipolar como una anormalidad biológica que requiere tratamiento farmacológico regular, la psicoeducación pone énfasis en la necesidad vital de la adherencia terapéutica y enseña a los pacientes a reconocer síntomas tempranos de recurrencia, el manejo de estos síntomas y un mantenimiento regular del funcionamiento diario.