

# Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria\*

Francesc Colom<sup>1</sup>

## Resumen

La relación entre el médico y su paciente debe evolucionar hacia una mayor interactividad y fomentar la proactividad. Para ello, es imprescindible contar con programas de educación terapéutica de los pacientes. El pronóstico de muchas patologías no psiquiátricas (cardiopatías, enfermedades respiratorias, diabetes, asma) mejora claramente con estas intervenciones, y lo mismo ocurre con las psiquiátricas, como el trastorno bipolar. Los primeros programas psicoeducativos se centraban en la información, mientras que los actuales hacen énfasis en un enfoque más terapéutico, que incluye trabajar con el significado de la enfermedad, identificar los desencadenantes individuales y los pródromos, manejar los síntomas y superar los problemas de adherencia a los fármacos. Hoy la psicoeducación forma parte de las rutinas de tratamiento del trastorno bipolar, y encaja en su modelo médico. Así mismo, ha mostrado su eficacia en la profilaxis de todo tipo de recaídas a los dos y a los cinco años, con lo cual se ha reducido de forma notoria la duración de los episodios, las hospitalizaciones y los problemas de adherencia. Además, no pierde eficacia con el paso del tiempo, algo que sí ocurre con otras psicoterapias, y su implementación conlleva un ahorro de recursos sanitarios. No obstante, se recomienda implementar este tipo de programas lo antes posible en el curso de la enfermedad. El presente artículo presenta una serie de evidencias y reflexiones prácticas acerca de la implementación de la psicoeducación, que es a la psicoterapia del trastorno bipolar lo que el litio es a su farmacoterapia.

**Palabras clave:** Trastorno bipolar, psicoeducación, adherencia, prómodo, prevención.

**Psycho-Education, the Lithium of Psycho-therapies. Some Considerations Regarding its Efficiency and Implementation in Daily Practice**

## Summary

The physician-patient relationship must evolve towards greater interactivity and the promotion of pro-activity. For such a purpose, it is indispensable to have therapeutic educational programs for patients. Prognosis of many non-psychiatric pathologies i.e., cardiopathies,

\* *Agradecimientos y fuentes de financiación:* El autor agradece el apoyo y la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación (Gobierno de España), Instituto de Salud Carlos III y CIBERSAM. Este trabajo ha sido financiado por los fondos "Miguel Servet" (CP08/00140) y FIS (PS09/01044).

<sup>1</sup> PsyD, MSc, PhD. Responsable del área de Psicoeducación y Tratamientos Psicológicos, Programa de Trastornos Bipolares IDIBAPS-CIBERSAM, Barcelona, España.

breathing diseases, diabetes, asthma) clearly improves with such programs and the same happens with psychiatric pathologies, such as bipolar disorder. The first psycho-educational programs were focused on information, while current approaches have a much more therapeutic focus, including work on the disease significance, identifying personal triggers as well as prodromes, managing symptoms and overcoming problems of adherence to pharmaceutical drugs. Today, psycho-education is part of the routine of bipolar treatment, suitable to the physician's model. Psycho-education has likewise demonstrated its efficiency in the prophylaxis of all sorts of two and five-year relapses, remarkably reducing episode duration, hospitalizations and adherence problems. Besides, as time passes, its efficiency is maintained, something that does not occur with other sorts of psycho-therapies. Furthermore, its implementation saves health resources. However, this type of programs is recommended as soon as possible, in the course of the disease. This article introduces a series of evidences and practical considerations on the implementation of psycho-education, which in the bipolar disorder psychotherapy has the same role than lithium in pharmacotherapy.

**Key words:** Bipolar disorder, psychoeducation, adherence, prodroms, prevention

### **Un nuevo modelo en la relación médico-paciente**

La relación entre el doctor y su paciente en cualquier ámbito, pero especialmente en psiquiatría, debe evolucionar progresivamente hacia un plano más horizontal —en el sentido de menos jerárquico— e interactivo. La noción de autoridad debe ser sustituida por un principio de confianza. La colaboración toma el lugar del paternalismo y el acuerdo

informado destierra la obediencia acrítica. La proactividad y la educación del paciente se convierten en elementos imprescindibles de la relación terapéutica.

Este nuevo enfoque es válido para todas las especialidades médicas. Hoy en día hay evidencia suficiente de que el pronóstico de determinadas patologías no psiquiátricas puede mejorarse al incluir en las rutinas terapéuticas aspectos relativos a hábitos saludables e higiene comportamental, y, en todo caso, cambios conductuales que pueden mejorar el curso de la condición tratada, el manejo de los síntomas y los aspectos de adherencia terapéutica. Es el caso, por ejemplo, de determinadas cardiopatías (1,2), obstrucción pulmonar crónica (3), diabetes (4,5), osteoporosis (6) y asma (7).

Pero, en todo caso, si estos modelos son importantes en cualquier especialidad médica, en psiquiatría deberían ser simplemente imprescindibles (8,9). En el caso de los trastornos bipolares (TB), la propia oscilación tímica a menudo produce una dualidad de posicionamientos hacia la enfermedad, el tratamiento o la relación terapéutica, lo cual hace que estos negociados sean imprescindibles durante la eutimia, para fijar unas bases sólidas que no se desvanezcan, sino ante episodios realmente graves. A tal fin aparecen los programas psicoeducativos.

Entre los antecedentes a los programas psicoeducativos modernos podemos encontrar las clínicas de

litio, que ganaron gran popularidad en Europa y en los Estados Unidos a mediados de los años setenta. Estos equipos estaban típicamente formados por psiquiatras y personal de apoyo (enfermería y, más raramente, psicólogos), y tenían como objetivo familiarizar a los pacientes bipolares con su enfermedad y su tratamiento crónico, a la vez que se monitoreaban los niveles séricos de litio. Podríamos decir que esta intervención fue pionera en los modelos de “psicoeducación informativa”, que posteriormente tendrían gran arraigo en Centroeuropa, fundamentalmente en Holanda. Desafortunadamente, no se publicaron estudios que demostraran la eficacia de este modelo.

La distinción entre los modelos de psicoeducación centrados en la información y los modelos de psicoeducación centrados en la conducta no es baladí y tendrá una gran repercusión en algunos malentendidos que han aparecido en los últimos años en esta área. Los programas de “psicoeducación informativa” suelen ser breves o muy breves (alrededor de cinco a seis sesiones); como su nombre lo indica, priorizan la transmisión de información acerca de la enfermedad por encima de otros elementos (como el modelado, el cambio de actitudes, la reestructuración de modelos de enfermedad, etc.) y tienen una eficacia limitada.

Sus estudios de eficacia suelen utilizar el conocimiento sobre la enfermedad como medida de dicha eficacia (10,11), aunque esta tenga

una repercusión clínica escasa (un paciente puede “saber” mucho sobre su enfermedad y seguir sufriendo constantes recaídas si no modifica actitudes y conductas respecto a la detección precoz de episodios, toma de medicación, hábitos de salud, etc.). Por el contrario, la psicoeducación “conductual” se suele caracterizar por programas largos —porque, al fin y al cabo, el cambio al que aspira también es mayor—, en los que se priorizan aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio, manejo de síntomas, regularidad de hábitos, reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad, identificación de desencadenantes, etc. Sus medidas de eficacia suelen ser variables clínicas “duras”: número de episodios, duración, número de hospitalizaciones, lo que permite que el clínico se sienta más seguro de su implementación.

La psicoeducación, por lo tanto, nace a partir de una necesidad clínica: dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su TB, con la finalidad de reducir el número y duración de recaídas, y evitar ingresos (12,13). Parte de la implementación exitosa de la psicoeducación en la clínica reside, precisamente, en que es un modelo nacido en un hospital, que, debido a sus buenos resultados, ha alcanzado un cierto reconocimiento académico. Justo lo contrario de lo que sucede con otros paradigmas

psicoterapéuticos nacidos en elegantes despachos de académicos, situados lo suficientemente lejos de la clínica para poder crear elaborados modelos utópicos de imposible generalización.

La psicoeducación eficaz va mucho más allá de la información y aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas (14).

Hoy en día, la psicoeducación forma parte de las rutinas habituales de tratamiento del TB, como queda reflejado en su inclusión prioritaria en distintas guías clínicas, que la consideran unánimemente como un elemento esencial del tratamiento de los TB (15-17). Hay terapias más complejas que serán útiles, o eso esperamos, para pacientes que no respondan a la psicoeducación, pero la psicoeducación sigue siendo el tratamiento psicológico prioritario para el trastorno bipolar, del mismo modo que el litio es su tratamiento farmacológico prioritario (18).

Uno de los motivos que explican por qué la psicoeducación encaja armónicamente en el modelo psiquiátrico/biologicista de los TB es que no lo discute, sino que lo asume plenamente. Esto distingue la psicoeducación, una terapia “simple”, de otras psicoterapias “complejas”

—terapia cognitiva, psicoanálisis—, que generan modelos propios de entender —malentender, en realidad— el trastorno, con base en una serie de supuestos no testados (18), que se caracterizan por su “profundidad” y acaban requiriendo un entrenamiento largo, caro y casi religioso.

La psicoeducación encaja en el modelo médico del trastorno bipolar y deja atrás visiones obsoletas y estigmatizantes de la enfermedad. La psicoeducación, por lo tanto, no es solo una técnica, sino una actitud del terapeuta tratante. Dado que el TB es una condición crónica, los pacientes que la sufren y no aprenden a manejarla pueden acabar por ser incapaces de guiar su propia vida y terminar por sufrir la dolorosísima experiencia de indefensión aprendida (“no importa lo que haga, voy a tener una recaída”), lo que limitará su bienestar, su calidad de vida y su funcionamiento.

La psicoeducación no cura el trastorno bipolar, pero cura la incompreensión, el reproche, la culpa y la indefensión aprendida, a menudo asociados con el trastorno. La psicoeducación sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y el autoestigma por la autoestima.

Los pacientes incluidos en un grupo psicoeducativo son capaces de entender que los profesionales sabemos cómo entender y tratar aquello —pensamiento, emociones, conductas— que ellos vivían con

vergüenza, extrañeza, aislamiento. El paciente psicoeducado sabe que sabemos y sabe aprender, lo que permite una interacción psiquiatra-paciente en la que este es proactivo.

### **Eficacia de la psicoeducación**

La psicoeducación en grupo ha mostrado su eficacia en la profilaxis de todo tipo de recaídas a los dos años. En un ensayo clínico aleatorizado (19), 120 pacientes bipolares —tipo I o II— que habían estado eutímicos (YMRS < 6, HDRS < 8) al menos seis meses antes de su entrada en el estudio fueron asignados de forma aleatoria a recibir un programa psicoeducativo en grupo de 21 sesiones de duración —para manual, consúltase Colom y Vieta (20)—, o bien, 21 sesiones de grupos de discusión no directivos. Ambos grupos de pacientes continuaron con su tratamiento psiquiátrico habitual.

Queremos enfatizar aquí la utilidad de este tipo de diseño para el estudio de la eficacia de una intervención psicológica. A menudo los diseños de los ensayos clínicos de psicoterapias presentan errores que serían impensables en otro ámbito (21), y un buen ejemplo de ello son los ensayos de psicoterapia que comparan la combinación de psicoterapia más tratamiento habitual con el tratamiento habitual por sí solo, y concluyen ambiciosamente, en caso de existir diferencias, que la combinación funcionó. En realidad, dado que estos diseños no controlan

los aspectos inespecíficos para el paciente de acudir más frecuentemente al hospital o tener mayor contacto con personal sanitario, lo único que se puede concluir de este tipo de diseño es que “hacer algo —no sabemos qué— es mejor que no hacer nada”, lo que es un beneficio altamente inespecífico, que raramente justifica la inversión de dinero, ilusión y tiempo que conlleva un ensayo de estas características.

Es el caso, por ejemplo, de uno de los principales estudios del STEP-BD sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos. En el citado estudio (22), los pacientes asignados al tratamiento activo recibieron 30 sesiones de psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal de ritmos sociales o terapia centrada en la familia), mientras que los pacientes del grupo de comparación recibieron únicamente tres sesiones de “apoyo”. Los resultados incluyen mejoras en el funcionamiento y en la calidad de vida de los pacientes asignados al tratamiento activo, que los autores interpretan como una muestra de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal de ritmos sociales o la terapia centrada en la familia, aunque, siendo rigurosos, la conclusión también podría ser que 30 sesiones de “no importa qué” dan mejores resultados que 3 sesiones de “otra cosa”... dado que no se controla la especificidad del tratamiento. Por ello, es esencial controlar aspectos como el tiempo que pasan los pa-

cientes en cada grupo en presencia de personal sanitario, ya que probablemente el efecto placebo asociado con esta variable no es desdeñable.

Un 67% de pacientes que habían recibido psicoeducación sufrió una recaída en los dos años posteriores, comparado con un 92% de pacientes no psicoeducados ( $p < 0,001$ ), mientras que el número de recaídas fue claramente menor para los pacientes psicoeducados. En lo referido al tiempo, hasta la primera recurrencia, los pacientes psicoeducados tardaron más en presentar cualquier tipo de episodio afectivo (log rank = 13,453,  $df = 1$ ,  $p < 0,0002$ ), un episodio depresivo (log rank = 15,473,  $df = 1$ ,  $p < 0,0001$ ), un episodio mixto (log rank = 7,95,  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ ) o un episodio maniaco o hipomaniaco (log rank = 7,79,  $df = 1$ ,  $p < 0,006$ ).

Los datos referentes a las hospitalizaciones no muestran diferencia alguna respecto al número de pacientes que necesitaron ser ingresados en cada grupo, pero sí hubo diferencias respecto al número de hospitalizaciones por paciente (0,304 para los pacientes psicoeducados frente a 0,780 para los no psicoeducados,  $U = -2,14$ ,  $p < 0,05$ ). De este modo, la psicoeducación evita el constante reingreso de un grupo de pacientes particularmente graves, lo que la mayoría de nosotros conocemos con el nombre de “fenómeno de puerta giratoria” (19).

La psicoeducación también ha mostrado su eficacia incluso en aquellos pacientes particularmente

complejos, por ejemplo, en pacientes con un trastorno comórbido de la personalidad (23). Esto es de particular interés si consideramos el pobre pronóstico que habitualmente presenta este subtipo de pacientes y la complejidad de su tratamiento. Buena prueba de ello es que el porcentaje de pacientes comórbidos no psicoeducados con una recaída antes de los dos años fue del 100%, a pesar del tratamiento farmacológico.

El efecto de la psicoeducación en la adhesión terapéutica también ha sido probado: los pacientes psicoeducados que están tratados con litio presentan litemias significativamente más altas y más estables que aquellos pacientes que toman litio, pero no han recibido psicoeducación (24). Esto sugiere que su regularidad en la toma de fármacos es mayor y explica, en parte, su pronóstico, al ser bien conocido que la estabilidad en los niveles séricos de litio es uno de los mejores predictores de buen pronóstico en el TB (25).

Ante tal eficacia de la psicoeducación en la mejora de la adherencia nos llegamos a plantear qué porcentaje de la utilidad de la psicoeducación en la prevención quedaba explicado únicamente por aspectos relacionados con el cumplimiento. Esta duda no era en absoluto retórica, ya que, de llegar a la conclusión de que el único elemento que explica el éxito de la psicoeducación es la mejora de la adhesión, se hubiesen podido suprimir o minimizar otros aspectos del programa y acortar su

duración. Por ello, realizamos un estudio paralelo en el que fueron incluidos 50 pacientes bipolares I con historia de buen cumplimiento terapéutico (evaluado por dos entrevistas semiestructuradas a paciente y familiar, y niveles séricos de fármacos, siempre que ello fuera posible). De este modo, cuando dichos pacientes mostraron respuesta a la psicoeducación, pudimos concluir que no únicamente la mejora de la adherencia explicaba su eficacia (26).

La psicoeducación, al igual que otras intervenciones psicológicas, se presenta como una herramienta profiláctica en la prevención de recaídas en el TB. Obviamente, por definición, cualquier tratamiento de mantenimiento debe tener eficacia a largo plazo. Desafortunadamente, la mayoría de psicoterapias en el TB han sido testadas únicamente a los dos años de seguimiento —algo similar ocurre con la mayoría de los fármacos—, lo que limita las conclusiones a largo plazo. La psicoeducación es la terapia psicológica que cuenta con datos de seguimiento a más largo plazo; concretamente, a cinco años.

A los cinco años de seguimiento (27), los pacientes psicoeducados presentaron un mayor tiempo hasta la primera recaída (log rank = 9,953,  $p < 0,0202$ ) y menos recaídas que los pacientes no psicoeducados (3,86 frente a 8,37,  $t = 4,33$ ,  $p < ,001$ ). Lo más relevante, sin embargo, no es la diferencia en el número medio de episodios a los cinco años —exactamente la mitad para los pacientes

psicoeducados—, sino su duración: los pacientes psicoeducados pasan un 75% menos de tiempo presentando criterios de episodio que los pacientes no psicoeducados (153,72 días frente a 586,45 días,  $Z = 36,49$ ,  $p < ,0001$ ). Es interesante señalar que el número de días con síntomas agudos de los pacientes no psicoeducados es exactamente el mismo que el de distintos estudios observacionales a gran escala, tanto norteamericanos como europeos (28,29), lo que valida la representatividad de la muestra estudiada. Gran parte de estas diferencias se deben a las diferencias existentes en el tiempo pasado en depresión (364 días frente a 399,  $t = 5,387$ ,  $p < 0,0001$ ). Es interesante señalar que el número de días en depresión ha sido identificado por el STEP-BD como el predictor más potente de recurrencias (30).

El número de hospitalizaciones por paciente también fue claramente mejor para los pacientes psicoeducados a los cinco años (0,24 frente a 0,96,  $t = 2,284$ ,  $p = 0,025$ ) y lo mismo sucedió con la duración de las hospitalizaciones; los pacientes psicoeducados estuvieron ingresados una media de 32 días, mientras que los no psicoeducados estuvieron ingresados una media de 68 días ( $t = 2,57$ ,  $p = 0,016$ ). Debemos destacar, así mismo, la eficacia de la psicoeducación en la mejora del funcionamiento en pacientes bipolares II (31) a los cinco años.

La psicoeducación mantiene o gana eficacia con el paso de los años;

en cualquier entrenamiento bien realizado (clases de piano, aprender a batear o a realizar traqueotomías) el sujeto no aprende únicamente un contenido, sino que “aprende a aprender”, lo que permite el aprendizaje prolongado por ensayo y error, y explica que usted sea mejor profesional hoy que hace cinco años, mi hijo lea más fluidamente y, sobre todo, que los tamaños del efecto a los cinco años para la psicoeducación sean superiores que los efectos de los dos años de seguimiento (d de Cohen para tamaño del efecto de 0,87 frente a 0,79).

Creemos que el entrenamiento específico en detección precoz de episodios puede explicar este fenómeno en particular, que es especialmente cierto para la prevención de episodios maniacos (d de Cohen para tamaño del efecto de 0,57 frente a 0,4). Es destacable que en el plazo en que la mayoría de psicoterapias pierden eficacia, la psicoeducación la gana, todo ello sin ninguna sesión de recuerdo.

Por todo esto, no nos debe extrañar que la psicoeducación represente un ahorro económico; si bien es cierto que los pacientes psicoeducados consumen más servicios ambulatorios —algo perfectamente lógico si tenemos en cuenta que el programa les entrena a pedir ayuda a tiempo y a acudir a los profesionales siempre que sea necesario—, consumen menos servicio de urgencias —exactamente por los mismos motivos— y representan una diferencia drástica en lo relativo a gastos de hospita-

lización, con lo que comportan un ahorro de más de 3.000 euros por paciente —y en esta cantidad ya se computa el propio costo de la intervención psicoeducativa— (32).

Algunos modelos que incluyen la psicoeducación como parte del paquete de servicios han mostrado también su eficacia. Por una parte, el Life-Goals Program, de Bauer y colaboradores (33), es una intervención diseñada para medir la eficiencia —o mal llamada “eficacia en el mundo real”, lo que nos sitúa, a los otros programas, en un mundo... ¿ficticio?— de un programa integral de atención al TB. Como queda dicho, la psicoeducación sería solo una parte de dicho programa, que incluye además la aplicación de guías clínicas concretas y el trabajo integrado con enfermería. Este programa, comparado con el tratamiento habitual, se ha mostrado eficaz en la reducción del 14% de la duración de los episodios a los tres años —incluyendo una reducción significativa del 23% de la duración de la manía, aunque no de los episodios depresivos (“solo” un 11%, que no alcanzó significación estadística)—. Como ocurrió en el caso de la psicoeducación, la intervención también se mostró costo-eficaz.

Por otra parte, el Systematic Care Program, diseñado por Simon y colaboradores (34), es otra intervención multicomponente diseñada para ser implementada por personal de enfermería psiquiátrica, conjuntamente con psiquiatras. El programa tiene una duración de dos años e



incluye cinco componentes; a saber: “Plan de evaluación y cuidados” (que incluye medicación, entrenamiento en detección precoz de pródromos e identificación de un cuidador en la familia), “Llamadas telefónicas mensuales” (la enfermera llama al paciente mensualmente para evaluar sus síntomas mediante el uso de escalas, valorar el cumplimiento y los efectos secundarios del tratamiento), “Feedback al equipo de salud mental”, “Programa de grupos psicoeducativos estructurados” (nada menos que 48 sesiones) y “Coordinación de apoyo, cuidados y educación según las necesidades del paciente”.

En un estudio aleatorizado con dos años de seguimiento (35), la gravedad de la manía fue menor para el grupo de intervención, pero, desafortunadamente, no hubo otros cambios significativos. En lo que concierne al costo-eficacia, debemos señalar que los pacientes que recibieron el tratamiento estructurado realizaron más visitas médicas de seguimiento y tomaron más anti-psicóticos atípicos, aunque ninguna de estas diferencias fue significativa. Los costos totales de implementación fueron superiores para el grupo de intervención (1.251 dólares más), con lo cual la intervención no puede considerarse costo-eficaz.

### **Los cinco ingredientes de la psicoeducación**

A principios de los años noventa aparecieron distintos modelos

psicoeducativos para pacientes bipolares en todo el mundo, desarrollados por profesionales que no necesariamente tenían contacto directo entre ellos (para los lectores más jóvenes: por increíble que parezca, la implementación masiva de internet, las redes sociales y la dependencia del correo electrónico no llegaron hasta un poco más tarde). Lo sorprendente era que, al comparar modelos que habían sido desarrollados de modo independiente, estos podían diferir en su duración o en pequeños detalles, pero coincidían plenamente en sus temas prioritarios —conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica, manejo de desencadenantes, detección precoz de pródromos, regularidad de hábitos— (36).

Y no era casualidad: solo hay una manera de resolver correctamente una ecuación (e infinitas formas de equivocarse), y dado que los modelos psicoeducativos nacían como respuesta del clínico ante necesidades clínicas de sus pacientes bipolares, y estas son prácticamente las mismas en todo el mundo, es lógico que los modelos fueran muy parecidos. Puede parecer una visión teleológica de la psicoeducación, pero en cualquier caso es mejor que la visión casi teológica de otros modelos psicoterapéuticos.

A continuación se exponen los cinco ingredientes del ‘Programa de Psicoeducación’ de Barcelona (20) que son comunes a otros programas similares.

### *Conciencia de enfermedad*

Los profesionales no debemos caer en la trampa de considerar como “obvia” o sabida por nuestros pacientes toda la información relativa al conocimiento de las causas y síntomas de la enfermedad, ya que la mayor parte de nuestros pacientes ignoran el carácter biológico, crónico y recurrente de su trastorno.

Más de la mitad de los pacientes tienen o han tenido problemas de aceptación de la enfermedad, que suelen derivar en problemas de adherencia (37). Esto es ciertamente lógico si consideramos el gran estigma social asociado con los trastornos psiquiátricos, y los tópicos y mitos acerca de ellos que flotan libremente en la sociedad y los medios de comunicación. Pero, por otra parte, también es cierto que las actitudes y el lenguaje de determinados clínicos no facilitan precisamente la aceptación.

Por ello, el programa de Barcelona dedica un número muy importante de sesiones —las primeras cinco— a este tema, considerando tres razones fundamentales: 1. por un lado, porque este es el punto que merece más trabajo específico, como demuestran las altas tasas de ausencia de conciencia de enfermedad que se asocia con el mal cumplimiento; 2. porque de algún modo es una forma de volver a “centrar” al paciente incluido en un grupo psicoeducativo en el aspecto fundamental de su tratamiento: su carácter biológico y

la necesidad de fármacos; 3. facilita y justifica el resto del programa.

No se trata de actuar de un modo paternalista en cuanto a trasladar nuestro modelo a los pacientes, sino de intentar que el paciente adapte su modelo con base en sus nuevos conocimientos. No obstante, en general, la mayoría de personas que sufren un TB acaban por sentirse cómodas con el modelo médico de esta enfermedad, ya que es realista, racionalista, práctico, orientado al tratamiento y desculpabilizante. La mejora de la conciencia de enfermedad se relaciona directamente con el buen pronóstico de esta (38).

### *Mejora del cumplimiento*

La mejora del cumplimiento terapéutico debe ser uno de los objetivos primarios de cualquier intervención psicológica en los TB, ya que el problema de la mala adhesión es, sin duda, la piedra angular de la mala evolución de muchos de nuestros pacientes (39,40). El problema es grave si consideramos que prácticamente la totalidad de los pacientes bipolares piensa seriamente, alguna vez en su vida, en abandonar el tratamiento, y no es arriesgado afirmar que más de la mitad de los pacientes dejan de tomar los fármacos sin que su psiquiatra se lo haya indicado, incluso durante periodos de eutimia (40,41).

El abandono de la medicación, por otra parte, es la causa más común de recaída en los pacientes bipolares (42); de hecho, el riesgo

de ingreso es cuatro veces mayor entre los pacientes que no cumplen debidamente con su tratamiento de mantenimiento (43,44). La baja adherencia se asocia fuertemente con el deterioro cognitivo a medio plazo (45). La mortalidad, especialmente por suicidio, es también mayor en los pacientes no tratados (46). Por otra parte, detrás de la demasiado usada etiqueta de refractariedad —por ejemplo, en el caso de la depresión bipolar— puede hallarse en realidad un fenómeno de no adherencia (47,48).

Estas consideraciones, unidas con las altas tasas de mal cumplimiento hallados en la población bipolar, nos obligan a hacer un gran esfuerzo para mejorar el cumplimiento de nuestros pacientes. Por ello, dedicamos hasta siete sesiones a este tema en nuestro programa.

Cualquier programa que pretenda mejorar el abordaje de los trastornos debe tener en cuenta el impacto de los tratamientos “alternativos” —esto es, “alternativos a los que funcionan”— entre las personas con TB. De acuerdo con estudios norteamericanos recientes (49), más de la mitad de los pacientes usan remedios alternativos como la oración/sanación espiritual (54%), meditación o remedios herbales (50%); así, los pacientes que reciben antimicrobianos o antipsicóticos atípicos son más proclives a este error. Por ello creemos imprescindible explicar el método científico a nuestros pacientes, para que puedan distinguir entre

“opinión” y “conocimiento” —distinción, por otra parte, poco común en la sociedad en general—. Más tarde les podemos explicar que un ensayo clínico es el único modo de averiguar realmente la eficacia, tolerabilidad y seguridad de cualquier tratamiento, y cómo ninguno de los tratamientos que se presentan como “alternativos” (por ejemplo, homeopatía) cuenta con alguna evidencia acerca de su eficacia.

Contrario a lo que la mayoría de psiquiatras puedan pensar, los efectos secundarios no son una de las razones de más peso para abandonar el tratamiento (41,50,51); de hecho, la mayor encuesta sobre temores de los pacientes respecto a la medicación situaba los efectos secundarios únicamente como la séptima causa de preocupación de los pacientes respecto a su tratamiento farmacológico (52). Por el contrario, el prejuicio y la desinformación sí explican muchas de las conductas de no adherencia. Y eso es algo que podemos —debemos— mejorar mediante el uso de la psicoeducación (53,54).

#### *Evitación del uso de sustancias*

La comorbilidad entre TB trastornos de abuso/dependencia de sustancias (TADS) es muy elevada. Algunos estudios de muestras clínicas la cifran entre el 35% y el 60% (55-57); el alcohol es la sustancia de abuso más frecuente, seguida por el uso de cocaína y marihuana (56).

En el mayor estudio de coocurrencia de TB y trastornos por uso de sustancias, que evalúa a más de 40.000 personas en los Estados Unidos (58), aportó datos de prevalencia-vida del 60% para la comorbilidad entre TB I y trastornos por uso de alcohol, y del 38% para otros tóxicos. Algo similar ocurre con el TB II (59). La comorbilidad con TADS es la segunda más prevalente en el caso de TB, solo superada por los trastornos de ansiedad. De hecho, un paciente bipolar tiene seis veces más probabilidades de presentar un TADS que la población general.

Los pacientes bipolares con un TADS comórbido presentan una recuperación de sus episodios más lenta, más hospitalizaciones (60,61), más deterioro cognitivo (62), y un riesgo de suicidio más elevado (63). Algunos autores refieren que la influencia de la comorbilidad con uso de drogas y alcohol sobre el pronóstico del TB es mucho mayor que la de cualquier característica clínica (64). Los pacientes bipolares que presentan un TADS representan un grupo especialmente proclive a la no adherencia terapéutica (41,42,50,51,65), con diferencias entre grupos que podrían alcanzar los 20 puntos porcentuales. El fenómeno de la especial relación entre mal cumplimiento y trastornos de abuso/dependencia de sustancias puede ser explicado desde distintos ángulos, incluyendo un estilo de vida desorganizado (57), elevada impulsividad (65) y deterioro cognitivo (66).

Algunos estudios certifican que, en el caso de los pacientes bipolares, la presencia comórbida de un TADS activo tiene mayores implicaciones sobre el funcionamiento y el cumplimiento si se compara con un TADS en remisión. El mismo estudio sitúa el funcionamiento de los pacientes bipolares con historia personal de un TADS en remisión como comparable a aquellos pacientes bipolares sin comorbilidad con un TADS (66).

Este mismo hallazgo ha sido replicado en el caso de la adherencia; mientras que el riesgo de mala adherencia para los pacientes bipolares con un TADS comórbido es enorme, el riesgo de mala adherencia para los pacientes bipolares con historia personal de un TADS en remisión es el mismo que el de los pacientes bipolares sin comorbilidad con un TADS (65). Los estudios más recientes señalan claramente tanto la diferencia de pronóstico, como diferencias respecto a la adherencia y respuesta terapéutica entre pacientes bipolares con un TADS activo o en remisión (67).

Parece claro, por lo tanto, que, primero, la comorbilidad entre TB y trastornos de abuso/dependencia de sustancias es muy elevada; segundo, dicha comorbilidad empeora el pronóstico de ambas condiciones, y tercero, la mejora de una de las dos condiciones mejora el pronóstico de la otra.

A pesar de que la mayoría de estudios sobre intervenciones psicológicas sobre TADS han excluido

tradicionalmente a los pacientes con TB, el grupo de Boston ha demostrado la eficacia de una terapia integrada de grupo (TIG) con pacientes con TB y TADS. Dicha terapia se focaliza en la relación entre ambos trastornos, al enfatizar las similitudes entre ambos en lo que respecta a conductas y cogniciones implicadas en la recuperación de cada trastorno (68). Dos estudios han demostrado la eficacia de la TIG. En un estudio abierto (69), los pacientes que recibieron TIG presentaron menos días de consumo de sustancias y más duración de los periodos de abstinencia. Un ensayo controlado y aleatorizado posterior (68), que comparaba TIG y counselling grupal —una terapia que ya había demostrado eficacia en TADS— mostró la superioridad de la TIG: los pacientes que recibieron TIG presentaron nuevamente menos días de consumo de sustancias y menor tiempo hasta la abstinencia. Sin embargo, la TIG no mostró ninguna eficacia añadida en la prevención de recurrencias del TB. Una de las razones aducidas por los propios autores para esta ausencia de efecto sobre el TB es la formación de los terapeutas que implementaron la TIG, que fundamentalmente tenían amplia formación en el abordaje de las TADS y menor formación en TB.

Los programas de psicoeducación para el TB, si bien no están diseñados expresamente para esta comorbilidad, no la evitan, y por ello cuentan entre sus contenidos con varias sesiones al respecto. Ya

que se exige que el paciente esté razonablemente eutímico, y en pocas ocasiones esto sucederá en pacientes con una toxicomanía comórbida activa, solemos hacer más énfasis en la prevención de tóxicos “soft” (cafeína o tabaco) que otros, aunque la prevención en el uso del alcohol también ocupa un lugar prioritario.

#### *Detección precoz de recaídas*

Quizá el mejor estudio sobre intervención psicológica individual en trastornos bipolares es el de Perry y colaboradores (70); el tipo de intervención utilizado comprendía un número variable de sesiones —entre siete y doce— en las que el terapeuta —con un abordaje claramente psicoeducativo— ayudaba al paciente a identificar cuáles eran sus señales de recaída más habituales. Los resultados indican que los pacientes del grupo de tratamiento (n = 34) tardaban más tiempo en presentar una recaída maniaca y, al final del seguimiento, presentaban menos recaídas maniacas que el grupo control (n = 35). No parecía haber efecto alguno de prevención de los episodios depresivos. Lamentablemente, cuando se intentó replicar este estudio con un periodo de seguimiento más largo y un mayor tamaño muestral, la intervención no ofreció ningún beneficio (71), lo que nos indica que este es un elemento importante de la psicoeducación, pero que no funciona de un modo independiente (18).

Durante la psicoeducación se trabajan listas de pródromos individuales para cada paciente. Un pródromo válido debe ser una conducta observable, operativizable, sutil, conocida, distinta de lo habitual y aplicable a cada día (20).

### *Regularidad de hábitos*

La regularidad de hábitos y el manejo del estrés son fundamentales en el mantenimiento de los trastornos bipolares. Tanto es así que constituyen el ingrediente básico de la interpersonal social rhythm therapy (IPSRT) (72), una terapia compleja que ha mostrado cierta eficacia en la prevención de recaídas en el trastorno bipolar (73). La psicoeducación trata de establecer pautas adecuadas que conjuguen el estilo personal de cada paciente con la necesidad de mantener una regularidad de hábitos, fundamentalmente de sueño, ejercicio físico y manejo del estrés laboral (74).

### *¿Todo son buenas noticias?*

Sería absurdo pretender que la psicoeducación, o cualquier otro tratamiento, no tenga límites, que es útil para todos los pacientes y todas las situaciones, y que no hay características que delimiten respondedores y no respondedores. La psicoeducación, al igual que otras psicoterapias testadas en el trastorno bipolar, ofrece más garantías cuando antes se implemente en el curso del trastorno de cada paciente.

En el estudio negativo sobre la eficacia de la terapia cognitiva en el TB (75) se pudo ver que un grupo especialmente no respondedor era el conformado por pacientes con más de once episodios previos a la terapia, mientras que los pacientes con menos de cinco episodios sí respondían. Algo similar sucedió en el caso de la psicoeducación para familiares, una terapia eficaz sobre todo para prevenir episodios maníacos (76,77), que, sin embargo, pierde su eficacia cuando los pacientes están en un estadio avanzado de la enfermedad (78,79). Por último, también la psicoeducación es más eficaz cuanto más precozmente se implemente (80).

Se postulan varias hipótesis que explican esta falta de eficacia en pacientes bipolares con más de once a doce episodios; la más probable tiene que ver, por una parte, con un fenómeno de sensibilización y, por otra parte, con el deterioro cognitivo, mucho más notorio en pacientes “veteranos” que en fases precoces de la enfermedad.

Aun así, siguen siendo necesarios estudios sobre implementación rutinaria de la psicoeducación, sus límites y sus efectos secundarios, a la vez que conviene definir mejor el perfil clínico, cognitivo y psicobiológico del paciente no respondedor.

## **Conclusiones**

La psicoeducación es un elemento básico en el tratamiento de los

trastornos bipolares. Ha mostrado su eficacia en distintos estudios controlados y aleatorizados, y con distintas subpoblaciones. Cuenta, además, con la ventaja de su fácil adaptación al entorno clínico estándar y sencilla implementación, sin requerir largos y costosos entrenamientos de sus terapeutas (81). En este sentido, es mejor que el profesional que quiera ejercer de terapeuta psicoeducador tenga larga experiencia clínica en el TB, más que una prestigiosa —y elitista— reputación como “psico-terapeuta”.

En una equivalencia no exenta de romanticismo y riesgo podríamos decir que la psicoeducación sería “el litio de las psicoterapias”. Con todo, la psicoeducación es del todo ineficaz en monoterapia, a diferencia del litio. Pero es su excelente compañera. Al fin y al cabo, cualquier buen caballero necesita un digno escudero.

### Referencias

1. Linden W. Psychological treatments in cardiac rehabilitation: review of rationales and outcomes. *J Psychosom Res.* 2000;48:443-54.
2. Pladevall M, Brotons C, Gabriel R, et al. Multicenter cluster-randomized trial of a multifactorial intervention to improve antihypertensive medication adherence and blood pressure control among patients at high cardiovascular risk (the COM99 study). *Circulation.* 2010;122:1183-91.
3. Bird S, Noronha M, Sinnott H. An integrated care facilitation model improves quality of life and reduces use of hospital resources by patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. *Aust J Prim Health.* 2010;16:326-33.
4. Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC, et al. The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *Int J Eat Disord.* 2002;32:230-9.
5. Wolever RQ, Dreusicke M, Fikkan J, et al. Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Diabetes Educ.* 2010;36:629-39.
6. Nielsen D, Ryg J, Nielsen W, et al. Patient education in groups increases knowledge of osteoporosis and adherence to treatment: a two-year randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2010;81:155-60.
7. Durna Z, Ozcan S. Evaluation of self-management education for asthmatic patients. *J Asthma.* 2003;40:631-43.
8. Vieta E, Pacchiarotti I, Valentí M, et al. A critical update on psychological interventions for bipolar disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11:494-502.
9. Colom F. Achieving remission and recovery in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:e32.
10. Harvey NS, Peet M. Lithium maintenance: Effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance. *Br J Psychiatry.* 1991;158:200-4.
11. Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: I. A standard education program for patients. *Br J Psychiatry.* 1991;158:197-200.
12. Scott J, Colom F. Psychosocial treatments for bipolar disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28:371-84.
13. Colom F, Lam D. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *Eur Psychiatry.* 2005;20:359-64.
14. Scott J, Colom F. Gaps and limitations of psychological interventions for bipolar disorders. *Psychother Psychosom.* 2008;77:4-11.
15. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord.* 2009;11:225-55.

16. Goodwin GM, Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition--recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2009;23:346-88.
17. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract.* 2010;16:306-24.
18. Colom F. Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *Br J Psychiatry.* 2011;198:338-40.
19. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:402-7.
20. Colom F, Vieta E. *Psychoeducation manual for bipolar disorder.* Cambridge: University Press; 2007.
21. Colom F, Vieta E. The need for publishing the silent evidence from negative trials. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;123:91-4.
22. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2007;164:1340-7.
23. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, et al. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disord.* 2004;6:294-8.
24. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, et al. Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disord.* 2005;7 Suppl 5:32-6.
25. Perlis RH, Sachs GS, Lafer B, et al. Effect of abrupt change from standard to low serum levels of lithium: a reanalysis of double-blind lithium maintenance data. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1155-9.
26. Colom F, Vieta E, Reinares M, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:1101-5.
27. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry.* 2009;194:260-5.
28. Kupka RW, Nolen WA, Altshuler LL, et al. The Stanley Foundation Bipolar Network. 2. Preliminary summary of demographics, course of illness and response to novel treatments. *Br J Psychiatry Suppl.* 2001;41:s177-83.
29. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59:530-7.
30. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry.* 2006;163:217-24.
31. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, et al. Psychoeducation for bipolar II disorder: an exploratory, 5-year outcome subanalysis. *J Affect Disord.* 2009;112:30-5.
32. Scott J, Colom F, Popova E, et al. Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: a cost-benefit analysis. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:378-86.
33. Bauer MS, McBride L. *Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program* 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2003.
34. Simon GE, Ludman E, Unützer J, et al. Design and implementation of a randomized trial evaluating systematic care for bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2002;4:226-36.
35. Simon GE, Ludman EJ, Bauer MS, et al. Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:500-8.



36. Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;34-8.
37. Copeland LA, Zeber JE, Salloum IM, et al. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196:16-21.
38. Yen CF, Chen CS, Yen JY, et al. The predictive effect of insight on adverse clinical outcomes in bipolar I disorder: a two-year prospective study. *J Affect Disord.* 2008;108:121-7.
39. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, et al. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry.* 2000;61:549-55.
40. Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, et al. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord.* 2005;7 Suppl 5:24-31.
41. Sajatovic M, Ignacio RV, West JA, et al. Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr Psychiatry.* 2009;50:100-7.
42. Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Hum Psychopharmacol.* 2008;23:95-105.
43. Scott J, Pope M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1927-9.
44. Hassan M, Lage MJ. Risk of rehospitalization among bipolar disorder patients who are nonadherent to antipsychotic therapy after hospital discharge. *Am J Health Syst Pharm.* 2009;66:358-65.
45. Martínez-Arán A, Scott J, Colom F, et al. Treatment nonadherence and neurocognitive impairment in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:1017-23.
46. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, et al. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord.* 2002;68:167-81.
47. Pacchiarotti I, Mazzarini L, Colom F, et al. Treatment-resistant bipolar depression: towards a new definition. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;120:429-40.
48. Vieta E, Colom F. Therapeutic options in treatment-resistant depression. *Ann Med.* 2011, in press.
49. Kilbourne AM, Copeland LA, Zeber JE, et al. Determinants of complementary and alternative medicine use by patients with bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull.* 2007;40:104-15.
50. Manwani SG, Szilagyi KA, Zablotsky B, et al. Adherence to pharmacotherapy in bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorders. *J Clin Psychiatry.* 2007;68:1172-6.
51. Perlis RH, Ostacher MJ, Miklowitz DJ, et al. Clinical features associated with poor pharmacologic adherence in bipolar disorder: results from the STEP-BD study. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:296-303.
52. Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord.* 2004;6:487-97.
53. Colom F, Vieta E. Non-adherence in psychiatric disorders: misbehaviour or clinical feature? *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105:161-3.
54. Berk L, Hallam KT, Colom F, et al. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol.* 2010;25:1-16.
55. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et al. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54:313-21.
56. Goldberg JF, Garno JL, Leon AC, et al. A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 1999;60:733-40.
57. Weiss RD. Adherence to pharmacotherapy in patients with alcohol and opioid dependence. *Addiction.* 2004;99:1382-92.
58. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorder.

- ders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatr Res.* 2005;39:1-9.
59. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 1990;264:2511-8.
  60. Brady KT, Casto S, Lydiard RB, et al. Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1991;17:389-97.
  61. Simon NM, Otto MW, Weiss RD, et al. Pharmacotherapy for bipolar disorder and comorbid conditions: baseline data from STEP-BD. *J Clin Psychopharmacol.* 2004;24:512-20.
  62. Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Colom F, et al. Neurocognitive dysfunctions in euthymic bipolar patients with and without prior history of alcohol use. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:1120-7
  63. Baldassano CF. Illness course, comorbidity, gender, and suicidality in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006;67 Suppl 11:8-11.
  64. Lagerberg TV, Andreassen OA, Ringen PA, et al. Excessive substance use in bipolar disorder is associated with impaired functioning rather than clinical characteristics, a descriptive study. *BMC Psychiatry.* 2010;10:9.
  65. Sajatovic M, Bauer MS, Kilbourne AM, et al. Self-reported medication treatment adherence among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2006;57:56-62.
  66. Weiss RD, Ostacher MJ, Otto MW, et al. Does recovery from substance use disorder matter in patients with bipolar disorder? *J Clin Psychiatry.* 2005;66:730-5.
  67. Teter CJ, Falone AE, Bakiaian AM, et al. Medication adherence and attitudes in patients with bipolar disorder and current versus past substance use disorder. *Psychiatry Res.* 2011, in press.
  68. Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, et al. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Am J Psychiatry.* 2007;164:100-7.
  69. Weiss RD, Griffin ML, Greenfield SF, et al. Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *J Clin Psychiatry.* 2000;61:361-7.
  70. Perry A, Tarrier N, Morriss R, et al. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ.* 1999;318:149-53.
  71. Lobban F, Taylor L, Chandler C, et al. Enhanced relapse prevention for bipolar disorder by community mental health teams: cluster feasibility randomised trial. *Br J Psychiatry.* 2010;196:59-63.
  72. Frank E, Hlastala S, Ritenour A, et al. Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biol Psychiatry.* 1997;41:1165-73.
  73. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:996-1004.
  74. Colom F, Vieta E. A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disord.* 2004;6:480-6.
  75. Scott J, Paykel E, Morriss R, et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2006;188:313-20.
  76. Reinares M, Vieta E, Colom F, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom.* 2004;73:312-9.
  77. Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J, et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord.* 2008;10:511-9.
  78. Kapczinski F, Dias VV, Kauer-Sant'Anna M, et al. Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert Rev Neurother.* 2009;9:957-66.

79. Reinares M, Colom F, Rosa AR, et al. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *J Affect Disord.* 2010;123:81-6.
80. Colom F, Reinares M, Pacchiarotti I, et al. Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up post-hoc analysis. *Acta Neuropsych.* 2010;22:50-3.
81. Streljevič SA, Baamonde MU, Martino DJ, et al. [Training in the detection of bipolar disorders for psychologists and primary health agents: a pilot study]. *Vertex.* 2010;21:250-9. [Artículo en español].

*Conflictos de interés: El autor manifiesta que no tiene conflictos de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 15 de julio del 2011*  
*Aceptado para publicación: 10 de agosto del 2011*

Correspondencia  
Francesc Colom  
Instituto de Neurociencias  
Hospital Clinic Villarroel  
170, Barcelona 08036, España  
fcolom@clinic.ub.es