

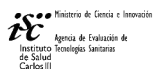
Revisión sistemática de la efectividad y coste-efectividad de las intervenciones psicoeducativas en las personas con trastorno bipolar y en sus familias

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias
SESCS Núm. 2007/15

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



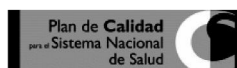
MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Ministerio de Ciencia e Innovación
Agencia de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias
Instituto de Salud Carlos III



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL



Plan de Calidad
para el Sistema Nacional
de Salud



Gobierno
de Canarias

Alviani Rodríguez-Franco, M.

Revisión sistemática de la efectividad y coste-efectividad de las intervenciones psicoeducativas en las personas con trastorno bipolar y en sus familias / M. Alviani Rodríguez-Franco ... [et al.]. - Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Santa Cruz de Tenerife : Servicio Canario de la Salud, D.L. 2010. - 123 p. ; 24 cm. - (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Ciencia e Innovación. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCO ; 2007/15)

D.L. TF 1556-2010

ISBN

NIPO 477-09-074-2

1. Trastorno bipolar 2. Intervenciones psicoeducativas 3. Revisión sistemática.

I. Canarias. Servicio Canario de la Salud. II. España. Ministerio de Ciencia e Innovación.

Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación

Imprime: Litografía Gráficas Sabater

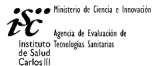
Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Fundación Canaria de Investigación y Salud “FUNCIS”

Para citar este informe:

Alviani Rodríguez-Franco M, Intxausti Zugarramurdi A, Perestelo Pérez L, Pérez Ramos J, García Pérez L, González Lorenzo M, Rivero Santana A. Revisión sistemática de la efectividad y coste-efectividad de las intervenciones psicoeducativas en las personas con trastorno bipolar y en sus familias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N° 2007/15.



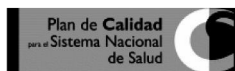
MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Ministerio de Ciencia e Innovación
Agencia de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias
Instituto de Salud
Carlos III



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL



Plan de Calidad
para el Sistema Nacional
de Salud



Gobierno
de Canarias

Agradecimientos

Los autores de este informe quieren agradecer a Dña. Beatriz Duque González su apoyo como documentalista en la revisión y a Dña. Vinita Mahtani Chugani sus aportaciones y sugerencias. También quieren agradecer a Dña. Thaylí María León Plasencia su apoyo en la búsqueda y obtención de los artículos de la revisión, y a Dña. Carmen Bujalance Jiménez su ayuda en las labores de formato del informe.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen | 11 |
| Summary | 15 |
| I. Introducción | 19 |
| I.1. Tratamientos centrados en la familia | 21 |
| II. Objetivos | 25 |
| II.1. Objetivos primarios | 25 |
| II.2. Objetivos secundarios | 25 |
| III. Metodología | 27 |
| III.1. Diseño | 27 |
| III.2. Criterios de selección | 27 |
| III.2.1. Tipos de estudios | 27 |
| III.2.2. Tipos de participantes | 28 |
| III.2.3. Tipos de intervención | 28 |
| III.2.4. Tipos de medida de resultados | 29 |
| III.3. Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios | 30 |
| III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios | 31 |
| III.5. Extracción y análisis de datos | 31 |
| IV. Resultados | 33 |
| IV.1. Estudios incluidos | 33 |
| IV.2. Estudios excluidos | 33 |
| IV.3. Calidad metodológica | 35 |
| IV.3.1. Revisiones sistemáticas | 35 |
| IV.3.2. Ensayos clínicos aleatorizados | 36 |
| IV.3.3. Ensayo clínico no aleatorizado | 38 |
| IV.3.4. Otros estudios comparativos | 38 |

| | |
|--|-----------|
| IV.3.5. Estudios cualitativos | 41 |
| IV.3.6. Evaluaciones económicas | 42 |
| IV.4. Resultados evaluados | 42 |
| IV.4.1. Revisiones sistemáticas | 42 |
| IV.4.2. Ensayos clínicos aleatorizados | 48 |
| IV.4.3. Ensayo clínico no aleatorizado | 59 |
| IV.4.4. Otros estudios comparativos | 59 |
| IV.4.5. Estudios cualitativos | 62 |
| IV.4.6. Estudios de evaluación económica | 63 |
| IV.5. Evaluación de las intervenciones psicoeducativas | 64 |
| IV.5.1. Terapia Cognitivo-Conductual | 67 |
| IV.5.2. Terapia Interpersonal y de Ritmo Social | 68 |
| IV.5.3. Terapia Focalizada en la Familia | 70 |
| IV.5.4. Terapia Individual y Familiar Integrada | 71 |
| IV.5.5. Psicoeducación Grupal | 71 |
| V. Discusión | 73 |
| Contribución de los autores | 77 |
| Referencias | 79 |
| Anexos | 87 |
| Anexo 1. Estrategias de búsqueda | 87 |
| Anexo 2. Escala de Oxman | 94 |
| Anexo 3. Escala de Jadad | 95 |
| Anexo 4. Escala de Estabrooks | 96 |
| Anexo 5. Criterios de Dixon y Woods | 98 |
| Anexo 6. Criterios de Drummond et al. | 98 |
| Anexo 7. Niveles y Grados de evidencia | 99 |
| Anexo 8. Hoja de extracción de datos (RS) | 100 |
| Anexo 9. Hoja de extracción de datos (ECA) | 100 |
| Anexo 10. Hoja de extracción de datos (ECNA, otros EC) | 101 |

| | |
|--|-----|
| Anexo 11. Tabla de evidencia (ECA) | 102 |
| Anexo 12. Tabla de evidencia (ECNA) | 113 |
| Anexo 13. Tabla de evidencia (Otros EC) | 114 |
| Anexo 14. Referencias: estudios excluidos y motivos de exclusión | 120 |

Resumen

Introducción:

Las intervenciones psicoeducativas para los pacientes y la familia surgen como una medida complementaria al tratamiento psicofarmacológico de enfermedades psiquiátricas crónicas, como es el Trastorno Bipolar (TBP). Estas intervenciones consisten en un conjunto de sesiones estructuradas que tienen el objetivo de incrementar los conocimientos del paciente, y familiares, acerca de su enfermedad y tratamiento, favorecer la adherencia terapéutica, evaluar los factores desencadenantes de las descompensaciones y regularizar los hábitos de vida y el manejo del estrés.

Objetivos:

- 1) Revisión sistemática (RS) de la literatura para examinar los beneficios de los programas de psicoeducación combinados con tratamiento farmacológico sobre la evolución clínica y cumplimiento terapéutico en el TBP.
- 2) RS para valorar el efecto del programa de psicoeducación que reciben los pacientes con TBP y sus familiares.

Estrategia de búsqueda:

Se consultaron las siguientes bases de datos electrónicas: MEDLINE (desde 1950 hasta agosto 2007), EMBASE (desde 1980 hasta agosto 2007), PSYCINFO (desde 1887 hasta agosto 2007), Centre for Reviews & Dissemination (CRD) (desde 1973 hasta agosto 2007), COCHRANE (desde 1982 hasta agosto 2007), CENTRAL (desde 1982 hasta agosto 2007), CINAHL (desde 1982 hasta agosto 2007), Science Citation Index (SCI) (desde 1990 hasta agosto 2007), Social Science Citation Index (SSCI) (desde 1956 hasta agosto 2007), Current Contents y LILACS (desde 1998 hasta agosto 2007).

Criterios de Selección:

Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios y en caso de duda y/o desacuerdo entre ellos se acudió a un

tercer revisor, quien comprobó los criterios del protocolo e intentó llegar a un consenso con los otros dos revisores. Se seleccionaron RS y estudios primarios, publicados hasta el año 2007, sobre la psicoeducación en el TBP. La selección de los estudios se limitó a aquellos publicados en los idiomas inglés y español.

En cuanto al diseño de los estudios se incluyeron RS previas, ensayos clínicos no aleatorizados (ECNA), ensayos clínicos aleatorizados (ECA), otros estudios comparativos (EC), estudios observacionales (EO), evaluaciones económicas (EEC) y estudios cualitativos (ECU).

Se incluyeron estudios con intervenciones basadas en un programa psicoeducativo estructurado que abarcara aspectos relacionados con la explicación de la enfermedad, manejo de los fármacos, factores de riesgo de recaídas, detección precoz de nuevos episodios, regularidad de hábitos y estrategias de solución de problemas. Las intervenciones eran individuales, grupales o centradas en la familia.

Recopilación y análisis de datos:

Una vez identificados los estudios que cumplían con los criterios de inclusión, se volcaron los contenidos de interés en unas hojas de extracción de datos diseñadas diferencialmente para cada tipo de diseño. Posteriormente, la información se clasificó en tablas de evidencia siguiendo un protocolo estandarizado.

La calidad de los estudios se evaluó utilizando la escala de Oxman para las RS, la escala de Jadad para los ECA, la escala de Estabrooks para los ECNA y los demás EC, los criterios de Drummond para las EEC y los de Dixon y Woods para los ECU.

Resultados:

Un total de 2685 referencias fueron localizadas en las bases de datos electrónicas. Tras eliminar los duplicados, se revisaron 1315 referencias, de las que se seleccionaron 77 en base al título y resumen. A partir de la lectura a texto completo de estas referencias, se incluyeron 28 estudios (correspondientes a 33 artículos). También se incluyó una RS (Justo 2007) que, aunque fue publicada dos meses más tarde al período de búsqueda establecido, ha sido considerada de especial interés para el tema que concierne a esta revisión. Por tanto, finalmente fueron incluidos 29 estudios (34 artículos): ocho RS (Colom 1998; Reinares 2002; Colom 2004; Vieta 2004; Colom 2005; Justo 2007; Rouget 2007;

Scott 2007), doce ECA (Glick 1993; Perry 1999; Simoneau 1999; Miklowitz 2000, 2003; Simon 2002, 2005 y 2006; Colom 2003a; Colom 2003b, 2004 y 2005; Rea 2003; Miller 2004; Reinares 2004; Bauer 2006; Miklowitz 2007), un ECNA (Honig 1997), seis EC (Van Gent 1993; Miklowitz 2003; Kim 2004; Michalak 2005; Benhard 2006; de Andrés 2006) y dos ECU (Pollack 1995; Sajatovic 2005). En la RS realizada todos los trabajos incluidos utilizan la psicoeducación en sus intervenciones.

Conclusiones:

Actualmente, las intervenciones terapéuticas que se utilizan con mayor frecuencia en el TBP, como la terapia focalizada en la familia, la terapia interpersonal y del ritmo social y la terapia cognitivo-conductual, ya sean intervenciones centradas en los pacientes (Perry 1999; Simon 2002; Colom 2003, 2004, 2005; Simon 2005; Bauer 2006; Simon 2006), o focalizadas en las familias (Glick 1993; Simoneau 1999; Miklowitz 2000, 2003, 2007; Rea 2003; Miller 2004; Reinares 2004), incluyen la psicoeducación como objetivo de su programa. Según un estudio realizado por Miklowitz (2007), no existen diferencias estadísticamente significativas entre las modalidades de psicoterapia en cuanto a su efectividad en el TBP.

La psicoeducación facilita que el paciente acepte su patología al comprender los siguientes aspectos básicos: naturaleza, causas biológicas y genéticas, factores psicosociales desencadenantes, pronóstico y tratamiento. Otros aspectos básicos que aborda la psicoeducación son la adherencia al tratamiento farmacológico y la prevención de las recaídas, al incluir en su programa la identificación precoz de los signos de descompensación. A partir de todos estos datos se puede afirmar que la psicoeducación, lejos de ser una opción más, debe constituir un elemento imprescindible en el abordaje del TBP.

Summary

Introduction:

The psychoeducative interventions for patients and families emerge as a complementary measure to psychopharmacological treatment of chronic psychiatric diseases, such as the Bipolar Disorder (BD), and consist of a series of structured meetings that aim to increase patients' and their families' knowledge about their illness and its treatment, to promote the therapeutic adherence, to evaluate trigger factors involved in decompensation and to regularize lifestyle habits and stress management.

Aims:

- 1) Systematic review (SR) of the literature to examine the benefits of psychoeducation programs combined with pharmacological treatment on the clinical evolution and therapeutic compliance in BD.
- 2) SR to assess the effect of the psychoeducation program received by patients with BD and their families.

Search Strategy:

The following electronic databases were consulted: MEDLINE (since 1950 until August 2007), EMBASE (since 1980 until August 2007), PSYCINFO (since 1887 until August 2007), Centre for Reviews & Dissemination (CRD) (since 1973 until August 2007), Cochrane (since 1982 until August 2007), CENTRAL (since 1982 until August 2007), CINAHL (since 1982 until August 2007), Science Citation Index (SCI) (since 1990 until August 2007), Social Science Citation Index (SSCI) (since 1956 until August 2007), Current Contents and LILACS (since 1998 until August 2007).

Selection Criteria:

Two reviewers considered studies for inclusion. In case of doubt or disagreement between them a third reviewer was consulted, who checked the protocol's selection criteria to reach a consensus with the

other two reviewers. All primary research studies and SRs on psychoeducation in BD, published in Spanish or English until 2007, were considered.

We included previous SRs, randomized clinical trials (RCTs), non randomized clinical trials (NRCTs), other comparative studies (CSs), observational studies (OSs), economic evaluations (EEs) and qualitative studies (QSs). The interventions of the studies were based on a structured psychoeducational programme which included aspects related to the explanation of the disease, medication management, risk factors for relapse, early detection of new episodes, regular habits and strategies for resolving problems. The interventions were individual, group or family-centered.

Data collection and analysis:

Once studies fulfilling the inclusion criteria were identified, a data extraction was carried out differentially in data sheets designed specifically for each type of study design. Subsequently, the information was classified in evidence tables, using a standardized protocol.

The studies' quality was assessed using the Oxman scale for SRs, the Jadad scale for the RCTs, the Estabrooks scale for NRCTs and other CSs, the Drummond criteria for the EEs studies and the Dixon and Woods scale for QSs.

Results:

A total of 2685 references were located in the electronic databases. Following the duplicates elimination, 1315 references were reviewed, of which 77 were selected based on title and abstract. From reading these references' complete text, 28 studies were included (corresponding to 33 articles). It was also included a SR (Justo, 2007) that, even when it was published two months later from the search period established, it provides a special interest for the topic that concerns this review. Therefore, there were finally included 29 studies (34 articles): eight SRs (Colom 1998; Reinares 2002; Colom 2004; Vieta 2004; Colom 2005; Justo 2007; Rouget 2007; Scott 2007), twelve RCTs (Glick 1993; Perry 1999; Simoneau 1999; Miklowitz 2000, 2003; Simon 2002, 2005 y 2006; Colom 2003a; Colom 2003b, 2004 y 2005; Rea 2003; Miller 2004; Reinares 2004; Bauer 2006; Miklowitz 2007), a NRCT (Honig 1997), other six CSs (Van Gent 1993; Miklowitz 2003; Kim 2004; Michalak 2005; Benhard 2006; de Andrés 2006) and two QSs (Pollack 1995; Sajatovic

2005). In this SR, all included studies used psychoeducation within their interventions.

Conclusions:

Currently the therapeutic interventions used most frequently in BD, such as therapy focused on the family, interpersonal therapy and social rhythm, and cognitive-behaviour therapy, or interventions focused on patients (Perry 1999; Simon 2002; Colom 2003, 2004, 2005; Simon 2005; Bauer 2006; Simon 2006), or as interventions targeted in families (Glick 1993; Simoneau 1999; Miklowitz 2000, 2003, 2007; Miller 2004), all include psychoeducation as a programme's aim. According to Miklowitz study (2007) there were no statistically significant differences between psychotherapy modalities in relation to their effectiveness in the BD.

Psychoeducation allows patients to accept their disease understanding the following basic aspects: their nature, biological and genetic causes, triggers psychosocial factors, prognosis and treatment. Other basic aspects addressed by psychoeducation are drug treatment's adherence and relapse prevention, because of the inclusion in the programme of the early identification of decompensation signs'. From all this data, we could say that psychoeducation, far from being one more option, it should constitute an essential element in addressing the BD.

I. Introducción

El Trastorno Bipolar (TBP) es una enfermedad grave, crónica y recurrente que se caracteriza por la alteración del estado de ánimo, en el que se alternan períodos de elevación (hipomanía o manía) o disminución (depresión) del humor de manera recurrente con períodos de estabilización o eutimia. La realidad clínica muestra que es un fenómeno complejo que tiene múltiples presentaciones, tal como indica el DSM-IV-TR [1] o la CIE-10 [2].

Dada la cronicidad del TBP, el objetivo específico del tratamiento es disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias psicosociales de las recaídas, así como mejorar el funcionamiento psicosocial entre los episodios. Aunque las estrategias farmacológicas son eficaces en la reducción de los síntomas, casi la mitad de los pacientes interrumpen su medicación en algún momento a pesar del consejo médico, y un tercio de ellos deja de tomar el tratamiento más de un vez [3,4], por lo que se necesita un abordaje integral dirigido a mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida tanto personal como familiar de los pacientes [4-7].

Los pacientes con TBP, al igual que otros pacientes con enfermedades crónicas de tipo psiquiátrico o médicas, presentan dificultades respecto a la adherencia al tratamiento. Wagner et al. [8] plantearon que estas dificultades se debían a varios factores, como la necesidad de un seguimiento más regularizado y un sistema de información que apoye el auto-manejo de la enfermedad. La psicoeducación contempla estos objetivos básicos en su programa, de ahí que haya sido considerada como una intervención fundamental en el tratamiento del TBP [9] y así lo hayan reconocido diversos autores y guías clínicas [1,7,10].

En 1986, Foelker et al. [11] diseñaron el primer programa psicoterapéutico para pacientes bipolares, en el que se incluía la psicoeducación. Posteriormente, Bauer y McBride [12] elaboraron el Programa de Objetivos Vitales para pacientes bipolares, con una estructura sistematizada para la intervención. Las intervenciones psicoeducativas para el TBP consisten en un conjunto de sesiones estructuradas que tienen como objetivo modificar conductas y actitudes en relación a la enfermedad que permitan prevenir las recaídas, favorecer la adherencia terapéutica, mejorar las habilidades de manejo de la enfermedad, evaluar factores desencadenantes de las

descompensaciones y regularizar los hábitos de vida y el manejo del estrés [9,13].

A través de la psicoeducación se consiguen cambios cognitivos y conductuales en el paciente, y también entre los familiares de los mismos, que van más allá de que dispongan de una mayor información. El tratamiento psicoeducativo, al tener un carácter preventivo (previene las recaídas y mejora la adherencia terapéutica de los enfermos), es más efectivo y válido cuando el paciente está estabilizado [14] o cuando presenta síntomas subsindrómicos, ya que los episodios agudos graves, tanto debidos a la sintomatología depresiva como a la maníaca, limitan el funcionamiento cognitivo del paciente y alteran su capacidad de comprender la información [15].

La literatura ofrece diversos estudios que miden la eficacia de las intervenciones psicoeducativas. En algunos de estos estudios se utilizan parámetros de eficacia muy diversos, tales como la opinión del paciente respecto al propio tratamiento [16] o los conocimientos que éste adquiere acerca de su enfermedad [17]. Así, Colom y Vieta [15] plantean que las mejores medidas para determinar la eficacia de un determinado tratamiento en el TBP son los parámetros clínicos objetivables, como el número de recaídas y hospitalizaciones o la mejora de la adherencia a la medicación.

En el estudio de Peet y Harvey [17] se asignó aleatoriamente a 60 pacientes con TBP tratados con litio a un programa psicoeducativo (n=30) o a lista de espera (n=30). El programa psicoeducativo consistía en una intervención mínima donde se proyectaba a los pacientes un vídeo de 12 minutos sobre el tratamiento con litio, y recibían una copia por escrito. El programa produjo un incremento del conocimiento de los pacientes sobre el litio, generando actitudes más favorables hacia éste y una mejora de la adherencia a la medicación. Este estudio únicamente evaluaba el impacto de la intervención durante seis semanas.

En otro estudio, llevado a cabo por Perry et al. [18], se demostró que los pacientes entrenados en identificar los pródromos y buscar tratamiento (n=34) tenían menos recaídas maníacas que los que no lo estaban (n=35). Sin embargo, reconocer los pródromos depresivos no tuvo como resultado una disminución del número de episodios depresivos, ya que no se observaron diferencias entre el grupo control (GC) y el grupo experimental (GE).

El estudio de Bauer y McBride [12] es un ejemplo de intervención psicoterapéutica grupal con una orientación conductual y psicoeducativa. Las sesiones impartidas a los pacientes contienen información sobre el TBP, la detección temprana de los síntomas y el

entrenamiento en diferentes estrategias de afrontamiento. Este estudio sólo mide la adherencia a la psicoterapia, con buenos resultados después del tratamiento.

Como ejemplo de programa psicoeducativo probado con éxito para el TBP destaca el Programa de Trastornos Bipolares de Barcelona de Colom y Vieta [15], programa estructurado en 21 sesiones fácilmente aplicables y de bajo coste, ya que es limitado en el tiempo e impartido en grupo. Los autores señalan que dicho Programa permite obtener una alta participación de los pacientes, abordar un elevado número de temas y favorecer una buena cohesión grupal. Además, el paciente tiene más probabilidades de permanecer eutímico, lo que repercutirá favorablemente en el curso de la enfermedad. Este programa psicoeducativo integra los aspectos más relevantes del resto de tratamientos psicológicos testados para el TBP: la detección temprana de los síntomas [18], la regularización de los hábitos [19], la mejora del cumplimiento terapéutico [20] y la evitación del consumo de tóxicos [21]. Las conclusiones de los estudios permiten afirmar que la psicoeducación reduce las recaídas, aumenta el cumplimiento terapéutico y reduce los costes sociosanitarios [22-24].

Otros estudios señalan otros efectos beneficiosos de la psicoeducación en grupo, como la calidad de vida percibida por los pacientes, tanto en lo que se refiere a la satisfacción general como al funcionamiento físico [25].

A partir de todos estos datos se puede afirmar que la psicoeducación, lejos de ser una opción más, debe constituir un elemento imprescindible en el abordaje del TBP. De hecho, tanto la psicoeducación como el tratamiento enfocado a la familia, resultan ser las intervenciones más eficaces en la prevención de recaídas de este trastorno [26].

I.1. Tratamientos centrados en la familia

Entre los factores ambientales que influyen en el curso del TBP, la familia desempeña un papel fundamental, bien como protector o bien como desencadenante de las recaídas del paciente. Los familiares no sólo influyen en el curso de la enfermedad, sino que también son vulnerables a sufrir consecuencias al sentirse sobrecargados, ya que adoptan en numerosas ocasiones la función de cuidadores. En este sentido, se establece una bidireccionalidad al demostrarse que la carga

del cuidador puede predecir la evolución clínica del paciente con TBP [27].

Ante la aparición del trastorno, se manifiestan toda una serie de reacciones emocionales por parte de pacientes y familiares que, aunque generalmente forman parte del proceso de adaptación a la enfermedad, si se mantienen pueden resultar muy perjudiciales para el curso del trastorno. Los altos grados de emoción expresada (EE) - actitudes críticas, hostiles o elevada sobreimplicación emocional de los padres o la pareja del paciente bipolar, se asocian a altas tasas de recaídas y pobres resultados en el tratamiento y en la remisión de los síntomas [28]. De ahí el desarrollo de intervenciones familiares psicoeducativas que dotan a las familias de conocimientos y estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, favoreciendo una mejor adaptación al proceso tanto por parte del paciente como de la familia.

Existe evidencia clínica a favor de los programas psicoeducativos familiares en el tratamiento de trastornos como la esquizofrenia o el TBP [29]. En lo que se refiere al TBP, algunos trabajos han señalado el efecto de la intervención familiar en la reducción del número de recaídas [30-32] y de ingresos [33]. En esta línea de estudio, Davenport et al. [33] asignaron a los pacientes a distintos grupos: psicoterapia de pareja, mantenimiento con litio o cuidados con base en la comunidad. Estos autores encontraron que los pacientes con TBP que fueron asignados al grupo de psicoterapia de pareja tenían menos rehospitalizaciones, menos fracasos maritales y un mejor funcionamiento social y familiar.

En el estudio de Clarkin et al. [34] se encontró que 11 meses de intervención psicoeducativa dirigida a los pacientes con TBP y a sus parejas, junto con el tratamiento con estabilizadores de estado de ánimo, produjeron una mejora en el funcionamiento global y en el cumplimiento de la medicación, en comparación con el grupo de pacientes que únicamente tomaba medicación. Sin embargo, no se observó mejoría en los síntomas de los pacientes a lo largo de ese período.

Entre los estudios realizados, los del grupo de Miklowitz et al. [30-32] destacan por su rigor metodológico. Este equipo describe un programa de tratamiento psicosocial conocido como Tratamiento Psicoeducativo Enfocado a la Familia (TPEF). El TPEF utiliza cuatro componentes terapéuticos interrelacionados: (1) evaluación del medio conyugal o familiar, (2) psicoeducación para el paciente y la familia acerca del TBP, (3) entrenamiento en la mejora de la comunicación y (4) habilidades para la resolución de problemas. Los resultados de este grupo sugieren que el TPEF ayuda a reducir el número de recaídas y a

mejorar la sintomatología depresiva, aunque no la maníaca. De esta intervención se benefician especialmente las familias con alta EE.

Otros autores destacan la mejora clínica y sociolaboral que presentan los pacientes bipolares con los que se lleva a cabo una intervención familiar de tipo psicoeducativo, concomitante al tratamiento farmacológico, respecto a aquellos tratados únicamente con fármacos [35,36], así como la influencia de esta intervención en la mejora del funcionamiento global y de la adherencia terapéutica de los pacientes [34].

Kim y Miklowitz [37] y Bernhard et al. [38] concluyeron que las intervenciones psicoeducativas con los pacientes bipolares y sus familiares mejoraban su conocimiento de la enfermedad y la carga del trastorno; además, tras un año de seguimiento, la EE elevada se reducía en los familiares.

Los estudios mencionados apoyan la inclusión de las intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes bipolares, sin embargo, autores como Colom et al. [9,13] señalan las limitaciones metodológicas y la heterogeneidad de las mismas, que sería conveniente tener en cuenta de cara a la elección del tipo de intervención más idónea para mejorar el curso de estos pacientes.

II. Objetivos

Esta revisión tiene el propósito de aportar conocimiento basado en la mejor evidencia científica disponible sobre las terapias psicosociales que se han aplicado en el TBP tipo I y II, especialmente de la psicoeducación combinada con tratamiento farmacológico.

II.1. Objetivos primarios

Examinar la eficacia y efectividad de un programa de psicoeducación combinado con tratamiento farmacológico sobre la evolución clínica y el cumplimiento terapéutico en un grupo de pacientes afectados de TBP, así como la relación coste-efectividad de dichos programas frente al tratamiento habitual.

II.2. Objetivos secundarios

- Valorar el efecto del programa de psicoeducación que reciben los pacientes con TBP sobre la calidad de vida de éstos y de su familia.
- Valorar el conocimiento de los pacientes y sus familiares sobre signos precoces de recaída del TBP.
- Valorar el efecto de la intervención en la EE del entorno familiar.

III. Metodología

III.1. Diseño

Con el propósito de identificar las terapias psicosociales objeto de estudio, se desarrolló un protocolo detallado que describe las siguientes etapas del proceso: 1) definición de los criterios de selección (criterios de inclusión y de exclusión), 2) búsqueda de los artículos relevantes que han sido publicados, 3) selección de los títulos y abstracts que cumplen los criterios de selección, 4) revisión de los textos completos o artículos de los estudios potencialmente seleccionados, 5) evaluación crítica de la calidad de los estudios seleccionados y extracción de los datos de interés y 6) análisis y síntesis de los datos.

III.2. Criterios de selección

Los estudios fueron seleccionados siguiendo los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

III.2.1. Tipos de estudios

Esta RS integra la información de RS previas y de estudios primarios, publicados hasta el año 2007, sobre la psicoeducación en el TBP. La selección de los estudios se limita a aquellos publicados en inglés o español.

III.2.1.1. Criterios de inclusión

Los estudios incluidos en la revisión presentan alguno de estos diseños:

- Revisiones sistemáticas (RS)
- Ensayos clínicos no aleatorizados (ECNA)
- Ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y otros estudios comparativos (EC)
- Estudios cualitativos (ECU)
- Evaluaciones económicas (EEC)

III.2.1.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron de la revisión los estudios que siguen los siguientes diseños de estudio:

- Revisiones históricas.
- Estudios de un solo caso.
- Consenso de expertos.

III.2.2. Tipos de participantes

La evaluación de las muestras de estudio se rige por los siguientes criterios:

III.2.2.1. Criterios de inclusión

Estudios con pacientes con diagnóstico de TBP (tipo I y II), que se ajusten a los criterios de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10, 1992) [2] o del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2003) [1], y que cuenten además con alguna medida cuantitativa de la sintomatología inicial.

III.2.2.2. Criterios de exclusión

Estudios con pacientes con otros tipos de diagnóstico psicopatológico. Se excluyen los estudios en los que se recluten personas que presenten:

- Un episodio o trastorno atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19, según la CIE-10; p. ej., drogas, medicamentos).
- Un episodio o trastorno atribuible a una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- Otro trastorno mental orgánico (F00-F09, según la CIE-10; p. ej., demencia, delirium).

III.2.3. Tipos de intervención

Dada la variedad de intervenciones que se engloban dentro de las intervenciones psicosociales, se han elegido los programas psicoterapéuticos estructurados por su desarrollo sistemático, lo que permite una generalización más fácil de sus pautas.

III.2.3.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron los estudios cuyas intervenciones estaban basadas en un programa psicoeducativo estructurado que abarcaba aspectos relacionados con la explicación de la enfermedad, manejo de los fármacos, factores de riesgo de recaídas, detección precoz de nuevos episodios, regularidad de hábitos y estrategias de solución de problemas.

III.2.3.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron los trabajos basados únicamente en:

- Modelos biologicistas.
- Modelos cognitivistas.
- Modelos psicoanalistas.
- Modelos conductistas.
- Terapia interpersonal.

III.2.4. Tipos de medida de resultados

Para evaluar si el programa psicoeducativo era efectivo se contemplaron:

- Los conocimientos y actitudes adquiridas de los pacientes y familiares antes y después de la intervención.
- El efecto de la intervención sobre la calidad de vida de pacientes y familiares.
- El efecto de la intervención sobre:
 - Los parámetros clínico-evolutivos, como por ejemplo: número de ingresos, cumplimiento terapéutico, cumplimiento de visitas médicas, etc.
 - El estado psicopatológico de pacientes y familiares.
 - El funcionamiento socio-laboral de los pacientes.
 - La EE de los familiares.

También fueron tomados en consideración los resultados de costes y coste-efectividad.

III.3. Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios

Para la búsqueda de estudios sobre psicoeducación en el TBP se consultaron distintas bases de datos electrónicas de medicina y ciencias sociales. La estrategia de búsqueda se hace explícita en el Anexo 1.

| Tabla 1. Bases de datos electrónicas consultadas | |
|---|------------------------------|
| Bases de datos | Período buscado |
| CENTRAL | desde 1982 hasta agosto 2007 |
| Centre for Reviews & Dissemination (CRD) | desde 1973 hasta agosto 2007 |
| CINAHL | desde 1982 hasta agosto 2007 |
| COCHRANE | desde 1982 hasta agosto 2007 |
| Current Contents | desde 1998 hasta agosto 2007 |
| EMBASE | desde 1980 hasta agosto 2007 |
| LILACS | desde 1998 hasta agosto 2007 |
| MEDLINE | desde 1950 hasta agosto 2007 |
| Medline in process | hasta agosto 2007 |
| PsycINFO | desde 1887 hasta agosto 2007 |
| Science Citation Index (SCI) | desde 1990 hasta agosto 2007 |
| Social Science Citation Index (SSCI) | desde 1956 hasta agosto 2007 |

El análisis bibliográfico se complementó con la consulta de las referencias citadas en los estudios seleccionados.

Antes de iniciar el proceso de revisión, se seleccionó una muestra de artículos sobre los que se llevó a cabo un estudio piloto con los criterios de selección previstos en el protocolo. Los resultados fueron discutidos por el equipo de revisores, con el objeto de refinar los criterios de selección y maximizar la concordancia entre revisores.

Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios y en caso de duda y/o desacuerdo entre ellos se acudió a un tercer revisor para llegar a un consenso. Además, el tercer revisor supervisó todos los estudios incluidos finalmente en la revisión.

La selección inicial de los estudios se realizó a partir de los títulos y abstracts recuperados en las bases de datos, según los criterios de inclusión/exclusión antes citados y previa valoración de la relevancia para esta RS. A continuación, se recuperaron las publicaciones completas de los estudios previamente seleccionados, incluyendo todas

aquellas publicaciones en las que no se pudo determinar su elegibilidad a partir del título y/o el abstract, comprobando nuevamente la concordancia con los criterios de selección de la revisión.

III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios

La valoración de la calidad de los los estudios se realizó por dos revisores y se evaluó utilizando las siguientes escalas:

- Escala de Oxman [39] para las RS (Anexo 2)
- Escala de Jadad [40] para los ECA (Anexo 3)
- Escala de Estabrooks [41] para los ECNA y otros EC (Anexo 4)
- Criterios de Dixon y Woods [42] para los ECU (Anexo 5)
- Criterios de Drummond et al. [43] para las EEC (Anexo 6)

En las Tablas 2 a 5 puede observarse la puntuación de calidad otorgada a las RS, ECA, ECNA y otros EC.

III.5. Extracción y análisis de datos

Los artículos seleccionados han sido valorados críticamente en función de los grados de calidad y evidencia (Anexo 7).

Una vez identificados los estudios que cumplían los criterios de inclusión establecidos, se realizó la extracción de los datos empleando unas fichas específicas para cada diseño (Anexos 8-10). Posteriormente, la información se clasificó en tablas de evidencia para los ECA, ECNA y otros EC (Anexos 11-13).

También se examinan el tipo de intervención psicoeducativa llevada a cabo, los principales resultados y las medidas utilizadas para cuantificar los resultados.

Para cada estudio con empleo de psicoeducación en su intervención se tuvo en cuenta las siguientes características:

- La descripción del tipo de psicoeducación aplicada.
- El autor del estudio.
- El país de origen del estudio.

IV. Resultados

Un total de 2685 referencias fueron localizadas en las bases de datos electrónicas. Tras eliminar los duplicados de las citas resultaron 1315 referencias, de las que se seleccionaron 357 abstracts. Posteriormente, se revisaron de forma exhaustiva 77 artículos a texto completo. La secuencia de revisión se muestra en la Figura 1.

IV.1. Estudios incluidos

De los 77 artículos que fueron seleccionados y revisados se incluyeron 33 de ellos, de los que se han extraído 28 estudios: siete RS (Colom et al. [44]; Reinares et al. [45]; Colom y Vieta [46]; Vieta y Colom [47]; Colom y Lam [48]; Rouget y Aubry [49]; Scott et al. [14]), doce ECA (Glick et al. [36]; Perry et al. [18]; Simoneau et al. [50]; Miklowitz et al. [31, 51]; Simon et al. [52-54]; Colom et al. [23]; Colom et al. [13, 24, 55]; Rea et al. [56]; Miller et al. [57]; Reinares et al. [58]; Bauer et al. [59]; Miklowitz et al. [60]), un ECNA (Honig et al. [61]), seis EC (Van Gent y Zwart [62]; Miklowitz et al. [63]; Kim y Miklowitz [37]; Michalak et al. [25]; Benhard et al. [38]; de Andrés et al. [64]) y dos ECU (Pollack [65]; Sajatovic et al. [66]). A esta cifra debe añadirse un artículo más, la RS de Justo et al. [67], que fue incluida a pesar de que su fecha de publicación excediera la establecida en el período de búsqueda. Por tanto, el total de estudios identificados en los 34¹ artículos incluidos en la presente RS asciende a 29.

Los ensayos de Bauer et al. [59] y Simon et al. [54] incorporaron también un estudio de comparación de los costes de las intervenciones evaluadas, por lo que han sido considerados EEC.

IV.2. Estudios excluidos

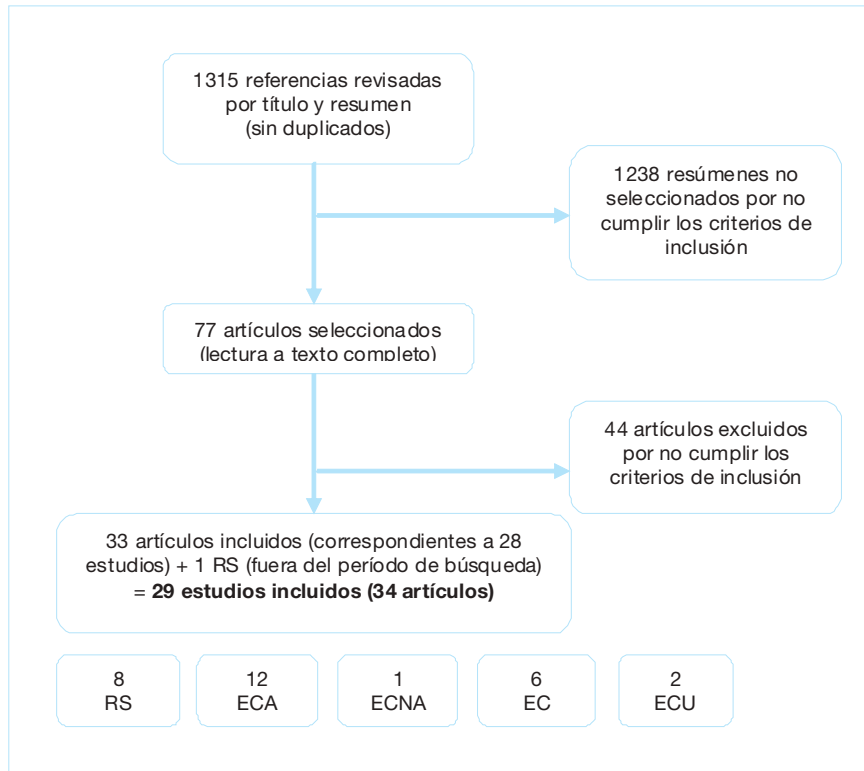
No cumplieron los criterios de inclusión 44 de los 77 artículos seleccionados (Ver Anexo 14):

- 5 revisiones históricas.

¹ La relación de artículos incluidos en esta RS se encuentran identificados con un asterisco (nº ref.*) en el apartado “VI. Referencias”.

- 23 revisiones narrativas.
- 1 guía de psicoeducación donde están incluidas diversas patologías mentales y sin datos específicos para el TBP.
- 1 guía de consenso de expertos.
- 1 estudio de un solo caso.
- 1 artículo sobre terapia interpersonal, donde no estaba incluida la psicoeducación.
- 12 pósters sobre trabajos incluidos en esta RS.

Figura 1. Proceso de selección de referencias



IV.3. Calidad metodológica

IV.3.1. Revisiones sistemáticas

En la evaluación de la calidad de las RS se utilizó la escala de calidad de Oxman [39], cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 10 puntos. Esta escala evalúa cinco categorías: i) definición del tema de estudio (2 puntos), ii) selección de los artículos de la revisión (2 puntos), iii) importancia y relevancia de los artículos incluidos (2 puntos), iv) valoración de la calidad de los estudios incluidos en la revisión (2 puntos) y v) combinación de los resultados de los estudios incluidos (2 puntos).

En la Tabla 2 se pueden consultar las descripciones de las puntuaciones de calidad para cada RS incluida en la presente revisión.

| Tabla 2. Nivel de calidad de las RS (Escala de Oxman et al., 1994) | | | | | | |
|---|-------------------------|------------------|-----------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|
| Estudio | Puntuación (/10) | Tema (/2) | Selección (/2) | Importancia y relevancia (/2) | Calidad (/2) | Combinación de resultados (/2) |
| COLOM, 1998 ESPAÑA | 4 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| REINARES, 2002 ESPAÑA | 9 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| VIETA, 2004 ESPAÑA | 9 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| COLOM, 2004 ESPAÑA | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| COLOM, 2005 ESPAÑA | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| SCOTT, 2007 INGLATERRA Y ESPAÑA | 10 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| ROUGET, 2007 SUIZA | 9 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| JUSTO, 2007 BRASIL | 10 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

Las ocho RS incluidas alcanzaron puntuaciones muy dispares, entre tres y 10 puntos, con una puntuación promedio de la calidad global de 7,1 (sobre un total de 10 puntos). La menor puntuación se obtuvo en el apartado de “importancia y relevancia”, dado que en la mayoría de estudios se realizó una búsqueda limitada sobre el tema. Los estudios de Justo et al. [67] y Scott et al. [14] fueron los trabajos de revisión más completos entre todos los evaluados, lo que se refleja en la puntuación total otorgada (10 puntos sobre 10).

IV.3.2. Ensayos clínicos aleatorizados

Para evaluar la calidad y validez de los ECA, se utilizó la escala de Jadad [40] y el ocultamiento de la asignación para evaluar la calidad de los estudios. Los estudios evaluados mediante esta escala pueden obtener una puntuación que oscila entre 0 y 5 puntos y utiliza tres criterios de evaluación: i) aleatorización, ii) cegamiento o enmascaramiento (del paciente y del investigador) y iii) el control sobre las pérdidas en el seguimiento.

El método de puntuación consiste en asignarle al estudio 1 punto por cada criterio cumplido y 1 punto adicional si describe el método de aleatorización y enmascaramiento, y ambos son adecuados. Si el criterio no se cumple, se le asigna un 0, y si los métodos de aleatorización y de enmascaramiento son inadecuados, se resta 1 punto.

En la Tabla 3 se encuentran las descripciones de las puntuaciones de calidad para cada ECA incluido en esta revisión.

| Tabla 3. Nivel de calidad de los ECA (Escala de Jadad et al., 1996) | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Estudio | Calidad Total (/5) | Aleatorización (/2) | Cegamiento (/2) | Seguimiento (/1) |
| MIKLOWITZ, 2007 EE.UU. | 2 | 1 | 0 | 1 |
| SIMON, 2006 EE.UU. | 4 | 2 | 1 | 1 |
| BAUER, 2006 EE.UU. | 3 | 2 | 0 | 1 |
| COLOM, 2005 ESPAÑA | 4 | 2 | 1 | 1 |

| Tabla 3. Nivel de calidad de los ECA (Escala de Jadad et al., 1996) | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Estudio | Calidad Total (/5) | Aleatorización (/2) | Cegamiento (/2) | Seguimiento (/1) |
| SIMON, 2005 EE.UU. | 4 | 2 | 1 | 1 |
| COLOM, 2004 ESPAÑA | 3 | 2 | 0 | 1 |
| MILLER, 2004 EE.UU. | 2 | 1 | 0 | 1 |
| REINARES, 2004 ESPAÑA | 4 | 2 | 1 | 1 |
| COLOM, 2003a ESPAÑA | 4 | 2 | 1 | 1 |
| COLOM, 2003b ESPAÑA | 3 | 2 | 0 | 1 |
| MIKLOWITZ, 2003 EE.UU. | 3 | 2 | 0 | 1 |
| REA, 2003 EE.UU. | 2 | 1 | 0 | 1 |
| SIMON, 2002 EE.UU. | 4 | 2 | 1 | 1 |
| MIKLOWITZ, 2000 EE.UU. | 3 | 2 | 0 | 1 |
| PERRY, 1999 INGLATERRA | 3 | 2 | 0 | 1 |
| SIMONEAU, 1999 EE.UU. | 3 | 2 | 0 | 1 |
| GLICK, 1993 EE.UU. | 2 | 1 | 0 | 1 |

La mayoría de los 12 ECA incluidos en esta revisión obtuvieron 4 y 3 puntos en la “calidad total”. Los estudios con mayor puntuación (4 puntos) fueron los de Colom et al. [23,13,55], Miklowitz et al. [60], Simon et al. [52-54] y Reinares et al. [58]. El apartado con menor puntuación fue el de “cegamiento”, ya que para el tipo de intervención que se realizó, el

doble ciego entraña muchas dificultades en la práctica clínica. En el apartado de “aleatorización” todos los estudios, excepto cuatro, obtuvieron la máxima puntuación. En todos los estudios se llevó a cabo un seguimiento.

IV.3.3. Ensayo clínico no aleatorizado

Para la evaluación de la calidad y validez del ECNA incluido se utilizó la escala de Estabrooks [41]. Esta escala varía entre 0 y 35 puntos, y en ella se evalúan seis categorías: i) diseño y asignación (5 puntos), ii) reclutamiento (6 puntos), iii) inclusión y exclusión (4 puntos), iv) descripción de la intervención (4 puntos), v) análisis estadístico (6 puntos) y vi) medidas de los resultados (10 puntos).

El índice total de validez en la escala puede ser “ALTO”, “MEDIO” o “BAJO” y se calcula en función de las puntuaciones obtenidas en las diferentes categorías. Así, si la mayoría de las valoraciones en cada una de las categorías es “baja”, el índice total será “BAJO”, si de las seis categorías no hay más de dos con puntuaciones “bajo” y no hay más de tres con puntuaciones de “alto”, el índice total será “MEDIO”, y si de las seis categorías ninguna tiene puntuaciones de “bajo” y la mayoría son de “alto”, el índice total será de “ALTO”.

En la Tabla 4 se describen las puntuaciones de calidad para el ECNA incluido en esta revisión.

IV.3.4. Otros estudios comparativos

Para la evaluación de la calidad y validez de los otros EC también se utilizó la escala de Estabrooks [41], descrita en el apartado anterior.

Tal y como puede observarse en la Tabla 5, el índice total de validez de todos los estudios fue “MEDIO”, salvo en el estudio de Kim y Miklowitz [37], donde puntuó “ALTO”.

Tabla 4 Nivel de calidad de los ECNA (Escala de Estabrooks et al., 2000)

| Estudio | Validez Total | Puntuación (/35) | Niveles de Calidad* | | | Diseño y Asignación (/5) | Reclutamiento (/6) | Inclusión y Exclusión (/4) | Descripción de la Intervención (/4) | Análisis Estadístico (/6) | Medidas de Resultado (/10) |
|----------------------|---------------|------------------|---------------------|---|---|--------------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | | | A | M | B | | | | | | |
| HONIG, 1997, HOLANDA | M | 13 | 0 | 4 | 2 | 2 (M) | 2 (B) | 2 (M) | 2 (M) | 3 (M) | 2 (B) |

Niveles de Calidad: **A:** Alto; **M:** Medio; **B:** Bajo

Tabla 5. Nivel de calidad de los otros EC (Escala de Estabrooks et al., 2000)

| Estudio | Validez Total | Puntuación (/35) | Niveles de Calidad* | | | Diseño y Asignación (/5) | Reclutamiento (/6) | Inclusión y Exclusión (/4) | Descripción de la Intervención (/4) | Análisis Estadístico (/6) | Medidas de Resultado (/10) |
|---------------------------|---------------|------------------|---------------------|---|---|--------------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | | | A | M | B | | | | | | |
| VAN GENT, 1993 HOLANDA | M | 21 | 2 | 3 | 1 | 0 (B) | 6 (A) | 2 (M) | 2 (M) | 5 (A) | 6 (M) |
| MIKLOWITZ, 2003 EE.UU. | M | 23 | 2 | 4 | 0 | 4 (A) | 3 (M) | 2 (M) | 4 (A) | 4 (M) | 6 (M) |
| KIM, 2004 EE.UU. | A | 26 | 4 | 2 | 0 | 2 (M) | 5 (A) | 4 (A) | 4 (A) | 5 (A) | 6 (M) |
| MICHALAK, 2005 CANADÁ | M | 27 | 4 | 1 | 1 | 0 (B) | 6 (A) | 4 (A) | 2 (M) | 6 (A) | 9 (A) |
| DE ANDRÉS, 2006 SUIZA | M | 16 | 0 | 5 | 1 | 0 (B) | 4 (M) | 2 (M) | 2 (M) | 3 (M) | 5 (M) |
| BENHARD, 2006 ALEMANIA | M | 19 | 1 | 4 | 1 | 0 (B) | 5 (A) | 3 (M) | 2 (M) | 4 (M) | 5 (M) |

Niveles de Calidad: **A:** Alto; **M:** Medio; **B:** Bajo

IV.3.5. Estudios cualitativos

Para evaluar la calidad de los estudios cualitativos se utilizó la escala de Dixon y Woods [42], que consta de siete ítems.

El objetivo del estudio de Pollack [65] es identificar, mediante entrevistas semiestructuradas, las necesidades de información que tienen 33 pacientes con TBP hospitalizados. Las necesidades informativas se delimitan a seis áreas, por lo que las preguntas de investigación están claras y la metodología cualitativa es la adecuada para responder a las mismas.

En este estudio se describen claramente la muestra, la recogida de datos y los análisis realizados, donde cada entrevista es transcrita y analizada de forma sistemática, usando un código conceptual y el método comparativo. La muestra, la recogida de datos y los análisis efectuados también son los adecuados para responder a la pregunta de investigación, lo que permite que se integren claramente los datos, las interpretaciones y las conclusiones.

Por último, las afirmaciones planteadas se apoyan en evidencia suficiente, por lo que se considera que la contribución de este trabajo es útil. A través de los hallazgos cualitativos, podemos conocer que los pacientes fueron capaces de reconocer sus necesidades informativas específicas. Este resultado se convierte en especialmente útil a la hora de estructurar programas psicoeducativos para personas hospitalizadas con TBP.

En el estudio de Sajatovic et al. [66], las preguntas de investigación también están claramente definidas. En este caso, se quiere llevar a cabo una exploración cualitativa de las percepciones de los pacientes sobre los componentes esenciales en la relación paciente-clínico, en el ámbito de la salud pública. Así mismo, se pretende evaluar las percepciones sobre la adherencia al tratamiento dentro de esta relación.

En base a los objetivos del estudio, la investigación cualitativa es la adecuada para responder a las preguntas de investigación planteadas.

La muestra, la recogida de datos y los análisis llevados a cabo se describen claramente y son adecuados para responder a la pregunta de investigación. En este punto cabe destacar que se aportan datos clínicos y demográficos sobre la muestra, así como se menciona que la evaluación cualitativa se llevó a cabo después de que todas las cohortes completaran la fase I del Programa Objetivos de Vida (Life Goals Program). Para realizar los análisis, los autores conceptualizaron todos los elementos aportados en tres temas: cualidades centradas en el paciente, cualidades centradas en el clínico y cualidades de interacción.

Las afirmaciones planteadas en el estudio se apoyan en evidencia suficiente, así como integran claramente los datos, las interpretaciones y las conclusiones. Por otro lado, es útil la contribución que supone el artículo, ya que esta exploración cualitativa de las percepciones del paciente sobre cualidades ideales de la relación clínico-paciente pone de relieve no sólo la importancia de las actividades y los valores de pacientes y clínicos, sino también la interacción de ambos. En este estudio, las personas con TBP identificaron específicamente y ubicaron el valor sobre las características principales de un modelo de práctica colaborativo.

IV.3.6. Evaluaciones económicas

Desde el punto de vista de la valoración de costes, la calidad de las dos EEC identificadas [54,59] fue aceptable (según los criterios de Drummond et al. [43]), si bien los autores no combinaron los resultados de costes y efectividad, lo cual hubiera sido deseable.

IV.4. Resultados evaluados

IV.4.1. Revisiones sistemáticas

Se localizaron ocho RS previas relacionadas con la psicoeducación en el TBP. A continuación se detallan sus características principales y en la Tabla 6 se muestran otros datos de interés.

La primera RS identificada fue la de Colom et al. [44], cuyo objetivo era evaluar la efectividad de los distintos modelos de psicoterapia, desde la concepción psicodinámica hasta el modelo biopsicosocial. Para ello, se consultaron las bases de datos Medline, Current Contents, y Psychological Abstracts. Para el tratamiento del TBP se identificaron distintas intervenciones, tales como psicoanálisis, psicoeducación, Terapia Familiar (TF), Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y Terapia Interpersonal (TIP), que ejerciendo como tratamientos adjuntos a los psicofármacos, generaban resultados favorables en la evolución del paciente. Sin embargo, se observó una carencia de estudios clínicos controlados que establecieran la eficacia en el curso de la enfermedad.

La siguiente RS localizada fue la de Reinares et al. [45]. El objetivo de esta revisión fue analizar el papel de las intervenciones familiares en el tratamiento del TBP. A partir de los seis estudios incluidos, se concluyó que las intervenciones familiares tienen un papel relevante en

el tratamiento del TBP, dada las repercusiones de la alta EE familiar en la evolución del paciente y el impacto de la enfermedad sobre los propios familiares. En esta RS se pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios controlados con una metodología más rigurosa.

La RS realizada por Vieta y Colom [47] revisó estudios prospectivos para valorar la eficacia de las intervenciones psicológicas (psicoterapia, psicoeducación, TCC, TIP, psicoanálisis y TF) en el TBP. A partir de las bases de datos Medline, Embase y Psychlit, se identificaron cuatro estudios con GC y tamaño muestral apropiado, que contaban con una descripción precisa del procedimiento y medidas de resultados dotadas de validez y fiabilidad. En este trabajo se concluyó que las intervenciones psicológicas, especialmente la psicoeducación y la TCC, son intervenciones profilácticas basadas en la evidencia para los pacientes con TBP que reciben tratamiento farmacológico.

Por otro lado, en la revisión realizada por Colom y Vieta [46], se examinó la eficacia de varias terapias como la psicoeducación, la TCC y la TIP. La búsqueda de los estudios se llevó a cabo en tres bases de datos: Medline, Current Contents y Psychlit. En los resultados se expuso que la psicoeducación y la TCC son más eficaces en la profilaxis de nuevas recurrencias, indicando la necesidad de realizar estudios de investigación sobre el papel y la eficacia de las intervenciones psicológicas en la fase aguda de la enfermedad.

En una revisión posterior, llevada a cabo por Colom y Lam [48], se consultaron las bases de datos Medline y Current Contents. Su objetivo era analizar con más profundidad la relevancia de la psicoeducación como tratamiento adjunto al psicofarmacológico, así como su eficacia para prevenir nuevas recaídas y aumentar la adherencia al tratamiento.

En el meta-análisis realizado por Scott et al. [14], se revisaron ECA sobre terapias psicológicas que eran implementadas junto a tratamientos farmacológicos, con la finalidad de analizar la eficacia de la psicoterapia en la reducción de recaídas de los pacientes con TBP frente a los tratamientos psiquiátricos habituales. Para realizar la RS se hizo una búsqueda manual y otra electrónica, contactándose además con los profesionales que trabajaban en este campo de investigación. Finalmente, nueve ensayos fueron seleccionados para el análisis. Entre sus resultados se encontró que las intervenciones psicológicas reducían de manera significativa el número de recaídas, en comparación con el tratamiento habitual. Sin embargo, las intervenciones resultaron ser más efectivas cuando el paciente se encontraba eutímico y no había presentado un gran número de recaídas (menos de 12). En las conclusiones se indica la necesidad de realizar más estudios prácticos

de efectividad para determinar qué individuos con TBP se beneficiarían de las intervenciones psicológicas.

La última revisión identificada fue la de Rouget y Aubry [49], que incluía 34 estudios localizados a partir de las bases de datos Medline y PubMed. En esta RS se pretendía evaluar la eficacia de la psicoeducación en el tratamiento del TBP respecto al cumplimiento terapéutico, el conocimiento de la enfermedad y del tratamiento por parte del paciente y la familia, la prevención de recaídas, las fases sintomáticas de la enfermedad (depresión, hipomanía, manía) o el funcionamiento social y laboral.

En último lugar, comentamos la RS de Justo et al. [67], recordando que fue publicada en la Base de Datos Cochrane dos meses más tarde del período de búsqueda establecido en esta revisión. Sin embargo, debido a su relevancia en relación con el tema que nos concierne, hemos reflejado sus hallazgos. El objetivo de este estudio fue investigar la efectividad (mejoría de los síntomas o reducción de las tasas de recurrencia) de las intervenciones familiares psicosociales para las personas con TBP y sus familias y cuidadores, en comparación con ninguna intervención o con otras formas de intervención. Las búsquedas se efectuaron en las bases de datos electrónicas CCDANRCT-Studies, CCDANCTR-References, Central, Medline, Embase y Lilacs, examinando también las listas de referencias de los estudios incluidos y estableciendo contacto directo con los autores. Finalmente, en esta revisión se incluyeron siete ECA (con 393 participantes que siguieron recibiendo tratamiento farmacológico) que evaluaban métodos psicoeducativos y además, en uno de los estudios, también se evaluó un tipo de psicoterapia de sistemas.

Se identificaron cinco estudios que comparaban cualquier tipo de intervención familiar psicosocial (de parejas, cuidadores u otros miembros de la familia) frente a no intervención, de los que se informaron los resultados de recuperación, mejora clínica y recurrencia. Las medidas de resultado secundarias de los estudios individuales incluían la hospitalización, el cumplimiento con la medicación, las relaciones en el ámbito familiar, la ansiedad y las tasas de abandono. Un metanálisis de las tasas de abandono (cinco estudios, 214 participantes) no reveló diferencias significativas entre el grupo de intervención familiar y el grupo de ninguna intervención (RR: 0,70; IC del 95%: 0,43 a 1,14).

Los resultados individuales de estos estudios no indicaron un efecto agregado significativo para las intervenciones familiares. Debido a la diversidad de las intervenciones, las medidas de resultado y las

variables de evaluación empleadas en los ensayos, no fue posible realizar metanálisis de los resultados primarios.

Tres estudios compararon un tipo o modalidad de intervención familiar con otra intervención familiar, encontrando resultados contradictorios. Uno de estos ellos comparó una intervención de Terapia Familiar Sistémica (TFS) centrada en la Resolución de Problemas, con una Terapia de Grupo Psicoeducativa Multifamiliar (TGPM). Otro estudio comparó una intervención psicosocial familiar con una intervención psicosocial individual (ambas intervenciones se basaron en principios similares; la diferencia principal fue la administración a los participantes: solos o con sus familias). El tercer estudio comparó la TF con una intervención psicoeducativa basada en el Manejo de las Crisis (MC), que fue también administrada a la familia, pero en una forma menos intensiva y compleja.

En resumen, aunque los resultados de los estudios individuales no indicaron un efecto significativo de las intervenciones familiares al sumarse al tratamiento farmacológico, los estudios no aportan pruebas suficientes para establecer conclusiones que puedan ser generalizadas a la práctica diaria. Por ello, los autores concluyen que se necesitan más estudios que utilicen una metodología apropiada y más rigurosa (p.ej., ECA) y que evalúen otras intervenciones familiares además de la psicoeducación.

Tabla 6. Estudios incluidos de revisión sistemática

| Autor, año | Años búsqueda | Bases de datos | Criterios | Nº estudios localizados |
|---------------|--------------------------------|--|---|-------------------------|
| COLOM 1998 | Estudios publicados hasta 1998 | MEDLINE CURRENT CONTENTS PSYCHOLOGICAL ABSTRACTS | Criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con TBP. • ECA con distintas modalidades de psicoterapia: psicoeducación, TCC, TIP, psicoanálisis, TF. • Definición clara de objetivos. • Evaluación ciega de los resultados. Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Sin especificar. | 21 |
| REINARES 2002 | Estudios publicados hasta 2002 | MEDLINE CURRENT CONTENTS PSYCHOLOGICAL ABSTRACTS | Criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones familiares en el TBP. • ECA y EC. Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Sin especificar. | 6 |
| VIETA 2004 | Estudios publicados hasta 2004 | EMBASE MEDLINE PSYCLIT | Criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con TBP. • ECA con distintas modalidades de psicoterapia: psicoeducación, TCC, TIP, psicoanálisis, TF. • Tamaño apropiado de la muestra. • Descripción detallada del procedimiento que permita una réplica del mismo. • Grupo control. Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Sin especificar. | 4 |
| COLOM 2004 | Estudios publicados hasta 2004 | MEDLINE PSYCLIT CURRENT CONTENTS | Criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Terapias focalizadas en el paciente con TBP (distintas modalidades de psicoterapia: psicoeducación, TCC y TIP). Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Sin especificar. | 10 |
| COLOM 2005 | Estudios publicados hasta 2004 | MEDLINE CURRENT CONTENTS | Criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Terapias focalizadas en el paciente con TBP realizadas mediante psicoeducación y TCC. • Intervenciones focalizadas en prevención de recaídas. Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Sin especificar. | 60 |
| SCOTT 2007 | Desde 1960 hasta 1990 | Sin especificar (búsqueda de literatura psiquiátrica en búsquedas manuales y electrónicas) | Criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Utilización de criterios reconocidos para el diagnóstico del trastorno, valoración de síntomas y definición de recaídas en el TBP. | 9 |

Tabla 6. Estudios incluidos de revisión sistemática

| Autor, año | Años búsqueda | Bases de datos | Criterios | Nº estudios localizados |
|-------------|---|---|--|-------------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Descripción detallada del proceso de distribución de cada tratamiento en los ensayos. Descripción del contenido y duración de la terapia psicológica y del tratamiento control en adultos con TBP. Seguimiento post-tratamiento mayor de seis meses. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudios que comparaban TF con TI. Estudios con aproximaciones terapéuticas integrales. | |
| ROUGET 2007 | Desde 1984 hasta julio de 2007 | MEDLINE | <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ensayos clínicos que incluían la psicoeducación sola o en combinación con otras aproximaciones terapéuticas. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de descripción de los componentes de la psicoeducación. | 34 |
| JUSTO 2007 | 1/8/2007 1/8/2007 2006-3 1966-2006 1980-2006 1982-2006 | CCDANCTR-Studies CCDANCTR-References CENTRAL MEDLINE EMBASE LILACS | <p>Criterios de inclusión:</p> <p>Estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ECA que evaluaran intervenciones psicosociales familiares para el TBP. Cuasialeatorios. ECA por grupos ("clusters"). <p>Participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Personas con diagnóstico de TBP (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, CIE 9, CIE 10) y sus familiares o cuidadores. <p>Tipos de Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervenciones psicosociales familiares empleadas para tratar el TBP en fase aguda, o como intervención preventiva en participantes estables. Cualquier tipo de terapia psicológica o método psicoeducativo para pacientes bipolares y sus familias o cuidadores (parejas o grupo de familiares, o grupo de familias de diferentes pacientes, con o sin la asistencia del paciente bipolar), basados en diversos fundamentos teóricos. | 7 |

IV.4.2. Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron 12 ECA relacionados con la psicoeducación. Estos estudios fueron distribuidos en dos grupos en base al tipo de intervención aplicada:

- Intervenciones centradas en los pacientes [13,18,23,24,52-54,59]
- Intervenciones focalizadas en las familias [31,36,50,51,56-58,60]

IV.4.2.1. Intervenciones centradas en los pacientes

La detección temprana de los síntomas de recaída en el TBP tiene una gran repercusión en la manifestación y duración de los episodios. En el estudio de Perry et al. [18] se valoró la eficacia de la psicoeducación centrada en la detección de los pródromos, tanto en los episodios de manía como en los de depresión. La muestra estaba compuesta por 69 pacientes diagnosticados de TBP que habían tenido una recaída en los 12 meses previos al estudio. Los participantes fueron divididos en dos grupos. El GE (n=34) recibía un programa de psicoeducación individual (con una media de nueve sesiones de una hora de duración) más el tratamiento farmacológico rutinario en dos fases. En la primera fase los pacientes eran entrenados para reconocer los síntomas prodrómicos de los episodios maníacos o depresivos, y en la segunda fase se entrenaba a los pacientes para buscar ayuda cuando comenzara la descompensación sintomática. El GC (n=35) recibía sólo tratamiento farmacológico habitual.

Entre los resultados obtenidos destaca que la psicoeducación fue efectiva en la prevención de los episodios maníacos, ya que la primera recaída con un episodio maníaco se dio en el GE a las 65 semanas de la intervención, mientras que en el GC se dio a las 17 semanas. Respecto al episodio depresivo, la primera recaída del GE tuvo lugar a las 21 semanas y en el GC a las 26 semanas. La evolución del GE y del GC presenta diferencias estadísticamente significativas respecto a los episodios maníacos, pero las diferencias no llegan a ser significativas para los episodios depresivos. Tras 18 meses de seguimiento, se observó que el GE recibía significativamente una dosis más alta de antidepresivos que el GC.

Como conclusión general del estudio, los autores destacan que los pacientes que recibían psicoeducación detectaban mejor y más rápido los síntomas maníacos que los depresivos, y este reconocimiento de los

pródromos favorecía una menor intensidad de los síntomas en las recaídas, así como un mejor funcionamiento social y laboral.

En el estudio de Simon et al. [14] se describe el diseño y la implantación de un programa sistematizado basado en el modelo de Bauer y McBride (Programa de Objetivos Vitales) [12] que incluye psicoeducación, y que también será implementado en Simon et al. [53] y Simon et al. [54]. El estudio fue realizado con 441 pacientes de cuatro hospitales distintos, asignados aleatoriamente a una intervención grupal estructurada (n=212) o a un GC (n=229). Los pacientes que fueron asignados al GC recibían terapia de apoyo con contenido no estructurado, mediante una intervención grupal, más el tratamiento farmacológico habitual. Por otra parte, los pacientes asignados al GE recibían un programa con un contenido estructurado en el que también se empleó una intervención grupal en dos fases. Dada la naturaleza de la intervención, los participantes no podían cegarse de cara a la asignación del tratamiento. Los entrevistadores, sin embargo, permanecieron ciegos a la asignación del tratamiento durante el estudio. Antes de cada evaluación cegada, cada participante recibió una carta-recordatorio donde se solicitaba no hablar de cualquier información relativa al tratamiento durante la entrevista de evaluación. Los entrevistadores también advertían sobre la revelación de cualquier información referida al tratamiento.

En la primera fase, los pacientes acudieron a cinco sesiones semanales de una hora en la que incrementaban sus conocimientos sobre la enfermedad, identificaban signos precoces de descompensación y eventos estresantes precipitantes, así como estrategias específicas para afrontar los episodios de la enfermedad. En la segunda fase, se realizaban sesiones quincenales con un contenido menos estructurado, abordando problemas específicos y trabajando habilidades para resolver problemas.

La finalidad de este estudio fue mejorar la calidad y la continuidad de los cuidados en los pacientes con TBP. En el estudio valoraron el índice de participación y los costes del proyecto. De los pacientes asignados al programa, el 94% completó el contacto inicial. En los primeros 12 meses, el 91% continuó con el contacto telefónico, el 70% acudió al menos a una sesión de grupo y el 60% completó la segunda fase del estudio.

Tras un año de seguimiento [53], se encontró que los participantes asignados a la intervención grupal estructurada tenían una media de episodios maníacos significativamente menor, así como se observó que la duración de los episodios de hipomanía o manía eran más breves

(2,59 semanas vs. 1,69 semanas). Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos respecto a los episodios depresivos.

A los dos años de seguimiento [54], el programa de intervención multicomponente, desarrollado para mejorar la calidad de los cuidados y objetivar los resultados a largo plazo en los pacientes con TBP, fue reevaluado. El programa incluía una intervención estructurada de 48 sesiones que se llevó a cabo en dos fases. Los resultados obtenidos indicaron que la intervención grupal estructurada reducía de manera estadísticamente significativa los síntomas de manía ($p=0,04$) y el tiempo que el paciente experimentaba dichos síntomas (19,2 vs. 24,7 semanas). Los pacientes que presentaron síntomas depresivos, no mostraron la misma respuesta a la intervención estructurada en la disminución de los episodios ($p=0,85$) ni en la duración de los mismos (47,6 vs. 50,7 semanas).

Como conclusión de este estudio realizado en varias fases, los autores hacen hincapié en que a pesar de que el programa grupal estructurado parece reducir significativamente la frecuencia y severidad de los episodios maníacos, sería conveniente incorporar un programa con un contenido cognitivo y conductual más específico, o un tratamiento farmacológico más efectivo para reducir de manera significativa los síntomas depresivos.

Colom et al. [23], estudiaron la eficacia de los grupos de psicoeducación acompañados de tratamiento psicofarmacológico en una muestra de 50 pacientes con TBP tipo I, en los que se había asegurado previamente un buen cumplimiento terapéutico. El estudio se componía de dos fases. La primera se llevó a cabo en 20 sesiones de 90 minutos semanales, en las que el GE ($n=25$) recibía una intervención grupal de psicoeducación y el GC ($n=25$) participaba en un encuentro grupal sin contenido estructurado. Ambas intervenciones se acompañaban de tratamiento psicofarmacológico y tenían la misma duración. La segunda fase constaba de un seguimiento de dos años. El programa de psicoeducación tenía como objetivo que el paciente conociera su enfermedad mediante la detección temprana de los síntomas y de las recaídas, el cumplimiento terapéutico, la regularización de los hábitos de vida y la evitación del uso de tóxicos. A los dos años de seguimiento, 15 pacientes (60%) del GE presentaban criterios de recaída, frente a los 23 pacientes (92%) del GC. Los resultados obtenidos indicaron que los pacientes que acudían al grupo de psicoeducación reducían significativamente el número de recaídas e incrementaban el tiempo de recurrencias de todas las fases (depresiva,

maníaca, hipomaníaca y mixta). Así mismo, el número de hospitalizaciones también se vio reducido.

En el estudio de Colom et al. [24], llevado a cabo con una muestra de 120 pacientes diagnosticados de TBP I y II, se estudió la eficacia de los grupos de psicoeducación acompañados de tratamiento farmacológico en pacientes que llevaban en remisión seis meses. La muestra se dividió aleatoriamente en dos grupos con características sociodemográficas y clínicas similares, y ambos grupos recibieron una intervención grupal acompañada de tratamiento farmacológico. El seguimiento fue de dos años. El GE (n=60) asistió a un programa psicoeducativo de 21 sesiones de 90 minutos semanales, y el GC (n=60) recibió una intervención grupal no estructurada de 21 sesiones. En ambos grupos participaban de ocho a 12 pacientes.

Durante la fase de tratamiento, 36 pacientes (60%) del GC presentaron recurrencias (manía, hipomanía, episodio mixto o depresión), frente a los 23 (38%) pacientes del GE. Durante el seguimiento, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presentación de nuevos episodios agudos: 40 pacientes (67%) del GE y 55 pacientes (92%) del GC experimentaron recurrencia.

En relación a la hospitalización, ocho pacientes (13,3%) del GC y nueve (16,1%) del GE fueron hospitalizados durante la fase de tratamiento. A los dos años de seguimiento, 21 pacientes (35%) del GC precisaron la hospitalización, mientras que sólo lo hicieron 14 (25%) del GE. Durante la fase de tratamiento y los primeros seis meses de seguimiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos; en cambio, la media de hospitalizaciones por paciente fue significativamente menor para el grupo de psicoeducación durante el seguimiento posterior. La estancia media hospitalaria también presentó diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos, siendo la estancia media de los participantes del GE de 4,75 días y la del GC de 14,83 días.

Con frecuencia los pacientes con TBP presentan comorbilidad con otras patologías, como con los trastornos de personalidad. A partir del estudio previamente descrito, Colom et al. [13] realizaron un subanálisis de los 120 pacientes que participaron en el mismo. De estos 120 pacientes, 37 (31%) cumplían criterios diagnósticos del DSM-IV para el TBP tipo I y para el trastorno de personalidad, de los que 22 pacientes pertenecían al GC y 15 al GE.

Respecto a la evolución de estos pacientes se observó que, durante la fase de tratamiento, 17 pacientes (77%) del GC tuvieron recurrencia (manía, hipomanía, episodio mixto o depresión), frente a los

siete pacientes (46,7%) del GE. Al final del seguimiento, que se realizó durante dos años, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos: mientras que todos los miembros del GC recayeron, en el grupo que recibió psicoeducación (GE) sólo recayeron 10 pacientes (66,7%).

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las hospitalizaciones de los participantes de ambos grupos (50% del GC vs. 27% del GE o de psicoeducación), aunque sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la estancia media hospitalaria. Los resultados globales indican que los pacientes que participaron en el grupo de psicoeducación, en relación con el GC, tardaron más tiempo en recaer, presentaron un número significativamente menor de recaídas y precisaron menos días de ingreso hospitalario.

Con el objetivo de estudiar el efecto de la psicoeducación sobre el cumplimiento terapéutico, Colom et al. [55] realizaron otro subanálisis con la muestra de 120 pacientes perteneciente a su estudio del año 2003 [24], para analizar el nivel del litio en plasma de los pacientes que habían recibido psicoeducación (n=49) y de los participantes del GC (n=40). Las mediciones se realizaron a los seis, 12, 18 y 24 meses de la intervención. El objetivo del estudio era determinar la variabilidad del nivel de litio sérico intra e inter grupos. El nivel óptimo de litio sérico se encuentra entre 0,6 y 1 mEq/L. Los resultados obtenidos muestran que la media del nivel de litio en suero fue significativamente más alta y más estable en los pacientes que recibieron psicoeducación (rango 0,75-0,79 mmol/L), en comparación con los pacientes del GC (rango 0,64-0,72 mmol/L).

Bauer et al. [59] llevaron a cabo un estudio con 330 pacientes, procedentes de 11 centros, que fueron distribuidos de manera aleatoria a un Programa de cuidado colaborativo para TBP con tres años de seguimiento. El GE (n=149) recibió un programa basado en tres componentes: (1) la asistencia a un grupo de psicoeducación el primer mes, (2) un manual con una Guía Práctica del TBP y (3) un seguimiento por enfermería con la finalidad de facilitar el acceso y la continuidad de los cuidados. El GC (n=164) continuó con el seguimiento psiquiátrico habitual.

A partir de los análisis realizados, se observó que desde los primeros seis meses, los pacientes que recibieron la intervención psicosocial presentaron una reducción estadísticamente significativa de los episodios maníacos; sin embargo, no se dio la misma respuesta en los pacientes con episodios depresivos. Por otro lado, se contrastó que

el funcionamiento social mejoró de manera significativa, preferentemente en el área laboral y familiar, y esta mejora tuvo una repercusión favorable en la calidad de vida de los pacientes.

IV.4.2.2. Intervenciones focalizadas en las familias.

En el estudio de Glick et al. [36] se implementó un programa de psicoeducación estructurado con 186 pacientes hospitalizados en una Unidad de Agudos y sus familiares. Los pacientes fueron clasificados en cuatro grupos según los criterios diagnósticos del eje I del DSM-III: (1) esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme con buen funcionamiento previo a la hospitalización, (2) esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme con un funcionamiento pobre previo a la hospitalización, (3) trastorno afectivo mayor y (4) otros diagnósticos incluidos en este eje.

Los pacientes eran asignados de forma aleatoria a un tratamiento farmacológico más TF o sólo al tratamiento farmacológico habitual. La familia recibía una intervención breve de psicoeducación y solución de problemas en sesiones semanales o quincenales, de 45 a 60 minutos de duración. La media de sesiones por paciente y familia fue de 8,6. Las intervenciones tenían un contenido estructurado dirigido a ayudar a los pacientes y familiares a aceptar la enfermedad y comprender los mecanismos de las descompensaciones, para identificar posibles situaciones precipitantes y para desarrollar un plan de estrategia para el futuro.

De los 186 pacientes seleccionados, a los seis meses se obtuvieron datos de 168 de ellos (79 del GE y 89 del GC), quienes completaron el tratamiento. Dentro de este grupo, 29 pacientes estaban diagnosticados de depresión unipolar y 21 de TBP.

Los resultados del análisis realizado indican que la intervención producía una mejora clínica significativa, especialmente en las mujeres y en los pacientes con esquizofrenia crónica y TBP. En el seguimiento realizado a los 18 meses del alta, las familias refirieron encontrarse menos sobrecargadas y con actitudes más positivas hacia el paciente.

En el estudio de Simoneau et al. [50] se compararon dos tipos de intervención, la Terapia de Psicoeducación Focalizada en la Familia (TFF) y una intervención para el Manejo de las Crisis con Seguimiento Naturalístico (MCSN), ambas acompañadas del tratamiento farmacológico habitual. La TFF [68], es una intervención con una estructura similar al modelo de Liberman et al. [69] y al de Fallon et al. [70] aplicada a la esquizofrenia. La terapia consta de varios

componentes: (a) psicoeducación (información didáctica de la enfermedad, los síntomas, el pronóstico, la etiología y el tratamiento), (b) entrenamiento en comunicación (escucha activa, respuestas verbales positivas y negativas) y (c) entrenamiento en solución de problemas (identificar y definir problemas, evaluar soluciones y llevarlas a la práctica). El programa consta de 21 sesiones distribuidas en nueve meses. Por otro lado, la MCSN se realiza en dos sesiones con psicoeducación familiar y apoyo individual o telefónico para los pacientes durante las crisis. Ambos tratamientos tienen un seguimiento de dos años, con evaluaciones cada tres meses. Al año de seguimiento, los resultados de este estudio reflejaron que las familias que recibían la TFF mostraban interacciones más positivas en la relación entre el familiar y el paciente.

Miklowitz et al. [31] examinaron los efectos combinados del tratamiento psicosocial y farmacológico en el TBP. Este ECA lleva a cabo un año de seguimiento para evaluar, cada tres meses, un programa sistematizado de nueve meses sobre TFF. La muestra del estudio consta de 101 pacientes con TBP en fase postepisódica, donde el GE (n=31) participó en 21 sesiones de TFF y el GC (n=70) recibió dos sesiones de Educación Familiar (EF) y apoyo en el manejo de crisis (MC). Ambos grupos mantuvieron simultáneamente el tratamiento farmacológico: el 69% tenía prescrito un eutimizante primario (carbonato de litio, carbamazepina o valproato) y el 22% recibió una combinación de estabilizadores del humor. De los 92 pacientes que recibían estabilizadores del humor, 36 tenían pautado antipsicóticos, 17 recibían antidepresivos y 21 ansiolíticos.

Los pacientes y los miembros de la familia (padres, parejas, hermanos) asignados a la TFF con tratamiento farmacológico recibieron, por parte de un equipo de terapeutas, 21 sesiones de una hora de terapia familiar o de pareja durante nueve meses. La distribución de las sesiones fue la siguiente: sesiones semanales durante tres meses, quincenales también durante tres meses y mensuales en los tres meses restantes. Para asegurar el cumplimiento, las sesiones se realizaban en el domicilio del paciente. El modelo de intervención estaba basado en el manual de TFF [30, 68] comentado previamente.

La intervención del GC se diseñó teniendo en cuenta los cuidados comunitarios que habitualmente reciben los pacientes con TBP. Durante los nueve meses de tratamiento, los pacientes y familiares recibieron asesoramiento para las situaciones críticas y, mensualmente, se realizaba un control telefónico de su estado general. Para favorecer el apoyo familiar e incrementar la participación en el estudio, los pacientes

del GC (EF) y su familia también recibieron las dos sesiones de EF en su domicilio.

Los pacientes fueron evaluados cada tres meses durante un año en relación a su estado clínico, la severidad de los síntomas y el cumplimiento terapéutico. De los 101 pacientes que comenzaron el estudio, lo completaron 79, que fueron clasificados según los resultados obtenidos en: (a) pacientes con recaídas, (b) pacientes sin recaídas y (c) pacientes sin cambios. Los criterios de clasificación utilizados habían sido validados en un estudio longitudinal en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar por Miklowitz et al. [28] y Nuechterlein et al. [71].

De los 79 pacientes que completaron el estudio, 35 (44%) presentaron criterios de recaída de trastorno afectivo, 10 (29%) con episodio maníaco y 25 (71%) con episodio depresivo. De los 44 pacientes restantes, 40 (51%) no presentaron recaídas y cuatro pacientes (5%) no presentaron cambios durante el estudio.

En la última evaluación, realizada al año de comenzar el estudio, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el GE (TFF) y el GC (EF) en relación a las recaídas: el 71% de los pacientes que recibieron TFF no tuvo recaídas, frente al 47% del GC (EF).

En cuanto a la repercusión del tratamiento psicosocial en la sintomatología, los resultados mostraron que los pacientes que recibieron TFF mejoraron más los síntomas depresivos que los pacientes que participaron en la EF. En cambio, no se observaron los mismos efectos respecto a los síntomas maníacos. Los autores del estudio señalan en relación a estos resultados que existen estudios preliminares, como el de Frank [72], donde también se ha encontrado que la TIP más medicación es efectiva en la prevención de síntomas depresivos pero no en síntomas maníacos.

Los cambios más significativos se obtuvieron en los pacientes que tenían familias con alta EE. Los pacientes tratados con TFF con familias con alta EE, comenzaron el estudio con puntuaciones elevadas en depresión y, a medida que transcurría el tratamiento, las puntuaciones mejoraron. Estos resultados sugieren que tanto los pacientes como los miembros de la familia incorporaron nuevas habilidades en comunicación y en solución de problemas mediante la TFF.

A los dos años se realizó una nueva evaluación [51] del grupo de pacientes que había participado en el estudio previo. Los resultados obtenidos mostraron que de los 70 pacientes asignados a la EF, 38 (54%) sufrieron recaídas, 12 (17%) no tuvieron recaídas, cuatro (6%) se mantuvieron sin cambios y 16 (23%) abandonaron el seguimiento. En cambio, de los 31 pacientes que recibieron la TFF, 11 (35%) recayeron,

16 (52%) se mantuvieron estables, un paciente (3%) no experimentó cambios y tres de ellos (10%) abandonaron el seguimiento. En el análisis de los datos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las recaídas de ambos grupos. Los pacientes presentaron una mayor reducción de los síntomas afectivos y una mayor adherencia al tratamiento con la TFF.

En el estudio realizado por Rea et al. [56], se incluyeron 53 pacientes que habían estado recientemente hospitalizados por un episodio maniaco. Los pacientes fueron seleccionados durante la hospitalización y mediante un proceso de aleatorización fueron asignados a un seguimiento de nueve meses (21 sesiones) con TFF (n=28) o con Terapia Individual Focalizada en el Paciente (TIFP) (n=25). Tanto el seguimiento farmacológico como la terapia psicosocial (familiar o individual) se llevaron cabo semanalmente durante los tres primeros meses, quincenalmente los tres meses siguientes y mensualmente los últimos meses hasta finalizar el año. Al terminar el tratamiento, los participantes fueron derivados para continuar el seguimiento en los dispositivos comunitarios.

La TFF, como ya se comentó anteriormente, fue desarrollada por Miklowitz y Goldstein [68] para pacientes con TBP y sus familiares, y consta de 21 sesiones, de una hora de duración, que combinan tres componentes básicos: psicoeducación respecto al TBP, entrenamiento en habilidades de comunicación y entrenamiento en solución de problemas. El tiempo que se le dedica a cada área está en función de las necesidades, la preparación y las dificultades de cada familia. La información que se da se asienta en el modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring [73], en el que se presta especial atención tanto a los factores de riesgo (se incluye el uso de sustancias perjudiciales, situaciones estresantes y hábitos inadecuados de sueño) como a los factores protectores (como el cumplimiento terapéutico y el apoyo social).

Los datos obtenidos fueron consistentes con los estudios previos e indicaron que la TFF reducía el riesgo de recaída y de rehospitalización en comparación con el programa de TIFP. Las diferencias entre ambos grupos fueron particularmente evidentes durante el primer año, en el que se observó que el 28% de los participantes que recibió TFF tuvieron una recaída, frente al 60% de los participantes del seguimiento individual. Estas diferencias también se observaron en el seguimiento que se realizó en el postratamiento, en el que el 20% de los pacientes que recibió TFF fueron rehospitalizados, frente al 60% de los que recibió TIFP.

Los resultados de este estudio son similares al ensayo realizado por Miklowitz et al. [31], previamente comentado, en el que se pone de manifiesto la eficacia de la TFF más tratamiento psicofarmacológico en comparación con sólo tratamiento farmacológico y un apoyo puntual en el proceso de los pacientes.

En el estudio de Reinares et al. [58], se analizó el impacto de una intervención psicosocial dirigida exclusivamente a los familiares de 45 pacientes eutímicos que fueron aleatoriamente asignados al GE (n=30) o al GC (n=15). Los familiares de los pacientes del GE participaron en 12 sesiones grupales de 90 minutos, que se impartían semanalmente y en las que recibían material escrito sobre las sesiones recibidas. La intervención psicoeducativa tenía como objetivo: (1) incrementar el conocimiento de los familiares respecto al TBP y su tratamiento, (2) reducir la sobrecarga emocional de los cuidadores y (3) mejorar las relaciones dentro del entorno familiar.

Los familiares del GC continuaron con el seguimiento habitual y fueron evaluados mensualmente, igual que los familiares del GE.

Los resultados del estudio señalan que la intervención psicoeducativa mejoró los conocimientos de los familiares sobre la enfermedad y su manejo. Este cambio repercutió en el nivel de sobrecarga subjetivo experimentado por los familiares, que fue significativamente inferior en aquellos que asistieron al grupo psicoeducativo y que presentaron un nivel menor de estrés o aflicción en relación a las conductas de los pacientes, su funcionamiento diario y los efectos adversos de la enfermedad sobre su entorno.

Por otra parte, no se observaron diferencias significativas en el nivel de sobrecarga objetiva, que hacía referencia a los problemas cotidianos de los familiares (economía, ocio, ámbito laboral, vida social, etc.). Así mismo, la intervención psicoeducativa redujo la relación que establecían los familiares entre sus propios problemas (carga objetiva) y el paciente, es decir, redujeron el nivel de responsabilidad que atribuían al paciente sobre las dificultades en su vida diaria.

Miller et al. [57] realizaron un estudio con 92 pacientes con TBP tipo I en fase aguda, con la finalidad de evaluar la efectividad de la TF en relación al tiempo de recuperación del episodio bipolar. Para ello, se compararon tres tipos de intervención: TF más tratamiento farmacológico (n=33), TGPM acompañada de tratamiento farmacológico (n=30) y sólo tratamiento farmacológico (n=29). La TF, basada en el Modelo de McMaster de Funcionamiento Familiar, es una intervención semiestructurada con un manual centrado en los problemas del sistema familiar (comunicación, roles, respuesta afectiva, entorno afectivo y

control conductual). El número de sesiones varió en función de las necesidades de cada familia y, aunque lo habitual es desarrollar entre seis y 10 sesiones de 50 minutos, resultó una media de 12 sesiones.

La TGPM se llevó a cabo con dos terapeutas que conducían un grupo de cuatro a cinco pacientes y sus familias. La intervención semiestructurada se implementó de acuerdo a un manual desarrollado para el estudio, en el que la terapia ofrece información sobre el TBP y enseña estrategias de afrontamiento para los problemas comunes y para las distintas fases de la enfermedad. La intervención incluye seis sesiones focalizadas en un tema (signos y síntomas de la depresión y la manía, vivencia del TBP, estrategias de afrontamiento, psicofarmacología del TBP, visión de la enfermedad desde el paciente y la familia) que se realizan semanalmente con una duración de 90 minutos.

Los resultados obtenidos en los 28 meses de seguimiento, indican que no hay diferencias significativas en cuanto al tiempo de recuperación entre las tres intervenciones. De los 29 participantes asignados a sólo psicofarmacología se recuperaron 16 (55%), de los 33 participantes que siguieron TF se recuperaron 16 (48%) y de los 30 pacientes sometidos a la TGPM se recuperaron 21 (70%). Dado las discrepancias de los resultados respecto a otros estudios, los autores plantean que quizás un número mayor de sesiones podría beneficiar de manera significativa la recuperación de los pacientes.

En el estudio de Miklowitz et al. [60], se evaluó la efectividad de cuatro intervenciones psicosociales específicas para el TBP, con la finalidad de analizar el tiempo de recuperación y la probabilidad de recaídas después de un episodio de depresión bipolar. Un total de 293 pacientes diagnosticados de TBP I y II en episodio depresivo, tratados con un protocolo de farmacoterapia, fueron asignados aleatoriamente a psicoterapia intensiva (n=163), de nueve meses de duración, o a una intervención psicoeducativa breve (n=130), de tres sesiones desarrolladas en seis semanas.

Las intervenciones psicosociales intensivas correspondían a tres modalidades de tratamiento: Terapia Interpersonal y del Ritmo Social (TIRS), TFF y TCC. Todas las modalidades incluían psicoeducación, planificación en la prevención de recaídas y manejo de la enfermedad. Según los resultados obtenidos, los pacientes que habían recibido psicoterapia intensiva presentaron una proporción más alta de recuperación al final del año (64,4% vs. 51,5%) y se recuperaron antes que los pacientes que recibían una intervención breve, así como se mantenían clínicamente más estables durante más tiempo. En cuanto al

porcentaje de recuperación al año de la intervención, el 76,9% (20/26) de los pacientes que recibieron TFF, el 64,5% (40/75) de los que recibieron TIRS y el 60% (45/75) de los que recibieron TCC se recuperaron, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tres modalidades de psicoterapia.

IV.4.3. Ensayo clínico no aleatorizado

En el estudio de Honig et al. [61] se compararon dos grupos formados por un total de 42 pacientes con TBP crónico que habían experimentado un gran número de ingresos y hospitalizaciones. Un grupo de 19 participantes, acompañados de su pareja o algún familiar, recibieron una TGPM de seis sesiones quincenales, con la finalidad de reducir el nivel de EE familiar. El GC lo formaron 23 pacientes que se encontraban en lista de espera en el momento del estudio.

Los resultados obtenidos muestran que el 31% de los familiares que acudieron al grupo de TGPM redujo de manera significativa el nivel de EE, al contrario del GC, que no experimentó cambios (31% vs. 0%, $p < 0,03$).

IV.4.4. Otros estudios comparativos

Entre los EC identificados en la presente RS, se comenta en primer lugar el trabajo llevado a cabo por Van Gent y Zwart [62]. En este estudio se comparan dos programas de intervención grupal, el primero realizado en 1988 y el segundo en 1993. En el primer programa (grupo de terapia) participaron 20 pacientes en el GE y 14 pacientes en el GC. El programa consistió en una terapia de grupo de 10 sesiones en la que los participantes recibían información relacionada con su enfermedad, el tratamiento con litio, los efectos secundarios del tratamiento y los efectos adversos de interrumpir la medicación. Este programa no facilitaba información escrita a los participantes.

En el segundo programa (grupo educativo), 15 pacientes participaron en cinco sesiones altamente estructuradas, con un contenido similar al programa anterior, pero proporcionando material escrito. Los criterios de inclusión para participar en ambos programas eran: (a) estar diagnosticado de TBP según los criterios del DSM-II, (b) llevar un mínimo de seis meses con tratamiento profiláctico con litio o carbamazepina, (c) no tener un episodio agudo de depresión o manía, (d) hablar alemán sin dificultad y (e) estar en seguimiento por un médico y que éste solicitara la intervención grupal.

Las características sociodemográficas y clínicas de ambos grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas. El grupo educativo se realizó con 15 pacientes, y el de terapia de grupo con 20 pacientes. Para determinar los efectos de las intervenciones se utilizó el nivel de litio en suero (0,50-1,2 mmol/L) y de carbamazepina (5-10 mg/l).

Los resultados obtenidos indican que el grupo de terapia que recibió 10 sesiones obtuvo mayores beneficios del programa, aunque ambos grupos mejoraron sus problemas psicosociales y disminuyeron el número de hospitalizaciones. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las medidas pre y post del nivel de litio en suero y de carbamazepina (0,78 vs. 0,73).

En el estudio de Miklowitz et al. [51] se compararon dos grupos de 100 pacientes con TBP tras un episodio agudo. El GE (n=30) recibió 50 sesiones de Terapia Individual y Familiar Integradora (TIFI), mientras que el GC (n=70), que procedía de un ensayo previo, había recibido los cuidados habituales (CH): dos sesiones de psicoeducación dirigidas al paciente y la familia, estabilizadores del humor y pautas para el manejo de las crisis.

El estudio se desarrolló siguiendo un protocolo de 25 sesiones de TIRS y 25 sesiones de TFF. Los investigadores aplicaron el protocolo según las necesidades de los participantes, de tal forma que los 30 pacientes y familiares no recibieron el mismo número de sesiones.

Al año de seguimiento, el análisis de los resultados mostró que no existían diferencias estadísticamente significativas en relación a las recaídas, ya que del GC (CH) recayeron 27 pacientes (39%) y nueve (30%) del grupo de terapia (TIFI). Sin embargo, el GE presentó de forma significativa un mayor tiempo libre de síntomas, siendo la media para el grupo de terapia de 42,5 semanas y para el GC de 34,5 semanas. Así mismo, se observó una mejora significativa de la sintomatología depresiva, ya que el 33% de los pacientes del grupo de terapia y el 11% del GC redujo las puntuaciones, obteniendo los cambios más significativos en pacientes de familias con alta EE.

Con la finalidad de evaluar la EE de la familia, Kim y Miklowitz [37] llevaron a cabo un estudio con 125 pacientes con TBP que estaban recibiendo una intervención psicosocial. La EE fue contemplada como predictor de resultados de la terapia desarrollada en los dos grupos: (1) pacientes con TBP que recibieron uno de los dos tratamientos protocolizados dirigidos a la familia, la TFF o la TIFI, (2) pacientes con TBP que recibieron una intervención para el manejo de las crisis con dos sesiones de educación familiar. Todos los pacientes tenían tratamiento con estabilizadores del humor.

Michalak et al. [25] realizaron un estudio con 57 pacientes con TBP tipo I y II en fase eutímica. Con la finalidad de evaluar la percepción de la calidad de vida de los pacientes que asistían a una intervención grupal estructurada de psicoeducación, se aplicó un programa estandarizado de ocho sesiones semanales de una hora y media de duración.

Los resultados del estudio mostraron que las puntuaciones medias de los pacientes en relación a su calidad de vida fueron significativamente más altas después de acudir a la intervención grupal de psicoeducación ($p=0,02$).

Los resultados obtenidos indican que, tras dos años de seguimiento, la alta o baja EE familiar no está asociada con el tiempo de recaída en ningún grupo. De los 57 participantes con alta EE, recayeron 19 (33%), mientras que de las 68 personas con baja EE, recayeron 24 (35%). Sin embargo, los pacientes que vivían en un entorno familiar con una alta EE, refirieron un mayor nivel de depresión durante los dos años de seguimiento. Un examen realizado sobre las dimensiones que componen la EE, refleja que un nivel alto de comentarios críticos frecuentes predice altos niveles de manía y depresión. Y en relación con esto, se encontró que existe una mayor asociación entre la EE (comentarios críticos) y el nivel de síntomas de manía registrados en los pacientes del GC, que entre los pacientes que recibieron terapia familiar.

Otro de los estudios comparativos incluidos fue el de De Andrés et al. [64], cuya muestra está representada por 45 pacientes con TBP tipo I y II y trastorno esquizoafectivo, a los que se aplicó el Programa de Objetivos Vitales de Bauer y McBride [12], dividido en dos fases. La Fase I consta de seis sesiones semanales de terapia psicoeducativa de grupo estructurada. En la Fase II se realizó una intervención con un grupo abierto y un programa conductual estructurado de dos sesiones semanales.

De los 45 participantes, nueve (20%) no completaron la primera fase. De los 36 pacientes que acudieron a la intervención grupal de psicoeducación de la Fase I, el 82,3% refirió mayor estabilidad del humor, y un tercio (35,3%) de los participantes mejoró en la prevención de las recaídas.

De los 36 participantes que completaron la Fase I, 17 eligieron continuar en la Fase II, que tuvo una duración de 366 días. De los 15 participantes que completaron esta fase, el 66,7% manifestó mayor estabilidad del humor, el 80% mejoró las estrategias de prevención de recaídas y el 60% aumentó su habilidad para el afrontamiento de los episodios.

El último trabajo incluido en esta RS es el de Bernhard et al. [38], donde se llevó a cabo un estudio comparativo intragrupo con medidas antes-después. La muestra constó de 62 pacientes con TBP y 49 familias. Se implementó una intervención grupal de psicoeducación cognitiva, en la que los pacientes recibían 14 sesiones de 90 minutos, y donde se les informaba sobre la enfermedad, signos precoces de recaída, estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés y el ritmo social. Las familias recibían dos talleres de psicoeducación de cuatro horas de duración, donde se valoraba la sobrecarga emocional, la alta EE y los síntomas depresivos de los familiares.

En los resultados obtenidos se observó una mejora estadísticamente significativa respecto al conocimiento de la enfermedad ($p=0,02$). En cuanto a las familias, después de la intervención mejoraron de manera estadísticamente significativa los síntomas relacionados con la sobrecarga ($p=0,02$), manteniendo estos resultados tras un año de seguimiento ($p=0,03$). Aunque la alta EE de los familiares no se redujo de manera significativa después de la intervención ($p=0,13$), sí se observaron diferencias estadísticamente significativas al año de seguimiento ($p=0,004$).

IV.4.5. Estudios cualitativos

El estudio cualitativo de Pollack [65] se desarrolló con 33 pacientes hospitalizados con diagnóstico de TBP que participaron en una entrevista semiestructurada, grabada en audio y centrada en las necesidades de información de dichos pacientes. Los pacientes resaltaron seis áreas básicas: (a) auto-manejo del TBP, (b) comprensión del TBP, (c) manejo de su vida cotidiana, (d) adaptación a la sociedad, (e) relación con los otros y (f) relación consigo mismo. Las necesidades que manifestaron incluían: información básica sobre el trastorno y la medicación, manejo de síntomas y del estrés, desarrollo de habilidades para afrontar la situación y referencias de libros como apoyo.

El segundo estudio cualitativo incluido fue el de Sajatovic et al. [66], donde participaron 52 pacientes con TBP, que formaban parte de un ensayo clínico llevado a cabo con el modelo del Programa de Objetivos Vitales. Los pacientes realizaron una evaluación cualitativa después de completar la primera fase de este programa. Los resultados apoyan la necesidad de utilizar un modelo colaborativo en la práctica diaria, ya que éste aumenta la adherencia al tratamiento.

IV.4.6. Estudios de evaluación económica

Únicamente se localizaron dos evaluaciones económicas que cumplieran con los criterios de selección, los ensayos de Bauer et al. [59] y Simon et al. [54]. Estos dos estudios, los cuales ya fueron incluidos en la revisión de la efectividad, incorporaron también un estudio de comparación de los costes de las intervenciones evaluadas.

El estudio de Bauer et al. [59] compara las prácticas habituales de cuidado con un modelo colaborativo de cuidados crónicos, en el que se incluía, entre otros, un elemento de fortalecimiento de las habilidades del paciente para autogestionar su enfermedad a través de psicoeducación. En este estudio se incluían los costes directos sanitarios de ambas alternativas (costes de hospitalización, de consultas externas, medicamentos, quirúrgicos, etc.), resultando que el coste de la intervención y el de los cuidados habituales eran similares (61,398 \$ frente a 64,379 \$).

Simon et al. [54] comparaban los cuidados habituales recibidos por los pacientes con un programa de intervención multicomponente que, entre otros componentes, incorporaba un programa psicoeducativo grupal estructurado. Los costes incluidos fueron sólo los directamente relacionados con la atención sanitaria (visitas de salud mental, prescripción de medicamentos psicotrópicos, monitorización telefónica, sesiones grupales, etc.). Este estudio tampoco encontró diferencias estadísticamente significativas ($p=0,06$) entre los costes totales de ambas alternativas de tratamiento (ver Tabla 7).

| Tabla 7. Características de las evaluaciones económicas incluidas | | |
|--|---|---|
| Estudio | BAUER 2006 (EE.UU.) | SIMON 2006 (EE.UU.) |
| Diseño | Evaluación económica basada en ECA | Evaluación económica basada en ECA |
| Intervenciones comparadas | Modelo colaborativo de cuidados crónicos vs. cuidados usuales psiquiátricos | Cuidados usuales vs. Cuidados usuales + Programa de intervención multicomponente |
| Población | TBP | TBP tipo I o II |
| Perspectiva del análisis | Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra | Group Health Cooperative (organización de gestión de cuidados del Estado de Washington) |
| Horizonte temporal | Tres años | Dos años |
| Moneda y año | Dólares EE.UU., 2004 | Dólares EE.UU., quizá 1999-2000 |
| Descuento | Costes: 3% | No necesario |
| Resultados de costes | Coste medio tres años: Intervención: 61.398 \$ (IC 52.037 \$-71.787 \$) Cuidados habituales: 64.379 \$ (IC 55.031 \$-73.695 \$) | Coste dos años (media ± DE): Intervención: 8.046 \$ ± 5.974 \$ Cuidados habituales: 6.743 \$ ± 6.695 \$ Diferencias entre grupos: p=0,06 |

DE: Desviación estándar; **IC:** Intervalo de confianza

IV.5. Evaluación de las intervenciones psicoeducativas

Tal y como ha podido observarse en los apartados previos, existen similitudes entre las intervenciones psicoeducativas aplicadas a pacientes y familiares aunque deriven de distintas orientaciones terapéuticas: se realizan de manera estructurada, persiguen unos objetivos comunes y tienen como finalidad ayudar tanto al paciente como a la familia a comprender y aceptar la enfermedad. Sin embargo, existen algunas diferencias entre ellas, como es la inclusión o no de un manual para administrar la técnica, lo que facilita a los profesionales un recurso para impartir el programa psicoeducativo de una manera homogénea.

La Tabla 8 muestra los estudios incluidos en la presente RS junto con el tipo de intervención que realizan. Como aparece reflejado,

aproximadamente la mitad de los estudios incluyeron un manual en su intervención [13,23,24,31,38,51,55-60,62]. Por otra parte, hay que destacar cómo el uso del programa psicoeducativo se ha generalizado en distintos países, indicando la utilidad del mismo.

Así mismo, como ejemplo de modelo de programa de psicoeducación, en la Tabla 9 se puede ver el Programa Psicoeducativo para el TBP realizado por el equipo de Colom y Vieta [15] en Barcelona (España). El programa se lleva a cabo en 21 sesiones estructuradas de terapia grupal que abarcan tres grandes niveles u objetivos:

- a) El primer objetivo es aportar al paciente una adecuada conciencia de enfermedad, mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y facilitar la detección temprana de nuevos episodios.
- b) El segundo objetivo tiene una función preventiva, y esta se consigue mediante el control del estrés y la regularidad de los hábitos diarios. En el grupo de terapia se analizan los posibles factores estresantes que podrían provocar nuevos episodios y se explica la relevancia del mantenimiento de la regularidad en los hábitos diarios.
- c) El tercer objetivo fomenta el bienestar y la calidad de vida, así como la actividad social e interpersonal.

| Tabla 8. Intervenciones psicoeducativas de los ECA, ECNA y otros EC | | |
|--|---|----------------------|
| PRIMER AUTOR AÑO PAIS | TIPO DE INTERVENCIÓN | USO DE MANUAL |
| ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS (ECA) | | |
| GLICK 1993 EE.UU. | Programa de psicoeducación estructurado para pacientes y familiares | NO |
| PERRY 1999 INGLATERRA | Programa de psicoeducación en grupo | NO |
| SIMONEAU 1999 EE.UU. | Terapia de Psicoeducación Focalizada en la Familia (TFF) / Manejo de las Crisis con Seguimiento Naturalístico (MCSN) | NO |
| MIKLOLWITZ 2000, 2003, 2007 EE.UU. | Terapia Focalizada en la Familia (TFF) / Terapia Individual y Familiar Integradora (TIFI) / Terapia Interpersonal y de Ritmo Social (TIRS) / Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) / Educación Familiar (EF) | SI |

Tabla 8. Intervenciones psicoeducativas de los ECA, ECNA y otros EC

| PRIMER AUTOR AÑO PAIS | TIPO DE INTERVENCIÓN | USO DE MANUAL |
|--|--|------------------|
| SIMON 2002, 2005, 2006 EE.UU. | Programa de Objetivos Vitales de Bauer y McBride (2003) (Life Goals Program, LGP) | NO |
| COLOM 2003 a/b, 2004, 2005 ESPAÑA | Programa de psicoeducación en grupo | SI |
| REA 2003 EE.UU. | Terapia Focalizada en la Familia (TFF) / Terapia Individual Focalizada en el Paciente (TIFF) | SI |
| REINARES 2004 ESPAÑA | Programa de psicoeducación en grupo para familiares | SI |
| MILLER 2004 EE.UU. | Terapia de Grupo Psicoeducativa Multifamiliar (Modelo de Mc Master de Funcionamiento Familiar) | SI |
| BAUER 2006 EE.UU. | Programa de cuidado colaborativo para TBP | SI |
| | ENSAYO CLÍNICO NO ALEATORIZADO (ECNA) | |
| HONIG 1997 HOLANDA | Terapia de Grupo Psicoeducativa Multifamiliar | NO |
| | OTROS ESTUDIOS COMPARATIVOS (EC) | |
| VAN GENT 1993 HOLANDA | Programa de psicoeducación en grupo | SI |
| MIKLOWITZ 2003 EE.UU. | Terapia Focalizada en la Familia (TFF) / Terapia Interpersonal y de Ritmo Social (TIRS) | SI |
| KIM 2004 EE.UU. | Terapia de Psicoeducación Focalizada en la Familia (TFF) / Terapia Individual y Familiar Integradora (TIFI) | NO |

Tabla 8. Intervenciones psicoeducativas de los ECA, ECNA y otros EC

| PRIMER AUTOR AÑO PAIS | TIPO DE INTERVENCIÓN | USO DE MANUAL |
|------------------------------|---|---------------|
| MICHALAK 2005 CANADÁ | Programa de psicoeducación en grupo | NO |
| DE ANDRÉS 2006 SUIZA | Programa de Objetivos Vitales de Bauer y McBride (2003) (Life Goals Program, LGP) | NO |
| BERNHARD 2006 ALEMANIA | Intervención Grupal de Psicoeducación Cognitiva | SI |

Las psicoterapias específicas de los TBP pueden clasificarse en tres grupos: modalidades individuales, terapias familiares e intervenciones psicoeducativas grupales. Todas las intervenciones psicoterapéuticas se realizan como tratamiento adyuvante a la psicofarmacología y ninguna se plantea como monoterapia [60].

IV.5.1. Terapia Cognitivo-Conductual

La TCC se desarrolló inicialmente para los trastornos depresivos [74] y posteriormente fue aplicada al TBP por distintos autores [75-77]. La aplicación de la terapia, aunque tiene de base los principios de la Terapia Cognitiva, varía según los autores.

Lam et al. [77] describieron un enfoque cognitivo-conductual basado en un manual elaborado por ellos, que se desarrollaba en 12 ó 18 sesiones individuales durante seis meses, con dos sesiones de refuerzo en los seis meses siguientes. Además de aplicar el tratamiento cognitivo-conductual tradicional de la depresión, enfatizaban otros elementos, como puede ser la comprensión del modelo de vulnerabilidad-estrés. Este modelo indica la necesidad de combinar el tratamiento farmacológico con la terapia psicológica, la importancia de mantener ciclos regulares de sueño/vigilia y el reconocimiento y búsqueda de una intervención precoz ante la aparición de los síntomas prodrómicos.

Para Scott [76], los objetivos de la TCC en pacientes con TBP tienen como finalidad facilitar la aceptación de la enfermedad y la necesidad de tratamiento, ayudar a los individuos a reconocer y manejar los estresores psicosociales y los problemas interpersonales, mejorar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico, aprender técnicas de afrontamiento con la depresión y la hipomanía, identificar y modificar los pensamientos negativos automáticos y comprender las creencias que les producen dificultades de adaptación. La intervención se lleva a cabo en 20-25 sesiones, donde las 15 primeras tienen una frecuencia semanal y posteriormente se reducen gradualmente, con dos sesiones finales de refuerzo en las que se revisan las habilidades y técnicas aprendidas. Globalmente, el programa se realiza en 32 ó 38 semanas [78-80].

IV.5.2. Terapia Interpersonal y de Ritmo Social

Frank et al. [81] desarrollaron este modelo de psicoterapia individual específicamente para el tratamiento del TBP. Se basa en un modelo cronobiológico en el que se postula que el individuo con TBP presenta una predisposición genética a las alteraciones del ritmo circadiano y de vigilia-sueño, que puede ser en parte responsable de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Además, contempla la influencia de los eventos vitales (tanto negativos como positivos) como detonadores de la disrupción del ritmo social del paciente.

Administrada conjuntamente con el tratamiento psicofarmacológico, la TIRS combina los principios básicos de la TIP con técnicas conductuales que ayudan al paciente a regularizar sus rutinas diarias, disminuir sus problemas interpersonales y cumplir con el tratamiento psicofarmacológico. Su objetivo es modular tanto los factores biológicos como psicosociales para mitigar la vulnerabilidad del ciclo circadiano y de vigilia-sueño del paciente, mejorando el funcionamiento global y el manejo de las posibles descompensaciones de los síntomas.

La TIP fue desarrollada en la década de 1970, aunque fue presentada oficialmente en 1984 a través del manual de Klerman et al. [82] para el tratamiento psicoterapéutico de la depresión [15,79,81,83], siendo su premisa básica que la depresión se da en un contexto psicosocial e interpersonal. Es un tratamiento psicoterapéutico que se realiza en el “aquí y ahora” focalizado en la relación entre el entorno interpersonal habitual del paciente y sus síntomas depresivos. La

terapia abarca cuatro áreas: (1) duelo, (2) disputas interpersonales, (3) transiciones de rol y (4) déficits interpersonales.

El segundo componente de la TIRS son las estrategias conductuales que tienen la finalidad de estabilizar la rutina diaria. Se aplican las técnicas tradicionales de la TCC que ayudan al paciente en el mantenimiento de un orden respecto a la alimentación, el sueño y la estimulación social. El tercer componente de este modelo es la psicoeducación.

La TIRS es una terapia basada en un manual que se centra en cinco áreas: (a) la relación entre las emociones y los eventos vitales, (b) la importancia de mantener regularizados los ritmos diarios, (c) la identificación y el manejo de potenciales precipitantes que desregularizan el ritmo, con especial atención a los detonantes interpersonales, (d) la facilitación del duelo por la pérdida de la propia salud y (e) la identificación y manejo de los síntomas afectivos.

El proceso terapéutico se divide en cuatro fases:

- Fase inicial.
 - Historia de la enfermedad.
 - Inventario de conductas interpersonales.
 - Identificación de áreas problemáticas interpersonales.
 - Educación del paciente respecto a su enfermedad.
 - Iniciación en la medición del ritmo social (registro).

La terapia se puede iniciar mientras el paciente está sintomático, subsindrómico o eutímico. La duración de esta fase varía en función de la gravedad del paciente y las sesiones se realizan semanalmente, con una duración de 45 minutos.

- Fase intermedia: durante esta fase, el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar estrategias para manejar los síntomas afectivos, estabilizar los ritmos diarios y resolver las áreas problemáticas interpersonales que el paciente ha seleccionado.
- Fase preventiva: la finalidad de esta fase es la de consolidar la terapia e incrementar su habilidad para manejar la técnica fuera de la sesión.
- Terminación: durante esta fase, los terapeutas revisan los tratamientos, así como la identificación de la potencial vulnerabilidad

del paciente ante situaciones estresantes, ayudándole a elaborar las estrategias de afrontamiento más adecuadas. Se llevan a cabo entre cuatro o seis sesiones mensuales y la terminación de la fase se realiza de manera gradual.

IV.5.3. Terapia Focalizada en la Familia

Este modelo psicoterapéutico fue desarrollado por Miklowitz y Goldstein [68] con la finalidad de realizar una intervención tanto con el paciente afectado de TBP como con la familia. El desarrollo de la TFF se inspiró en los hallazgos sobre la gran influencia de la EE en el curso de las enfermedades psiquiátricas y sus recidivas. La intervención se centra en dos áreas: (a) la necesidad de información de los pacientes y familiares para comprender y afrontar el TBP y (b) el entrenamiento en habilidades de comunicación y de resolución de problemas. Consta de 21 sesiones (semanales, quincenales y después mensuales) a lo largo de nueve meses, que se realizan una vez que el paciente ha comenzado a recuperarse de un episodio maníaco o depresivo [84].

La intervención se realiza en dos fases [80]:

1. En la primera fase de la intervención psicoeducativa (siete o más sesiones), los pacientes y los familiares cuidadores (habitualmente padres y cónyuges) aprenden sobre:
 - La naturaleza, síntomas, evolución y tratamiento del TBP. La familia aprende a identificar los primeros signos de recidiva y desarrollan un plan de acción familiar ante la aparición de dichos signos.
 - La idea de que los episodios aparecen por una interacción entre los factores genéticos, biológicos y estresantes (teoría de la vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring [73]).
 - La importancia de un cumplimiento terapéutico continuado para evitar las recurrencias.
 - El papel del manejo del estrés en la reducción de la probabilidad de que aparezcan episodios futuros.
2. Las fases intermedia y última de la TFF se centran en el entrenamiento de habilidades tanto de comunicación como de resolución de problemas. En el entrenamiento de comunicación los familiares aprenden a disminuir las emociones negativas expresadas (7-10 sesiones) y la última fase se centra en la resolución de problemas. La terapia de solución de problemas de D’Zurilla y Nezu [85], también

llamada entrenamiento en resolución de problemas, es una estrategia de intervención clínica cognitivo-conductual que consiste en la presentación y práctica de un método general estructurado en una serie de pasos. Los pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried [86] son: definir el problema de forma precisa y en términos concretos, desarrollar soluciones alternativas ("tormenta de ideas"), tomar una decisión y ejecutarla, y evaluar los resultados.

IV.5.4. Terapia Individual y Familiar Integrada

Esta intervención fue desarrollada por Miklowitz et al. [32] con el objetivo de evaluar los efectos de un tratamiento que combinara las sesiones individuales de la TIRS con las sesiones psicoeducativas de la TFF. Esta modalidad conjunta de psicoterapia fue denominada Terapia Individual y Familiar Integrada.

En la intervención se alternan quincenalmente las sesiones individuales de TIRS con sesiones de TFF, durante un período de un año. Como en las otras intervenciones, los pacientes también reciben el tratamiento farmacológico habitual.

IV.5.5. Psicoeducación Grupal

Para algunos autores la psicoterapia grupal presenta más beneficios para el paciente que la intervención individual, ya que mediante el grupo los pacientes pueden aceptar mejor su enfermedad y se sienten menos estigmatizados al compartir sus vivencias con otros.

En la Tabla 9 se puede ver el Programa Psicoeducativo para el TBP realizado por el equipo de Colom y Vieta en Barcelona, España [15]. El programa se lleva a cabo en 21 sesiones estructuradas de terapia grupal, a razón de una sesión de 90 minutos, que abarca tres grandes niveles u objetivos.

- El primer objetivo pretende dotar al paciente de una adecuada conciencia de enfermedad, mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y facilitar la detección temprana de nuevos episodios.
- El segundo objetivo tiene una función preventiva, y esta se consigue mediante el control del estrés y la regularidad de los hábitos diarios. En el grupo de terapia se analizan los posibles factores estresantes que podrían provocar nuevos episodios y se

explica la relevancia del mantenimiento de la regularidad en los hábitos diarios.

- El tercer objetivo fomenta el bienestar y la calidad de vida, así como la actividad social e interpersonal.

Tabla 9. Sesiones del Programa Psicoeducativo para el Trastorno Bipolar de Barcelona

| | |
|------------|---|
| Sesión 1. | Introducción. Presentación y normas de grupo |
| BLOQUE 1. | CONCIENCIA DE ENFERMEDAD |
| Sesión 2. | ¿Qué es el trastorno bipolar? |
| Sesión 3. | Factores etiológicos y desencadenantes (causas) |
| Sesión 4. | Síntomas (I): Manía e hipomanía |
| Sesión 5. | Síntomas (II): Depresión y episodios mixtos |
| Sesión 6. | Curso y pronóstico |
| BLOQUE 2. | ADHESIÓN FARMACOLÓGICA |
| Sesión 7. | Tratamiento (I): estabilizadores del estado de ánimo (eutimizantes) |
| Sesión 8. | Tratamiento (II): antimaníacos |
| Sesión 9. | Tratamiento (III): antidepresivos |
| Sesión 10. | Niveles plasmáticos de eutimizantes: litio, carbamazepina y valproato |
| Sesión 11. | Embarazo y consejo genético |
| Sesión 12. | Psicofarmacología versus terapias alternativas |
| Sesión 13. | Riesgos asociados a la interrupción del tratamiento |
| BLOQUE 3. | EVITACIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS |
| Sesión 14. | Sustancias psicoactivas: riesgos en la enfermedad bipolar |
| BLOQUE 4. | DETECCIÓN PRECOZ DE NUEVOS EPISODIOS |
| Sesión 15. | Detección precoz de episodios maníacos e hipomaníacos |
| Sesión 16. | Detección precoz de episodios depresivos y mixtos |
| Sesión 17. | ¿Qué hacer cuando se detecta una nueva fase? |
| BLOQUE 5. | REGULARIDAD DE HÁBITOS Y MANEJO DE ESTRÉS |
| Sesión 18. | Regularidad de hábitos |
| Sesión 19. | Técnicas para el control del estrés |
| Sesión 20. | Estrategias de solución de problemas |
| Sesión 21. | Sesión final : clausura |

Nota: Tomado de [15]: "Manual de Psicoeducación para el trastorno bipolar" (pp.29)

V. Discusión

El objetivo de esta revisión ha sido examinar la eficacia y efectividad de las terapias psicosociales, especialmente de la psicoeducación combinada con tratamiento farmacológico, que se han aplicado en el TBP tipo I y II, y que han mostrado su eficacia en el mantenimiento de los pacientes, dado que favorecen la adherencia terapéutica, disminuyen las descompensaciones psicopatológicas y los índices de hospitalización.

El TBP es una enfermedad crónica y recurrente que tiene una gran repercusión en la calidad de vida tanto del paciente como de su familia. Presenta habitualmente un porcentaje alto de recaídas, que oscila entre el 37% y el 44% después de un primer episodio y entre el 69% y el 89% a los cinco años de comenzar la enfermedad. Esta tendencia a las recaídas se ha relacionado con varios factores, como son la dificultad de la adherencia al tratamiento y la presencia de situaciones psicosociales que inciden en la evolución de la enfermedad.

Como antecedentes de intervenciones psicoeducativas en pacientes con patología mental grave destacan los trabajos realizados por Liberman y su equipo de la UCLA desde 1977 con pacientes afectos de esquizofrenia. Este grupo de trabajo desarrolló un extenso programa de módulos de entrenamiento en habilidades sociales para incrementar la autonomía de los pacientes, que se ha utilizado como referente para otras patologías. A finales de 1980 se comienzan a desarrollar los programas psicoeducativos para los pacientes con TBP con esa misma finalidad, al mismo tiempo que aparecen nuevos modelos para explicar la enorme heterogeneidad en el curso de la enfermedad.

Dentro de estos nuevos modelos se enfatiza la influencia de los factores psicosociales en el curso de la enfermedad, y surgen distintos trabajos en esta área, como el llevado a cabo por Ellicot et al. [87]. Estos autores observaron que los pacientes con puntuaciones altas en los eventos estresores presentaban un riesgo mayor de recaídas en los siguientes años que los pacientes con puntuaciones medias o bajas. Por otra parte, Miklowitz et al. [28] estudiaron las repercusiones del entorno familiar en la evolución del paciente, observando que cuando los pacientes con TBP tipo I que habían tenido un episodio maníaco regresaban a su domicilio después de la hospitalización, presentaban un mayor riesgo de recaída si su entorno familiar poseía un nivel alto de EE, que se manifestaba mediante niveles elevados de crítica, hostilidad o

exceso de implicación emocional en el seno familiar o en las relaciones matrimoniales.

Estas investigaciones favorecieron el desarrollo de distintas modalidades de intervención dirigidas al paciente o al entorno familiar, con especial hincapié en la recurrencia de la sintomatología, ya que a pesar de la eficacia de los estabilizadores del humor, una proporción significativa de pacientes sufren recaídas y precisan múltiples rehospitalizaciones.

Tal y como puede observarse en la presente revisión, en la actualidad, la gran mayoría de las intervenciones terapéuticas tienen objetivos comunes, como es la inclusión de la psicoeducación dentro de su programa de tratamiento. Esto se debe a que esta intervención permite que el paciente asuma la enfermedad mediante la comprensión de los aspectos básicos sobre su naturaleza, causas biológicas y genéticas, fomenta la adherencia al tratamiento farmacológico y la colaboración con su médico, enseña a los pacientes a controlar los síntomas afectivos de manera continuada, refuerza la capacidad de manejo de los factores ambientales y familiares que pueden actuar como desencadenantes de los episodios, enseña a prevenir las recaídas (al incluir en su programa la identificación precoz de los signos de descompensación) y refuerza el rendimiento social y laboral.

En la RS que hemos llevado a cabo es destacable que a pesar de la abundancia de trabajos publicados sobre el TBP, sólo 33 cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, detectando incluso en los estudios incluidos algunas deficiencias metodológicas. Muchas de las RS previas incluidas no cuentan con la calidad metodológica deseada, ya que en muchas de ellas se realizó una búsqueda limitada sobre el tema. En general, se obtuvo una puntuación “media” (3/5 puntos) en la calidad de los ECA, dado que para el tipo de intervención que se realizaba, el doble ciego entrañaba muchas dificultades en la práctica clínica; sin embargo, su calidad metodológica se vio compensada en los apartados de “aleatorización” y “seguimiento”. Los demás EC también obtuvieron una puntuación “media” (21/35 puntos) en la calidad metodológica.

Por otra parte, la mayoría de los estudios ofrecieron escasa información sobre variables relevantes, como son las sociodemográficas, o las variables clínicas que inciden en la evolución de los pacientes. En todos los estudios incluidos se utilizó la intervención psicosocial acompañada de tratamiento psicofarmacológico; sin embargo, fueron escasos los estudios que indicaban qué tipo de tratamiento tenían pautado los participantes.

A partir de los ECU incluidos ha podido observarse que los pacientes con TBP hospitalizados son capaces de reconocer sus necesidades informativas específicas, lo que resulta clave a la hora de estructurar los programas psicoeducativos orientados a estas personas [65]. Así mismo, se manifiesta la importancia de la interacción clínicos-pacientes, donde las personas con TBP apoyan un modelo de práctica colaborativo [66].

Finalmente, se identificaron dos EEC en las que se valoraban los resultados en salud y costes de intervenciones complejas que incluían componentes psicoeducativos en comparación con cuidados habituales [54,59]. Ambos estudios fueron realizados en EE.UU. por lo que sus resultados no son en principio directamente extrapolables a nuestro contexto (por la diferencia de sistemas sanitarios, estructuras de costes y sistemas de reembolso, por ejemplo). Sin embargo, es relevante que ambos concluyan que los costes de la intervención compleja y los costes de los cuidados habituales sean similares. Sería deseable poder realizar una evaluación económica desde el punto de vista de nuestro Sistema Nacional de Salud con el objetivo de conocer el coste-efectividad de las intervenciones psicoeducativas en el tratamiento del TBP en España.

La evidencia científica de los trabajos revisados apoya la efectividad de la psicoeducación en el abordaje de los pacientes con TBP, aunque los resultados ofrecen discrepancias respecto a su mayor efectividad en los episodios depresivos o en aquellos episodios que cursan con manía. Algunos autores indican que la Psicoeducación es más efectiva en los episodios maníacos [13,18,23,24,52], dado que la sintomatología es más fácil de detectar. En cambio, otros autores que utilizan intervenciones familiares psicoeducativas, han encontrado que las remisiones se dan con mayor frecuencia en los episodios depresivos [31] y han señalado que estas diferencias podrían estar producidas por el tipo de tratamiento que el paciente tenía pautado.

Durante la realización de esta revisión se localizaron diversos estudios sobre los costes y la relación coste-efectividad de otras intervenciones llevadas a cabo en pacientes con TBP, pero distintas a la psicoeducativa. En la guía de práctica clínica del NICE [88], por ejemplo, se incluyen diversos estudios de costes, aunque ninguno evalúa intervenciones psicoeducativas. La mayoría de las EEC identificadas sobre TBP evaluaron el efecto de la terapia psicofarmacológica. A modo ilustrativo, podemos mencionar el estudio de Lam et al. [89], en el que se demuestra que la TCC en adición al tratamiento habitual en pacientes con TBP puede ser coste-efectiva. Esto nos lleva a formular la hipótesis

de que las intervenciones psicoeducativas en personas con TBP pueden ser, no sólo efectivas, sino también coste-efectivas. No obstante, se requieren estudios de gran calidad metodológica que puedan corroborar esta hipótesis.

Contribución de los autores

- *Dña. Montserrat Alviani Rodríguez-Franco.* Psicóloga Clínica de la Unidad de Internamiento Breve (UIB) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Servicio Canario de la Salud. Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dra. Aintzane Intxausti Zugarramurdi.* Psiquiatra. Jefe de Sección de la Unidad de Internamiento Breve (UIB) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Servicio Canario de la Salud. Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dra. Lilibeth Perestelo Pérez.* Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dña. Jeanette Pérez Ramos.* Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dña. Lidia García Pérez.* Economista. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación

y Salud. Ha contribuido en el diseño del protocolo, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación y síntesis de los resultados de la revisión de la evaluación económica.

- *Dña. Marién González Lorenzo*. Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en la evaluación crítica de los estudios y en la redacción parcial de este informe.
- *Dr. Amado Rivero Santana*. Psicólogo. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en la evaluación crítica de los estudios y en la redacción parcial de este informe.

Revisores externos

- *Dr. Francesc Colom*. Director de la Unidad de Psicoeducación y Tratamientos Psicológicos. Programa Trastorno Bipolar. Instituto Clínico de Neurociencia, Hospital Clínico de Barcelona, IDIBAPS, CIBER-SAM. Barcelona. España.
- *Dra. María Reinares*. Programa Trastorno Bipolar. Instituto Clínico de Neurociencia, Hospital Clínico de Barcelona, IDIBAPS, CIBER-SAM. Barcelona. España.
- *Dr. Eduard Vieta*. Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Barcelona. Director de la Unidad de Trastorno Bipolar, Instituto Clínico de Neurociencia, Hospital Clínico de Barcelona, IDIBAPS, CIBER-SAM. Barcelona. España.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2004. Barcelona: Ars Médica; 2004.
2. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
3. Jamison KR, Getner RH, Goodwin FK. Patient and physician attitudes toward lithium: relationship to compliance. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 866-9.
4. Colom F, Vieta E, Martínez-Aram A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical factors associated with treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 549-55.
5. Colom F, Vieta E. Non-adherence in psychiatric disorders: misbehaviour or clinical feature? *Act Psychiatry Scand* 2002; 105: 161-3.
6. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Act Psychiatry Scand* 2002; 105: 164-72.
7. González-Pinto A, González C, Enjuto S, Fernández DC, López P, Palomo J, et al. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Act Psychiatry Scand* 2004; 109: 83-90.
8. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996; 74: 511-44.
9. Colom F, Reinares M, Rodríguez-Revuelta J, Vieta E. Psicoeducación en los trastornos bipolares: un tratamiento eficaz. En Ezcurra J, González-pinto A, Gutiérrez M, editores. *Investigación y práctica clínica en psiquiatría*. Madrid: Aula Médica 2004; 145-61.
10. Colom F, Reinares M. Tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos bipolares. En: Vieta E. *Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar*. Madrid: Editorial Panamericana 2003; 73-84.
11. Foelker Jr. GA, Molinari V, Marmion JJ, Chaco RC. Lithium groups and elderly bipolar outpatients. *Clin Gerontol* 1986; 5: 297-307.

12. Bauer MS, McBride L. Structured group Psychotherapy for bipolar disorder. The Life Goals Program. New York: Springer Publishing Company; 1996.
13. *Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Torrent C, Reinares M, et al. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disord* 2004; 6: 294-8.
14. *Scott J, Colom F, Vieta E. A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007; 10: 123-9.
15. Colom F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Barcelona: Ars Médica; 2004.
16. Van Gent EM, Vidal SL, Zwart. Group therapy in addition to lithium therapy in patient with bipolar disorders. *Act Psychiatric Belg* 1988; 88: 405-18.
17. Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: A standard education programme for patients. *Br Psychiatry* 1991; 158: 197-200.
18. *Perry A, Tarrier N, Morris R, McCarthy E, Limb K. 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.
19. Frank E, Swartz HA, Mallinger AG, ME, Weaver EV, Kupfer DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 579-87.
20. Scott J, Tacchi MJ. A pilot study of cognitive of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non adherent with lithium prophylaxis. *Bipolar Disord* 2002; 4: 386-92.
21. Weiss RD, Griffin ML, Greenfield SF, Najavits LM, Wyner D, Soto JA, Hennen JA. Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 361-7.
22. Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Aran A, Sanchez-Moreno J, Torrent C, et al. Group psychoeducation enhances serum lithium levels stability. *Bipolar Disord* 2003; 5 Supl 1: 40.
23. *Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre 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.
24. *Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Aran A, Torrent C, Goikolea JM, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1101-5.
 25. *Michalak EE, Yatham LN, Wan DD, Lam RW. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Can J Psychiatry* 2005; 50: 95-100.
 26. Vieta E, Pacchiarotti I, Scott J, Sanchez-Moreno J, Di Marzo S, Colom F. Evidence-based research on the efficacy of psychological interventions in bipolar disorders: a critical review. *Curr Psychiatry Rep* 2005; 7: 449-55.
 27. Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Rave P, Sirey PH. Impact outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 31-7.
 28. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 225-31.
 29. Murray-Swank AB, Dixon L. Family psychoeducation as an evidence practice. *CNS spectr* 2004; 9: 905-12.
 30. Miklowitz DJ, Goldstein MJ: Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behav Modif* 1990; 14: 457-89.
 31. *Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 582-92.
 32. Miklowitz DJ, Richards JA, George EL, Frank E, Suddath RL, Powell KB, et al. Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: Results of a treatment development study. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 182-91.
 33. Davenport YB, Ebert MH, Adland ML, Goodwin FK. Couple group therapy as an adjunct to lithium maintenance of the manic patient. *Am J Orthopsychiatry* 1977; 47: 495-507.

34. Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, Wilner P, Glick I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 531-3.
35. Clarkin JF, Glick ID, Haas GL, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J, et al. A randomized trial of inpatient family intervention: V. Results for affective disorders. *J Affect Disord* 1990; 18: 17-28.
36. *Glick ID, Clarkin JF, Haas GL, Spencer JH. Clinical significance of inpatient family intervention: conclusions from a clinical trial. *Hosp Commun Psychiatry* 1993; 44: 869-73.
37. *Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed emotion as predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *J Affect Disord* 2004; 82: 343-52.
38. *Bernhard B, Schaub A, Kümmler P, Dittmann S, Severus E, Seemüller F, et al. Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Eur Psychiatry* 2006; 21: 81-6.
39. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. User's guides to the medical literature. VI. How to use an overview. *JAMA* 1994; 272: 1367-71
40. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clin Trials* 1996; 17: 1-12
41. Estabrooks CA, Goel V, Thiel E, Pinfold SP, Sawka C, Williams JL. Consumer decision aids: where do we stand? A systematic review of structured consumer decision aids. Technical Report. Institute for Clinical Evaluative Sciences 2000; 00-01-TR.
42. Dixon, Woods. The problem of appraising qualitative research. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 223-5
43. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
44. *Colom F, Vieta E, Martínez A, Jorquera A, Gastó C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychother Psychosom* 1998; 67: 3-9.

45. *Reinares M, Colom F, Martínez-Arán A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 2-10.
46. *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.
47. *Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110 Supl 422: 34-8.
48. *Colom F, Lam D. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 359-64.
49. *Rouget BW, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord* 2007; 98: 11-27.
50. *Simoneau TL, Miklowitz DJ, Richards JA, Saleem R, George EL. Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 588-97.
51. *Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 904-12.
52. *Simon GE, Ludman E, Unützer J, Bauer MS. Design and implementation of a randomized trial evaluating systematic care for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2002; 4: 226-36.
53. *Simon GE, Ludman EJ, Unutzer J, Bauer MS, Operskalski B, Rutter C, et al. Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychol Med* 2005; 35: 13-24.
54. *Simon GE, Ludman EJ, Bauer MS, Unutzer J, Operskalski B. Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 500-8.
55. *Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, et al. Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disord* 2005; 7 Supl 5: 32-6.

56. *Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-Focused Treatment versus Individual Treatment for Bipolar Disorder: Results of a Randomized Clinical Trial. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 482-92.
57. *Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *J Affect Disord* 2004; 82: 431-6.
58. *Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. Impact of a psychoeducational family Intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom* 2004; 73: 312-19.
59. *Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 937-45.
60. *Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 419-27.
61. *Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Res* 1997; 72: 17-22.
62. *Van Gent E, Zwart F. Ultra-short versus short group therapy in addition to lithium. *Patient Educ Couns* 1993; 21: 135-41.
63. *Miklowitz DJ, Richards JA, George EL, Frank E, Suddath RL, Powell KB, et al. Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. *J Clin Psychiatry* 2003; 6: 182-91
64. *De Andrés RD, Aillon N, Bardiot MC, Bourgeois P, Mertel S, Nerfin F, et al. Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients: an open study. *J Affect Disord* 2006; 93: 253-7.
65. *Pollack LE. Informational needs of patients hospitalized for bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 1191-4.
66. *Sajatovic M, Davies M, Bauer MS, McBride L, Hays RW, Safavi R, et al. Attitudes regarding the collaborative practice model and treatment adherence among individuals with bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 272-7.

67. *Justo LP, Soares BG, Calil HM. Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; CD005167.
68. Miklowitz DJ, Goldstein MJ. *Bipolar Disorder. A Family-Focused Treatment Approach.* New York: Guilford Press; 1997.
69. Liberman RP, Wallace CJ, Fallon RH, Vaughn CE. Interpersonal problem-solving therapy for schizophrenics and their families. *Compr Psychiatry* 1981; 22: 627-30
70. Fallon IRH, Boyd JL, McGill CW. *Family care of schizophrenics.* New York: Guilford; 1984.
71. Nuechterlein KH, Dawson ME, Gitlin M, Ventura J, Goldstein MJ, Snyder KS, et al. Developmental processes en schizophrenic disorders: longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophr Bull* 1992; 18: 387-425.
72. Frank E. Interpersonal and social rhythm therapy prevents depressive symptomatology in bipolar I patients. *Bipolar Disord* 1999; 1 Supl 1: 13.
73. Zubin J, Spring B. Vulnerability - a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977; 86: 103-24.
74. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia Cognitiva de la Depresión.* Ed Desclee de Broker. 5ª ed. Bilbao; 1983.
75. Cochran SD. Preventing medical non-compliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52: 873-7.
76. Scott J. Cognitive Therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2001; 178 Supl 41: 164-8
77. Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Kerr N, Parr-Davis G, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 145-52.
78. Gutierrez MJ, Scott J. Psychological treatment for bipolar disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 254: 92-8.
79. Miklowitz DJ, Johnson SL. The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2006; 2: 199-235.

80. Miklowitz DJ, Akiskal HS, Tohen M. Intervenciones psicosociales en los trastornos bipolares: fundamentos y eficacia. En: Psicofarmacoterapia en el trastorno bipolar. Ed Wiley; 2007.
81. Frank E, Swartz A, Kupfer DJ. Interpersonal and Social Rhythm Therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 593-604.
82. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books, 1984.
83. Schramm, E. Psicoterapia interpersonal. Barcelona: Masson; 1998.
84. Morris CD, Miklowitz DJ, Waxmonsky JA. Family-Focused treatment for bipolar disorder in adults and youth. *J Clin Psychol: in session* 2007; 63: 433-45.
85. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Social problem solving in adults. En PC. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 201-74). Nueva York: Academic Press; 1982.
86. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psicol* 1971; 78: 107-26
87. Ellicot A, Hammen C, Gitlin M, Brown G, Jamison K. Live events and the course of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1194-8.
88. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 38. London: NICE, 2006.
89. Lam DC, McCrone P, Wright K, Kerr N. Cost-effectiveness of relapse prevention cognitive therapy for bipolar disease: 30-month study. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 500-6

Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

| Base de datos | Plataforma de acceso | Período buscado | Fecha acceso | Nº de resultados obtenidos |
|--|--|-------------------------------|----------------------|----------------------------|
| MEDLINE | OVID | 1950 - agosto 2007 (semana 2) | 22 de agosto de 2007 | 489 |
| EMBASE | OVID | 1980 - 2007 (semana 33) | 21 de agosto de 2007 | 676 |
| Medline in process and other non-indexed citations | OVID | Hasta 21 de agosto de 2007 | 22 de agosto de 2007 | 14 |
| PsycInfo | EBSCOHost | 1887- actualidad | 22 de agosto de 2007 | 530 |
| Centre for Reviews & Dissemination (CRD) | Universidad de York | 1973 - actualidad | 22 de agosto de 2007 | 13 |
| Revisiones Cochrane | Ministerio de Sanidad y Consumo | Versión 2007, nº 2 | 22 de agosto de 2007 | 17 |
| CENTRAL | Ministerio de Sanidad y Consumo | Versión 2007, nº 2 | 22 de agosto de 2007 | 58 |
| CINAHL | OVID | 1982 - agosto 2007 (semana 3) | 22 de agosto de 2007 | 145 |
| Science Citation Index (SCI) | Web of Science. FECYT. Ministerio de Educación y Ciencia | 1900-actualidad | 23 de agosto de 2007 | 232 |
| Social Science Citation Index (SSCI) | Web of Science. FECYT. Ministerio de Educación y Ciencia | 1956- actualidad | 23 de agosto de 2007 | 278 |
| Current Contents (Social & Behavioral Sciences, Clinical Medicine) | Web of Science. FECYT. Ministerio de Educación y Ciencia | 1998-2007 | 23 de agosto de 2007 | 224 |
| LILACS | Biblioteca Virtual en Salud (BVS) | Hasta 23/08/2007 | 23 de agosto de 2007 | 9 |
| Total: 2685 con duplicados | | | | |
| Total: 1315 sin duplicados | | | | |

Medline

- 1) psychoeducat\$.ti,ab.
- 2) psycho-educat\$.ti,ab
- 3) Patient Education/
- 4) (patient\$ adj3 (educat\$ or teaching or instruction or information or knowledge)).mp.
- 5) (educational adj3 (program\$ or intervention\$)).mp.
- 6) exp Bipolar Disorder/
- 7) bipolar.ti,ab.
- 8) (mania or manic).ti,ab.
- 9) 6 or 7 or 8
- 10) (psychosocial adj3 (intervention\$ or treatment\$ or therap\$)).ti,ab.
- 11) 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 10
- 12) 6 or 7 or 8
- 13) 11 and 12

EMBASE

- 1) exp psychoeducation/
- 2) psycho-educat\$.ti,ab.
- 3) psychoeducat\$.ti,ab.
- 4) exp Patient Education/
- 5) (patient\$ adj3 (educat\$ or teaching or instruction or information or knowledge)).mp.
- 6) (educational adj3 (program\$ or intervention\$)).mp.
- 7) (psychosocial adj3 (intervention\$ or treatment\$ or therap\$)).ti,ab
- 8) exp Mania/
- 9) bipolar.ti,ab.
- 10) (mania or manic).ti,ab.
- 11) 8-10 OR
- 12) 1-7 OR
- 13) 11 AND 12

Premedline

- 1) psycho-educat\$.mp.
- 2) psychoeducat\$.mp.
- 3) (patient\$ adj3 (educat\$ or teaching or instruction or information or

- knowledge)).mp
- 4) (educational adj3 (program\$ or intervention\$)).mp.
- 5) bipolar.mp.
- 6) (manic or mania).mp.
- 7) 5 or 6
- 8) (psychosocial adj3 (intervention\$ or treatment\$ or therap\$)).mp.
- 9) 1 or 2 or 3 or 4 or 8
- 10) 7 and 9

PsycInfo

- 1) DE "Psychoeducation"
- 2) psychoeducat*
- 3) psycho-educat*
- 4) DE "Client Education"
- 5) patient* N3 educat*
- 6) patient* N3 teaching
- 7) patient* N3 instruction
- 8) patient* N3 information
- 9) patient* N3 knowledge
- 10) educational N3 program*
- 11) psychosocial N3 intervention*
- 12) psychosocial N3 treatment*
- 13) 1-13 OR
- 14) (DE "Bipolar Disorder" OR DE "Cyclothymic Personality")
- 15) (DE "Bipolar Disorder" OR DE "Cyclothymic Personality")
- 16) DE "Mania" OR DE "Hypomania"
- 17) (bipolar or manic or mania)
- 18) (bipolar or manic or mania)
- 19) 14 AND 18

CRD

- 1) psycho-educat*
- 2) psychoeducat*
- 3) MeSH Patient Education EXPLODE 1 2 3
- 4) psychosocial NEAR intervention*
- 5) psychosocial NEAR treatment*

- 6) psychosocial NEAR therap*
- 7) MeSH Bipolar Disorder EXPLODE 1
- 8) bipolar OR mania OR manic
- 9) #16 or #17
- 10) #15 and #18
- 11) #1 or #2 or #3 or #12 or #13 or #14
- 12) #18 and #20

CINAHL

- 1) exp Psychoeducation/
- 2) psychoeducat\$.ti,ab.
- 3) psycho-educat\$.ti,ab.
- 4) Patient Education/
- 5) (patient\$ adj3 (educat\$ or teaching or instruction or information or knowledge)).mp.
- 6) (educational adj3 (program\$ or intervention\$)).mp.
- 7) (psychosocial adj3 (intervention\$ or treatment\$ or therap\$)).ti,ab.
- 8) exp Bipolar Disorder/
- 9) (bipolar or mania or manic).ti,ab.
- 10) 8 or 9
- 11) 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7
- 12) 11 and 10

SCI y SSCI

- 1) TS=psychoeducat* DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
- 2) TS=psycho-educat* DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
- 3) TS="psychosocial treatment*" DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
- 4) TS="patient* educat*" DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
- 5) TS="patient* teaching" DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
- 6) TS="patient* instruction" DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
- 7) TS="patient* information" DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI;

- Timespan=1900-2007
- 8) TS="patient* knowledge" DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
 - 9) TS="educational program*" DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
 - 10) TS="educational intervention*" DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
 - 11) TS="psychosocial intervention*" DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
 - 12) TS="psychosocial therap*" DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
 - 13) #12 OR #11 OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 OR #6 OR #5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1 DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
 - 14) TS=bipolar DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
 - 15) TS=(mania or manic) DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
 - 16) #15 OR #14 DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
 - 17) #16 AND #13 DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SCI-EXPANDED, SSCI; Timespan=1900-2007
 - 18) #17 DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
 - 19) #17 DocType=All document types; Language=All languages; Database=SSCI; Timespan=1900-2007

Current Contents: Social & Behavioral Sciences (SBS) y Clinical Medicine (CM)

- 1) TS=psychoeducat*
DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007
- 2) TS=psycho-educat*
DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007
- 3) TS="psychosocial treatment*"
DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007
- 4) TS="patient* educat*"
DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

5) TS="patient* teaching"
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

6) TS="patient* instruction"
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

7) TS="patient* information"
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

8) TS="patient* knowledge"
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

9) TS="educational program*"
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

10) TS="educational intervention*"
DocType=All document types; Language=All languages; Databases=SBS,
CM; Timespan=1998-2007

11) TS="psychosocial intervention*"
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

12). TS="psychosocial therap*"
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

13) #12 OR #11 OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 OR #6 OR #5 OR #4 OR #3
OR #2 OR #1
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

14) TS=bipolar
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

15) TS=(mania or manic)
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

16) #15 OR #14
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

17) #16 AND #13
DocType=All document types; Language=All languages;
Databases=SBS, CM; Timespan=1998-2007

18) #17
DocType=All document types; Language=All languages;

Database=SBS; Timespan=1998-2007
19) #17
DocType=All document types; Language=All languages;
Database=CM; Timespan=1998-2007

CENTRAL

- 1) psychoeducat*
- 2) psycho-educat*
- 3) PATIENT EDUCATION expandir todos los árboles (MeSH)
- 4) (educational near program*)
- 5) (educational near intervention*)
- 6) (psychosocial near intervention*)
- 7) BIPOLAR DISORDER expandir todos los árboles (MeSH)
- 8) (bipolar or mania or manic)
- 9) 1-6 OR
- 10) 7 OR 8
- 11) 9 AND 10

Cochrane

- 1) psychoeducat*
- 2) psycho-educat*
- 3) PATIENT EDUCATION expandir todos los árboles (MeSH)
- 4) BIPOLAR DISORDER expandir todos los árboles (MeSH)
- 5) (bipolar OR mania OR manic)
- 6) 1-3 OR
- 7) 4 OR 5
- 8) 6 AND 7

LILACS

- 1) bipolar OR mania
- 2) psicoeducacion OR psychoeducation OR psychosocial OR psicosocial
- 3) 1 AND 2

Anexo 2. Escala de Oxman

| | |
|---|---------------|
| Revisor: | Fecha: |
| REVISIÓN SISTEMÁTICA: INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS-BIPOLAR | |
| Nº Estudio: | Primer autor: |
| Fecha de publicación: | Revista: |

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?

Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: Un tema puede ser definido en términos de la población de estudio, la intervención realizada y los resultados ("outcomes") considerados

2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuados?

Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: La mejor "clase de estudios" es la que se dirige a la pregunta objeto de la revisión y tiene un diseño apropiado

3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y relevantes?

Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA:

- ¿Qué bases de datos bibliográficas se han usado?
- ¿Seguimiento de las referencias?
- ¿Contacto personal con experto?
- ¿Búsqueda también de estudios no publicados?
- ¿Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés?

4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho lo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?

Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce")

5. Si los resultados de la revisión han sido combinados, ¿era razonable hacer eso?

Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: Considera si:

- Los resultados de los estudios eran similares entre si
- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados
- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados

Anexo 3. Escala de Jadad

| | |
|---|---------------|
| Revisor: | Fecha: |
| REVISIÓN SISTEMÁTICA: INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS-BIPOLAR | |
| Nº Estudio: | Primer autor: |
| Fecha de publicación: | Revista: |

| | Sí | No | Bonificación |
|---|----|----|--------------|
| 1. ¿Se menciona si el estudio es aleatorizado? | | | |
| 2. ¿Se menciona si el estudio es doble ciego? (enmascaramiento del tratamiento a pacientes y a investigadores/evaluadores) | | | |
| 3. ¿Se describen las pérdidas de seguimiento? | | | |
| Puntuación final | | | |

Puntuación final: 0 - 5 puntos (a mayor puntuación mayor calidad del estudio)

MÉTODO DE PUNTUACIÓN:

Se da 1 punto para cada Sí y 0 puntos para cada NO

Se da 1 punto adicional si:

- en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y éste es adecuado

y/o

- en la pregunta 2 se describe el método de enmascaramiento del paciente y del investigador y éstos son adecuados

Se resta 1 punto si:

- en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y es inadecuado

y/o

- en la pregunta 2 el método de enmascaramiento es inadecuado

Anexo 4. Escala de Estabrooks

| | |
|--|--|
| Revisor: | Fecha: |
| REVISIÓN SISTEMÁTICA: INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS-BIPOLAR | |
| Nº Estudio: | Primer autor: |
| Fecha de publicación: | Revista: |
| DISEÑO Y ASIGNACIÓN | INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN |
| La descripción de la aleatorización fue: | ¿Los criterios de inclusión/exclusión estaban claramente definidos? |
| Adecuada.....2 | Sí.....2 |
| Parcial.....1 | Parcialmente.....1 |
| Inadecuada.....0 | No.....0 |
| ¿Crees que ha habido algún tipo de predisposición en la asignación de la intervención? | ¿Sabemos cuántos pacientes elegibles fueron excluidos de la selección (no incluidos por razones logísticas, por no haber consentimiento, etc....)? |
| Sí.....0 | Sí.....2 |
| Quizás.....1 | Parcialmente.....1 |
| No.....2 | No.....0 |
| ¿Se evalúa la equivalencia de los grupos a posteriori? | Sub-Total Inclusión y Exclusión: /4 |
| Sí.....1 | |
| No.....0 | |
| | DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN |
| | ¿Se describe la intervención para el grupo de tratamiento de forma detallada? |
| | Sí.....2 |
| Sub-Total Diseño y Asignación: /5 | Parcialmente.....1 |
| | No.....0 |
| RECLUTAMIENTO | ¿Se describe la intervención para el grupo control de forma detallada? |
| ¿Está la selección de la muestra adecuadamente descrita? | Sí.....2 |
| Sí.....1 | Parcialmente.....1 |
| No.....0 | No.....0 |
| | Subtotal Descripción de la Intervención: /4 |
| ¿El índice de participación está claramente descrito? | |
| Sí.....1 | ANÁLISIS ESTADÍSTICO: |
| No.....0 | ¿Incluye tests? |
| | Sí.....1 |
| | No.....0 |
| ¿Cuál es el índice de pérdida? | Significación estadística y/o C.I. |
| <20%.....2 | Sí.....1 |
| 21-50%.....1 | No.....0 |
| >50%.....0 | ¿Es apropiado el análisis estadístico? |
| | Sí.....1 |
| | No.....0 |
| ¿Existe justificación para el tamaño de la muestra? | ¿Se intenta controlar estadísticamente las variables extrañas? |
| Sí.....2 | Sí/NA.....1 |
| No.....0 | No.....0 |
| Sub-Total Reclutamiento: /6 | ¿Las conclusiones expuestas son razonables y se sustentan en los datos? |
| | Sí.....2 |
| | Algo.....1 |
| | No.....0 |
| | Sub-Total del Análisis Estadístico: /6 |

| MEDIDAS DE RESULTADO | CÁLCULO DE PUNTUACIONES DE VALIDEZ | | |
|--|---|----------|--------|
| ¿Están claramente definidas las medidas de resultados (variables dependientes)? | Categorías | Subtotal | Índice |
| Sí.....2 | Diseño y asignación (5) | | |
| Algo.....1 | Reclutamiento (6) | | |
| No.....0 | Inclusión y exclusión (4) | | |
| | Descripción de la intervención (4) | | |
| ¿Se describe claramente el protocolo de Recolección de datos? | Análisis estadístico (6) | | |
| | Medidas de los resultados (10) | | |
| Sí.....2 | TOTAL (35 máximo) | | |
| Algo.....1 | | | |
| No.....0 | | | |
| ¿Se informa de la fiabilidad y validez de las herramientas de medida (pasada)? | SUBESCALA Y RATIO DE VALIDEZ | | |
| Sí.....2 | Diseño y Asignación | | |
| Algo.....1 | 0-1.....Bajo | | |
| No.....0 | 2-3.....Medio | | |
| ¿Se informa de la fiabilidad y validez de las herramientas de medida (presente)? | Reclutamiento | | |
| Sí.....2 | 0-2.....Bajo | | |
| Algo.....1 | 3-4.....Medio | | |
| No.....0 | 5-6.....Alto | | |
| ¿Es apropiado el seguimiento? | Inclusión y Exclusión | | |
| >2 medidas post.....2 | 0-1.....Bajo | | |
| 2 medidas post.....1 | 2-3.....Medio 4.....Alto | | |
| Sólo 1 post.....0 | de la Intervención | | |
| | 0.....Bajo | | |
| Márquese 0 si las medidas post están planificadas de manera inapropiada | 1-2.....Medio 3-4.....Alto | | |
| | Análisis Estadístico y Conclusiones | | |
| Márquese 1 si a pesar de realizarse una sola medida post, parece coherente | 0-2.....Bajo 3-4.....Medio 5-6.....Alto | | |
| Sub-Total Medidas de Resultado: /10 | | | |
| | Medidas de Resultado | | |
| | 0-4.....Bajo | | |
| | 5-7.....Medio | | |
| | 8-10.....Alto | | |
| | ÍNDICE TOTAL DE VALIDEZ | | |
| | ≥ Bajo.....Bajo | | |
| | < 2 Bajo, < 3 Alto.....Medio | | |
| | ≥ 3 Alto, 0 Bajo.....Alto | | |

Anexo 5. Criterios de Dixon y Woods

| |
|--|
| 1. ¿Están las preguntas de investigación claras? |
| 2. ¿Es la investigación cualitativa adecuada para responder a las preguntas de investigación planteadas? |
| 3. ¿Se describen claramente los siguientes aspectos? Muestra Recogida de datos Análisis |
| 4. ¿Para responder a la pregunta de investigación son adecuados los siguientes aspectos? Muestra Recogida de datos Análisis |
| 5. ¿Las afirmaciones planteadas se apoyan en evidencia suficiente? |
| 6. ¿Se integran claramente los datos, interpretaciones y conclusiones? |
| 7. ¿Es útil la contribución que supone el artículo? |

Anexo 6. Criterios de Drummond et al.

| | | |
|---|--|--------|
| Revisor: | | Fecha: |
| Nº Estudio: | Primer autor: | |
| Fecha de publicación: | Revista: | |
| Estudio | Sí / No / No aplicable / No está claro | |
| ¿Hay una pregunta expresada y definida de forma adecuada? | | |
| ¿Se proporciona una descripción exhaustiva de las alternativas? | | |
| ¿Hay pruebas de que se ha demostrado la efectividad de los programas? | | |
| ¿Están identificados claramente todos los costes y beneficios relevantes de cada una de las alternativas? | | |
| ¿Se han medido exactamente los costes y los beneficios en unidades apropiadas? | | |
| ¿Es aceptable la valoración de costes y de beneficios? | | |
| ¿Se ajustaron los costes y beneficios respecto a la distribución temporal? | | |
| ¿Se realizó un análisis incremental de los costes y beneficios de las distintas alternativas? | | |
| ¿Se realizó un análisis de sensibilidad? | | |
| ¿Incluyen la presentación y la discusión del estudio todos los elementos de interés para los usuarios? | | |

Anexo 7. Niveles y Grados de evidencia

| Nivel | Tipo de Evidencia |
|-------|--|
| Ia | Evidencia obtenida de revisiones sistemáticas o meta-análisis. |
| Ib | Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo controlado y aleatorizado. |
| IIa | Al menos un estudio controlado sin aleatorización, bien diseñado. |
| IIb | Al menos un estudio quasi-experimental bien diseñado de otro tipo. |
| III | Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados como estudios comparativos, de correlación y estudios de casos. |
| IV | Comités de expertos, artículos de opinión y / o experiencia clínica de autoridades en la materia. |

| Sistema de gradación para estudios individuales | |
|--|--|
| Grado I (RCT) | <p>Ia - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>Ib - potencia. Definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>Ic - ninguna de las anteriores.</p> |
| Grado II. Ensayos controlados no aleatorizados o estudios retrospectivos con control efectivo de las variables de confusión. | <p>IIa - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados y ajuste de los efectos por las principales variables de confusión.</p> <p>IIb - una o más de las anteriores.</p> |
| Grado III. Resto de estudios | <p>IIIa - grupo de comparación, cálculo del tamaño muestral y potencia, definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>IIIb - al menos 2 de las anteriores.</p> <p>IIIc - ninguna de las anteriores.</p> |

Anexo 8. Hoja de extracción de datos (RS)

| AUTOR, AÑO (REFERENCIA) | AÑOS BÚSQUEDA | BASES DE DATOS | CRITERIOS | Nº ESTUDIOS LOCALIZADOS |
|-------------------------|---------------|----------------|-----------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Anexo 9. Hoja de extracción de datos (ECA)

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA* | | | | | | |
|---|----------------|---------------|----------------|----------------------|------------------------|-------------------------------|---|---|---|----|----|--|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

* A: ALEATORIZACIÓN, C: CEGAMIENTO, S: SEGUIMIENTO, Q: CALIDAD, OA: OCULTACIÓN EN LA ASIGNACIÓN, NE: NIVEL DE EVIDENCIA

Anexo 10. Hoja de extracción de datos (ECNA, otros EC)

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA* | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------------|----------------|----------------------|------------------------|-------------------------------|---|-----|---|----|---|---|----|--|--|--|--|
| | | | | | | DA | R | I/E | I | AE | R | V | NE | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* DA: DISEÑO Y ASIGNACIÓN, R: RECLUTAMIENTO, I/E: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, I: INTERVENCIÓN, AE: ANÁLISIS ESTADÍSTICO, R: RESULTADOS, V: VALIDEZ, NE: NIVEL DE EVIDENCIA

Anexo 11. Tabla de evidencia (ECA)

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA* | | | | | | |
|---|------------------------------|--|---|--|---|-------------------------------|---|---|---|----|----|-----------------------|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE | |
| BAUER 2006 EE.UU. | ECA 3 años de seguimiento | N=306 pacientes con TBP según el DSM-IV (SCID). GE=157 GC=149 | GE: Programa para TBP (programa de psicoeducación grupal estructurado) + tratamiento psicofarmacológico. GC: Seguimiento psiquiátrico habitual. | - Variables clínicas. - Variables funcionales. - Intensidad de la farmacoterapia. - Calidad de vida: * SF-36 - Ajuste social: * SAS. - Satisfacción con el tratamiento. | - Desde los primeros 6 meses, los pacientes del Programa para TBP tuvieron una reducción significativa de los episodios maniacos, y no significativa de los episodios depresivos. - Mejora significativa del funcionamiento social que afecta preferentemente al área laboral y familiar, así como a la calidad de vida. | 2 | 0 | 1 | 3 | | | lb |
| COLOM 2003a ESPAÑA | ECA 2 años de seguimiento | N=50 pacientes eufóricos con TBP tipo I y buen cumplimiento terapéutico según DSM-IV (SCID-I y SCID-II). GE=25 GC=25 | Estudio con 2 fases (realizadas en 20 semanas) con sesiones semanales de 90 minutos. GE: Intervención grupal de psicoeducación. GC: Encuentro grupal sin contenido. | - Tasa de recurrencia: * YMRS. * HAM-D. - Tasa de recaídas. - Sucesos vitales estresantes: * ESVE- Holmes y Rahe. - N° de hospitalizaciones. | - Seguimiento 2 años: 15 pacientes (60%) del GE presentaron criterios de recaída frente a 23 pacientes (92%) del GC. - Los pacientes del GE redujeron de forma significativa el número de recaídas e incrementaron el tiempo de recurrencia de todas las fases (depresiva, maníaca, | 2 | 1 | 1 | 4 | | | Simple ciego lb |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA * | | | | | | | |
|--|------------------------------|--|--|---|--|--------------------------------|---|---|---|----|----|--------------|----|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE | | |
| | | | estructurado. Ambas intervenciones se acompañaban de tratamiento psicofarmacológico. | | hipomaniaca y mixta). También redujeron el número de hospitalizaciones. | | | | | | | | |
| | ECA 2 años de seguimiento | N=120 pacientes con TBP tipo I y II según DSM-IV (SCID-I y SCID-II). GE=60 GC=60 | GE: Programa de psicoeducación (21 sesiones). GC: Terapia de grupo no estructurada (21 sesiones). | - Tasa de recurrencia: * YMRS. * HAM-D. - ESVE- Holmes y Rahe. - Nº de hospitalizaciones. | - Recaídas: reducción significativa en el grupo de psicoeducación (38,3% GE vs. 60% GC en manía, hipomanía, depresión, mixto). - En el grupo de psicoeducación se redujo el número de recurrencias por paciente, y se incrementó el tiempo de las recurrencias depresivas, maníacas, hipomaniacas y mixtas. - Hospitalización al final del seguimiento: 21 pacientes (35% del GC habían sido hospitalizados vs. 14 (25%) del GE. Los participantes del GE tuvieron una estancia hospitalaria media de 4,75 días vs. 14,83 días del GC. - Hospitalización en fase | 2 | 1 | 1 | 4 | | | Simple ciego | lb |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA * | | | | | |
|---|------------------------------|--|--|---|---|--------------------------------|---|---|---|--------------|----|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE |
| | | | | | de tratamiento y primeros 6 meses de seguimiento: no hay diferencias significativas entre los dos grupos en relación al número medio de hospitalizaciones por paciente, pero después de eso, el número medio acumulativo de hospitalizaciones por paciente fue significativamente inferior para el grupo de psicoeducación. | | | | | | |
| COLOM 2004 ESPAÑA | ECA 2 años de seguimiento | N=37 pacientes con TBP Tipo I y trastorno de personalidad según el DSM-IV (SCID-II). GE=15 GC=22 * Subanálisis de los 120 pacientes de Colom (2003b). | GE: Programa de psicoeducación (grupal) + tratamiento farmacológico. GC: Intervención grupal no estructurada + tratamiento farmacológico. | - Tasa de recaídas y de recurrencia. - Nº de hospitalizaciones. | - Recaídas: menos frecuentes en GE. - Hospitalizaciones: no se encontraron diferencias significativas (50% GC vs. 27% GE), aunque el GE requirió menos días de ingreso. - Seguimiento 2 años: el GC tuvo un 100% de recurrencias frente al 67% del GE. | 2 | 1 | 1 | 4 | Simple ciego | lb |
| COLOM 2005 ESPAÑA | ECA 2 años de seguimiento | N=98 pacientes eutímicos con TBP tipo I y II. GE=49 GC=44 | GE: Programa estructurado de psicoeducación (21 sesiones grupales semanales). GC: Intervención no | - Variabilidad del nivel sérico de litio. - Niveles plasmáticos de litio: * YMRS. * HAM-D. | El nivel sérico de litio fue significativamente más alto en los pacientes que recibieron psicoeducación, y se mantuvo más tiempo | 2 | 1 | 1 | 4 | Simple ciego | lb |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA * | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|--------------------------------|---|---|---|----|----|----|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE | |
| | | | estructurada (21 sesiones grupales semanales). | | estable (rango 0,75-0,79 mmol/L) que la del GC (rango 0,64-0,72 mmol/L). | | | | | | | |
| GLICK 1998 EE.UU. | ECA 18 meses de seguimiento post-alta | N=168 pacientes hospitalizados en una Unidad de Agudos con distintas patologías mentales (incluido el TBP). | GE (N=79): Programa de psicoeducación estructurado a pacientes y familiares (durante la hospitalización) + tratamiento farmacológico. GC (N=89): Tratamiento farmacológico habitual. | - Sexo. - Funcionamiento global: * GAS. - Sintomas: * Psychiatric Evaluation Form. - Rol de funcionamiento: * FAI. * GIFFRS. * RPTS. | - Intervención del GE: mejora clínicamente significativa en las mujeres y en los pacientes con esquizofrenia crónica y TBP. - Seguimiento: las familias refirieron encontrarse menos sobrecargadas y presentaron actitudes más positivas hacia el paciente. | 1 | 0 | 1 | 2 | | | lb |
| MIKLOWITZ 2000 EE.UU. | ECA 1 año de seguimiento | N=101 pacientes con TBP diagnosticados según el DSM-III-R- versión para el paciente (SCID-P). GE=31 GC=70 | GE: TFF (21 sesiones). GC: EF y MC (2 sesiones). | - Emoción Expresada: * CFI. - Sintomas del paciente: * SADS-C. - Adherencia al tratamiento: * Escalas de Mantenimiento del Tratamiento (Ellicott et al 1990; Gitlin et al 1995; Keller 1988). | - Recaídas al año de seguimiento: el 71% del GE (TFF) y el 47% del GC (MC) no tuvieron recaídas. - Sintomatología: los pacientes con síntomas depresivos mejoraron más que los pacientes con síntomas maníacos. - Se redujo de manera significativa el nivel de EE familiar. | 2 | 0 | 1 | 3 | | | lb |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA * | | | | | |
|---|------------------------------|--|--|--|---|--------------------------------|---|---|---|----|----|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE |
| MIKLOWITZ 2003 EE.UU. | ECA 2 años de seguimiento | N=101 pacientes con TBP. GE=31 GC=70 | GE: TFF (21 sesiones). GC: EF y MC (2 sesiones). | - Síntomas depresivos y maníacos: * SADS-C. - Adherencia al tratamiento: * Escalas de Mantenimiento del Tratamiento. - Tiempo transcurrido hasta las recaídas. | - El GE presentó menos recaídas, mayor tiempo libre de sintomas y mejor adherencia al tratamiento. - Recaídas: diferencias significativas en ambos grupos. De los 70 pacientes asignados a MC, 38 (54%) experimentaron recaídas durante los 2 años de seguimiento, 12 (17%), no tuvieron recaídas, 4 (6%) no mostraron cambios y 16 (23%) abandonaron el seguimiento. De los 31 pacientes que recibieron TFF, 11 (35%) recayeron, 16 (52%) estuvieron estables, 1 (3%) no presentó cambios y 3 (10%) abandonaron el seguimiento. | 2 | 0 | 1 | 3 | | lb |
| | ECA 1 año de seguimiento | N=293 pacientes con TBP (tipo I y II) y Depresión según el DSM-IV. GE=163 GC=130 | GE: Los pacientes son distribuidos en 3 modalidades de psicoterapia intensiva: TFF, TIRS y TOC, que incluyen un programa estructurado de | - Depresión: * MADRS. - Manía: * YMRS. - Tiempo de recuperación. | - Los pacientes con psicoterapia intensiva presentaron mayor recuperación al final del año (64,4% vs. 51,5%) y se recuperaban antes que los pacientes que | 1 | 0 | 1 | 2 | | lb |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA * | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---|---|--|--------------------------------|---|---|---|----|----|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE |
| MILLER 2004 EE.UU. | ECA 28 meses de seguimiento | N=92 pacientes con un episodio actual de trastorno de ánimo (diagnóstico de TBP tipo I según el DSM-III-R (SCID-P)). TF=33 TGPM=30 Farmacología=29 | Se comparan 3 intervenciones: TF, TGPM (ambas acompañadas de psicofarmacología) y sólo tratamiento psicofarmacológico habitual. | - Variables clínicas: * HAM-D. * Bech-Ratelsien Mania Scale. * GAF. - Tasa de recuperación. | recibían una intervención breve, así como se mantenían clínicamente más estables durante más tiempo. - Al año de la intervención: el 76,9% (20/26) de los pacientes que recibieron TF, el 64,5% (40/75) de los que recibieron TIRS y el 60% (45/75) de los que recibieron TCC se recuperaron, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. - Seguimiento: no hay diferencias significativas en el tiempo de recuperación entre las 3 intervenciones. - Tasa de recuperación: del grupo sólo psicofarmacología se recuperaron 16 (55%) de 29 participantes, del grupo TF se recuperaron 16 (48%) de 33 participantes y del grupo TGPM se recuperaron 21 (70%) de 30 personas. | 1 | 0 | 1 | 2 | | lb |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA * | | | | | |
|---|---|------------------------|---|--|---|--------------------------------|---|---|---|----|----|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE |
| PERRY 1999 INGLATERRA | ECA 18 meses de seguimiento, con valoraciones cada 6 meses | N=69 GE=34 GC=35 | GE: Programa de psicoeducación en grupo (7-12 sesiones). GC: Tratamiento habitual. | - Tiempo transcurrido hasta las primeras recaídas maníacas o depresivas. - Nº de recaídas maníacas o depresivas. - Funcionamiento Social: * SFS. | - Episodios maníacos: primera recaída a las 65 semanas en GE vs. a las 17 semanas en GC. - Episodios depresivos: primera recaída a las 21 semanas en GE y a las 26 semanas en GC. - La psicoeducación enseña a los pacientes a reconocer los pródomos de la manía y a buscar una intervención más rápida, reduciendo significativamente el número de recaídas. - El aprendizaje de los pródomos de la depresión no afecta significativamente a las recaídas e incrementa el uso de antidepresivos. - El aprendizaje del reconocimiento de los pródomos y la búsqueda rápida de tratamiento mejora el funcionamiento social y laboral. | 2 | 0 | 1 | 3 | | lb |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA * | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|--------------------------------|---|---|---|----|----|--------------------|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE | |
| REA 2003 EE.UU. | ECA 2 años de seguimiento | N=53 pacientes con TBP (tipo maníaco) según el DSM-III-R (SCID). GE=28 GC=25 | GE: TFF (21 sesiones durante 9 meses). GC: Intervención individual. Todos los participantes recibieron tratamiento con eutimizantes. | - Funcionamiento sintomático: * BPRS. * SADS-C. - Rehospitalizaciones. - Adherencia al tratamiento. | Seguimiento 2 años: los participantes que recibieron TFF precisaron menos rehospitalizaciones que los participantes del GC. | 1 | 0 | 1 | 2 | | | lb |
| REINARES 2004 ESPAÑA | ECA | N=45 pacientes con TBP tipo I y II (en fase eutrímica) según los criterios del DSM-IV. GE=30 GC=15 | GE: Psicoeducación en grupo para familiares (12 sesiones semanales de 90 minutos). GC: Seguimiento habitual. | * Sintomatología afectiva: * HDRS. * YMRS, versión española. - Funcionamiento social y ocupacional: * SOFAS. - Conocimiento sobre el TBP: * BDKQ. - Sobrecarga (familiares): * SBAS (adaptación de la versión española). - Relación familiar: * FES, versión española. | - La intervención psicoeducativa mejoró los conocimientos de los familiares sobre la enfermedad y su manejo. Este cambio repercutió en el nivel de sobrecarga subjetivo experimentado por los familiares, que fue significativamente inferior en aquellos que asistieron al grupo psicoeducativo. | 2 | 1 | 1 | 4 | | | lb |
| SIMON 2002 EE.UU. | ECA 2 años de seguimiento (medidas cada 3 meses) | N=441 pacientes con TBP tipo I y II según DSM-IV. GE=212 GC=229 | Se implantó un programa con varios componentes en 4 centros durante 12 meses. GE: Programa de psicoeducación estructurado (2 fases). | - Síntomas durante las últimas 2 semanas: * SCID - Trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias (último mes): * SCID - Síntomas depresión y manía/hipomanía (último | - Del GE, el 94% completó el contacto inicial. En los primeros 12 meses, el 91% continuó con el contacto telefónico, el 70% acudió al menos a una sesión de grupo y el 60% completó la Fase I. | 2 | 1 | 1 | 4 | | | Simple ciego lb |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA * | | | | | |
|--|----------------|---------------|-----------------------------------|--|------------------------|--------------------------------|---|---|---|----|----|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE |
| | | | GC: Apoyo grupal no estructurado. | <p>mes):</p> <ul style="list-style-type: none"> * LIFE. - Síntomas de ánimo: * ISS. - Medicación actual y efectos secundarios. - Estado funcional: * SF-36. - Preguntas sobre el tiempo transcurrido sin responsabilidades laborales ni domésticas debido a la enfermedad. - HCCQ, adaptado para TBP. - Cuestionario de 11 ítems para evaluar la confianza en la auto-gestión del TBP desarrollada por el estudio. - ISP. - Preguntas relacionadas con los servicios recibidos. | | | | | | | |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA * | | | | | |
|---|------------------------------|---|--|--|--|--------------------------------|---|---|---|--------------|----|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE |
| SIMON 2005 EE.UU. | ECA 2 años de seguimiento | N=441 pacientes con TBP Tipo I y II según el DSM-IV (SCID). GE=212 GC=229 | Se implantó un programa con varios componentes en 4 centros durante 12 meses. GE: Programa de psicoeducación estructurado. GC: Apoyo grupal no estructurado. | - Severidad de los síntomas de depresión y manía: * PSR. * LIFE. - Síntomas de ánimo: * ISS. | - El GE tenía una media significativamente menor de episodios maníacos y la duración de los episodios de hipomanía o manía era menor (2,59 semanas vs. 1,69 semanas). - Episodios depresivos: no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. - La intervención grupal estructurada redujo de manera significativa los síntomas de manía ($p=0,04$) y el tiempo que el paciente los experimentaba (19,2 vs. 24,7 semanas). - No se observaron diferencias significativas en los síntomas depresivos ($p=0,85$) ni en el tiempo que duraba el episodio (47,6 vs. 50,7 semanas). | 2 | 1 | 1 | 4 | Simple ciego | Ib |
| SIMON 2006 EE.UU. | ECA 2 años de seguimiento | N=441 pacientes con TBP tipo I y II según el DSM-IV (SCID). GE=212 GC=229 | GE: Programa multicomponente (2 años): intervención estructurada con psicoeducación + tratamiento psicofarmacológico. GC: Tratamientos farmacológicos habituales. | - Severidad de la manía y la depresión: * PSR. - Síntomas: * ISS. | - La intervención grupal estructurada redujo de manera significativa los síntomas de manía ($p=0,04$) y el tiempo que el paciente los experimentaba (19,2 vs. 24,7 semanas). - No se observaron diferencias significativas en los síntomas depresivos ($p=0,85$) ni en el tiempo que duraba el episodio (47,6 vs. 50,7 semanas). | 2 | 1 | 1 | 4 | Simple ciego | Ib |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA * | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|--------------------------------|---|---|---|----|----|
| | | | | | | A | C | S | Q | OA | NE |
| SIMONEAU 1999 EE.UU. | ECA 2 años de seguimiento (medidas cada 3 meses) | N=44 pacientes y sus familias. GE=22 GC=22 | GE: TFF (21 sesiones en 9 meses). GC: MCSN (2 sesiones + demanda según las necesidades). Tratamiento farmacológico habitual en ambos grupos. | - Emoción expresada: * CFI. - Interacción familiar: solución de problemas de laboratorio. - Sistema de codificación de la interacción (conductas de comunicación verbales y no verbales): * Códigos KPI. - Síntomas del paciente: * SADS-C. * SCID-P. | - Seguimiento 1 año: las familias del grupo TFF muestran una disminución de la EE, que se refleja en más interacciones positivas con los pacientes. | 2 | 0 | 1 | 3 | | lb |

* A: ALEATORIZACIÓN, C: CEGAMIENTO, S: SEGUIMIENTO, Q: CALIDAD, OA: OCULTACIÓN EN LA ASIGNACIÓN, NE: NIVEL DE EVIDENCIA

BDKG: Bipolar Disorder Knowledge Questionnaire; **BPRS:** Brief Psychiatric Rating Scale; **CFI:** Cambenwell Family-EE Interview; **EF:** Educación Familiar; **ESVE:** Escala de sucesos vitales estresantes de Holmes y Rahe; **FAI:** Family Attitude Inventory; **FES:** Family Environment Scale; **GAF:** Global Assessment Function; **GAS:** Global Assessment Scale; **GIFIRS:** Goals of Inpatient Family Intervention Rating Scale; **HAM-D:** Hamilton Rating Scale for Depression; **HCCO:** Health Care Climate Questionnaire; **ISP:** Índice de Satisfacción del Paciente; **ISS:** Internal State Scale; **LIFE:** Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation; **MADRS:** Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; **MC:** Manejo de las Crisis; **MCSN:** Manejo de las crisis con seguimiento naturalístico; **PSR:** Psychiatric Status Rating; **RPTS:** Role Performance Treatment Scale; **SADS-C:** Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-versión corregida; **SAS:** Social Adjustment Scale; **SBAS:** Social Behavior Assessment Schedule; **SCID:** Entrevista Clínica Estructurada basada en el DSM-III-R; **SCID-II:** Structured Clinical Interview for DSM-IV; **SCID-P:** Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R- versión para el paciente; **SF-36:** 36-Item Short Form Health Survey; **SFS:** Social Function Scale; **SOFAS:** Social and Occupational Functioning Assessment Scale; **TCC:** Terapia Cognitivo-Conductual; **TFF:** Terapia Focalizada en la Familia; **TGPM:** Terapia de Grupo Psicoeducativa Multifamiliar; **TIRS:** Terapia Interpersonal y del Ritmo Social; **YMRS:** Young Mania Rating Scale.

Anexo 12. Tabla de evidencia (ECNA)

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA* | | | | | | | |
|---|----------------|---|--|--|---|-------------------------------|----|-----|----|----|----|-----|----|
| | | | | | | DA | R | I/E | I | AE | R | V | NE |
| HONIG 1997 HOLANDA | ECNA | N=42 pacientes con TBP crónico según los criterios del DSM-IV, con gran número de ingresos y hospitalizaciones. GE=19 GC=23 | GE: TGPM (6 sesiones de 2 horas). GC: pacientes en lista de espera. | - Emoción Expresada (EE): * Five-Minute Speech Sample (FMSS). - Tasa de recatadas. | El 31% de los familiares que acudieron al grupo de TGPM redujo de manera significativa el nivel de EE, al contrario que el GC, que no experimentó cambios (31% vs. 0%, p<0,03). | 2M | 2B | 2M | 2M | 3M | 2B | 13M | 1b |

* **DA:** Diseño y asignación (máx. 5); **R:** Reclutamiento (máx. 6); **I/E:** Inclusión, exclusión (máx. 4); **I:** Intervención (máx. 4); **AE:** Análisis estadístico (máx. 6); **R:** Resultados (máx. 10); **V:** Validez (máx. 35); **NE:** Nivel de evidencia; **TGPM:** Terapia de Grupo Psicoeducativa Multifamiliar

Anexo 13. Tabla de evidencia (Otros EC)

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA** | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|--------------------------------|----|-----|----|----|----|-----|----|
| | | | | | | DA | R | I/E | I | AE | R | V | NE |
| VAN GENT 1993 HOLANDA | EC (con grupo comparación) | N=35 pacientes con TBP. Grupo 1=20 Grupo 2=15 | Grupo 1: Programa de psicoeducación grupal sin información escrita (10 sesiones). Grupo 2: Programa de psicoeducación grupal con información escrita (5 sesiones altamente estructuradas). | - Duración del litio. - Hospitalizaciones - Cuestionario de ansiedad rasgo-estado. - Lista de síntomas SCL-90. - Cuestionario de problemas psicosociales. | - El grupo con 10 sesiones obtiene mayores beneficios del programa, aunque ambos grupos mejoran sus problemas psicosociales y disminuyen las hospitalizaciones. - No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en las medidas antes-después del nivel de litio en suero y de carbamazepina (0,78 vs. 0,73). | 0B | 6A | 2M | 2M | 5A | 6M | 21M | Ib |
| MIKLOWITZ 2003 EE.UU. | EC (con grupo comparación) 1 año de seguimiento con valoraciones cada 3 | N=100 pacientes con TBP según los criterios del DSM-IV (SCID-P) tras episodio agudo. Grupo 1=30 Grupo 2=70 | Grupo 1: TIFI (50 sesiones). Grupo 2: procede de un ensayo previo que había recibido los cuidados comunitarios habituales + EF (2 sesiones) + | - Síntomas; + SADS-C. - Recaídas. | - No hay diferencias significativas en relación a las recaídas: del GC (MC) recayeron 27 pacientes (39%) y 9 (30%) del grupo TIFI. - El grupo TIFI presenta de forma | 4M | 3M | 2M | 4A | 4M | 6M | 23M | Ib |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA** | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------------|---|----------------------|---|--------------------------------|---|-----|---|----|---|---|----|--|--|--|--|
| | | | | | | DA | R | I/E | I | AE | R | V | NE | | | | |
| | meses | | medicación estabilizadora del ánimo + MC. | | significativa más tiempo libre de síntomas: media de 42,5 semanas para el grupo TIFI y de 34,5 semanas para el MC. - Mejora significativamente la sintomatología depresiva: 33% de los pacientes del grupo TIFI vs. 11% del grupo MC. Los cambios más significativos se obtuvieron en pacientes de familias con alta EE. | | | | | | | | | | | | |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA** | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|--------------------------------|----|-----|----|----|----|-----|----|
| | | | | | | DA | R | I/E | I | AE | R | V | NE |
| KIM 2004 EE.UU. | EC (con grupo comparación) 2 años de seguimiento | N=125 pacientes con TBP según el DSM-III-R (versión para el paciente) y la SCID para el DSM-IV (versión clínica). Grupo 1=30 Grupo 2=29 GC=66 | Grupo 1: TFF. Grupo 2: TFI. GC: MC (procede de un ensayo previo que había recibido los cuidados habituales + 2 sesiones de psicoeducación). | - Emoción Expresada (EE) * CFI. - Gravedad de los síntomas y recaídas: * SADS-C. | - La alta o baja EE familiar no está asociada con el tiempo de recaída en ningún grupo. De los 57 participantes con alta EE, 19 (33%) recayeron vs. 24 (85%) de los 68 sujetos con baja EE. - 2 años de seguimiento: los pacientes que vivían en un entorno familiar con alta EE, refirieron un nivel mayor de depresión. - Hay una mayor asociación entre la EE que se expresa mediante comentarios críticos y el nivel de síntomas de manía en el GC que en pacientes que reciben TF. | 2M | 5A | 4A | 4A | 5A | 6M | 26A | lb |
| MICHALAK 2005 CANADÁ | EC (antes-después, sin grupo comparación) | N=57 pacientes con TBP tipo I y II en fase eutímica. | Programa estandarizado de 8 sesiones semanales de una hora y media. | - Calidad de vida: * Q-LES-Q. | Las puntuaciones medias de los participantes en relación a la calidad de vida fueron significativamente | 0B | 6A | 4A | 2M | 6A | 9A | 27M | lb |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA** | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|----|-----|----|----|----|-----|----|--|--|--|--|
| | | | | | | DA | R | I/E | I | AE | R | V | NE | | | | |
| | | | | | | más altas después de acudir a la intervención grupal de psicoeducación ($p=0,02$). | | | | | | | | | | | |
| | EC (antes-después, sin grupo comparación) 1 año de seguimiento | N=45 pacientes con TBP (tipo I y II) y trastorno esquizoafectivo. | Programa de Objetivos Vitales de Bauer y McBride, dividido en dos fases: Fase 1 (n=36): psicoeducación grupal (6 sesiones semanales). Fase 2 (n=17 de la Fase 1): grupo abierto con un programa estructurado conductual de 2 sesiones semanales, con una duración de 366 días. | - Estado de ánimo: * Escala de manía de Bech-Rataelsen. * MADRS. - Calidad de la información sobre TBP: * Cuestionario elaborado por los autores. - Estabilidad del estado de ánimo. - Capacidad para hacer frente a las recaídas. - Cumplimiento terapéutico. - Evaluación de las dinámicas del grupo. - Éxito/fracaso en la consecución de los objetivos. | - De los 36 pacientes que acudieron a la Fase 1, el 82,3% refirió mayor estabilidad del humor, y el 35,3% de los participantes mejoró en la prevención de recaídas. - De los 15 participantes que completaron la Fase 2, el 66,7% refirió mayor estabilidad del humor, el 80% mejoró las estrategias para prevenir recaídas y el 60% aumentó su habilidad para el afrontamiento de los episodios. | 0B | 4M | 2M | 2M | 3M | 5M | 16M | 1b | | | | |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA** | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--------------------------------|----|-----|----|----|----|-----|----|
| | | | | | | DA | R | I/E | I | AE | R | V | NE |
| BERNHARD 2006 ALEMANIA | EC (antes-después, sin grupo comparación) 1 año de seguimiento | N=62 pacientes con TBP (tipo I y II según el DSM-IV) y 49 familias. | Pacientes: Intervención grupal de psicoeducación cognitiva (14 sesiones de 90 minutos). Familias: 2 talleres de psicoeducación de 4 horas de duración. | <u>Pacientes:</u> - Sintomatología afectiva actual: * HAMD. * YMRS. - Conocimiento sobre el TBP: * Cuestionario alemán de conocimiento sobre el TBP (autodesarrollado). <u>Familiares:</u> - Sobrecarga: * Escala de sobrecarga de Coyne. - Emoción Expresada: * Cuestionario alemán para familias de Feinstein et al. - Depresión: * BDI. - Instrumento para medir: sentimientos subjetivos de ser informados sobre la enfermedad. | - Los pacientes mejoraron significativamente sus conocimientos sobre la enfermedad (p=0,002). - Las familias mejoraron de manera significativa los síntomas relacionados con la sobrecarga después de la intervención (p=0,02) y el seguimiento (p=0,03). - Aunque la alta EE de los familiares no se redujo de manera significativa después de la intervención (p=0,13), sí se observó una diferencia estadísticamente significativa (p=0,004) al año de la intervención. | 0B | 5A | 3M | 2M | 4M | 5M | 19M | Ib |

| PRIMER AUTOR (año de publicación, país) | TIPO DE DISEÑO | PARTICIPANTES | INTERVENCIONES | RESULTADOS (medidas) | PRINCIPALES RESULTADOS | CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA** | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|---------------|----------------|---|------------------------|--------------------------------|---|-----|---|----|---|---|----|--|--|--|--|
| | | | | | | DA | R | I/E | I | AE | R | V | NE | | | | |
| | | | | estar apoyados y sentir alivio. - Conocimientos sobre la enfermedad. | | | | | | | | | | | | | |

* **GE:** Grupo experimental, **GC:** Grupo control
****DA:** Diseño y asignación (máx. 5), **R:** Reclutamiento (máx. 6), **I/E:** Inclusión, exclusión (máx. 4), **I:** Intervención (máx. 4), **AE:** Análisis estadístico (máx. 6), **R:** Resultados (máx. 10), **V:** Validez (máx. 35), **NE:** Nivel de evidencia
BDI: Beck Depression Inventory; **CFI:** Camberwell Family-EE Interview; **EF:** Educación Familiar; **HAM-D:** Hamilton Rating Scale for Depression; **MADRS:** Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; **MC:** Manejo de las Crisis; **Q-LES-Q:** Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; **SADS-C:** Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-versión corregida; **TFF:** Terapia Focalizada en la Familia; **TIFI:** Terapia Individual y Familiar Integradora; **YMRS:** Young Mania Rating Scale.

Anexo 14. Referencias: estudios excluidos y motivos de exclusión

| AUTOR Y AÑO | REFERENCIA | MOTIVO DE EXCLUSIÓN |
|--------------------|--|---------------------|
| MCINTYRE 2004 | McIntyre RS, Konarski JZ. Bipolar disorder: a national health concern. <i>CNS Spectr</i> 2004; 9 Supl 12: 6-15. | |
| MIKLOWITZ 2006 | Miklowitz DJ. An update on the role of psychotherapy in the management of bipolar disorder. <i>Curr Psychiatry Rep</i> 2006; 8: 498-503. | |
| MIKLOWITZ 2006 | Miklowitz DJ, Johnson SL. The Psychopathology and treatment of Bipolar Disorder. <i>Annu Rev Clin Psychol</i> 2006; 2: 199-235. | |
| PAPADIMITRIOU 2007 | Papadimitriou GN, Dikeos DG, Soldatos CF, Calabrese JR. Non-pharmacological treatments in the management of rapid cycling bipolar disorder. <i>J Affect Disord</i> 2007; 98: 1-10. | |
| RIZVI 2007 | Rizvi S, Zaretsky AE. Psychotherapy through the phases of bipolar disorder: evidence for general efficacy and differential effects. <i>J Clin Psychol</i> 2007; 63: 491-506. | |
| BECOÑA 2001 | Becoña E, Lorenzo Mª C. Efficacious psychological treatments for bipolar disorder. <i>Psicothema</i> 2001; 13: 511-22. | Revisión Histórica |
| BOWDEN 2005 | Bowden CL. Treatment options for bipolar depression. <i>J Clin Psychiatry</i> 2005; 66 Supl 1: 3-6. | |
| COLOM 2002 | Colom F. The mechanism of action of psychotherapy. <i>Bipolar Disord</i> 2002; 4 Supl 1: 102. | |
| COLOM 2005 | Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sanchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. <i>Bipolar Disord</i> 2005; 7 Supl 5: 24-31. | |
| HOLMGREN 2005 | Holmgren D, Lermana V, Cortés C, Cárdenas I, Aguirre K, Valenzuela K, et al. Family disruption in bipolar disorder. <i>Rev Chil Neuropsiquiatr</i> 2005; 43: 275-86. | |
| FRANCHINI | Franchini L, Bongiorno F, Spègnolo Ch, Florita M, Santoro A, Dotoli D, et al. Psychoeducational group | Revisión Narrativa |

| AUTOR Y AÑO | REFERENCIA | MOTIVO DE EXCLUSIÓN |
|-------------------|--|---------------------|
| 2006 | intervention in addition to antidepressant therapy as relapse preventive strategy in unipolar patients. Clinical Neuropsychiatry 2006; 3: 282-85. | |
| GELLER 2007 | Geller RE, Goldberg JF. A review of evidence-based psychotherapies for bipolar disorder. Prim psychiatry 2007; 14: 59-69. | |
| GUTIERREZ 2004 | Gutierrez M, Scott J. Psychological treatment for bipolar disorders-a review of randomised controlled trials. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004; 254: 92-8. | |
| HUXLEY 2007 | Huxley N, Baldessarini RJ. Disability and its treatment in bipolar disorder patients. Bipolar Disord 2007; 9: 183-96. | |
| LAM 2005 | Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders. Clin Psychol Rev 2005; 25: 1028-42. | |
| MCINTOSH 2006 | McIntosh, David E, Trotter, Jeffrey S. Early onset bipolar spectrum disorder: Psychopharmacological, psychological, and educational management. Psychol Sch 2006; 43: 451-60. | |
| MIKLOWITZ 1996 | Miklowitz DJ. Psychotherapy in combination with drug treatment for bipolar disorder. J Clin Psychopharmacol 1996; 16 Suppl 1: 56-66. | |
| MURRAY-SWANK 2004 | Murray-Swank AB, Dixon L. Family psychoeducation as an evidence-based practice. CNS Spectr 2004; 9: 905-12. | |
| OTTO 2004 | Otto MW, Miklowitz DJ. The role and impact of psychotherapy in the management of bipolar disorder. CNS Spectr 2004; 9 Suppl 12: 27-32. | |
| REINARES 2002 | Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M et al. Family psychoeducation in bipolar disorder. Rev Psiquiatr Fac Med Barc 2002; 29: 97-105. | |
| REINARES 2002 | Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. Rev Psiquiatr Fac Med Barc 2002; 29: 97-105. | |
| ROTHBAUM 2000 | Rothbaum BO, Astin MC. Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2000; 61 Supl 9: 68-75. | |

| AUTOR Y AÑO | REFERENCIA | MOTIVO DE EXCLUSIÓN |
|----------------|--|--|
| SAJATOVIC 2007 | Sajatovic M, Chen P, Dines P, Shirley ER. Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. <i>Dis Manag Health Outcome</i> 2007; 15: 181-92. | |
| VIETA 2005 | Vieta E. The package of care for patients with bipolar depression. <i>J Clin Psychiatry</i> 2005; 66 Supl 5: 34-9. | |
| VIETA 2005 | Vieta E. Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. <i>J Clin Psychiatry</i> 2005; 66 Supl 1: 24-9. | |
| VIETA 2004 | Vieta E. Maintenance therapy for bipolar disorder: Current and future management options. <i>Expert Rev Neurother</i> 2004; 4 Supl 2: 35-42. | |
| VIETA 2005 | Vieta E, Pacchiarotti J, Scott J, Sanchez-Moreno J, Di Marzo S, Colom F, et al. Evidence-based research on the efficacy of psychologic interventions in bipolar disorders: a critical review. <i>Curr Psychiatry Rep</i> 2005; 7: 449-55. | |
| VIETA 2007 | Vieta E, Rosa AR. Evolving trends in the long-term treatment of bipolar disorder. <i>World J Biol Psychiatry</i> 2007; 8: 4-11. | |
| YATHAM 2005 | Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C, Parikh S, MacQueen G, McIntyre R, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. <i>Bipolar Disord</i> 2005; 7 Supl 3: 5-69. | Consenso de Expertos |
| TOPRAC 2006 | Toprac MG, Dennehy EB, Carmody TJ, Crismon ML, Miller AL, Trivedi MH, et al. Implementation of the Texas Medication Algorithm Project patient and family education program. <i>J Clin Psychiatry</i> 2006; 67: 1362-72. | Guía inespecífica para el TBP |
| FRANK 1999 | Frank E, Swartz HA, Mallinger AG, Thase ME, Weaver EV, Kupfer DJ, et al. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. <i>J Abnorm Psychol</i> 1999; 108: 579-87. | Terapia interpersonal, no incluye psicoeducación |
| BRENNAN 1995 | Brennan JW. A short-term psychoeducational multiple-family group for bipolar patients and their families. <i>Soc Work</i> 1995; 40: 737-43. | Estudio de un solo caso |
| ANÓNIMO 2003 | Group psychoeducation proves helpful in bipolar disorder. <i>J Adv Nurs</i> 2003; 44: 10. | Póster |
| COLOM | Colom F, Vieta E, Goikolea JM, Martínez-Arán M, Reinares A, Torrent C, et al. Efficacy of psychoeducation in | |

| AUTOR Y AÑO | REFERENCIA | MOTIVO DE EXCLUSIÓN |
|-----------------|--|---------------------|
| 2002 | compliant bipolar I patients. <i>Eur Neuropsychopharmacol</i> 2002; 12: 245-6. | |
| COLOM 2006 | Colom F. Psychoeducation: Compliance enhancement and outcome improvement. <i>J Affect Disord</i> 2006; 91 Supl 11-12. | |
| EVEN 2003 | Even C, Richard H, Kalck-Stern M, Friedman S, Gueffi JD. Characteristics of attenders and non-attenders at a bipolar disorder psycho-education programme. <i>Eur Neuropsychopharmacol</i> 2003; 13 Supl 200-1. | |
| JENKINS 2006 | Jenkins KS, Patel D, Jennings P, Scott M, Peacock S, Lawson VE, et al. Pilot of a group psycho-education programme in bipolar disorder. <i>Bipolar Disord</i> 2007; 8 Supl 1: 1. | |
| KHAZAAL 2004 | Khazaal Y, Richard C, Preisig M, Zulino DF. Family psychoeducation in the treatment of Bipolar Disorders: A clinical perspective. <i>Med Hyg</i> 2004; 6: 1776-9. | |
| PARIKH 2006 | Parikh SV, Velyvist V, Yatham L, Beaulieu S, Cervantes P, McQueen G, et al. Psychoeducation versus CBT in bipolar disorder. A multi-site RCT. <i>J Affect Disord</i> 2006; 91 Supl 67. | |
| REINARES 2004 | Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Aran A, Torrent C, Comes M, et al. Psychoeducation for relatives of bipolar patients: caregivers' beliefs. <i>Acta Psychiatr Scand</i> 2004; 110: 33. | |
| ROSO 2006 | Roso MC, Pellegrielli K, Moreno RA. The impact of psychoeducational meetings in knowledge of disease and treatment in bipolar patients and their relatives. <i>J Affect Disord</i> 2006; 91 Supl 78. | |
| SCOTT 2003 | Scott. Group psychoeducation reduces recurrence and hospital admission in people with bipolar disorder. <i>Evid. Based Ment. Health</i> 2003; 6: 115. | |
| STEFANELLI 2006 | Stefanelli MC, Moreno RA, Taveira A C, Souza MG, Oliveira KC, Gentil Filho V, et al. Psychoeducational program. How do bipolar patients and their families perceive it? <i>J Affect Disord</i> 2006; 91 Supl 79. | |
| VIETA 2005 | Vieta E. A critical analysis of the value of psychoeducation in bipolar disorder. <i>Neuropsychopharmacology</i> 2005; 30 Supl 22-23. | |

