



Anales de Psicología
ISSN: 0212-9728
servpubl@fcu.um.es
Universidad de Murcia
España

Gutiérrez-Rojas, Luis; Martínez-Ortega, José M.; Rodríguez-Martín, Francisco D.
La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar
Anales de Psicología, vol. 29, núm. 2, mayo, 2013, pp. 624-632
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16726244011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar

Luis Gutiérrez-Rojas^{1,2,3,*}, José M. Martínez-Ortega¹, Francisco D. Rodríguez-Martín²

¹ Grupo de investigación en Psiquiatría y Neurociencias (CTS-549), Instituto de Neurociencias, Universidad de Granada

² Centro de Salud de Loja, Servicio Andaluz de Salud, Granada

³ Hospital Clínico San Cecilio, Servicio Andaluz de Salud, Granada

Resumen: La sobrecarga del cuidador de pacientes con trastorno bipolar ha sido estudiada con especial atención en los últimos años. Este artículo de revisión pretende hacer un resumen sobre esta cuestión. En concreto queremos conocer como es el nivel de sobrecarga en esta enfermedad, cuales son las variables clínicas que se asocian a un nivel mayor o menor de sobrecarga, que estilos de afrontamiento desarrollados por los cuidadores son más adaptativos para soportar dicha carga, cual es el impacto que sufre el cuidador a nivel sanitario, familiar, legal, económico y laboral, y que programas psicoeducativos han demostrado ser eficaces a la hora de tratar a los cuidadores.

Palabras claves: Trastorno bipolar; cuidadores; sobrecarga familiar.

Title: Caregivers burden in bipolar disorder

Abstract: The excessive workload of the caregivers of patients with bipolar disorder has been studied with special attention in recent years. This review article intends to sum up the information and conclusions reported in studies to date. Specifically, we attempt to describe how the level of overload may be assessed, which clinical variables are associated with a greater or lesser overload, what coping mechanisms adopted by caregivers may be more adequate, what type of repercussions or impact may be suffered by the caregiver in terms of family, work, economic or legal matters, and which psychoeducational programs have proven more effective for treating caregivers.

Key words: Bipolar disorder; caregivers; family overload.

Introducción

La convivencia con un paciente psiquiátrico generalmente se asocia a toda una serie de alteraciones en la vida de quienes conviven con el paciente, generando una sensación de carga en los cuidadores (Mandelbrote y Folkard, 1961; Hoening y Hamilton, 1966). Los estudios que intentan valorar el impacto de la enfermedad mental sobre los cuidadores han pasado gradualmente de ser una simple enumeración de los problemas que deben afrontar a tomar en consideración la experiencia del cuidador en su totalidad (van Wijngaarden et al., 2000). Son muchas las enfermedades mentales en las que se ha estudiado la sobrecarga del cuidador, especialmente en la Enfermedad de Alzheimer (EA) (George y Gowther, 1986), la enfermedad de Parkinson (O'Reilly et al., 1996) y la esquizofrenia (Perlick, Stastny, Mattis y Teresi, 1992), encontrando que los cuidadores en comparación con los controles sanos presentan altos niveles de depresión (Fuller-Jonap y Haley, 1995; Struening et al., 1995; Barrowclough y Parle, 1997; Dyck, Short y Vitaliano, 1999; Lowery et al., 2000), estrés psicológico (Kiecolt-Glaser, Dura, Speicher, Trask y Glaser, 1991; Jutras y LaVoie, 1995), peor salud física (Scharlach, Runkle, Midanik y Soghikian, 1994; O'Reilly, Finnan, Allwright, Smith y Ben-Shlomo, 1996), usan más psicofármacos (Haley, Levine, Brown, Berry y Hughes, 1987a; George y Gowther, 1986) y acuden con más frecuencia a los servicios de atención primaria (Gallagher y Mechanic, 1996). Por todos estos motivos los cuidadores tienen mayor riesgo de mortalidad (Schulz y Beach, 1999).

La naturaleza episódica de los trastornos afectivos y la creencia errónea de que estos trastornos no son crónicos o no afectan al funcionamiento del paciente, ha hecho pensar

que la sobrecarga del cuidador en estos cuadros es menor, algo desmentido por los hallazgos actuales, que señalan que esta sobrecarga puede ser similar a la que genera la esquizofrenia (Fadden, Bebbington y Kupiers, 1987a y b; Jacob, Frank, Kupfer y Carpenter, 1987; Chakrabarti, Kulhara y Verm, 1992; Golberg, Harrow y Grossman, 1995; Perlick, Rosenheck, Clarkin, Sirey, y Raue, 1999a) y superior a la sobrecarga producida en otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión o el asma (Zergaw, Hailemariam, Alem y Kebede, 2008).

El trastorno bipolar (TB) no sólo afecta al paciente que lo padece sino también a las personas con las que convive, quienes no sólo sufren las consecuencias de la enfermedad sino que acaban adoptando la función de cuidadores. En la tabla 1 resumimos los criterios para definir al cuidador principal.

Tabla 1. Definición de cuidador principal (Pollack y Perlick, 1991).

El cuidador principal se define como el familiar, amigo u otro que cumple el mayor número (o al menos tres) de los siguientes cinco criterios:

- 1) Es su cónyuge, su padre o su pareja,
- 2) Es el que tiene un mayor contacto con el paciente,
- 3) Se encarga de la situación económica del paciente,
- 4) Es el responsable de darle la medicación
- 5) Es la persona que contacta con los servicios sanitarios de emergencia

Se define la "carga del cuidador" como las consecuencias psicológicas (principalmente emocionales y de estrés), físicas, sociales y económicas que se generan en un familiar o amigo que se dedica a la atención y el cuidado de un paciente con una enfermedad mental, en este caso con TB (Platt, 1985). Dicha carga experimentada por los cuidadores informales se puede dividir en dos tipos: la objetiva y la subjetiva. La primera se caracteriza, según Fadden (1987b), en una ruptura de la vida familiar observable, incluye separaciones, divorcios, estigmatización y problemas económicos; mientras que el segundo tipo incluye los sentimientos personales derivados de la carga, del estrés, de la infelicidad y del propio tras-

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

Luis Gutiérrez-Rojas. Departamento de Psiquiatría e Instituto de Neurociencias. Centro de investigación en biomedicina (CIBM), Universidad de Granada, Av. Madrid 11, 18071 Granada (España).
E-mail: gutierrezrojasl@hotmail.com

torno (Grad y Sainbury 1963; Hoening y Hamilton, 1966; Platt, 1985, Fadden et al., 1987b). Para medir esta sobrecarga se ha pasado desde herramientas más inespecíficas (Zarit y Zarit, 1987) hasta otras más modernas y específicas para el TB (Martire et al., 2009).

El soporte de cuidados de personas con TB va a depender en gran medida de la capacidad y bienestar de su cuidador. Si el cuidador está estresado y tiene menor capacidad de control, lo más probable es que su conducta con el paciente sea más desordenada e incoherente, de modo que reacciona más en función de sus estados emocionales que de las demandas reales del paciente (Marriot, Donaldson, Tarrier y Burns, 2000). Algunos autores identifican tres maneras en que las personas llegan a adoptar la identidad de cuidadores informales: unas lo adoptan de una forma positiva, otros con forma de obligación y, por último, se encuentran aquellas que lo hacen con ira y resentimiento (Opie, 1992).

Nuestro trabajo resumirá los principales trabajos publicados al respecto, el guión de nuestro artículo de revisión se resume en la Tabla 2

¿Cuáles son los factores que influyen en la sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar?

El TB es la sexta enfermedad mundial que causa mayor discapacidad (López y Murray, 1998) y en Europa ocupa el tercer puesto en cuanto a la carga familiar que produce (Ogilvie, Morant y Goodwin, 2005). Los primeros estudios realizados en depresión unipolar demostraron que vivir con un paciente deprimido es estresante (Coyne et al., 1987; Jacob et al., 1987). En uno de los primeros trabajos realizados en TB se encontró que esta enfermedad producía mayor sobrecarga que la depresión mayor (Chakrabarti et al., 1992), aunque en este trabajo se incluían tan solo 17 pacientes unipolares frente a 73 con TB por lo que era necesario estudiar muestras más amplias. Perlick y colaboradores (1999b) concluyeron que el 93% de familiares de pacientes bipolares o esquizoafectivos referían estrés moderado o elevado asociado a los síntomas del paciente, a las alteraciones conductuales del paciente o a los efectos de la enfermedad sobre la actividad laboral y de ocio del familiar.

Tabla 2. Resumen del trabajo de revisión.

- | |
|---|
| 1) ¿Cuáles son los factores que influyen en la sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar? |
| - Variables clínicas del TB asociadas a mayor nivel de sobrecarga. |
| - Influencia de los estilos de afrontamiento de los cuidadores. |
| - Influencia de las características del cuidador en el grado de carga y estrés que padece |
| - La importancia de la emoción expresada. |
| - El efecto protector del apoyo social del cuidador |
| 2) Repercusiones de la sobrecarga del cuidador sobre la evolución del TB |
| - Impacto sobre la salud del cuidador. |
| - Impacto laboral y económico de la enfermedad |
| - Impacto en la relación familiares |
| - Implicaciones legales del TB |
| 3) Eficacia de la psicoeducación familiar |

Un estudio posterior encontró que en comparación con la depresión los cuidadores de pacientes con TB sufren mayor carga subjetiva, obtienen menos recompensas por el cuidado que realizan y presentan peor funcionamiento familiar (Heru y Ryan, 2004).

En el primer estudio que hemos encontrado centrado en el TB se examinó la sobrecarga en cónyuges de pacientes bipolares deprimidos. Se concluyó que los cuidadores se sentían menos agobiados y más conscientes de la enfermedad que tenía el paciente debido a la naturaleza episódica del TB en comparación con la esquizofrenia. Sin embargo señalaron que tanto sus actividades sociales y de ocio como su nivel económico estaban afectados (Fadden et al., 1987a). Otros autores no están de acuerdo con dicha naturaleza episódica, pues consideran que hay una significativa proporción de pacientes que sufre un deterioro funcional con síntomas interepisódicos que interfieren en su funcionamiento normal (Carlson, Kotin, Davenport y Adland, 1974, Glitin, Swendsen, Heller y Hammen, 1995). De hecho se ha encontrado que, al igual que en la esquizofrenia, los niveles de carga para los cuidadores y de disfunción son bastante elevados en estos trastornos afectivos tan prolongados y persistentes. (Chakrabarti et al., 1992). Además otro estudio que compara los familiares de pacientes bipolares con los de personas diagnosticadas de esquizofrenia, estima que los síntomas maníacos representan mayor nivel de estrés que los síntomas psicóticos (Mueser, Webb, Pfeiffer, Gladis y Levinson, 1996). Dicho nivel de sobrecarga incluso estaría presente en los pacientes que están clínicamente eutímicos. (Perlick, Rosenheck, Clarkin, Raue y Sirey, 2001; Reinares et al., 2006).

Son numerosas las consecuencias de cuidar a un paciente con TB (ver Steele, Maruyama y Galyner, 2010 para revisión) en concreto se ha encontrado asociación con la sintomatología depresiva, fumar más, dormir peor y, en consecuencia, tener peor salud general y sufrir un mayor número de enfermedades médicas crónicas (Goldstein, Rea y Miklowitz, 2002; Bernhard et al., 2006; Perlick, Hohenstein, Clarkin, Kaczynski y Rosenheck, 2005, Perlick et al., 2007; Goossens, Wijngaarden, Knoppert-Van Der Klein y Achterberg, 2008).

Variables clínicas del TB asociadas a mayor nivel de sobrecarga

En cuanto al subtipo de TB se ha encontrado que los cuidadores rápidos presentan mayor nivel de sobrecarga (Reinares et al., 2006) y que el subtipo I puede ser más estigmatizador que el II (González et al., 2007). También se han encontrado asociaciones entre el grado de sobrecarga y los síntomas y alteraciones conductuales propias del TB, muchas de las cuales son comunes a otras enfermedades como la esquizofrenia. Por ejemplo, el nivel de carga es mayor en los pacientes que tienen síntomas depresivos (en vez de maníacos), sufren síntomas negativos de la esquizofrenia (en vez de positivos), y presentan alteraciones conductuales co-

mo la hiperactividad y la irritabilidad (Perlick et al., 1999b; Reinares et al., 2006). Parece que la severidad del episodio depresivo sobrecarga al familiar en mayor medida que la duración del mismo (Ostacher et al., 2008). En Figura 1 resumimos los resultados de dicho estudio donde vemos diferentes grados de sobrecarga objetiva y subjetiva, medida con la Social Behavior Assessment Scale (SABS), según el estado clínico del paciente.

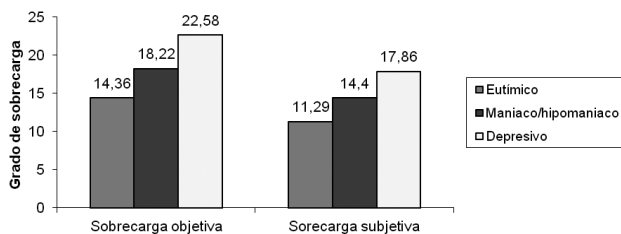


Figura 1. Impacto del estado de ánimo de los pacientes con TB sobre el grado de sobrecarga del cuidador (adaptado de Ostacher et al., 2008).

Estudios de seguimiento han confirmado que el nivel de sobrecarga es mayor cuando el paciente está sufriendo un episodio agudo; además dicha sobrecarga del cuidador puede predecir la evolución clínica del paciente, es decir, cuanto menor es el nivel de sobrecarga cuando el paciente está sufriendo un episodio agudo más rápida es la mejoría posterior del paciente (Perlick et al., 2001). Otras variables relacionadas con un alto nivel de carga eran el número de hospitalizaciones y la duración de la enfermedad (Chakrabarti et al., 1992; Perlick et al., 2007), o el tener antecedentes de haber realizado intentos de suicidio o ideación autolítica actual (Chessick et al., 2007; 2010).

Influencia de los estilos de afrontamiento de los cuidadores

Las estrategias de afrontamiento (*coping*) son el proceso por el que la persona intenta “manejar” la discrepancia entre las demandas que percibe en la situación y los recursos de los que dispone o cree disponer, y que le llevan finalmente, a la valoración de la situación como estresante (Lazarus y Folkman, 1984).

Conocer las formas de afrontamiento de los cuidadores nos permitirá comprender cómo se adaptan las demandas de convivencia y cuidado con una persona que sufre un trastorno mental (Barrowclough y Parle, 1997). Hay otro motivo por el que es muy útil estudiar estos estilos de afrontamiento, y es que si los conocemos y conseguimos que los cuidadores adopten los más adaptativos ellos serán capaces de tratar al paciente de forma más efectiva y sentirse menos agobiados (Kupiers y Bebbington, 1985; Magliano et al., 2000), puesto que los estilos desadaptativos suelen afectar desfavorablemente a la evolución clínica y social de la enfermedad mental (Sczufca et al., 1999; Magliano et al., 1998).

Los patrones de afrontamiento de los cuidadores de pacientes con TB no han recibido mucha atención, la mayoría de estos estudios se han realizado en esquizofrenia y demen-

cia. En estas enfermedades, diversos estudios han encontrado que el nivel de carga y estrés que soportan los cuidadores está directamente relacionado con los estilos de afrontamiento que han puesto en marcha (Haley, Levine, Brown y Bartolucci, 1987b; Barrowclough y Parle, 1997; Nehra, Chakrabarti, Kulhara y Sharma, 2005). Según parece hay diferencias de afrontamiento entre los cuidadores de pacientes con TB y los esquizofrénicos, de manera que las estrategias centradas en el problema serían más habituales en los primeros y las centradas en la emoción en estos últimos. (Chakrabarti y Gill, 2003; Nehra et al., 2005).

A continuación detallaremos ambos patrones generales de afrontamiento (Magliano et al., 1998):

Estrategias centradas en el problema: se refieren a los esfuerzos que se emprenden para modificar situaciones difíciles e incluyen medidas como la solución de problemas, la búsqueda de información o la utilización de métodos positivos de comunicación. Son las más adaptativas. Este tipo de estrategias se utilizaría en mayor medida cuando las personas creen que la situación es modificable (por ejemplo: creer que el paciente puede encontrar trabajo por sí mismo o creer que el paciente es capaz de controlar sus síntomas).

Estrategias centradas en la emoción: son intentos de regular la respuesta emocional del cuidador asociada al estrés empleando medidas como el consumo de sustancias, la evitación o la resignación. Son las más desadaptativas. Este tipo de estrategias es utilizado en mayor medida cuando las personas creen que no pueden hacer nada para cambiar las condiciones estresantes (por ejemplo: que el paciente se tome la medicación) o cuando la situación escapa al control por parte del individuo.

La elección de un patrón de afrontamiento u otro por parte de los cuidadores vendrá determinada por las características demográficas de los pacientes y los cuidadores como veremos en el siguiente apartado. La reducción de la carga y la mejora del conocimiento sobre la enfermedad entre los cuidadores de pacientes con TB podrían conducir a la aplicación de estilos de afrontamiento más adaptativos por parte de estos (Chakrabarti y Gill, 2003).

Influencia de las características del cuidador en el grado de carga y estrés que padece

Es evidente que las características propias del cuidador influyen en el modo de afrontar los cambios vitales ligados a la necesidad de atender a la persona con TB. Según el modelo de Lazarus y Folkman (1984) además del problema de la persona enferma, serán importantes las reacciones emocionales y capacidad de afrontamiento del cuidador. En consecuencia, el estrés y la carga de cuidados van a depender también del modo de ser del cuidador, de sus experiencias, del contexto en el que se encuentre, etc.

Algunos trabajos han encontrado que los cuidadores no biológicos cumplen criterios de trastornos afectivos con más frecuencia que los biológicos (Goldstein et al., 2002). También influirán los rasgos de personalidad del cuidador, las

personas con tendencia a la ansiedad o a la depresión tienden a sobrestimar la amenaza que plantea la enfermedad del paciente y a subestimar su capacidad para afrontarla, teniendo un efecto perjudicial sobre las conductas de afrontamiento. Cuando el cuidador tiende a percibir las situaciones como amenazadoras o imposibles de controlar también aparecerán con más frecuencia estrategias centradas en la emoción (Barrowclough y Parle, 1997; Scazufca et al., 1999).

En el TB las expectativas de los cuidadores acerca de la capacidad de control de los síntomas por parte del paciente llevan a estos a experimentar una mayor carga y conducen al paciente a una peor pronóstico (Perlick et al., 1999b), por tanto, hacer que los allegados entiendan que la conducta de su familiar está causada por la enfermedad y no por la personalidad del paciente lleva a una disminución de la carga experimentada (Heru y Ryan, 2004). El mayor nivel de carga estaba asociado al sexo masculino del cuidador, la edad joven, vivir en la misma casa que el paciente, ser su cónyuge, tener menos años de educación y sentirse estigmatizado por la enfermedad del paciente que cuida (Perlick et al., 2007, 2008). Los cuidadores no biológicos presentan más sintomatología psiquiátrica que los biológicos (Golstein et al., 2002).

Otras variables importantes que hemos de tener en cuenta son: los niveles elevados de carga, disfunción y emoción expresada (EE) y un bajo apoyo social disponible para los cuidadores, de los que hablaremos a continuación. Todas ellas están asociadas a conductas desadaptativas (Birchwood et al., 1990; Budd, Oles y Hughes, 1998).

La importancia de la emoción expresada

Ante la aparición del TB en una familia se manifiestan toda una serie de reacciones emocionales por parte de pacientes y familiares que generalmente forman parte del proceso normal de aceptación de la enfermedad, pero que si se mantienen en el tiempo su efecto puede resultar muy perjudicial para el curso del trastorno.

La emoción expresada (EE) se refiere a las actitudes emocionales de los parientes cercanos de un paciente con un trastorno psiquiátrico concurrente (Hooley, Rosen y Richters, 1996). Un meta-análisis ha señalado que la EE es un predictor significativo y sólido de la recaída en los trastornos del estado de ánimo (Butzlaff y Hooley, 1998) a su vez existen estudios prospectivos que muestran que los pacientes con episodios maníacos o mixtos que se reintegran a hogares con alta EE (críticos, hostiles y/o emocionalmente sobreenvueltos) tienen mayores posibilidades de recaer que aquellos que lo hacen a hogares con baja EE (Miklowitz, Goldstein, Neuchterlein, Snyder y Mintz, 1988; Mino, Shimodera, Inoue, Fujita y Kanazawa, 2001; Kim y Miklowitz, 2004; Perlick et al., 2004). El estilo afectivo negativo en la familia ha sido propuesto como uno de los principales predictores de mala evolución en pacientes bipolares (O'Connell, Mayo, Flatow, Cuthbertson y O'Brien, 1991). En el TB se ha encontrado una relación, en estudios longitudinales, entre la sobrecarga del cuidador y la EE, dicha relación parece estar mediada por la adherencia al

tratamiento. Es decir, la baja adherencia al mismo es la que genera altos niveles de EE y mayor sobrecarga (Perlick et al., 2001, 2004).

Los hallazgos de Priebe y colaboradores (1989) y los de Honig (1995, 1997) indicaron que aquellos pacientes que vivían con familiares de alta EE mostraban peor evolución (episodios e ingresos hospitalarios) que los que convivían con familiares de baja EE. También se ha encontrado que cuando el estado clínico del paciente empeora, aumenta el grado de EE en la familia (Minklowitz et al., 1989). Los estudios señalan que, dentro de los cuidadores, los padres suelen presentar mayor nivel de EE que los esposos (Goldstein et al., 1996), y, en esquizofrenia, se ha demostrado que el nivel de EE de las madres es un predictor importante de recaída (King y Dixon, 1999).

Dichas asociaciones tienen la dificultad de no saber exactamente cuál es la causa y cual la consecuencia, algo que se debe de tener muy en cuenta cuando queremos sacar conclusiones de los estudio de funcionamiento familiar (Vieta, 2000).

El efecto protector del apoyo social del cuidador

Una variable de gran importancia a la hora de estudiar la sobrecarga familiar es el apoyo social funcional percibido por el cuidador. Lo definiremos como el grado en que los individuos tienen acceso a recursos sociales, a partir de relaciones de confianza con otros individuos (Johnson y Saranson, 1979). La calidad del apoyo social ha demostrado ser un buen predictor de salud y bienestar en los cuidadores (Surtees, 1980; Blazer, 1982) y se ha asociado con una mejor calidad de vida (Gutiérrez-Rojas et al., 2008) y menor discapacidad social (Gutiérrez-Rojas, Jurado y Gurpegui, 2011) en los pacientes con TB.

A veces incluso, la falta de apoyo social puede constituir uno de los elementos que más intervienen en el estrés que padece el cuidador. Por ejemplo, en el estudio de Muela, Torres y Peláez (2002) parece que la situación definida como "no tener a quien contarle el problema" constituye una de las dificultades principales que encuentra el cuidador, por encima incluso de los aspectos relacionados específicamente con la enfermedad.

Se ha demostrado, tanto en la población adulta (Sherbourne y Steward, 1991) como en ancianos institucionalizados (Oxman, Berkman, Kasl, Freemam y Barrett, 1992) que el nivel de apoyo social guarda una relación directa con el grado de salud mental. Dichos trabajos han demostrado que no es tan importante la frecuencia de las relaciones sociales como la percepción de interés y de calor humano, aspectos que son valorados en este cuestionario.

En el TB los cuidadores con mayor grado de sobrecarga han percibido tener menos apoyo social que aquellos que están menos sobrecargados (Perlick et al., 2007; Gonzalez et al., 2007) de tal modo que, muchas veces, los cuidadores tienen la sensación de: vivir solos con alguien (van der Voort, Goossens y van der Bijl, 2009).

Repercusiones de la sobrecarga del cuidador sobre la evolución del TB

A nivel económico y social tener que cuidar de un paciente con TB supone un gran impacto. El Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU calculó que solo en 1991 el coste anual del TB era de 45 millones de dólares, de estos 38 millones estaban asociados a costes indirectos incluyendo la pérdida de productividad de pacientes y cuidadores (Wyatt y Henter, 1995).

La calidad de vida del cuidador va a constituir un elemento clave para mantener al paciente bien compensado, para que reciba una buena y adecuada atención, para que tenga una mejor adherencia al tratamiento, y en definitiva, para garantizar la mejor calidad de vida y bienestar del paciente (Perlick et al., 2004). Como señalamos anteriormente, los hallazgos de Perlick y colaboradores (2001) sobre una muestra de 264 pacientes bipolares sugieren que la carga del cuidador en el momento agudo, así como durante la fase de estabilización, permite predecir la evolución clínica en pacientes con TB.

Por el contrario, la existencia de una importante carga de cuidados y un estrés mantenido que pueda llevar al cuidador a trastornos mentales o físicos, va a repercutir negativamente sobre el cuidado del enfermo, tanto en su cantidad como en su calidad, e incluso en algunos casos puede acabar descuidando al paciente y favoreciendo la descompensación de su cuadro. El impacto sobre el cuidador tiene lugar a todos los niveles.

Impacto sobre la salud del cuidador

La sobrecarga del cuidador de un paciente con TB perjudica sobremanera la salud física del mismo, pues se asocia a tener menos hábitos saludables y más problemas de salud física (Perlick et al., 2007). La salud mental también queda afectada; se ha demostrado que el nivel de sobrecarga familiar está relacionado con una mayor demanda de atención especializada en los servicios de salud mental, mientras que los niveles de ansiedad y depresión que sufren se relacionan con un mayor uso de los servicios de atención primaria (Lam et al., 2005; Perlick et al., 2005).

Impacto laboral y económico de la enfermedad

El TB puede ser motivo de incapacidad laboral absoluta, este hecho unido a los costosos gastos sanitarios que lleva asociados (Wyatt y Henter, 1995; Peele, Xu y Kupfe, 2003) provoca un grave impacto económico sobre su núcleo familiar (Reinares et al., 2006). Además de impedir la incorporación laboral del paciente, perjudica seriamente el desempeño laboral de los cuidadores, y muy especialmente el del cónyuge (Dore et al., 2001; Simon, 2002). Los cuidadores más sobrecargados tienen que gastar más recursos económicos que los que sufren menor sobrecarga (Gianfrancesco, Ruey-hua

y Yu, 2005; Perlick et al., 2007) y hay una correlación clara entre el grado de estrés psicológico que sufre el paciente y el impacto económico que genera en el cuidador (Wolff et al., 2006).

Impacto en la relación familiar

Numerosos estudios confirman la elevada incidencia de divorcios, relaciones tempestuosas e insatisfacción conyugal en los matrimonios de los pacientes bipolares (Janowsky, Leff y Eptein, 1970; Hoover y Fitzgerald, 1981; Targum, Dibble, Davenport y Gershon, 1981; Goodwin y Jamison, 1990), incluso cuando el paciente permanece eutímico (Dore et al., 2001; Reinares et al., 2006).

Pese al impacto vital que supone tener que cuidar a una paciente afectada de TB algunos autores han encontrado que esto comporta consecuencias positivas para la vida de las personas que sustentan el rol de cuidador generando sentimientos de gratificación, amor, orgullo y compasión (Veltman, Cameron y Steward, 2002; Maskill, Crowe, Luty y Joyce, 2010), e incluso el 78% de los cónyuges afirman que querían seguir cuidando al paciente a pesar de las dificultades (Lam, Donaldson, Brown y Malliaris, 2005).

Implicaciones legales del TB

Debido a las descompensaciones maníacas típicas de esta enfermedad, el paciente puede desarrollar conductas desinhibidas, inapropiadas y peligrosas. Esto hace que sus problemas legales sean mucho más frecuentes que los de la población normal (Calabrese et al., 2003; Quanbeck, 2004). Además independientemente del grado de severidad de la enfermedad es frecuente que el paciente se comporte de manera agresiva y que el cuidador sea el que tenga más probabilidad de ser el objetivo de esta conducta violenta (Dore et al., 2001).

Por todos estos motivos será de suma importancia que a la hora de realizar la anamnesis de cualquier TB se tenga en cuenta el medio social en el que se encuentra la persona y, sobre todo, su situación familiar y la necesidad de información y apoyo al cuidador, tanto desde el punto de vista directo, previniendo el estrés y la psicopatología asociada, como general, facilitando recursos sociales y programas de psicoeducación que disminuyan, en la medida de lo posible, la carga del cuidador.

Eficacia de la psicoeducación familiar

Resulta evidente, por todo lo expuesto, que la enfermedad del paciente y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente. La importancia del estrés ambiental en la evolución del TB, la carga experimentada por los familiares que conviven con el paciente y la demanda de las familias de recibir más información sobre el TB y para saber elaborar adecuadas estrategias de afrontamiento son algunas de las razones que fundamentan la introducción de intervenciones psi-

coeducativas centradas en la familia del paciente bipolar (Reinares, Colom, Martínez-Arán, Benabarre y Vieta, 2002a; Perlick et al., 2010). Por otro lado la falta de conocimiento sobre la enfermedad genera a menudo desesperación que puede llevar al desarrollo de concepciones erróneas que animan al abuso de sustancias y al incumplimiento del tratamiento (Vieta et al., 2004). Como actualmente sabemos que las creencias de los familiares acerca del TB influyen sobre el nivel de carga que soportan (Perlick et al., 1999b), podemos postular que si modificamos positivamente dichas creencias el nivel de carga mejorará.

Las metas comunes de las intervenciones psicoeducativas incluyen: proporcionar información de la enfermedad y apoyo emocional a los pacientes y sus familias, aumentar el cumplimiento del tratamiento, la profilaxis de recurrencias, evitar el uso de drogas y alcohol, el tratamiento de la ansiedad y del insomnio, administrarle estrategias efectivas de afrontamiento, mejorar el funcionamiento social y ocupacional, así como la calidad de vida, de tal forma que también se reduzca el riesgo suicida (Vieta et al., 2005; Colom et al., 2004a).

Hasta la fecha, diversos estudios sugieren que la intervención familiar junto con el tratamiento farmacológico constituye un recurso eficaz para mejorar la evolución de los pacientes bipolares (Colom et al., 2004b). La intervención familiar de tipo psicoeducativo pretende dotar a las familias de una serie de conocimientos que les permitan mejorar su comprensión, así como facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas y optimizar las estrategias de afrontamiento ante el trastorno (Reinares et al., 2002b); dicha intervención es más eficaz en estadios iniciales de la enfermedad por lo que dicho abordaje debe instaurarse cuanto antes (Reinares et al., 2010).

En algunos casos dicha intervención se ha centrado en aquellos periodos en los cuales el paciente tiene más probabilidades de recaer, especialmente los primeros días tras ser dado de alta del hospital (Haas y Clarkin, 1988; Miklowitz, 1988). Aunque actualmente se tiende a intervenir sobre pacientes cuyos síntomas se han estabilizado, actuando espe-

cialmente sobre los familiares que tienen un mayor nivel de sobrecarga.

Algunos trabajos han señalado que los efectos beneficiosos de la intervención familiar son: reducción del nivel subjetivo de sobrecarga (Fallon y Pederson, 1985; Reinares et al., 2004), disminución de la sintomatología depresiva de los cuidadores (Perlick et al., 2010); mejora del conocimiento acerca de la enfermedad (van Gent y Zwart, 1991; Bauer, 1997; Bauer, McBride, Chase, Sachs y Shea 1998; Reinares et al., 2004), cambio de las creencias sobre el impacto en sus vidas y la enfermedad (Reinares et al., 2004), reducción del número de recaídas (Miklowitz y Goldstein, 1990; Perry, Tarrier, Morris, McCarthy y Limb, 1999; Miklowitz et al., 2000) y de ingresos hospitalarios (Davenport, Ebert, Adland y Goodwin, 1977); además aumenta el tiempo hasta la recurrencia (Reinares et al., 2010) y mejora el cumplimiento terapéutico (Miklowitz, George, Richards, Simoneau y Suddath, 2003). Dichas intervenciones también han demostrado su eficacia en programas a corto plazo (Bernhard et al., 2006; Perlick et al., 2010).

También debemos tener en cuenta que estas medidas supondrían un ahorro económico, por ejemplo Bauer y colaboradores (1997) demostraron que el incremento del uso de los servicios ambulatorios en un programa diseñado para conocer las necesidades de los pacientes con TB estaba asociado a una disminución en el uso de los servicios de urgencia reduciendo los costes de atención a estos pacientes.

Lo que todavía no queda claro es si se debe mezclar a los pacientes y familiares en los grupos psicoeducativos, pero debe señalarse que se ha encontrado eficacia en grupos separados (Reinares et al., 2004; Bernhard et al., 2006).

Conclusión

El cuidador principal de un paciente con TB sufre un gran nivel de sobrecarga que impacta de forma negativa sobre su salud, su familia, su trabajo y su economía. Diferentes estrategias centradas en la psicoeducación de los cuidadores puede reducir este nivel de sobrecarga mejorando el curso y el pronóstico de esta enfermedad.

Referencias

- Barrowclough, C. y Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 171, 26-30.
- Bauer, M.S., McBride, L., Shea, N., Gavin, C., Holden, F. y Kendall, S. (1997). Impact of an easy-access VA clinic-based program for patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 48, 491-496.
- Bauer, M. S., McBride, L., Chase, C., Sachs, G. y Shea, N. (1998). Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 449-455.
- Bernhard, B., Schaub, A., Kummler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemüller, F. et al. (2006). Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *European Psychiatry*, 21, 81-86.
- Birchwood, M. y Cochrane, R. (1990). Families coping with schizophrenia. Doping styles, their origins and correlates. *Psychological Medicine*, 20, 857-865.
- Blazer, DG. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.
- Budd, R. J., Oles, G. y Hughes, I. C. T. (1998). The relationship between coping style and burden in the carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 304-309.
- Butzlaff, R. L. y Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R. M., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A., Keck, P.E., Lewis, L., McElroy, S. L., McNulty, J. P. y Wagner, K. D. (2003). Impact of bipolar disorder on a US community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 425-432.
- Carlson, G. A., Kotin, J., Davenport, Y. B. y Adland, M. (1974). Follow-up of 53 manic-depressive patients. *British Journal of Psychiatry*, 124, 134-139.
- Chakrabarti, S., Kulhara, P. y Verm, S.K. (1992). Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 247-252.

- Chakrabarti, S. y Gill, S. (2003). El afrontamiento (coping) y sus correlatos entre los cuidadores de pacientes con trastorno bipolar: un estudio preliminar. *Bipolar Disorders (Ed Esp.)*, 1, 45-54.
- Chessick, C. A., Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Allen, M. H., Morris, C. D., Marangell, L. B., the STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group (2007). Current ideation and prior suicide attempts of bipolar patients as influences on caregiver burden. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37, 482-491.
- Chessick, C. A., Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Dickinson, L. M., Allen, M. H., Morris, C. D., Gonzalez, J. M., Marangell, L. B., Cosgrove, V., Ostacher, M., the STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. (2009). Suicidal ideation and depressive symptoms among bipolar patients as predictors of the health and well-being of caregivers. *Bipolar Disorders*, 11, 876-884.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004a). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioural therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 6, 480-486.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004b). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. (pp. 17-18). Barcelona: Ars Medica.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Taj, M., Turnbull, J., Wortman, C. B. y Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347-352.
- Davenport, Y. B., Ebert, M. H., Adland, M. L. y Goodwin, F. H. (1977). Couples group therapy as an adjunct to lithium maintenance of the manic patient. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 495-502.
- Dore, G. y Romans, S.E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*, 67, 147-158.
- Dyck, D., Short, R. y Vitaliano, P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61, 411-419.
- Fadden, G., Bebbington, P. y Kupiers, L. (1987a). Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 660-667.
- Fadden, G., Bebbington, P. y Kupiers, L. (1987b). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- Fallon, I. R. H. y Pederson, J. (1985). Family management and the prevention of morbidity in schizophrenia: The adjustment of family unit. *British Journal of Psychiatry*, 42, 887-896.
- Fuller-Jonap, F. y Haley, W. E. (1995). Mental and physical health of male caregivers of a spouse with Alzheimer's disease. *Journal of Aging and Health*, 7, 99-118.
- Gallagher, S. K. y Mechanic, D. (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. *Social Science & Medicine*, 42, 1691-1701.
- George, L. F. y Gower, L. P. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist*, 62, 173-179.
- Gianfrancesco, F. D., Ruey-hua, W. y Yu, E. (2005). Effects of patients with bipolar, schizophrenic, and major depressive disorders on the mental and other healthcare expenses of family members. *Social Science & Medicine*, 61, 305-311.
- Grady, J. y Sainbury, M. (1963). Mental illness and the family. *Lancet*, 1, 1.
- Glitin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L. y Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1635-1640.
- Golberg, J. F., Harrow, M. y Grossman, L.S. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 379-384.
- Goldstein, M. J., Rea, M. y Miklowitz, D. J. (1996). Family factors related to the course and outcome of bipolar disorder. In M. J. Mundt, K. Goldstein, y K. Hahlweg, (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and courses of affective disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Goldstein, M. J., Miklowitz, D. J. y Richards, J. A. (2002). Expressed emotion attitudes and individual psychopathology among the relatives of bipolar patients. *Family Process*, 41, 645-657.
- Gonzalez, J. M., Perlick, D.A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Hernandez, M., Rosenheck, R. A., Culver, J. L., Ostacher, M. J., Bowden, C.L., the STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group (2007). Factors associated with stigma among caregivers of patients with bipolar disorder in the STEP-BD study. *Psychiatric Services*, 58, 47-48.
- Goodwin, F. K. y Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. (pp. 138-139). New York: Oxford University Press.
- Goossens, P. J., Wijngaarden, B., Knoppert-Van Der Klein, E.A. y Achterberg, T. (2008). Family caregiving in bipolar disorder: caregiver consequences, caregiver coping styles and caregiver distress. *The International Journal of Social Psychiatry*, 54, 303-316.
- Gutiérrez-Rojas, L., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J. L., Gutiérrez-Ariza, J. A., Ruiz-Veguilla, M. y Jurado, D. (2008). Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disorders*, 10, 625-634.
- Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D. y Gurpegui, M. (2011). Factors associated with work, social life and family life disability bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*, 186, 254-260.
- Haas, G.L. y Clarkin, J. F. (1988). Affective disorders and the family context. In J. F. Clarkin, G. L. Haas y I. D. Glick (Eds.), *Affective disorders and the family*. (pp. 3-28). New York: Guilford Press.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., Berry, J. y Hughes, G. (1987a). Psychological, social, and health consequences of caring of a relative with senile dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 35, 405-411.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L. y Bartolucci, A. A. (1987b). Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2, 323-330.
- Heru, A. M. y Ryan, C. E. (2004). Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 83, 221-225.
- Honig, A., Hofman, A., Hilwig, M., Noorthoorn, E. y Ponds, R. (1995). Psychoeducation and expressed emotion in bipolar disorders, preliminary findings. *Psychiatry Research*, 56, 299-301.
- Honig, A., Hofman, A., Rozendall, N. y Dingemans P. (1997). Psychoeducation in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*, 72, 17-22.
- Hoening, J. y Hamilton, M.W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *The International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165-176.
- Hooley, J., Rosen, L. R. y Richters, J. E. (1996). Expressed emotion: towards clarifications of a critical construct. In G. Miller (Eds.), *The behavioral high risk paradigm in psychopathology*. New York: Springer.
- Hoover, C. F. y Fitzgerald, R. G. (1981). Marital conflict of manic-depressive patients. *Archives of General Psychiatry*, 38, 65-67.
- Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J. y Carpenter, L. L. (1987). Recurrent depression: An assessment of family burden and family attitudes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 395-400.
- Janowsky, D. S., Leff, M. y Epstein, R. S. (1970). Playing the manic game: interpersonal maneuvers of the acutely manic patient. *Archives of General Psychiatry*, 22, 252-261.
- Johnson, J. H. y Saranson, I. G. (1979). Recent developments in research on life stress. In V. Hamilton y D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach*. Chichester, England: Wiley.
- Jutras, S. y LaVoie, J. P. (1995). Living with an impaired elderly person: the informal caregiver's physical and mental health. *Journal of Aging and Health*, 7, 46-73.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R., Speicher, C. E., Trask, O.J. y Glaser, R. (1991). Social caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 53, 345-362.
- Kim, E. Y. y Miklowitz, D. J. (2004). Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *Journal of Affective Disorders*, 82, 343-352.
- King, S. y Dixon, D. J. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 377-386.
- Kupiers, L. y Bebbington, P. (1985). Relatives as a resource in management of functional illness. *British Journal of Psychiatry*, 147, 465-470.
- Lam, D., Donaldson, C., Brown, Y. y Malliaris, Y. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 7, 431-440.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- López, A. D. y Murray, C. (1998). The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*, 4, 1241-1243.

- Lowery, K., Mynt, P., Aisbett, J., Dixon, T., O'Brien, J. y Ballard, C. (2000). Depression in the caregivers of dementia sufferers: a comparison of the caregivers of patients suffering from dementia with Lewy bodies and the caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Affective Disorders*, 59, 61-65.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Xavier, M., Held, T., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P. y Maj, M. (1998). Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 413-419.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., Malangone, C., Marasco, C. y Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 109-115.
- Mandelbrote, B. M. y Folkard, S. (1961). Some problems and needs of schizophrenics in relation to a developing psychiatric community service. *Comprehensive Psychiatry*, 2, 317-328.
- Marriot, A., Donaldson, C., Tarrier, N. y Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioral family intervention in reducing the burden of care in carers patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.
- Martire, L. M., Hinrichsen, G. A., Morse, J. Q., Reynolds, C.F., Gildengers, A. G., Mulsant, B. H., Schultz, R., Frank, E. y Kupfer, D. J. (2009). The mood disorder burden index: a scale for assessing the burden of caregivers to adults with unipolar or bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 168, 67-77.
- Maskill, V., Crowe, M., Luty, S. y Joyce, P. (2010). Two sides of the same coin: caring for a person with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 535-542.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Neuchterlein, K. H., Snyder, K.S. y Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Doane, J.A., Neuchterlein, K. H., Strachan, A. M., Snyder, K.S. y Magaña-Amato, A. (1989). Is expressed emotion an index of a transactional process? I. Parents' affective style. *Family Process*, 28, 153-167.
- Miklowitz, D. J. y Goldstein, M. J. (1990). Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behavior Modification*, 14, 457-489.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N. y Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48, 582-592.
- Miklowitz, D. J., George, E.L., Richards, J. A., Simoneau, T.L. y Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-912.
- Mino, Y., Shimodera, Sh., Inoue, Sh., Fujita, Sh. y Kanazawa, S. (2001). Expressed emotion of families and the course of mood disorders: a cohort study in Japan. *Journal of Affective Disorders*, 63, 43-49.
- Muela, J. A., Torres, C. J. y Peláez, E. V. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Actas Psiquiátricas y Psicológicas de América Latina*, 18, 319-331.
- Mueser, K. T., Webb, C., Pfeiffer, M., Gladis, M. y Levinson, D. F. (1996). Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals. *Psychiatric Services*, 47, 507-511.
- Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P. y Sharma, R. (2005). Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 329-336.
- O'Connell, R.A., Mayo, J.A., Flatow, L., Cuthbertson, B. y O'Brien, B.E. (1991). Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *British Journal of Psychiatry*, 159, 123-129.
- O'Reilly, F., Finnan, F., Allwright, S., Smith, G. D. y Ben-Shlomo, Y. (1996). The effects of caring for a spouse with Parkinson's disease on social, psychological and physical well-being. *The British Journal of General Practice*, 46, 507-512.
- Ogilvie, A. D., Morant, N. y Goodwin, G.M. (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7, 25-32.
- Opie A. (1992). *There's Nobody There*. Oxford: Oxford University Press.
- Ostacher, M. J., Nierenberg, A. A., Iosifescu, D. V., Eidelman, P., Lund, H. G., Ametrano, R. M., Kaczynski, R., Calabrese, J., Miklowitz, D. J., Sachs, G. S. y Perlick, D. A. (2008). Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 49-56.
- Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasl, S., Freemam, D. H. y Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 135, 356-368.
- Peele, P. B., Xu, X. y Kupfe, D. J. (2003). Insurance expenditures on bipolar disorder: clinical and parity implications. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1286-1290.
- Perlick, D. A., Stastny, P., Mattis, S. y Teresi, J. (1992). Contributions of family, cognitive and clinical dimensions to long-term outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6, 257-265.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J., y Raue, P. (1999a). Symptoms predicting inpatient service use among patients with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 50, 806-812.
- Perlick, D. A., Clarkin, J. F., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S., Struening, E. y Rosenheck, R. (1999b). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175, 56-62.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Raue, P. y Sirey, P. H. (2001). Impact on family burden and primary care services on clinical outcome in bipolar affective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 31-37.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Maciejewski, P. K., Sirey, J., Struening, E., Link, B. G. (2004). Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55, 1029-1035.
- Perlick, D. A., Hohenstein, J. M., Clarkin, J. F., Kaczynski, R. y Rosenheck, R. A. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 7, 126-135.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., Ostacher, M., Patel, J. y Desai, R. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 9, 262-273.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Link, B., Ketter, T., Wisniewski, S., Wolff, N. y Sachs, G. (2008). Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 484-491.
- Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Lopez, N., Chou, J., Kalvin, C., Adzhiasvili, V. y Aronson, A. (2010). Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12, 627-637.
- Perry, A., Tarrier, N., Morris, R., McCarthy, E. y Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.
- Pollack, C. P. y Perlick, D. (1991). Sleep problems and institutionalization of the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 4, 204-210.
- Priebe, S., Wildgrube, C. y Müller-Oerlinghausen, B. (1989). Lithium profilaxis and expressed emotion. *British Journal of Psychiatry*, 154, 396-399.
- Quanbeck, C.D. (2004). *Bipolar illness, substance abuse comorbidity and the legal system*. Nueva York: Annual Meeting of the American Psychiatric Association.
- Reinares, M., Colom, F., Martínez-Arán, A., Benabarre, A. y Vieta, E. (2002a). Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 2-10.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Torrent, C., Comes, M., Benabarre, A., et al. (2002b). Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona*, 29, 97-105.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent, C. y Comes, M. (2004). Impact of psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 312-319.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Daban, C. y Sánchez-Moreno, J.

- (2006). What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *Journal of Affective Disorders*, 94, 157-163.
- Reinares, M., Colom, F., Rosa, A. R., Bonnín, C.M., Franco, C., Solé, B., Kapczinski, F. y Vieta, E. (2010). The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *Journal of Affective Disorders*, 123, 81-86.
- Scazufca, M. y Kupiers, E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 174, 154-158.
- Scharlach, A., Runkle, M., Midanik, L. y Soghikian, K. (1994). Health conditions and service utilization of adults with elder care responsibilities. *Journal of Aging and Health*, 6, 336-352.
- Schulz, R. y Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health's effects study. *JAMA*, 282, 2215-2219.
- Sherbourne, C. D. y Steward, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705-714.
- Simon, G. E. (2002). Why we care about the economic and social burden of bipolar disorder. En M. Maj, H. Akiskal, J.J. López-Ibor, N. Sartorius (Eds.), *Bipolar Disorder-WPA Series on evidence and Experience in Psychiatry* (pp. 441). Londres: John Wiley & Sons.
- Steele, A., Maruyama, N. y Galynker, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 121, 10-21.
- Struening, E. L., Stueve, A., Vine, P., Kreisman, D. E., Link, B. G. y Herman, D. B. (1995). Factors associated with grief and depressive symptoms in caregivers of people with serious mental illness. *Research Communication in Mental Health*, 8, 91-124.
- Surtees, P. G. (1980). Social support, residual adversity and depressive outcome. *Social Psychiatry*, 15, 71-78.
- Targum, S. D., Dibble, E. D., Davenport, Y. B. y Gershon, E. S. (1981). The Family Attitudes Questionnaire: Patients' and spouses' views of bipolar illness. *Archives of General Psychiatry*, 38, 562-568.
- van der Voort, T.Y., Goossens, P. J. y van der Bijl, J. J. (2009). Alone together: a grounded theory study of experienced burden, coping, and support needs of spouses of persons with a bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 434-443.
- van Gent, E. M. y Zwart, F. M. (1991). Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *Journal of Affective Disorders*, 21, 15-18.
- van Wijngaarden, B., Schene, A. H., Koeter, M., Vazquez-Barquero, J. L., Knudsen, H. C., Lasalvia, A. y McCrone, P. (2000). Care giving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire – European Version – Epsilon Study 4. *British Journal of Psychiatry*, 176, 21-27.
- Veltman, A., Cameron, J. I. y Steward, D. E. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 108-114.
- Vieta, E. (2000). Trastornos bipolares. En J. Vallejo, C. Gastó (Eds.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 328-379). 2ª ed. Barcelona: Masson.
- Vieta, E. y Colom, F. (2004). Psychological interventions in bipolar disorder: from wishful thinking to an evidence-base approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 422, 34-38.
- Vieta, E., Pacchiarotti, I., Scott, J., Sánchez-Moreno, J., di Marzo, S. y Colom, F. (2005). Evidence-based research on the efficacy of psychologic interventions in bipolar disorders: A critical review. *Current Psychiatry Reports*, 7, 449-455.
- Wolff, N., Perlick, D. A., Kaczynski, R., Calabrese, J., Nierenberg, A. y Miklowitz, D. J. (2006). Modeling costs and burden of informal caregiving for persons with bipolar disorder. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 99-110.
- Wyatt, R. J. y Henter, I. (1995). An economic evaluation of manic-depressive illness – 1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 213-219.
- Zarit, W. R. y Zarit, J. M. (1987). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. Pennsylvania State University.
- Zergaw, A., Hailemariam, D., Alem, A., y Kebede, D. (2008). A longitudinal comparative analysis of economic and family caregiver burden due to bipolar disorder. *African Journal of Psychiatry*, 11, 191-198.

(Artículo recibido: 14-11-2011, revisado: 18-06-2012, aceptado: 26-07-2012)