

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Revista electrónica de
Psicología Iztacala



Revista Electrónica de Psicología Iztacala
Vol. 12 No. 4

Diciembre de 2009

OBJETIVOS Y EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS BIPOLARES

Andrés Fernando López Pell¹ y Elena Laura Rodríguez²
Universidad Católica de Santa Fe, Argentina - FUNSALED

Resumen

La terapia cognitiva para Trastornos bipolares lejos de evitar las opciones farmacológicas, propicia que ambos abordajes funcionen de forma complementaria potenciando sus resultados. En este trabajo se realiza una presentación organizada de los objetivos y los factores centrales a tener en cuenta para la terapia cognitiva para estos padecimientos (i.e., psicoeducación, programas de adhesión a la medicación, programas de modificación de la dinámica relacional y familiar del paciente). Se realiza un recorrido sobre la evidencia de la eficacia e incidencia de estos factores en el abordaje global de estos desordenes.

Palabras claves: trastornos bipolares, terapia cognitiva, eficacia

¹ Philosophiae Doctor (Ph.D) y Profesor en Psicología, Especialista en Psicología Clínica con orientación en docencia e investigación, docente titular de las cátedras "Psicología clínica de adultos y gerontes", "Seminario de Psicología Positiva" e investigador de la Universidad Católica de Santa Fe (UCSF), Profesor Titular de la Cátedra "Métodos y Técnicas psicoterapéuticas" Universidad Abierta Interamericana, Jefe de servicio de salud mental de FUNSALED, Miembro de la IACP International Asociation Cogniteve Psychotherapy, de la AATC Asociación Argentina de Terapia Cognitiva y de AIDEP Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. Director de la Diplomatura en psicoterapias cognitivas UCSF y de la Diplomatura Superior en Terapia Cognitiva UAI, alopezpell@funsaled.org.ar

² Licenciada en Psicología (UCSF). Ha realizado varias presentaciones en eventos académicos y ha publicado artículos en revistas científicas. Su trabajo final de carrera versó sobre la importancia de la psicoeducación en los trastornos bipolares, rodriguezlati@hotmail.com

OBJETIVES AND EFFECTIVENESS OF THE COGNITIVE THERAPY FOR BIPOLARS DISORDERS

Abstract

The cognitive therapy for bipolar disorders instead of avoid the pharmacologists options, propitious that both treatments work together in order to improve their results. This work offers an organized presentation about objectives and central factors to attend in cognitive therapy for these sufferers (i.e., psicoeducation, medication's adherence programmes, modification's relational and familiar dynamic to the patient programmes). Also it presents a review about the effectiveness' evidence and incidence of these factors in the disorders' global treatments.

Key words: Bipolars disorders, cognitive therapy, effectiveness.

Introducción

Los Trastornos bipolares (TBS), antes conocidos como psicosis maníaco-depresivas, presentan un abanico de síntomas del estado de ánimo. Los problemas de orden afectivo, cognitivo y conductual asociados a los TBS suelen darse en ciclos de sintomatología que causan múltiples interrupciones negativas en la vida y en la salud de los pacientes, algo que muchas veces les exige estar en tratamiento durante toda la vida.

El curso natural del Trastorno bipolar (TB) es episódico y con frecuencia supone recidivas. Si los pacientes no reciben tratamiento corren el riesgo de sufrir un empeoramiento progresivo del trastorno con el paso del tiempo (Cutler & Post, 1982; Goldberg & Harrow, 1999). Este empeoramiento puede suponer lapsos de normalidad más breves, episodios sintomáticos de mayor duración y una sensación de desesperanza más profunda. Un buen comportamiento premórbido puede mitigar hasta cierto punto estas consecuencias negativas. Sin embargo, con los años puede producir un *efecto mecha* (Post & Weiss, 1989) por el que se experimentan recidivas sintomáticas tras una provocación cada vez menor debida al estrés, a los cambios de rutina o al trauma fisiológico. Por lo menos la mitad de los pacientes que reciben tratamiento no responden a él o sufren una rápida recidiva tras una buena respuesta inicial (Gitlin, Swendsen, Heller & Hammen,

1995; Goldberg, Harrow & Grossman, 1995). Así pues, el campo de la salud mental se enfrenta al desafío de desarrollar y administrar formas más enérgicas de farmacoterapia y de psicoterapia para afrontar este trastorno con más éxito.

Si bien la literatura existente sobre TBS trata mucho el tema del estrés y su relación con los episodios orientados hacia el polo maniaco, poco se habla de la disociación y su posible relación con estos trastornos. La disociación es una forma especial de conciencia en la cual eventos que normalmente estarían conectados, se hallarían separados uno de otros (Spiegel, 1993). En condiciones normales, tiene funciones adaptativas como por ejemplo, resolución de conflictos irreconciliables, automatización de conductas, aislamiento de experiencias catastróficas, entre otras. La disociación patológica está caracterizada por disrupciones de la memoria con un profundo impacto en el sentido de identidad. Se produce una disrupción en la unidad de conciencia, las funciones mentales están separadas, operando autónomamente y el sentido de identidad se encuentra alterado (Cazabat, 2003). Un estudio llevado a cabo Leverich, Perez y Luckenbaugh (2002) permitió reconocer cierta asociación entre estrés (e.g., autodeclaración de abuso físico o sexual tempranos) y un inicio más precoz del TB; un curso más grave de la enfermedad; mayor comorbilidad con el Eje I, II, y III; falta o pérdida de apoyo social y médico continuado, y un aumento en la incidencia de intentos de suicidio graves. Estas relaciones sugieren que existe, además, una asociación entre el trauma de la infancia y la disociación entre los pacientes con TB.

Cualquiera que tenga experiencia en el tratamiento de pacientes con TBS habrá podido observar las dificultades que presentan éstos en su sentido de sí mismos ante la alternancia de episodios afectivos. Oedegaard, Neckelmann, Benazzi, Syrstad, Akiskal y Bernt Fasmer (2008) encontraron que en pacientes con trastornos del humor, con frecuencia se observan síntomas disociativos, pero apenas se dispone de información sobre la posible asociación entre estos síntomas. En sus investigaciones encontraron que los síntomas disociativos se asocian con características bipolares y con el temperamento ciclotímico. Lamentablemente los protocolos de tratamientos de los TBS en general no

incluyen entre sus objetivos el abordaje de la disociación cuando se da en forma patológica. Esto podría ser uno de los factores que influyen en la mala o escasa respuesta a los tratamientos.

Según Cazabat (2003) el trauma es una realidad permanentemente presente a lo largo de la historia de la humanidad. Aunque las reacciones psicológicas frente a hechos traumáticos han sido observadas desde hace ya más de un siglo, han caído más de una vez en el olvido. Recién en las dos últimas décadas, sustentado en los movimientos pacifistas y en los movimientos contra la violencia doméstica y sexual, ha crecido el interés en el estudio del trauma psicológico y sus consecuencias. En relación a esto, Post (2004) constató, en una muestra de pacientes bipolares, que el tiempo sin tratamiento era significativamente mayor entre quienes referían historia de traumatización sexual, en comparación con quienes no referían dicho antecedente. Este autor plantea que la agresión sexual es un factor pronóstico que debe ser activamente identificado de manera de intervenir más pronto, con el fin de evitar un curso adverso (i.e., mayor gravedad del cuadro, mayor número de intentos de suicidio, mayor comorbilidad y pérdida paulatina del apoyo social). Debido a esto es que coincidiríamos con Ibaceta Watson (2007) cuando plantea que la psicoterapia aparece como la indicación principal en pacientes con un trastorno del estado de ánimo y que presentan historia de trauma temprano.

Estos trastornos tan perjudiciales están asociados a dificultades acusadas en la actividad laboral, al consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias, a la discordia en las relaciones familiares y afectivas, y a una sensación general de desesperanza (Goldberg & Harrow, 1999; Lam, Jones, Hayward & Bright, 1999). Además se caracterizan por presentar una alta tasa de comorbilidad y trastornos asociados que hacen más grave su expresión, mayor probabilidad de recaídas y grandes dificultades para su identificación, diagnóstico y abordaje clínico. La probabilidad de presencia de pánico, ansiedad generalizada, abuso de sustancias y trastornos de personalidad es considerablemente alta. En un estudio realizado, el 81% de las personas con TB presentó una fuerte comorbilidad con condiciones médicas tales como enfermedades coronarias, hipertensión, diabetes,

hipertiroidismo. También elevadas tasas de tabaquismo, abuso de drogas y alcohol y pobre cuidado de sí mismo (Leahy, 2007). Por otro lado, Rizvi y Zaretsky (2007) estiman que el 67% de pacientes bipolares presenta una comorbilidad importante con el Eje I o II del DSM-IV.

Los TBS se pueden describir como una mezcla de síntomas del estado de ánimo en los que se dan fluctuaciones entre estados de manía y depresión. La combinación concreta de estos síntomas tiene repercusiones directas para el diagnóstico y el pronóstico. Aunque el TB es mucho menos frecuente que la depresión unipolar, afecta a un porcentaje de la población adulta que oscila entre el 0,8 y el 1,6 % (Kessler et al, 1994; Robins et al, 1984). Otra distinción entre la depresión unipolar y el TB es que la primera se da en una proporción aproximada de 2 a 1 entre mujeres y hombres, mientras que el TB se distribuye de una manera bastante uniforme entre las dos poblaciones (Goodwin & Jamison, 1990; Lam et al, 1999). En realidad, los datos no indican ninguna diferencia apreciable en la incidencia del TB en función del sexo, la edad o la cultura (Bauer & McBride, 1996). Sin embargo desde las décadas de 1940 y 1950 se ha dado un claro aumento en la incidencia del TB (Gershon, Hamovit, Guroff & Numberger, 1987), además de un adelanto en el inicio del primer episodio. Hoy por hoy, esta desconcertante tendencia no se comprende bien, aunque Goodwin, Goldberg y Harrow (1999) plantea hipótesis como las siguientes: a) el consumo creciente de alcohol y de otras sustancias en la sociedad ha producido un aumento de la resistencia al litio; b) el marcado aumento de la movilidad social y de los índices de divorcio han provocado más estrés y han reducido el apoyo social en la vida de los pacientes potenciales de TB; y c) un mecanismo genético relacionado con un ADN inestable puede haber contribuido al desarrollo de una forma más maligna de TB.

El inicio del TB suele darse al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. El primer episodio también puede que aparezca a una edad más avanzada, aunque esto es menos común. Hay algunos indicios de que la enfermedad se puede detectar en niños, sobre todo en los que muestran comportamiento descontrolado o depresión clínica, o que han sido diagnosticados previamente con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (e.g.,

Bowden & Rhodes, 1996; Geller & Luby, 1997; West, McElroy, Strakowski, Keck & McConville, 1995). En función de la edad de inicio, algunos autores (Hilty & Leamon 2006) afirman que el trastorno bipolar I presenta un inicio promedio a los 18 años y el trastorno bipolar II a los 22.

Uno de los aspectos del curso del trastorno que más problemas causa es la muy elevada probabilidad de recidivas, que oscila entre el 80 y el 90 % para un período de unos años (e.g., Tohen, Waternaux & Tsuang, 1990; Winokur, Clayton & Reich, 1969). Y aunque no se produzca una recidiva clara y completa, muchos pacientes siguen sufriendo síntomas subsindrómicos entre episodios (Goodwin, Goldberg & Harrow 1999).

No se puede dejar de mencionar, que el TB es la sexta causa de morbilidad en el mundo con una incidencia del 3,4% (Moizeszowics, 2008). Una cuarta parte de los pacientes realizan tentativas suicidas, con una tasa de mortalidad superior a 10%. Entre el 17-19% suele ocurrir habitualmente en el curso de la enfermedad y en asociación con una fase depresiva o fases mixtas con síntomas disfóricos o agitación (Bousoño, Baca, Álvarez, Eguiluz, Martín & Roca, 2008). Se observa un índice más elevado de suicidio en mujeres que en varones.

Los factores etiológicos que se le atribuyen al TB son muchos y diversos. Entre los más citados se encuentran la predisposición genética a ciertas vulnerabilidades de carácter bioquímico, unos niveles críticos de estrés -incluidos los problemas familiares- y un estilo cognitivo que tiene efectos adversos en la emotividad, exacerbando e incluso activando los problemas biológicos que provocan los síntomas (Bauer & McBride, 1996).

Investigaciones realizadas por varios autores (e.g. Zaretsky, Segal & Fefergra (2007) han demostrado que los factores psicosociales tales como los acontecimientos de la vida, el entorno familiar, el estilo cognitivo y la contención social desempeñan un papel importante en el riesgo de la aparición, además de su curso y modo de expresión (Brissoss, Dias & Kapczinski, 2008).

Para Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington y Gyulai (2005) el TB es muy heterogéneo y de difícil pronóstico general. No obstante, para su abordaje se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones: a) no remite

espontáneamente y permanece en un estado latente; b) en la inmensa mayoría de casos exige una intervención farmacológica, por lo menos como parte del tratamiento; y c) tiende a empeorar con el tiempo si el tratamiento se abandona, se retrasa, se interrumpe o se combina con alcohol u otras sustancias. Además, se acepta que los TB I y II, aunque están muy relacionados entre sí, representan niveles diferentes de gravedad: el TB II se considera la forma menos virulenta porque no supone episodios maníacos completos (Vieta, Colom & Martínez-Arán, 2004). Sin embargo, y con independencia del subtipo de TB del que se trate, es importante evaluar el pronóstico y el resultado de la manera más significativa posible para los propios pacientes. Evaluar el resultado desde el punto de vista del paciente nos advierte de la necesidad de observar variables más pertinentes a la calidad general de vida. Normalmente, estas incluyen la capacidad de seguir estudiando, de tener un empleo remunerado, de participar en actividades sociales -incluyendo establecer y mantener unas relaciones sentimentales serias a largo plazo- y de establecer buenas relaciones con los familiares, además de la ausencia o la minimización de efectos secundarios crónicos de la medicación. Atento a esto es que para poder mejorar la calidad de vida de las personas que padezcan este trastorno, resulta necesario, como psicólogos, sin dejar de tener en cuenta otros tipos de tratamientos (e.g., psicofarmacológicos), brindar información para responder el siguiente interrogante: ¿de qué manera se pueden abordar psicoterapéuticamente este tipo de desordenes mentales?

Desarrollo del tema

En relación al tratamiento del TB la guía clínica de la American Psychiatric Association (1994) plantea que hoy no hay cura, aunque sí tratamientos que disminuyen la morbilidad y mortalidad asociadas. El objetivo específico del mismo es disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias psicosociales de los episodios y mejorar el funcionamiento psicosocial interepisodico. Los estabilizadores del estado de ánimo que se han utilizado son el litio, fundamentalmente, junto al valproato de sodio y la carbamazepina. También en ocasiones se combinan con neurolépticos (clorpromazina), y ansiolíticos como las

benzodiazepinas, entre otros. El litio es erróneamente considerado como la cura para el TB (Kupfer & Frank, 1997). Es de gran ayuda, pero no es la solución definitiva para este trastorno. Además, algunos expertos comentan el declive en su eficacia en las últimas cuatro décadas, en parte debido al incumplimiento de la medicación, dosis y educación del paciente que pocas veces asume el curso de su enfermedad (Frank, Swartz, Mallinger, Thase, Weaver & Kupfer, 1999), aparte de la comorbilidad del TB con otros trastornos como por ejemplo abuso de sustancias (Strakowski & DelBello, 2000).

Pérez Ceballos, Vega-Gil, Sánchez y Armijo (2006) sostienen que aunque el litio es el fármaco de primera elección, hay pacientes que no responden al mismo o que presentan importantes efectos secundarios, siendo necesario la introducción alternativa del uso de antiepilépticos modernos, como por ejemplo la lamotrigina. Este fármaco se ha comenzado a utilizar con éxito en la actualidad, otorgando mayor efectividad que el litio durante la fase depresiva bipolar. Moizeszowics (2008) concluye que el litio es más eficaz en la prevención de la manía y la lamotrigina en la depresión, a la vez de producir mejorías en el funcionamiento global. Por ello una revisión en 1994 del *National Institute of Mental Health* concluía que:

Es claro que la farmacoterapia sola no permite cubrir las necesidades de muchos pacientes bipolares. Incluso con una adecuada medicación, muchos pacientes fracasan en conseguir una completa recuperación de los episodios agudos y manifiestan déficits sintomáticos y funcionales durante el período interepisodico. Prien y Rush (1996, p. 217).

Debido a esta situación es que resultan necesarias otras alternativas de tratamiento, que lejos de evitar las opciones farmacológicas, funcionen de forma complementaria potenciando los posibles beneficios de ambas. Es aquí donde las psicoterapias adquieren especial relevancia en el abordaje global de estos desordenes. Recién en la última década los tratamientos psicológicos o las intervenciones psicosociales para el TB se han ido abriendo paso y hoy se consideran imprescindibles para mejorar varios aspectos la vida del paciente. Las distintas intervenciones se han orientado básicamente a incrementar la adherencia

al régimen de medicación, disminuir las hospitalizaciones y las recaídas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Según Craighead, Miklowitz, Vajk, y Frank (1998) para abordar los TBS eficazmente el tratamiento psicoterapéutico debe contar con intervenciones destinadas a la psicoeducación, mejorar la adherencia a la medicación, disminuir las variaciones anímicas, reconocimiento de los periodos prodrómicos (i.e., intervalo de tiempo desde que los primeros síntomas son reconocidos hasta cuando alcanzan la máxima severidad) de los episodios afectivos y a mejorar la dinámica relacional y familiar del paciente. Si bien existen varios dispositivos psicoterapéuticos para los desordenes bipolares, el que se piensa que cuenta con una propuesta integral que contemple el tipo de intervenciones planteadas anteriormente es el Cognitivo. Es por esto que este trabajo se limitará exclusivamente a este tipo de abordaje psicoterapéutico en sus distintos niveles de intervención para el tratamiento del TB. Hasta aquí se ha enunciado los objetivos que se desean alcanzar mediante un tratamiento Cognitivo, ahora resulta pertinente hacer una breve descripción de las intervenciones planteadas desde esta corriente y de la evidencia existente sobre la eficacia de las mismas.

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en las teorías sobre el procesamiento patológico de la información en los trastornos mentales. Se dirige esencialmente a modificar las cogniciones distorsionadas o desadaptativas y las alteraciones conductuales y emocionales que conllevan. El énfasis se pone en problemas específicos o cuestiones de la vida actual del paciente porque estimula la elaboración de planes de acción que pueden ayudar a contrarrestar síntomas disfuncionales. Se pretende lograr una valoración precisa y objetiva de la validez de las cogniciones y la naturaleza adaptativa de las conductas frente a las desadaptativas. Si se producen distorsiones cognitivas, el paciente y el terapeuta trabajan juntos para desarrollar una perspectiva más adecuada (i.e., empirismo colaborativo). Por otra parte, si se identifican experiencias o características actuales negativas, se intentará encontrar formas de

afrontarlas o de cambiarlas (para una revisión más amplia véase Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Ellis & Grieger, 1981).

Para Newman et al (2005) los factores cognitivos que inciden en los TBS son: estilos de atribución, perfeccionismo, deficiencias en la resolución de problemas, aumento de la sociotropía y la autonomía, prejuicios en la toma de decisiones, esquemas inadaptados y los modos o redes integradas de actuación cognitiva-afectiva-conductual. Partiendo de esta base idearon un modelo para facilitar la comprensión del TB. Para estos autores los sistemas de creencias -o esquemas- de los bipolares interaccionan con su percepción espontánea de los sucesos u otras situaciones vitales importantes que actúan como disparadores. El resultado sería una intensa experiencia subjetiva que entra en interacción con el estado biológico y determinaría el estado de ánimo y la conducta. Cuando estos esquemas o rasgos cognitivos ya consolidados entran en acción, influirían en el procesamiento de la información haciendo que el individuo tienda a fijarse en la información coherente con el esquema y le dé un valor excesivo. Se podría decir a modo de ejemplo, que de esta manera, durante la fase depresiva se activaría un esquema negativo que dirigiría el recuerdo hacia sucesos de pérdida o de rechazo y centre la atención del momento presente en la posibilidad de fracaso. En cambio durante la fase maníaca se activaría un esquema positivo que podría conducir a decisión errónea basada en un olvido selectivo de la necesidad de prudencia y moderación. La irritabilidad tan común en los episodios maníacos podría indicar la lucha simultánea con las implicaciones del polo opuesto (i.e., negativo) del esquema. Esta irritabilidad y la conciencia de esquemas positivos y negativos a la vez, podrían verse especialmente de manifiesto en los episodios mixtos (véase Figura 1).

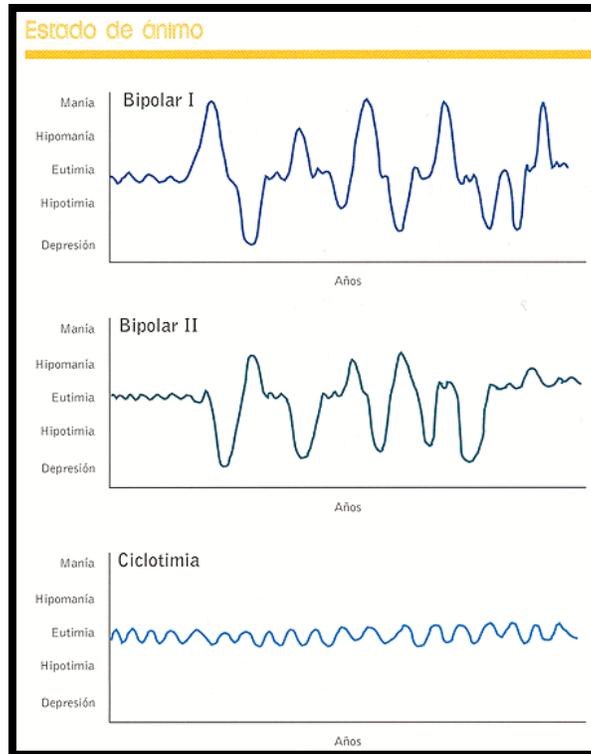


Figura 1. Comportamiento sintomatológico por tipo de TBS

Según Newman et al (2005) el objetivo principal en el caso del abordaje de los TBS, desde esta perspectiva, es aplicar los principios de la terapia cognitiva a los pacientes para que se adhieran a la medicación, adquieran habilidades y reduzcan los problemas que acarrea el TB. En torno a la eficacia de este modelo se puede hacer mención a varios estudios que han presentado evidencia empírica sobre la misma. En una investigación realizada por Cochran (1984) 28 pacientes fueron asignados al azar a un grupo control, tomando litio, y a un grupo experimental, en donde tomaban también litio, y además se los entrenó en los principios cognitivo-conductuales para alterar las cogniciones y conductas que podrían interferir con la toma de medicación. El tratamiento constaba de 6 sesiones individuales, de una hora de duración, una vez a la semana. Tanto al final del tratamiento como en el seguimiento a los 6 meses el grupo experimental tenía menor número de hospitalizaciones (2 vs. 8), menor número total de recaídas (9 vs. 14) y menos episodios de trastornos del estado de ánimo (3 vs. 8).

Por otro lado, una muestra heterogénea de 253 pacientes bipolares fue agrupada al azar para recibir 22 sesiones de terapia cognitiva o para recibir tratamiento sólo farmacológico (Scott, Paykel & Morriss, 2006). Se realizó un seguimiento durante 18 meses que reveló que el tiempo de eutimia hasta el próximo episodio fue significativamente mayor en el tratamiento con pacientes con menos de 12 episodios previos bipolares luego de recibir terapia cognitiva además de la farmacológica (Rizvi & Zaretsky, 2007). Estos autores concluyen que la terapia cognitiva es beneficiosa para los pacientes con trastornos del estado de ánimo menos complejos y que atraviesan los primeros estadios de la enfermedad.

En otro trabajo Lam et al (2000) realizaron un estudio piloto con 25 pacientes con TB tipo I a los que aplicaron terapia cognitiva, de 12 a 20 sesiones, a lo largo de un período de tiempo de 6 meses. De ellos, mediante asignación al azar, 13 formaron el grupo de terapia y 12 el de control. Cuando entraron en tratamiento todos estaban tomando medicación. El grupo control recibió el tratamiento habitual para pacientes externos. El grupo de terapia, recibió tratamiento cognitivo-conductual orientado a la prevención de la recaída que se compone de terapia cognitiva (derivada de Beck), modelo psicoeducativo (el TB como una enfermedad de estrés-diátesis), habilidades cognitivas y conductuales para afrontar los pródromos, importancia de la rutina y del sueño y saber qué hacer con la vulnerabilidad y dificultades a largo plazo como resultado de la enfermedad. Como resultado de estas intervenciones se encontró que 10 pacientes en el grupo de terapia y 2 en el de control no tuvieron episodios bipolares a lo largo de los 12 meses de seguimiento. En el grupo control hubo significativamente más episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos, episodios de hospitalización y número de episodios totales, que en el grupo de tratamiento. Ningún paciente del grupo de tratamiento fue hospitalizado a lo largo de los 12 meses de seguimiento. En otras medidas, como depresión o cumplimiento con la medicación, también se hallaron diferencias favorables. La conclusión de este estudio es que los pacientes que participaron en el grupo de tratamiento, respecto al de control, estuvieron mejor, especialmente por tener pocos episodios bipolares a lo largo del seguimiento y menos hospitalizaciones. Como era de esperar, los sujetos del grupo de

tratamiento, a los 12 meses, tenían niveles más bajos de síntomas maníacos y depresivos. Además, tenían un mejor funcionamiento social, autocontrol y afrontamiento de los pródromos de manía y depresión. También continuó consiguiendo incrementar sus logros una vez finalizado el tratamiento, indicando que el modelo cognitivo de adquisición de habilidades funcionó adecuadamente. En síntesis, en varios estudios sobre la terapia cognitiva- conductual se ha demostrado que este abordaje es una alternativa de comprobada eficacia para el tratamiento de los TBS.

Una vez analizada la evidencia empírica sobre la eficacia del tratamiento mencionado se estima pertinente clasificar la misma siguiendo los criterios propuestos por la División 12 de la American Psychological Association. Para establecer las condiciones de inclusión de los tratamientos en las diferentes categorías de apoyo empírico, se deben conocer las mismas, a saber:

1. Tratamiento bien establecido, al menos dos estudios con diseño de grupo, llevados a cabo por investigadores diferentes, deben haber demostrado la eficacia del tratamiento en una o más de las siguientes maneras: a. El tratamiento es superior al tratamiento farmacológico o al placebo, o a otro tratamiento; b. El tratamiento es equivalente a otro establecido en estudios con adecuado poder estadístico. Otra condición de inclusión posible es demostrar eficacia mediante una serie amplia de estudios de caso único. Estos estudios deben tener un buen diseño experimental o haber comparado la intervención dentro del modelo de diseño único con el placebo, con la intervención farmacológica o con otros.
2. Tratamiento probablemente eficaz, dos estudios deben mostrar que el tratamiento es más eficaz que un grupo control en lista de espera; o en dos estudios se deben cumplir los criterios de tratamiento bien establecido pero son llevados a cabo por el mismo investigador; o se demuestra la efectividad del tratamiento en al menos dos buenos estudios pero existe una gran heterogeneidad en las muestras de clientes; o usando metodología de caso único se reúnen los criterios para tratamiento bien establecido, pero la serie de estudios es pequeña (menos de tres).

3. Tratamiento en fase experimental, aquellos que no pueden enmarcarse en las categorías anteriores, aunque existan indicios experimentales prometedores de que se pueden alcanzar los niveles de eficacia establecidos.

Al seguir estos lineamientos se podría decir en base a la evidencia presentada que la terapia cognitiva se encuadraría dentro de la categoría 'Tratamiento probablemente eficaz'.

Programas para aumentar la adherencia a la medicación

En los TBS se pueden presentar bruscas fluctuaciones de sintomatología afectiva, tanto hacia el polo depresivo como hacia el maníaco. Es por esto que el objetivo central de los tratamientos psicofarmacológicos es la estabilización del estado del ánimo. Debido a esto es que la elección medicamentosa en sí está orientada hacia los denominados estabilizadores del estado del ánimo o antirrecurrenciales (e.g., litio, valproato de sodio, carbamazepina). Ante las variaciones neuroquímicas que presentan estos cuadros es de suma importancia que los pacientes tengan una adecuada adherencia a la medicación. Con ella se pueden evitar las recaídas y se puede lograr una mayor estabilidad en el paciente. Con este objetivo, varios programas de psicoeducación se han desarrollado para mejorar la adherencia a la medicación. Este abordaje constituye quizás uno de los de mayor aceptación y se considera imprescindible de incluir en forma conjunta a la medicación.

En relación a su eficacia en un trabajo Seltzer, Roncani y Garfinkel (1980) aplicaron psicoeducación a la adherencia a la medicación a distintos grupos de pacientes psiquiátricos, entre los que había 16 con TB. Encontraron en estos pacientes importantes mejorías. En un estudio mejor diseñado Peet y Harvey (1991) asignaron a 60 pacientes con TB al azar o a un grupo experimental que recibía medicación más un programa psicoeducativo, o a otro de control que solo se le administraba medicación. Dicho programa era una intervención mínima consistente en ver un vídeo de 12 minutos y otros materiales escritos sobre el litio. En el grupo experimental se produjo un incremento de los conocimientos sobre el

litio, con actitudes más favorables hacia el mismo y con una mejora de la adherencia a la medicación. La limitación del estudio es que sólo evaluó el impacto de la intervención durante un periodo de 6 semanas. Perry, Tarrier, Morriss y Limb (1999) demostraron que entrenar a los pacientes bipolares para la identificación de los síntomas de una posible recaída y orientarlos a buscar tratamiento en esos momentos, redujo significativamente la tasa de recaídas en los episodios maníacos en el grupo entrenado respecto al grupo control. Por su parte Clarkin, Carpenter, Wilner y Glick (1998) encontraron que una intervención psicoeducativa de 11 meses junto a medicación estabilizadora del estado de ánimo produjo una mejora del funcionamiento global y mejor cumplimiento del plan medicamentoso en pacientes bipolares en comparación con un grupo control que sólo recibió medicación.

En suma, los estudios muestran que la psicoeducación y los programas para aumentar la adherencia a la medicación cuentan con bastante evidencia sobre su eficacia, encuadrándose ambos dentro de la categoría de 'tratamientos probablemente eficaces', según los criterios establecidos por la División 12 de la American Psychological Association.

Mejorar la dinámica relacional y familiar del paciente

Existe una afectación recíproca entre el contexto familiar y los pacientes con TB. Las interacciones maritales son problemáticas, ya sea si se está casado o se vive en pareja, y esta conflictividad aumenta de manera importante si alguno de los integrantes padece TB.

Las características del entorno interpersonal y social constituyen un factor ampliamente reconocido por su incidencia en el curso de las enfermedades psiquiátricas y en su recuperación. Dos aspectos del entorno psicosocial han recibido atención en el área de la bipolaridad. El primero de ellos, la emoción expresada, corresponde a un constructo que intenta capturar y medir las actitudes que adopta el entorno familiar hacia el paciente y la enfermedad. Específicamente, involucra tres dimensiones, a saber, la frecuencia de comentarios críticos, el nivel de hostilidad y la sobreinvolucración emocional. Extensivamente estudiado en la

esquizofrenia, el nivel de emoción expresada ha resultado un importante predictor de recaídas en esa condición, de modo que a mayor nivel de emoción expresada en el ambiente familiar, mayor probabilidad de recaídas (Butzlaff & Hooley, 1998). Precisamente, el concepto de emoción expresada inspiró la implementación exitosa de la psicoeducación familiar en la esquizofrenia, con el objetivo de modificar las creencias y las pautas comunicacionales que mantienen la actitud disfuncional de la familia. En una revisión sobre la aplicación del constructo de emoción expresada al trastorno bipolar Alloy, Abramson, Urosevic, Walshaw, Nusslock & Neeren (2005) reseñan cinco estudios transversales y tres estudios prospectivos sobre el tema. En primer lugar, se constata la existencia de patrones comunicacionales de emoción expresada análogos a los observados en la esquizofrenia; en segundo lugar, se observa una asociación entre emoción expresada alta en los familiares y mayor disfuncionalidad del paciente, así como, en los estudios longitudinales, mayores probabilidades de recaída para los pacientes con un entorno de esa clase (véase figura 2).

Otro aspecto estudiado es el grado de la carga familiar (i.e. alteraciones que se producen en la vida de los familiares como consecuencia de la enfermedad). Perlick et al (1999), en un estudio con familias de 266 sujetos bipolares o esquizoafectivos, concluyen que el 93% de los familiares refieren estrés moderado o elevado, asociado a los síntomas del enfermo, la disfunción del funcionamiento diario, o los efectos de la enfermedad del paciente sobre la actividad laboral o de ocio del familiar. Paralelamente, la carga experimentada por los familiares podría incidir en el curso del trastorno. En el estudio de Perlick, Rosenheck, Clarkin, Raue y Sirey (2001) se examina el efecto de la carga familiar sobre la ocurrencia de episodios en una muestra de 264 bipolares. Los resultados sugieren que la carga del cuidador en el momento agudo, así como durante la fase de estabilización, permite predecir la evolución clínica entre pacientes con trastorno bipolar.

Se sabe entonces que altos niveles de actitudes críticas, hostiles o una sobreimplicación emocional, en los padres o en la pareja del paciente bipolar está asociada a altas tasas de recaída (Newman et al, 2005). De ahí la necesidad de desarrollar intervenciones psicosociales orientadas a tratar a la familia para

mejorar el ajuste de los pacientes (Torrente, 2006). Varios autores han desarrollado protocolos de tratamiento manualizados y han realizado estudios para comprobar su utilidad. Clarkin et al (1998) aplicaron un tratamiento para los pacientes bipolares y su pareja a lo largo de 11 meses. Asignaron a los pacientes al azar a un grupo experimental que recibió medicación más 25 sesiones de intervención familiar, siguiendo un manual de tratamiento (n= 18) y a uno de control que solo recibió medicación (n= 15). El cumplimiento de la medicación fue buena en ambos grupos, pero significativamente mayor en el experimental. Éstos también tuvieron un mejor funcionamiento general, aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el número de síntomas.

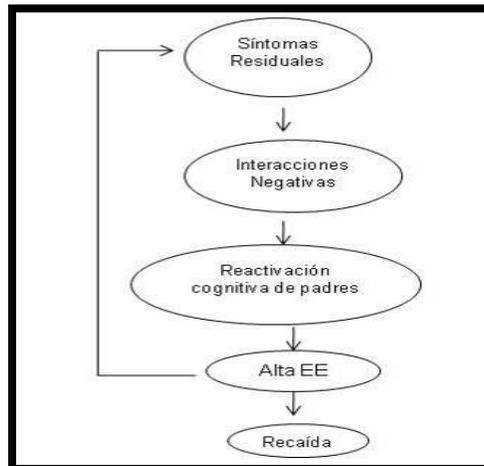


Figura 2. Relación EE y recaídas (Miklowitz et al, 2007)

Van Gent y Harvey (1991) parten del hecho de que las parejas donde un miembro tiene un TB tienen más problemas (e.g., la tasa de divorcios en el TB es alta), de ahí que parece que la terapia familiar puede ser de gran relevancia en el tratamiento. Un enfoque específico para ellos produciría una mejoría en ambos. Estos autores idearon un tratamiento dirigido a incrementar el conocimiento de la pareja sobre la enfermedad, la medicación y las estrategias sociales, para que con ello disminuyan sus sentimientos de ansiedad e inseguridad. Para comprobarlo asignaron al azar a pacientes con TB a dos grupos: uno de control (n= 12) y otro experimental (n= 14) en el que a las parejas de los pacientes se les aplicó cinco sesiones de terapia grupal dirigida a informarlas sobre los contenidos

anteriormente planteados. Los resultados mostraron que las parejas de los pacientes adquirieron un mayor conocimiento de la enfermedad, sobre la medicación y las estrategias sociales, tanto al final del tratamiento como en el seguimiento a los 6 meses. Sin embargo, en otras variables no se encontraron diferencias entre los grupos (e.g., adherencia, readmisión al hospital). En síntesis, los estudios realizados sobre la terapia marital y familiar muestran, hasta la fecha, que éstas serían relativamente eficaces. Siguiendo los criterios de clasificación en la evaluación de tratamientos, ya expuestos anteriormente, tales terapias también se encuadrarían dentro de la categoría 'Tratamiento probablemente eficaz'.

Conclusiones

Por todo lo expuesto se puede apreciar que en varios estudios sobre la terapia cognitiva se ha demostrado que este abordaje es una alternativa de comprobada eficacia para el tratamiento de los TBS. Cuando se analizan los diferentes componentes del abordaje cognitivo los estudios muestran que la psicoeducación y los programas para aumentar la adherencia a la medicación son eficaces y efectivos. Pero en relación a la terapia marital y familiar la evidencia muestra hasta ahora que éstas serían relativamente eficaces.

Sin embargo, no debe ignorarse que el trabajo psicoterapéutico con pacientes, que además de padecer un TB han sido traumatizados o sufren como consecuencia de una disociación patológica, se torna más complejo. Quizás a las intervenciones propias de la terapia cognitiva deban sumárseles otro tipo de intervención para abordar la complejidad del caso.

En concordancia con Vieta, Colom y Martínez-Arán (2004) y Craighead et al (1998) cuando el objetivo del tratamiento es disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias psicosociales de los episodios y mejorar el funcionamiento psicosocial interepisodico, la terapia cognitiva tiene mucho para ofrecer en el abordaje de este tipo de desordenes mentales.

Referencias Bibliográficas

- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Urosevic, S., Walshaw, P.D., Nusslock, R. & Neeren, A.M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clin Psychol Rev*, (8):1043-75.
- American Psychiatric Association (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson S.A.
- American Psychiatric Association (1994). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151 (Suppl. 1):1-36.
- Bauer, M. & McBride L., (1996). *Structured group psychotherapy for bipolar disorder: The life goals program*, Nueva York, Springer.
- Beck, A.T., Rush J., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB.
- Bousoño, M., Baca, B., Álvarez, E., Eguiluz, I., Martín, M. & Roca, M. (2008). Manejo de la depresión a largo plazo: la depresión bipolar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36: 1-3.
- Bowden, C.L. & Rhodes L.J., (1996). Mania in children and adolescents: Recognition and treatment. *Psychiatric Annals*, 26, 7:S430-S434.
- Brissoss, S., Dias, V. & Kapczinski, F. (2008). Cognitive performance and quality of life in bipolar disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53: 517-524.
- Butzlaff, R.L. & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 55(6):547-52.
- Cazabat, E.H. (2003). Del trastorno por estrés postraumático a la disociación. Un espectro de respuestas al trauma. *INTERPSIQUIS*. Recuperado: http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_disociativos/10030/
- Clarkin, J.F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, P. & Glick, I. (1998). *Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses*. Psychiatric Services.
- Cochran, S.D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52:873-878.
- Craighead, W.W., Miklowitz, D.J., Vajk, F.C. & Frank, E. (1998). Psychosocial treatments for bipolar disorder. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (Eds.), *A*

- guide to treatments that work* (pp. 240-248). Nueva York: Oxford University Press.
- Cutler, N.R. & Post, R.M., (1982). Life course of illness in untreated manic-depressive patients. *Comprehensive Psychiatry*, 23:101–115.
- Ellis, A. & Grieger, R., (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: DDB.
- Frank, E., Swartz, H.A., Mallinger, A.G., Thase, M.E., Weaver, E.V. & Kupfer, D.J. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: Effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108:579-587.
- Geller, B. & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: Review of the past ten year. *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry* 36, 1168-1176.
- Gershon, E.S., Hamovit, J.H., Guroff J.J. & Nurnberger, J.I. (1987). Birthcohort changes in manic and depressive disorders in relatives of bipolar and schizoaffective patients. *Archives of General Psychiatry*, 44:314-319.
- Gitlin, M.J., Swendsen, J., Heller T.L., & Hammen, C., (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 52:1635-1640.
- Goldberg, J.F. & Harrow, M. (1999). Bipolar disorders: Clinical course and outcome, Washington, DC. *American Psychiatric Press*, 1-19.
- Goldberg, J.F., Harrow M. & Grossman, L.S. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow – up study. *American Journal of Psychiatry*, 152:379-384.
- Goodwin, F.K. & Jamison, K.R. (1990). *Manic-depressive illness*, Nueva York: Oxford University Press.
- Goodwin, F.K., Goldberg, J.F. & Harrow, M. (1999). *Bipolar disorder: Clinical course and outcome*, Washington, DC, *American Psychiatric Press*, XII-XVII.
- Hilty, D. & Leamon, M. (2006). A review of bipolar disorder in adults. *Psychiatry*, 3: 43-55.
- Ibaceta Watson, F. (2007). Agresión Sexual en la Infancia y Viaje al Futuro: Clínica y Psicoterapia en la Edad Adulta. *Terapia Psicológica*, 25(2), 189-198
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A, Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12 – month prevalence

of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, 51:8-19.

- Kupfer, D.J. & Frank, E. (1997). Forty years of lithium treatment (commentary). *Archives of General Psychiatry*, 54:14-15.
- Lam, D.H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D. & Sham, P., (2000). Cognitive therapy for bipolar illness-A pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24:503-520.
- Lam, D.H., Jones, S.H., Hayward, P. & Bright, J.A. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods, and practice*, Chichester, UK: Wiley.
- Leahy, R. (2007). Bipolar disorder: Causes, contexts and treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 63: 417-424.
- Leverich, G.S, Perez, S. & Luckenbaugh, D.A. (2002). Early psychosocial stressors: relationship to suicidality and course of bipolar illness. *Clin Neurisci Res*, 2:161-170.
- Miklowitz, D.J., Otto, M.W., Frank, E., Reilly-Harrington, N.A., Wisniewski, S.R., Kogan, J.N., et al. (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Archives of General Psychiatry*. 64:419–427. [PubMed]
- Moizeszowics, J. (2008). *Psicofarmacología psicodinámica IV*. Buenos Aires: Fundopsi
- Newman, C.F., Leahy, R.L., Beck, A.T., Reilly-Harrington, N.A. & Gyulai, L. (2005). *El trastorno Bipolar: Una aproximación desde la terapia cognitiva*. Barcelona: Paídos Ibérica.
- Oedegaard, K.J., Neckelmann, D., Benazzi, F., Syrstad, V.E.G., Akiskal, H.S. & Bernt Fasmer, O. (2008). Las experiencias disociativas diferencian a pacientes con trastorno bipolar de los deprimidos unipolares: papel mediador de la ciclotimia y la subescala de urgencia e impaciencia para la conducta de Tipo A. *Psiquiatría biológica*, 15(6), 202-213.
- Peet, M. & Harvey, N.S. (1991). Lithium maintenance: I. A standard education programme for patients. *British Journal of Psychiatry*, 158:197-200.
- Pérez- Ceballos, M. Vega-Gil, N. Sánchez, M. & Armijo, J. (2006). Utilización de los antiepilépticos en el trastorno bipolar. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 34: 55-64.

- Perlick, D., Clarkin, J.F., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S., Struening, E. & Rosenheck, R. (1999). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry*, 175:56-62
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.R., Clarkin, J. F, Raue, P. & Sirey, P.H. (2001). Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189:1-7.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R. & 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.
- Post, R. (2004). Visión global de los hallazgos recientes de la Stanley Foundation Bipolar Network (Parte I). *Bipolar Disorders, edición para Chile*, 2(3), 119-129.
- Post, R.M. & Weiss, S.R. (1989). Sensitization, Kindling, and anticonvulsants in mania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50:23-30.
- Prien, R.F. & Rush, A.J. (1996). National Institute of Mental Health workshop report on the treatment of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 40:215-220.
- Rizvi, S. & Zaretsky, A. (2007) Psychotherapy through the phases of bipolar disorder: Evidence for general efficacy and differential effects. *Journal of Clinical Psychology*, 63:491-506.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orraschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D. Jr. & Reiger, D.A., (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41:949-958.
- Scott, J., Paykel, E. & Morriss, R. (2006). Cognitive behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *British Journal of Psychiatry*, 188: 313-320.
- Seltzer, A., Roncari, I. & Garfinkel, P.E. (1980). Effect of patient education on medication compliance. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25:638-645.
- Spiegel, D. (1993). *Dissociation and trauma. A clinical review*. Lutherville: Sidran Press.
- Strakowski, S.M. & DelBello, M.P. (2000). The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20:191-206.
- Tohen, M., Waternaux, C.M. & Tsuang, M.T. (1990). Outcome in mania: A 4-year prospective follow-up of 75 patients using survival analysis, *Archives of General Psychiatry*, 47:1106-1111.

- Torrente, F.M. (2006). Abordaje psicoterapéutico del trastorno bipolar: una nueva era de tratamientos específicos basados en la evidencia. En G. Vázquez, S. Strejilevich, G. García Bonetto, M. Cetkovich-Bakmas y H. Akiskal (Eds) *Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos* (Capítulo 18). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Van Gent, E.M. & Zwart, F.M. (1991). Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *Journal of Affective Disorders*, 21:15-18.
- Vieta, E.; Colom, F. & Martínez-Arán, A. (2004). *La enfermedad de las emociones. El trastorno bipolar*. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L.
- West, S.A., McElroy, S.L., Strakowski, S.M., Keck, P.E. Jr. & McConville, B.J. (1995). Attention-deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. *American Journal of Psychiatry*, 152:271-273.
- Winokur, G., Clayton, P.J. & Reich, T. (1969). *Manic depressive illness*, St. Louis, MO, Mosby.
- Zaretsky, A., Segal, Z. & Fefergra, S. (2007), New developments in cognitive behavioural therapy for mood disorders. *Canadian Journal Psychiatry*, 52: 3-4.