

# Tratamiento coadyuvante para el Trastorno Bipolar: Actualización de las Evidencias

David J. Miklowitz, Ph.D.

*Departamento de Psicología, Universidad de Colorado y Departamento de Psiquiatría, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad de Colorado. Denver.*

**Objetivo:** La psicoterapia ha sido largamente recomendada como coadyuvante de la farmacoterapia en el trastorno bipolar, pero no está claro qué intervenciones son efectivas y para qué pacientes, en qué intervalos, y para qué dominios del resultado. Este artículo revisa ensayos aleatorizados sobre la psicoterapia coadyuvante para el trastorno bipolar.

**Método:** Se describen 18 ensayos de psicoeducación individual y en grupo, cuidado sistemático, terapia familiar, terapia interpersonal, y terapia cognitivo conductual. Las variables relevantes para el resultado incluían el tiempo hasta la recuperación, la recurrencia, la duración de los episodios, la severidad de los síntomas y el funcionamiento psicosocial.

**Resultados:** Los efectos de las modalidades de tratamiento variaron según la patología clínica de los pacientes en el momento de la asignación aleatoria y la polaridad de los síntomas en el seguimiento. La terapia familiar, la terapia interpersonal y el cuidado sistemático parecieron ser los más efectivos en la prevención de las recurrencias cuando se iniciaban tras un episodio agudo, mientras que la terapia cognitivo conductual y la psicoeducación en grupo parecieron ser más efectivas cuando se iniciaban durante un periodo de recuperación. Los programas psicoeducacionales individuales y de cuidado sistemático fueron más efectivos para los síntomas maníacos que para los depresivos, mientras la terapia familiar y la terapia cognitivo conductual fueron más efectivas para los síntomas depresivos que para los maníacos.

**Conclusiones:** La psicoterapia coadyuvante mejora los resultados sintomáticos y funcionales del trastorno bipolar durante periodos de 2 años. Las diversas modalidades difieren en contenido, estructura, y mecanismos mediadores asociados. Los tratamientos que enfatizan la adherencia al tratamiento y un reconocimiento precoz de los síntomas del estado de ánimo tienen efectos más potentes sobre la manía, mientras los tratamientos que enfatizan las estrategias cognitivas e interpersonales de afrontamiento (*coping*) tienen efectos más potentes sobre la depresión. La colocación de la psicoterapia en los algoritmos de cuidados crónicos y su papel como agente preventivo en los estadios precoces del trastorno merecen más investigación.

A pesar de los avances en el tratamiento farmacológico del trastorno bipolar, la mayoría de los pacientes bipolares no pueden ser mantenidos sólo con fármacos. Hasta un 50% de los pacientes bipolares I no se recupera de un episodio maníaco agudo en el plazo de un año

y sólo el 25% alcanza una recuperación total de la función <sup>(10)</sup>. Las tasas de recurrencia media están entre el 40 y el 60% en 1-2 años incluso cuando los pacientes siguen tratamiento farmacológico <sup>(2)</sup>. Los pacientes pasan hasta un 47% de sus vidas en estados sintomáti-

cos, especialmente estados depresivos<sup>(3)</sup>. Además, sólo un 40% de los pacientes siguen los regímenes de medicación durante el año siguiente a un episodio<sup>(4)</sup>.

El límite en la eficacia de la farmacoterapia ha llevado a investigaciones sistemáticas sobre el papel de los estresantes medioambientales y el papel correspondiente de los tratamientos psicosociales coadyuvantes en el curso del trastorno. Los acontecimientos vitales estresantes y los altos niveles de emoción expresada familiar son potentes predictores de recurrencias del estado de ánimo y de retraso en el periodo de recuperación en la enfermedad bipolar<sup>(5,6)</sup>. Además, 17 de los 18 ensayos controlados aleatorizados (Tabla 1) han mostrado que los tratamientos individuales, familiares, de grupo y los tratamientos de cuidado sistemático son efectivos en combinación con la farmacoterapia en el retraso de las recaídas, la estabilización de los episodios y en la reducción de la duración de los episodios.

Las revisiones<sup>(7-9)</sup> han concluido que la psicoeducación es el ingrediente activo en la mayoría de formas de psicoterapia para la enfermedad bipolar: una modalidad didáctica y orientada a la información de abordar la enfermedad. Una revisión detallada de los ensayos revela, sin embargo, importantes diferencias en el contenido y la estructura de varios tratamientos e importantes diferencias entre los estudios en las poblaciones de pacientes objetivo, la naturaleza del control de las condiciones y las variables relevantes para el resultado. Particularmente, algunas modalidades psicosociales enfatizan el reconocimiento precoz de los síntomas del estado de ánimo, mientras otras enfatizan las relaciones interpersonales, las habilidades de comunicación y el manejo del estrés. Algunas formas de psicoterapia son efectivas cuando se inician durante los periodos de recuperación sostenida, mientras otras formas son efectivas cuando se inician inmediatamente tras un episodio agudo.

Este artículo examinará las evidencias para las intervenciones psicosociales coadyuvantes para el trastorno bipolar, centrado en cinco cuestiones:

1) ¿qué tratamientos funcionan en cada fase de la enfermedad?

2) ¿cuánto debería durar el tratamiento y cuánto duran sus efectos?

3) ¿modifican los mismos tratamientos los síntomas maníacos y depresivos?

4) ¿qué dominios funcionales (es decir, funcionamiento social, laboral o familiar o calidad de vida) mejoran?

5) ¿mediante qué mecanismos actúan los tratamientos psicosociales?

La hipótesis principal es que el tratamiento que enfatiza la adherencia a la medicación y las estrategias de prevención de las recaídas es más efectivo en el control de los síntomas maníacos, mientras que los tratamientos que enfatizan las habilidades cognitivas y las habilidades de afrontamiento interpersonal son más efectivos en el control de los síntomas depresivos.

## Método

Los estudios se identificaron mediante búsquedas en MEDLINE y PsycINFO además de las revisiones existentes<sup>(7-9)</sup>. Los términos para la búsqueda incluían psicoterapia, tratamiento psicosocial, terapia familiar, terapia individual, terapia de grupo y psicoeducación. Entre 1984 y 2008 se publicaron un total de 18 ensayos aleatorizados. Un ensayo adicional de lista de espera evaluó los grupos multifamiliares para jóvenes con trastorno bipolar y depresión mayor pero aún no se han reportado los resultados sintomáticos<sup>(10)</sup>. Se identificaron cuatro categorías de psicoterapia: psicoeducacional (individual, de grupo, y cuidado sistemático), familiar, terapia cognitivo conductual e interpersonal (Tabla 1).

## Resultados

### *Psicoeducación Individual*

El racional para el uso de la psicoeducación es que cuando los pacientes aprenden acerca del trastorno bipolar, desarrollan planes para la prevención de las

recaídas, aprenden a estar adheridos al tratamiento e implementan estrategias para el manejo de la enfermedad (por ejemplo, mantener ciclos regulares de sueño /vigilia), están bien durante periodos de tiempo más largos. La información didáctica puede reducir el estigma asociado con el trastorno e incrementar la probabilidad de que los pacientes obtengan los tratamientos necesarios <sup>(10)</sup>.

En el único ensayo controlado, aleatorizado de psicoeducación individual <sup>(11)</sup>, 69 pacientes bipolares I remitidos fueron asignados de forma aleatoria a farmacoterapia más cuidado rutinario o a farmacoterapia más 7-12 sesiones de psicoeducación. Los pacientes identificaron tres o más síntomas que constituían los pródromos de los episodios maníacos o depresivos y ensayaron un plan de intervención precoz (normalmente implicando cambios en las medicaciones) para cuando estos síntomas aparecieran. Los resultados durante 18 meses mostraron beneficios evidentes para la psicoeducación respecto a la probabilidad de recurrencias maníacas (27% de los pacientes versus 57% en el cuidado rutinario) y en el tiempo hasta la primera recurrencia maníaca pero no en el tiempo hasta las recurrencias depresivas. Posiblemente los síntomas prodrómicos de las recurrencias depresivas son menos característicos que las de las recurrencias maníacas y las opciones de tratamiento urgente menos claras.

#### *Psicoeducación en grupo*

La psicoeducación en grupo (PEG) se ha aplicado de dos formas: sola (como coadyuvante a la medicación) o como parte de una intervención de cuidado sistemático más amplia. Los resultados difieren adecuadamente. En un estudio realizado en Barcelona, España, *Colom y col.* <sup>(12)</sup> asignaron de forma aleatoria a 120 pacientes bipolares I y II a 9 meses y 21 sesiones de PEG estructurado o a 21 sesiones de grupo de apoyo no estructurado. La PEG estructurado incluyó lecturas y ejercicios para mejorar la conciencia sobre la enfermedad, la detección precoz y la intervención sobre los síntomas prodrómicos, la cumplimentación de la medicación y la regularidad del estilo de vida, mientras los grupos no estructurados eran de apoyo pero no psicoeducacionales. Los pacientes estaban libres de trastornos

comórbidos y habían estado en remisión por lo menos seis meses. Hacia los 2 años de ensayo los estudios favorecieron fuertemente a la PEG; el 67% de los pacientes en PEG versus al 90% de los pacientes de grupos no estructurados tuvieron recurrencias. Los efectos se extendieron hasta el número de días que los pacientes estuvieron en el hospital, lo que puede sugerir que la PEG facilitó la detección precoz de los episodios maníacos y consecuentemente un descenso de su severidad. De alguna manera fue extraña la observación de que los pacientes tenían mayor probabilidad de abandono en los grupos estructurados (26,6%) que en los no estructurados (11,6%). Sin embargo, durante los 2 años del estudio los pacientes en PEG mantuvieron más altos los niveles de litio.

La eficacia de la PEG se examinó también entre los adultos bipolares con trastornos por consumo de drogas comórbidos <sup>(13)</sup>. Pacientes bipolares I y II (N=62) fueron asignados de modo aleatorio a 20 semanas de terapia integrada de grupo o a un grupo igualmente intenso de apoyo psicológico sobre el consumo de drogas. El grupo integrado se centró en desafiar las cogniciones relevantes para la recaída y los procesos de recuperación de ambos trastornos, mientras el grupo de apoyo psicológico sobre las drogas se centró en la abstinencia y el afrontamiento del síndrome de abstinencia. Durante 8 meses los pacientes en el grupo de foco dual tuvieron la mitad de días de consumo de alcohol que los de aquellos que recibían solo orientación psicológica sobre las drogas. Los grupos integrados no previnieron los episodios de trastorno bipolar; de hecho, los pacientes en los grupos integrados tenían mayores puntuaciones de depresión subsindrómica y manía que los pacientes en los grupos comparadores. La psicoeducación proporcionada en los grupos integrados acerca de los trastornos del estado de ánimo pudo haber incrementado la frecuencia con la que los pacientes reconocían y reportaban los síntomas del estado de ánimo.

#### *Psicoeducación en grupo incluida en Modelos de Cuidado Sistemático*

Dos estudios han examinado la PEG en el contexto de sistemas globales de cuidado. Trabajando en 11 centros de la Administración de Veteranos, *Buaer y col.*

<sup>(14)</sup> administraron un tratamiento de cuidado colaborativo crónico consistente en farmacoterapia basada en la evidencia, un(a) enfermero(a) coordinador(a) de los cuidados asignados a cada paciente para mejorar la adherencia al tratamiento, monitorización telefónica regular de los síntomas prodrómicos del estado de ánimo y un programa estructurado de “objetivos vitales” consistente en sesiones de grupo 5 veces por semanas seguidas por dos veces al mes hasta los 3 años. El PEG se focalizó en las estrategias para la prevención de la recaída, la adherencia a la medicación y el manejo de la enfermedad. Los pacientes en el grupo de “tratamiento

como el habitual” recibieron el cuidado usual de la Administración de Veteranos, que incluía sesiones de medicación y psicoterapia ocasional.

El estudio contenía 306 pacientes bipolar I, el 87,5% de los cuales empezó como paciente hospitalizado. Durante 3 años, los pacientes en la intervención de cuidado colaborativo tuvieron unas 6.2 semanas menos de episodios afectivos, 4,5 de las cuales eran atribuibles a reducciones de la duración de los episodios maniacos. No hubo diferencias entre el cuidado colaborativo y los grupos de tratamiento habitual en la duración de los

**Tabla 1.** Ensayos controlados, aleatorizados de Psicoterapia para Trastorno Bipolar

Estudio/País	Tratamiento experimental	Tratamiento control	N	Condición a la entrada	Duración del tratamiento	Duración del estudio	Recuperación
<i>Perry y col.</i> (1999) <sup>(11)</sup> (UK)	Psicoeducación individual	Cuidado rutinario	69 bipolar I y II	Remitido por 1 o más recaídas en los últimos 12 meses	7-12 sesiones	18 meses	No aplicable
<i>Colom y col.</i> (2003) <sup>(12)</sup> (España)	Psicoeducación en grupo	Grupos de apoyo no estructurados	120 bipolar I y II	Eutímico al menos 6 meses, sin trastornos comórbidos, en tratamiento continuo $\geq 2$ años	21 semanas	2 años	No aplicable
<i>Weiss y col.</i> (2007) <sup>(13)</sup> (USA)	Terapia integrada de grupo	Grupos de apoyo psicológico sobre drogas	62 bipolar I y II	Síntomas moderados de estado de ánimo más trastorno por consumo de drogas	20 sesiones en 20 semanas	8 meses	No reportado
<i>Bauer y col.</i> (2006) <sup>(14)</sup> (USA)	Cuidado crónico colaborativo	Tratamiento habitual	306 bipolar I y II	Todos en episodio agudo, 87% hospitalizados	5 grupos semanales seguidos de 2 al mes 3 años	3 años	No reportado
<i>Simon y col.</i> (2006) <sup>(15)</sup> (USA)	Programa de cuidado sistemático	Tratamiento habitual	441 bipolar I y II	Un contacto por salud mental en el último año, 343 sintomáticos a la entrada	5 grupos semanales seguidos de 2 al mes 2 años	2 años	No reportado
<i>Clarkin y col.</i> (1998) <sup>(17)</sup> (USA)	Psicoeducación marital	Tratamiento habitual	33 bipolar I	En episodio	25 sesiones en 11 meses	11 meses	No reportado
<i>Miklowitz y col.</i> (2003) <sup>(16)</sup> (USA)	Terapia centrada en la familia	Manejo de las crisis (tres sesiones)	101 bipolar I	Episodio y hospitalización recientes, parcialmente estabilizado	21 sesiones en 9 meses	2 años	No reportado

Estudio/País	Tratamiento experimental	Tratamiento control	N	Condición a la entrada	Duración del tratamiento	Duración del estudio	Recuperación
Rea y col. (2003) <sup>(20)</sup> (USA)	Terapia centrada en la familia	Psicoeducación individual	53 bipolar I	Maníaco y hospitalización reciente, parcialmente estabilizado	21 sesiones en 9 meses	2 años	No reportado
Miklowitz y col. (2008) <sup>(21)</sup> (USA)	Terapia centrada en la familia para adolescentes (13-17 años)	Psicoeducación breve (tres sesiones)	58 bipolar I y II, sin otras especificaciones	Episodio reciente, parcialmente especificado	21 sesiones en 9 meses	2 años	Terapia centrada en la familia asociada con una recuperación más rápida de la depresión
Miller y col. (2004) <sup>(22,23)</sup> (USA)	Terapia unifamiliar, grupos multifamiliares	Tratamiento habitual	92 bipolar I	Todos reclutados en episodio agudo, 69/92 tenían manía aguda, 84/92 hospitalizados	12 sesiones unifamiliares o 6 multifamiliares	Hasta 28 meses	Sin diferencias
Reinares y col. (2008) <sup>(24)</sup> (España)	Grupos familiares para cuidadores	Tratamiento habitual	113 bipolar I, II	Todos eutímicos durante 3 meses, viviendo con cuidadores; no comorbilidad del eje I	12 sesiones de grupo de 90 minutos durante 3 meses	15 meses	No aplicable
Cochran (1984) <sup>(25)</sup> (USA)	Terapia cognitivo conductual	Tratamiento estándar	28 bipolar I, II	Estable	6 sesiones semanales	6 meses	No reportado
Lam y col. (2003, 2005) <sup>(26, 27)</sup> (UK)	Terapia cognitivo conductual	Cuidado psiquiátrico mínimo	103 bipolar I	En remisión completa o sólo síntomas leves; $\geq 2$ episodio en 2 años	12-18 sesiones individuales en 6 meses	30 meses	No aplicable
Ball y col. (28)(Australia)	Terapia cognitivo conductual	Tratamiento habitual	52 bipolar I, II	En remisión completa o sólo síntomas leves; $\geq 1$ episodio en los 18 meses previos	20 sesiones semanales en 6 meses	18 meses	-
<b>Recaída o recurrencia</b>	<b>Severidad de síntomas</b>	<b>Efectos sobre depresión vs. manía</b>	<b>Funcionamiento psicosocial</b>	<b>Moderadores de efectos</b>			
Psicoeducación asociada a retraso de las recurrencias de manía	No reportado	Efectos sólo sobre manía	Mejor funcionamiento social y empleo en psicoeducación a los 18 meses	No reportado			
Menor recurrencia en el grupo de psicoeducación en comparación con sujetos comparadores	No reportado	Efectos significativos sobre ambos	No reportado	No reportado			
Sin diferencias en recurrencia o semanas de enfermedad	Síntomas más severos en el grupo de integración	Sin diferencias	Menos días por mes de consumo de alcohol en los grupos integrados	No reportado			

Recaída o recurrencia	Severidad de síntomas	Efectos sobre depresión vs. manía	Funcionamiento psicosocial	Moderadores de efectos
Sin diferencias en los días de hospitalización	Programas de cuidado asociados con 6.2 semanas menos de episodios de estado de ánimo	4,5 semanas menos en episodios maníacos; sin diferencias en síntomas de manía y depresión con el tiempo	Programas de cuidado asociados con mejor funcionamiento social, calidad de vida, satisfacción con el tratamiento	No reportado
Probabilidad de menores episodios maníacos en programas de cuidado a los 24 meses	Menos semanas en episodios maníacos, menores puntuaciones de manía en los programas de cuidado	Tratamiento sin efecto sobre la depresión	No reportado	Efectos del tratamiento sólo entre los pacientes que empiezan con síntomas sustanciales
Sin diferencias	Sin diferencias	No reportado	Mejor funcionamiento global y adherencia al tratamiento en el grupo marital	No reportado
Terapia centrada en la familia con mayores retrasos anteriores a la recaída	Terapia centrada en la familia asociada con menor severidad de síntomas	Terapia centrada en la familia más efectiva en depresión que en manía	Terapia centrada en la familia asociada con mejor adherencia al tratamiento, mejor comunicación familiar	Alta emoción expresada familiar asociada con mejor respuesta a la terapia asociada a la familia
Terapia centrada en la familia con retrasos en las recurrencias y rehospitalizaciones	No reportado	No reportado	No reportado	Un pobre ajuste premórbido predecía una mejor respuesta a la terapia centrada en la familia
Sin diferencias en el tiempo de las recurrencias, pero episodios de depresión más cortos en la terapia centrada en la familia	Terapia centrada en la familia asociada con menor depresión severa en 2 años	Terapia centrada en la familia más efectiva en depresión que en manía	No reportado	No reportado
Sin diferencias	Tratamiento por deterioro familiar interacciona sobre el número de recurrencias depresivas y tiempo deprimido	Mayores efectos de la terapia familiar sobre depresión que sobre manía	Terapia centrada en la familia asociada	Deterioro familiar asociado con mejor respuesta a la terapia familiar
Menos pacientes en condición experimental tenían recaídas (42% vs. 66%)	No reportado	Efectos significativos sobre recaídas hipomaniacas o maníacas (17,5% vs. 37,5% en tratamiento habitual) pero no recaídas depresivas	Sin efecto sobre la adherencia a la medicación	No reportado
Terapia cognitivo conductual asociada con menos hospitalizaciones (14% vs. 57%) a los 6 meses	No reportado	No reportado	No reportado	No reportado
Menores tasas de recaída y menos días de hospitalización en la terapia cognitivo conductual a los 12 meses; menores recaídas depresivas a los 30 meses	Menos puntuaciones de depresión severa en la terapia cognitivo conductual a los 12 meses	Terapia cognitivo conductual más efectiva en depresión que en manía	Mejor funcionamiento social con terapia cognitivo conductual a los 24 meses	Sensación de estima hippositiva con resultados más pobres de la terapia cognitivo conductual
Mayor tiempo hasta la recaída depresiva en la terapia cognitivo conductual (p=0.06)	Menos puntuaciones de depresión severa en la terapia cognitivo conductual a los 6 meses pero no a los 18	Terapia cognitivo conductual más efectiva en depresión que en manía; tendencia (p=0.08) hacia menores puntuaciones de manía a los 18 meses	Menos actitudes disfuncionales y menos discapacidad social en la terapia cognitivo conductual a los 6 meses pero no a los 18; sin diferencias en la cumplimentación de la medicación	No reportado

**Tabla 1.** Ensayos controlados, aleatorizados de Psicoterapia para Trastorno Bipolar (continuación)

Estudio/País	Tratamiento experimental	Tratamiento control	N	Condición a la entrada	Duración del tratamiento	Duración del estudio	Recuperación
<i>Scott y col.</i> (2006) <sup>(29)</sup> (UK)	Terapia cognitivo conductual	Tratamiento habitual	253 bipolar I y II	Variables; 32% en episodio	22 sesiones en 26 semanas	18 meses	No reportado
<i>Zaretsky y col.</i> (2007, 2008) <sup>(7, 30)</sup> (Canadá)	Terapia cognitivo conductual más psicoeducación individual	Psicoeducación individual (7 sesiones)	79 bipolar I y II	Remisión total o parcial	20 sesiones semanales	1 año	No aplicable
<i>Frank y col.</i> (2005) <sup>(33)</sup> (USA)	Terapia interpersonal y de ritmo social	Manejo clínico individual	175 bipolar I	Deprimido, mixto o maníaco	Semanal en fase aguda hasta la recuperación, bisemanal y luego mensual durante 2 años	2 años	Sin diferencias
STEP-BD ( <i>Miklowitz y col.</i> , 2007) <sup>(36, 37)</sup> (USA)	Terapia interpersonal y de ritmo social, terapia centrada en la familia, terapia cognitivo conductual	Psicoeducación breve (3 sesiones)	293 bipolar I y II	Depresión aguda	30 sesiones en 9 meses	1 año	Los pacientes en terapia intensiva se recuperaron más rápidamente

episodios depresivos. Se hallaron grandes efectos de la intervención de cuidado sobre el funcionamiento social, la calidad de vida, y la satisfacción del tratamiento. A destacar que las diferencias entre grupos no fueron significativamente fiables hasta los 2 años, sugiriendo un efecto retrasado de la psicoeducación y la colaboración facilitada mediante los cuidadores.

Un estudio con un diseño casi idéntico – y el mayor estudio psicosocial hasta la fecha – se llevó a cabo en la organización del Grupo Cooperador en Salud del estado de Washington, USA. *Simon y col.*<sup>(15)</sup> asignaron aleatoriamente a 441 pacientes a un programa de cuidado colaborativo sistemático de 2 años o a tratamiento habitual (típicas visitas para el manejo de la medicación). La probabilidad de un nuevo episodio maníaco fue significativamente menor en el grupo de cuidado sistemático en los ocho criterios de valoración del estudio. Los pacientes pasaron una media de 5,5 semanas menos con síntomas de manía clínicamente significativos que aquellos en tratamiento habitual. Como en el estudio de la Administración de Veteranos, no hubo efectos del cuidado sistemático

sobre la severidad de la depresión, las semanas deprimido o las recurrencias depresivas. A destacar que los efectos sobre las puntuaciones sobre la severidad de la manía sólo se observaron entre los 343 pacientes con síntomas moderados y severos en el momento de la inclusión.

#### *Psicoeducación familiar*

Múltiples ensayos aleatorizados indican que la terapia conductual familiar es un coadyuvante efectivo para los neurolépticos en el retraso de las recurrencias psicóticas y en la mejora del funcionamiento entre los pacientes con esquizofrenia<sup>(16)</sup>. Asimismo, diversos ensayos controlados, aleatorizados han hallado que la psicoeducación familiar es efectiva para la mejoría del curso del trastorno bipolar (Tabla 1). Un ensayo a pequeña escala (N=33) halló que los pacientes en fase aguda que recibían una intervención de psicoeducación marital durante 11 meses tenían mejor adherencia al tratamiento y mayores mejoras en el funcionamiento que aquellos que recibían solamente farmacoterapia<sup>(17)</sup>. No se observaron efectos de la terapia marital sobre los resultados sintomáticos.

Nuestro grupo de investigación ha realizado tres ensayos de terapia centrada en la familia, que consiste en 21 sesiones de psicoeducación, entrenamiento para la mejoría de la comunicación y resolución de problemas. Las terapias centradas en la familia enfatizan las estrategias para regular las emociones de uno y mejorar la comunicación interpersonal al afrontar conflictos (por ejemplo, escucha reflexiva, solicitud activa de ayuda a los familiares). En el primer ensayo <sup>(18)</sup>, asignamos aleatoriamente a 101 pacientes adultos poco después de un episodio maníaco agudo, mixto o depresivo (81% hospitalizados) a terapia centrada en la familia y farmacoterapia o a dos sesiones de manejo de la crisis basado en la familia y farmacoterapia. Durante 2 años, los pacientes del grupo de la terapia centrada en la familia tuvieron mayor probabilidad de supervivencia sin recaídas en la enfermedad (52%) que los pacientes en el manejo de crisis (17%) y sobrevivieron más tiempo sin recurrencias (media = 73,5 semanas) que los pacientes en manejo de crisis (53,2 semanas). Los efectos de la terapia centrada en la familia fueron más fuertes sobre la depresión ( $p=0.005$ ) que sobre los síntomas maníacos ( $p<0.05$ ). El efecto de la terapia centrada en la familia sobre los síntomas depresivos parecía estar mediado por mejoras en la comunicación entre los pacientes y sus familiares en una tarea de interacción familiar basada en el laboratorio <sup>(19)</sup>. Por el contrario, los efectos de la terapia centrada en la familia sobre los síntomas de manía parecían estar mediados por mejoras en la adherencia de los pacientes al litio y a los regímenes anticonvulsionantes <sup>(18)</sup>.

En un segundo ensayo <sup>(20)</sup>, examinamos la terapia basada en la familia y la farmacoterapia versus una terapia individual y farmacoterapia en 53 pacientes bipolares I hospitalizados por un episodio maníaco. La terapia individual tuvo idéntica frecuencia (21 sesiones) y duración (9 meses) y contenía muchos de los elementos psicoeducacionales de la terapia familiar. Al año, no hubo diferencias en las tasas de recurrencia. Sin embargo, en el periodo durante 1-2 años del periodo de posttratamiento, los pacientes en terapia centrada en la familia tenían una tasa de recurrencia del 28% y una tasa de hospitalización del 12% en comparación a la tasa de recurrencia del 60% y a la tasa de hospitaliza-

ción del 60% para la terapia individual. Los tiempos de supervivencia media anteriores a las recurrencias también fueron más largos en el grupo de terapia centrada a la familia.

Nuestro tercer ensayo aleatorizado examinó los efectos coadyuvantes de la terapia centrada en la familia (21 sesiones) o un tratamiento psicoeducacional de 3 sesiones en pacientes adolescentes subsindromáticos o enfermos agudos (edad media = 14.5) que habían tenido al menos un episodio del trastorno del espectro bipolar en los 3 meses previos <sup>(21)</sup>. Los adolescentes asignados a la terapia centrada en la familia tuvieron recuperaciones más rápidas de los estados depresivos, pasaban menos tiempo en episodios de depresión aguda y tenían una trayectoria más favorable de los síntomas depresivos en los 2 años que los adolescentes que recibieron farmacoterapia y breve psicoeducación. Los efectos de la terapia centrada en la familia sobre los síntomas maníacos no fueron significativos.

### *Grupos de psicoeducación multifamiliar*

Presumiblemente, trabajar con varias familias a la vez podría ser más coste-efectivo que trabajar con familias individualmente. *Miller y colaboradores* <sup>(22, 23)</sup> asignaron a 92 pacientes bipolares I en episodio agudo (75% maníacos) a farmacoterapia sola, a farmacoterapia más 12 sesiones de terapia familiar individual (basada en sistemas de terapia centrada en los problemas) o a farmacoterapia más seis sesiones de grupos de psicoeducación multifamiliar. Durante 28 meses, no se observaron diferencias entre los tres grupos en cuanto al tiempo de recuperación o recurrencia. Sin embargo, los pacientes de familias que estaban inicialmente altas en conflictos o bajas en resolución de problemas y quienes recibieron cualquier forma de terapia familiar tenían aproximadamente la mitad de episodios depresivos anuales y pasaban menos tiempo en episodios depresivos que aquellos que recibieron sólo farmacoterapia. Ningún tipo de terapia familiar tuvo efecto sobre los síntomas de manía ni se obtuvieron diferencias en los resultados de los pacientes que recibieron terapia familiar individual o grupos multifamiliares. El estudio es consistente con los ensayos en terapia centrada en la familia al mostrar efectos



más fuertes de la intervención familiar sobre los resultados depresivos que sobre los maníacos.

Un estudio examinó los efectos de los grupos de psicoeducación de cuidadores que no implicaban a pacientes <sup>(24)</sup>. Los participantes fueron cuidadores (62 padres y 45 parejas) de 113 pacientes bipolares I y II tratados en una unidad de trastorno bipolar de la Universidad de Barcelona, España. Los pacientes tenían que estar eutímicos durante 3 meses, libres de otro trastorno del eje I y vivir con familiares. Los cuidadores fueron asignados aleatoriamente a un grupo de 12 semanas de psicoeducación o a tratamiento habitual (cuidado farmacológico para pacientes sin grupos de cuidadores). De forma similar a los modelos de terapia familiar centrada en la familia, los grupos de cuidadores se centraban en las habilidades para el manejo de la enfermedad (por ejemplo, detección precoz de los pródromos), la adherencia a la medicación y una efectiva comunicación y resolución de problemas.

Durante los 12 meses de seguimiento postratamiento, los pacientes cuyos familiares asistieron a los grupos tenían tiempos de supervivencia más largos previos a las recurrencias hipomaníacas o maníacas que los pacientes en tratamiento habitual pero no diferían en el

tiempo hasta los episodios depresivos o episodios mixtos. Por tanto, los cuidadores podrían haber sido capaces de identificar e intervenir sobre los pródromos maníacos de los pacientes sin el input de los pacientes. Por el contrario, puede ser necesaria la implicación de los pacientes para extender el beneficio de los grupos multifamiliares en el alivio de los síntomas depresivos.

#### *Terapia Cognitivo Conductual*

Algunos pacientes bipolares tienen estilos explicativos pesimistas en las fases depresivas y tendencias demasiado optimistas en las fases maníacas o hipomaníacas de la enfermedad <sup>(5)</sup>. Estas tendencias de pensamiento son la diana de las estrategias de reestructuración cognitiva. Cochran <sup>(25)</sup> examinó una terapia cognitivo conductual (TCC) individual de seis sesiones en un ensayo a pequeña escala, controlado, aleatorizado implicando a 28 pacientes bipolares estables. El objetivo de la TCC era alterar las cogniciones y conductas que interferían con la cumplimentación del litio. En relación con el cuidado estándar (litio sólo), la intervención tuvo éxito en un periodo de seguimiento de 6 meses en la promoción de la cumplimentación, en la reducción de la proporción de pacientes que precisaron hospitalización y en reducir la proporción de pacientes con episodios de estado de ánimo atribuibles a la no cumplimentación.

Recaída o recurrencia	Severidad de síntomas	Efectos sobre depresión vs. manía	Funcionamiento psicosocial	Moderadores de efectos
Sin diferencias	Sin diferencias	Sin diferencias	No reportado	Terapia cognitivo conductual más efectiva que el tratamiento habitual entre pacientes con menos de 12 episodio previos
Sin diferencias	50% menos de días de estado de ánimo depresivo con terapia cognitivo conductual	Terapia cognitivo conductual más efectiva con depresión que con manía	Sin diferencias	No reportado
Terapia interpersonal y del ritmo social durante la fase aguda asociada con mayor supervivencia durante la fase de mantenimiento	Sin diferencias	No reportado	No reportado	Terapia interpersonal y del ritmo social menos efectiva en pacientes con trastornos médicos o ansiedad
Pacientes en terapia intensiva 1,58 veces más probabilidad de estar bien	No reportado	Efectos solamente sobre depresión	Terapia intensiva mejoró funcionamiento total, funcionamiento relacional, satisfacción de vida	No reportado

*Lam y col.* <sup>(26,27)</sup> identificaron 103 pacientes bipolares I y II que estaban en recuperación pero que habían tenido al menos tres episodios en los 5 últimos años. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a farmacoterapia más 12-18 sesiones individuales de TCC durante 6 meses o farmacoterapia más cuidado rutinario. Los resultados durante un año favorecieron al grupo de TCC (44% de recaída) en comparación con el grupo de cuidado habitual (75%). Los pacientes en TCC también tuvieron menos hospitalizaciones y menos días en el hospital, mejor funcionamiento social y mejor adherencia a la medicación que los pacientes en cuidado rutinario. A los 30 meses, la diferencia entre los grupos en las tasas de recaída sólo era significativa para las recaídas depresivas. Las puntuaciones de severidad de la depresión y los días pasados en episodios depresivos fueron menores en el grupo de TCC a los 12 meses pero no a los 30.

Un ensayo monocéntrico, controlado y aleatorizado (N=52) realizado en Australia confirmó, en líneas generales, esos resultados <sup>(28)</sup>. Pacientes bipolares I y II que estaban eutímicos o levemente sintomáticos fueron asignados aleatoriamente a medicación y 6 meses (20 sesiones) de TCC y “técnicas emotivas” (visualización, narrativa y revivir experiencias previas) o medicación con breve psicoeducación (tratamiento habitual). Los pacientes en TCC tenían menores puntuaciones de depresión a los 6 meses y tendían a tener periodos más largos hasta las recaídas depresivas a los 18 meses ( $p=0.06$ ) pero las tasas globales de recaídas no difirieron. Los pacientes en TCC también tenían mayores mejoras en la severidad de los síntomas depresivos en comparación con los 18 meses anteriores al ensayo. Al igual que en el ensayo de *Lam y col.* <sup>(27)</sup>, los beneficios de la TCC sobre las puntuaciones de depresión disminuían con el tiempo, sugiriendo que para el mantenimiento de las ganancias deben ser necesarias las sesiones de refuerzo.

Un ensayo realizado en cinco centros del Reino Unido con 253 pacientes bipolares I y II examinó la TCC en centros sociales que atendían a pacientes muy recurrentes <sup>(29)</sup>. La mayoría de los pacientes eran de “alto riesgo” en virtud de que tenían trastornos

comórbidos (por ejemplo, dependencia de drogas), al menos un episodio en el año previo, síntomas activos (32% en episodio agudo) u otros factores de riesgo. Los pacientes en TCC tenían planificadas 22 sesiones en 26 semanas, aunque asistieron únicamente a una media de 14 sesiones (igual que en el ensayo de *Lam y col.* <sup>(26)</sup>). Los resultados principales fueron negativos: a los 18 meses, los pacientes en TCC no diferían de aquellos en tratamiento habitual en cuanto al tiempo a la recurrencia, la duración de los episodios de enfermedad o las puntuaciones medias de la severidad de la depresión. Un análisis retrospectivo reveló que la TCC era efectiva en el retraso de la recurrencias entre los pacientes con menos de 12 episodios previos.

Un ensayo de mantenimiento controlado, aleatorizado realizado en Canadá examinó los efectos de la TCC añadida a la psicoeducación individual <sup>(7,30)</sup> entre 79 pacientes bipolares I y II en remisión completa o mínimamente sintomáticos en medicación estable. Todos los sujetos recibieron siete sesiones individuales de psicoeducación derivada de un manual estructurado de TCC.; la mitad recibieron además 13 sesiones individuales de TCC. No hubo diferencias en las tasas de recaída u hospitalización entre los dos brazos del estudio, pero los pacientes en TCC tuvieron un 50% menos de días de estado de ánimo deprimido y menos aumentos de las dosis de los antidepresivos durante el año del ensayo.

*Parikh y colaboradores* (comunicación personal, 29 de junio de 2008) han concluido recientemente un estudio de efectividad de la TCC versus psicoeducación en cuatro centros canadienses con pacientes bipolares I y II (N=204) en remisión total o parcial. Este ensayo de 18 meses comparó farmacoterapia más 18 sesiones de TCC individual con farmacoterapia más 6 sesiones de psicoeducación en grupo <sup>(14)</sup>. Dado que no se han publicado todos los resultados de este estudio, no se ha incluido en la Tabla 1. Sin embargo, los resultados preliminares no han mostrado diferencias en los resultados entre las dos intervenciones. La efectividad de la psicoeducación en grupo no puede valorarse en este estudio dado la falta de un control sin psicoterapia.

Los resultados de estos estudios proporcionan conclusiones inconsistentes en relación con la efectividad de la TCC. La TCC puede ser más efectiva entre los pacientes recuperados y los menos recurrentes que entre los pacientes severamente enfermos y altamente recurrentes. Los efectos de la TCC sobre los resultados depresivos parecían ser más potentes que sobre los maníacos, excepto cuando el objetivo del tratamiento era la cumplimentación de la medicación <sup>(25)</sup>. De forma alternativa, la discrepancia de los resultados puede ser debida a las diferencias en las poblaciones de la muestra entre los estudios (por ejemplo, número de episodios previos, estatus clínico en la inclusión) los procedimientos de entrenamiento de la terapia, la consistencia de los componentes de la intervención entre los diversos contextos clínicos y otras variables de los centros o de los protocolos. Por ejemplo, *Lam y col.* <sup>(26)</sup> examinaron a pacientes recuperados mientras *Scott y col.* <sup>(29)</sup> incluyeron pacientes en diversos estatus clínicos, algunos de los cuales no tomaban estabilizadores del estado de ánimo. Por tanto, las conclusiones en relación al estatus de la TCC como tratamiento de mantenimiento esperan ensayos sistemáticos que examinen los efectos moderadores del paciente, el tratamiento y las variables del contexto clínico.

#### *Terapia Interpersonal y del Ritmo Social*

El enfoque de terapia interpersonal y del ritmo social, una adaptación de la psicoterapia interpersonal para la depresión, deriva de dos observaciones: el trastorno bipolar se asocia a menudo con un pobre funcionamiento interpersonal, especialmente durante las fases depresivas <sup>(31)</sup>; y las interrupciones de los ciclos sueño/vigilia pueden precipitar episodios maníacos <sup>(32)</sup>. Consecuentemente, la terapia interpersonal y del ritmo social tiene dos objetivos: resolver los problemas personales clave relacionados con la pena, controversias, conflictos interpersonales, o déficits interpersonales; y estabilizar los ritmos sociales (es decir, cuándo se levantan los pacientes, cuándo se van a dormir, cuándo hacen ejercicio o cuándo vida social). Iniciado durante el periodo post episodio, los pacientes son instruidos para regular sus rutinas diarias y sus ciclos de sueño/vigilia y para identificar los acontecimientos que podrían provocar cambios en esas rutinas (por ejemplo

cambios en el horario laboral).

En un ensayo monocéntrico de esta modalidad, se asignaron aleatoriamente 175 pacientes bipolares I y II a farmacoterapia y a terapia interpersonal y del ritmo social semanal o a farmacoterapia y sesiones semanales de manejo de la enfermedad <sup>(33)</sup>. Una vez recuperados, los pacientes fueron de nuevo asignados aleatoriamente a terapia interpersonal y del ritmo social o a manejo clínico por un periodo de mantenimiento de 2 años, con reducción gradual de las sesiones hasta una mensual. En general, los resultados apoyaban la eficacia de la terapia interpersonal y del ritmo social. Los pacientes que recibieron terapia interpersonal y del ritmo social durante la fase aguda tuvieron periodos de bienestar más largos en la fase de mantenimiento que los pacientes asignados a manejo clínico en la fase aguda. La terapia interpersonal y del ritmo social fue más efectiva en retrasar las recurrencias en la fase de mantenimiento cuando los pacientes tuvieron éxito en la estabilización de sus ritmos sociales durante la fase aguda. Por el contrario, la terapia interpersonal y de ritmo social iniciada durante un periodo de recuperación no fue más efectiva que el manejo clínico en la prevención de las recaídas durante 2 años. Los análisis secundarios revelaron fuertes efectos de la terapia interpersonal y del ritmo social en comparación con al manejo clínico sobre las recurrencias depresivas y un efecto ligeramente significativo sobre los intentos de suicidio <sup>(34, 35)</sup>.

#### *Comparación de Tratamientos para la Depresión Bipolar: STEP-BD*

Algunos de los ensayos revisados anteriormente comparaban dos o más tratamientos activos. En el Programa Sistemático de Mejora del Tratamiento para el Trastorno Bipolar (STEP-BD; [referencias 36, 37]), en un estudio de efectividad llevado a cabo en 15 centros de USA, 239 pacientes depresivos en fase aguda con trastorno bipolar I o II fueron asignados aleatoriamente a medicación o a cualquiera de los cuatro tratamientos psicosociales basados en la evidencia: 30 sesiones semanales y bisemanales de terapia centrada en la familia, terapia interpersonal y del ritmo social, TCC, o a tres sesiones de control psicoeducacional llamado cuidado colaborativo. A diferencia de los ensayos previos, la variable

principal era la recuperación de un episodio de depresión aguda. Los tratamientos los llevaron a cabo terapeutas que recibieron tratamiento limitado y supervisión (una sesión de trabajo en cada modalidad seguido de teleconferencias mensuales).

Durante 1 año, estar en cualquiera de estas tres psicoterapias intensivas se asociaba con una tasa de recuperación más rápida (169 días *versus* 279) de la depresión aguda que estar en cuidado colaborativo <sup>(36)</sup>. Los pacientes en tratamiento intensivo también tenían una probabilidad 1,58 veces mayor de estar bien en cualquier mes del primer año del estudio que los pacientes en cuidado colaborativo. Las tasas de recuperación al año no difirieron significativamente entre las modalidades intensivas: terapia centrada en la familia = 77% (tiempo medio de recuperación 103 días), terapia interpersonal y del ritmo social = 65 % (127,5 días), y TCC = 60% (112 días). Los pacientes en psicoterapia intensiva tenían también mayores ganancias en las variables funcionales, incluyendo el funcionamiento de las relaciones y la satisfacción de vida, incluso después de ajustar las puntuaciones para los niveles concurrentes de depresión <sup>(37)</sup>.

Los resultados del STEP-BD subrayan el poder de las terapias psicosociales coadyuvantes, pero también sus limitaciones. A pesar de la disponibilidad de hasta 30 sesiones de asistencia, los pacientes sólo asistieron a una media de 14,3 (DE=11,4). Únicamente el 54% de los pacientes tenía miembros de su familia disponibles para asistir a la terapia centrada en la familia u otros tratamientos. Las psicoterapias afectaron al funcionamiento de las relaciones pero no al funcionamiento vocacional: posiblemente, los programas de rehabilitación cognitiva, similares a los de la esquizofrenia, podrían adaptarse al trastorno bipolar <sup>(38)</sup>. Sin embargo, los pacientes bipolares con depresión aguda parecen precisar una psicoterapia más intensiva que la que se ofrece típicamente en los centros sociales. Posiblemente, los ingredientes comunes de estas psicoterapias – tales como las estrategias de enseñar a regular los estados de ánimo, y a resolver los problemas interpersonales o familiares clave – contribuyen a recuperaciones más rápidas y a un mejor funcionamiento tras un periodo depresivo.

## Discusión

La psicoterapia es un eficaz coadyuvante para la farmacoterapia en la prevención de recaídas y la estabilización de los estadios entre los pacientes bipolares. Los tratamientos activos aquí revisados se asocian con un 30-40% de reducciones en las tasas de recaída en periodos de 12 a 30 meses. Aunque no tan bien estudiado, los pacientes que recibieron tratamiento psicosocial intensivo tuvieron mejores resultados funcionales que aquellos que recibieron tratamiento farmacológico rutinario durante 1-2 años. Los efectos beneficiosos de las estrategias de grupo, cuidado sistemático, familiar, TCC y terapia interpersonal y de ritmo social pueden observarse al menos 1 año después de su finalización. En el global de los estudios, los modelos de tratamiento que incluían 12 sesiones o más obtuvieron mejores resultados en comparación con los tratamientos de tres sesiones o menos. Aunque ninguna de las modalidades se mostró superior al resto, los resultados sugieren que las modalidades actúan mediante diferentes mecanismos de cambio y a su vez afecta a diferentes variables del resultado.

Estas conclusiones deben ser atemperadas por las sustanciales deferencias entre los estudios en los criterios de inclusión, los objetivos, los grupos de control, los procedimientos de entrenamiento de los monitores y la monitorización y la duración de los tratamientos y seguimientos. La mayoría de estudios son monocéntricos con tamaños de muestra inadecuados para testar la hipótesis acerca de la moderación y mediación de las variables. Se están empezando a realizar estudios multicéntricos de efectividad con protocolos de tratamiento bien definidos <sup>(14, 29, 36)</sup>. Por lo tanto, las inferencias en relación con la efectividad de los modelos específicos de psicoterapia para el trastorno bipolar son vistas como prometedoras pero preliminares. A continuación se destacan las hipótesis a examinar en la próxima generación de investigación sobre las intervenciones psicosociales.

### *Depresión versus manía*

Aunque no todos los estudios reportan los efectos de las intervenciones psicosociales sobre los

resultados depresivos versus los maníacos, pueden extraerse algunas conclusiones. Los síntomas maníacos se asocian más consistentemente con la falta de adherencia a la medicación, con acontecimientos vitales que promocionan la consecución de objetivos y con la interrupción del ciclo sueño/vigilia <sup>(5, 32)</sup>. Paralelamente, las intervenciones que se enfocan en la identificación precoz de los síntomas prodrómicos (incluyendo la interrupción del sueño) y la cumplimiento con la medicación son más efectivos en aliviar los síntomas maníacos que los depresivos. Por el contrario, las modalidades centradas en el paciente y su familia que se enfocan hacia las habilidades cognitivas y conductuales para el manejo de las relaciones interpersonales o familiares – tales como la comunicación y las estrategias para resolución de problemas en situaciones muy conflictivas – parecen ser más efectivas para los síntomas depresivos que para los maníacos. Por supuesto, la discapacidad en el funcionamiento interpersonal y familiar, incluyendo alta emoción expresada y las cargas de cuidado entre los parientes, se correlaciona más consistentemente con los síntomas depresivos de los pacientes que con los maníacos <sup>(2, 31, 37, 39-42)</sup>.

*¿Qué pacientes se benefician más de la psicoterapia?*

Los atributos del paciente, especialmente el estado clínico inicial y la historia de recaídas, puede moderar la efectividad de ciertas modalidades psicosociales. La TCC y algunas formas de psicoeducación grupal <sup>(12, 24)</sup> parecen ser más efectivas en pacientes recuperados que en enfermos agudos o subsindrómicos, mientras la terapia familiar, la terapia interpersonal y de ritmo social y las intervenciones de cuidado sistemático produjeron beneficios entre los pacientes que empezaron en estadios moderados o agudos. Un estudio halló que la TCC era más eficaz que el tratamiento habitual entre los pacientes con menos de 12 sesiones pero menos eficaz entre los pacientes con 12 ó más episodios <sup>(29)</sup>. No está claro si la TCC es más eficaz precozmente en el curso del trastorno, con pacientes más jóvenes, o con pacientes menos propensos a las recurrencias. Las deficiencias cognitivas asociadas con un trastorno bipolar altamente recurrente pueden hacer que las tareas centra-

les de la TCC (es decir, identificar y desafiar las cogniciones) sean demasiado difíciles para negociar. Idealmente, futuros estudios de efectividad deberían probar estas hipótesis directamente estratificando a los participantes según el estado de recuperación o las variables de la historia de la enfermedad antes de asignarles al tratamiento o las condiciones de control.

Los pacientes en familias con altos niveles de conflicto o deficiencias muestran mayor estabilización de los síntomas depresivos con la terapia familiar que los pacientes en familias con bajos niveles de deficiencia <sup>(23, 42)</sup>. Posiblemente, la terapia familiar debería reservarse para los pacientes propensos a la depresión quienes, tras una enfermedad aguda, vuelven a familias que tienen un alto nivel de conflicto, crítica u hostilidad marital o padres/hijos; muestran déficits en la resolución de problemas; o tienen dificultad para cubrir las necesidades prácticas y emocionales de los miembros familiares <sup>(43)</sup>. Los estudios futuros deberían examinar que aspectos del afecto familiar, la comunicación y la resolución de problemas son más importantes en el proceso de recuperación de la depresión bipolar.

Pueden surgir más diferencias entre las modalidades de tratamiento de estudios de la comorbilidad de los ejes I y II. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos de ansiedad y el consumo de drogas o trastornos de dependencia son frecuentemente comórbidos con el trastorno bipolar <sup>(44)</sup>, pero los datos sobre el tratamiento de los pacientes comórbidos son, sorprendentemente, escasos. En un análisis secundario, *Frank y col.* <sup>(33)</sup> hallaron que la terapia interpersonal y del ritmo social era menos efectiva entre los pacientes con medicación comórbida o trastornos de ansiedad. Una personalidad límite comórbida también se asoció con un curso más difícil de terapia interpersonal y del ritmo social <sup>(45)</sup>. Para tratar pacientes de diagnóstico complejo, se deberían complementar los manuales de tratamiento psicosocial existentes con estrategias basadas en la evidencia para tratar los trastornos de ansiedad (por ejemplo, exposición prolongada al trastorno por estrés postraumático <sup>(46)</sup>), trastorno límite de personalidad <sup>(47)</sup> y trastornos por consumo de drogas <sup>(48)</sup>.

## *Mecanismos psicosociales*

La literatura sobre psicoterapia está obstaculizada por su falta de conocimiento en estudios científicos de los procesos psicosociales y factores de la vulnerabilidad cognitiva. La mayoría de los estudios se realizaron sin una referencia explícita a los estudios longitudinales de acontecimientos vitales estresantes, sensibilidad a la recompensa, búsqueda de un objetivo disfuncional, neuroticismo, o estilos distorsionados de los procesos de información del trastorno bipolar <sup>(5, 6)</sup>. La medición del evento vital estresante, las variables de personalidad o los factores de vulnerabilidad cognitiva antes de iniciar los tratamientos psicosociales pueden ayudar a identificar subgrupos de pacientes que tienen más o menos probabilidad de beneficiarse de ciertas modalidades. Por ejemplo, los estilos cognitivos asociados con manía – tales como una valoración no realista en relación con el objetivo a lograr o un sentido del “yo hiperpositivo” – se asocian con una respuesta más pobre a la TCC <sup>(49)</sup>.

La identificación de los mediadores del cambio (mecanismos de cambio) en los dominios biológicos o psicológicos será esencial para el desarrollo de tratamientos psicosociales que sean más eficientes y tengan efectos más duraderos <sup>(50)</sup>. Los candidatos actuales a los mediadores asociados al tratamiento en el trastorno bipolar incluyen la mejoría de la adherencia a los regímenes de los estabilizadores del estado de ánimo <sup>(17, 18, 25, 26, 51)</sup>, el incremento de los conocimientos del trastorno, la conducción a un mayor acceso a la asistencia adecuada <sup>(10, 24)</sup> la regularidad de los ciclos sueño/vigilia y ritmos diarios <sup>(33)</sup>, la mejora de la comunicación familiar <sup>(10, 19)</sup>, las reducciones de las actitudes disfuncionales <sup>(30)</sup> y un reconocimiento precoz de los síntomas prodrómicos <sup>(11, 24, 26)</sup>. Las variables que median la mejoría de los síntomas maníacos (por ejemplo, la adherencia a la medicación) parecen ser diferentes de las variables que media la mejora de los síntomas depresivos (por ejemplo, mejora de la comunicación entre pacientes y cuidadores) <sup>(5, 18, 19)</sup>.

Ningún estudio ha examinado los cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en la estructura neu-

ral o el funcionamiento entre los pacientes bipolares que se someten a psicoterapia, aunque tales estudios se han llevado a cabo para otros trastornos <sup>(52)</sup>. Las consecuencias a la respuesta a la psicoterapia en el trastorno bipolar pueden incluir el incremento de la activación de la corteza prefrontal ventrolateral, la activación disminuida de la amígdala o el incremento de la activación del cíngulo anterior rostral <sup>(53, 54)</sup>.

## *Algoritmos de Tratamiento*

Un conclusión clara (no intencionada) de estos estudios es que el trastorno bipolar es una enfermedad altamente crónica, invalidante y recurrente y que nuestras opciones actuales de tratamiento son inadecuadas para mantener la estabilidad a largo plazo. Incluso con unas óptimas psicoterapia y farmacoterapia, al cabo de un año se dan recurrencia en un 50-70% de los pacientes (Tabla 1) Los modelos de cuidados crónicos, en los que los pacientes entran y salen de tratamientos intensivos según sus estados clínicos, pueden ser más coste-efectivos a lo largo del tiempo que modalidades intensivas de “un disparo”.

Los investigadores que trabajan sobre los modelos de cuidados crónicos deberían seguir el camino de los investigadores de psicofarmacología implementando ensayos pragmáticos que reflejen las decisiones tomadas en la práctica clínica. Los ensayos pragmáticos pueden ayudar a determinar si la psicoterapia coadyuvante tiene mayores o menores beneficios en diferentes lugares de un algoritmo, tales como tras el fracaso de un antidepresivo coadyuvante o de un segundo estabilizante del estado de ánimo. Un ensayo práctico puede establecer, por ejemplo, que los pacientes maníacos agudos necesitan ser estabilizados adecuadamente con farmacoterapia antes de iniciar las intervenciones psicosociales, mientras los pacientes agudamente deprimidos se pueden beneficiar de la iniciación simultánea de fármacos y tratamientos, como se hizo en el STEP-BD. Una vez estabilizados, a los pacientes se les puede reducir gradualmente la frecuencia de las sesiones psicosociales. Los protocolos de manejo pueden diferir dependiendo del estadio del trastorno del paciente.

Los ensayos pragmáticos pueden ser también capa-

ces de discernir si los pacientes en psicoterapia intensiva puede ser mantenidos con menos estabilizadores del estado de ánimo o antipsicóticos atípicos (o dosis menores) que los pacientes que reciben únicamente medicación. Algunos pacientes – tales como los pacientes bipolares II que tienen periodos prolongados de estabilidad o de sólo depresión residual leve – pueden ser capaces de abandonar totalmente la farmacoterapia y mantenerse sólo con tratamiento psicosocial, reiniciando la farmacoterapia si reaparecen los síntomas.

Finalmente, los pacientes con un inicio precoz del trastorno bipolar están en riesgo de un montón de pobres resultados, en particular ciclación rápida, episodios largos, cambios de polaridad y deterioros del funcionamiento <sup>(55)</sup>. Dados los posibles efectos neurotóxicos de los episodios repetidos sobre el desarrollo del cerebro juvenil, la introducción precoz de intervenciones psicosociales en el curso del trastorno (incluso durante el periodo preinicial) puede reducir la cronicidad a largo plazo, la discapacidad psicosocial y el desgaste de los cuidadores. Los ensayos pragmáticos pueden clarificar el contenido idóneo, el formato y la intensidad de las intervenciones iniciadas antes del inicio del trastorno.

La Bibliografía y las tablas de los artículos las pueden pedir a:  
avellanedaguri@gmail.com.