

La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I

Enrique Chávez-León,¹ Erika Benítez-Camacho,² Martha Patricia Ontiveros Uribe³

Artículo original

SUMMARY

Although pharmacotherapy is the essential treatment for bipolar I disorder depression, a significant percentage of patients continue experiencing emotional episodes. Cognitive behavioral therapy (CBT), interpersonal psychotherapy and social rhythm and focused family therapy, as well as psychoeducation, share the emphasis on the empowerment of the patient so she/he becomes an active participant in treatment, becomes aware of the nature of the disorder who suffers, and learns to recognize early symptoms of depressive episodes in order to prevent its recurrence. The addition of the CBT aims to alleviate depressive symptoms, restore the psychosocial functioning and prevent the appearance of new affective episodes.

Objectives

This paper aimed to demonstrate the importance and usefulness of the CBT as an adjuvant of the pharmacological management of depression in bipolar disorder type I in those areas which cannot be resolved by pharmacological treatment (residual symptoms, adherence and compliance with treatment, awareness and understanding of bipolar disorder, identification of prodromal symptoms and developing coping skills).

Method

Controlled clinical trials about the usefulness of CBT as an adjunctive treatment of patient with depression due to bipolar disorder type I are reviewed.

Results

CBT increases adherence to drug therapy, decreases the frequency of relapses, diminishes residual symptoms, the need for hospitalization, and the duration time of depressive episodes; it also improves psychosocial functioning. However, these effects diminish over time and its results are lower in patients with more affective episodes and greater comorbidity.

Conclusions

There is evidence of the utility of the CBT as a useful tool to improve the evolution of the condition in depressed patients due to bipolar

I disorder and of the need to extend the time of this and other psychosocial interventions, since this disorder is a condition that lasts a lifetime and causes significant impact on psychosocial functioning of the person.

Key words: Bipolar I disorder, bipolar depression, treatment, psychotherapy, cognitive behavioral therapy, interpersonal therapy and social rhythm, focused family therapy.

RESUMEN

A pesar de la farmacoterapia, tratamiento esencial del trastorno bipolar I, un porcentaje importante de pacientes experimenta nuevos episodios afectivos. La terapia cognitivo conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal y ritmo social y la terapia familiar focalizada, lo mismo que la psicoeducación, enfoques psicosociales útiles en el tratamiento del trastorno bipolar, comparten el énfasis en el empoderamiento del paciente para convertirlo en participante activo de su tratamiento. La adición de la TCC al tratamiento tiene como objetivos aliviar los síntomas depresivos, restablecer el funcionamiento psicosocial y prevenir la aparición de nuevos episodios afectivos. Aunque la investigación es limitada, en este trabajo se describen las bases teóricas y los estudios empíricos que avalan el uso de la TCC como una intervención psicosocial indispensable.

Objetivos

El presente trabajo tuvo como objetivo demostrar la utilidad de la TCC como tratamiento coadyuvante en la depresión del trastorno bipolar I para los síntomas residuales, la adherencia y el cumplimiento del tratamiento, la conciencia y la comprensión del trastorno bipolar, la identificación temprana de los síntomas de los episodios afectivos y el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Método

Se revisaron los ensayos clínicos controlados acerca de la utilidad de la TCC como tratamiento del paciente con depresión del trastorno bipolar I.

¹ Escuela de Psicología de la Universidad Anáhuac México Norte; Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, UNAM.

² Escuela de Psicología de la Universidad Anáhuac México Norte.

³ Hospitalización y Urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia: Dr. Enrique Chávez-León. Escuela de Psicología de la Universidad Anáhuac México Norte. Av. Universidad Anáhuac 46, Lomas Anáhuac, 52786 Huixquilucan Edo. de México. Teléfono: 5627 - 0210 Ext. 8402. E-mail: ecleon@yahoo.com

Recibido: 9 de abril de 2013. Aceptado: 25 de noviembre 2013.

Resultados

La TCC aumenta la adherencia al tratamiento farmacológico, disminuye la frecuencia de recaídas en el primer año, los síntomas depresivos residuales, las hospitalizaciones y la duración de los episodios y mejora la adherencia terapéutica y el funcionamiento psicosocial; su utilidad es similar a la terapia familiar focalizada y la psicoterapia interpersonal y ritmo social. Los efectos terapéuticos disminuyen a lo largo del tiempo y sus resultados son menores en pacientes con mayor número de episodios afectivos (>12) y mayor comorbilidad.

Conclusiones

La TCC es una intervención que mejora la evolución del trastorno bipolar tipo I.

Palabras clave: Trastorno bipolar tipo I, depresión bipolar, psicoterapia, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y ritmo social, terapia familiar focalizada.

INTRODUCCIÓN

“La enfermedad maníaco depresiva es [...] compleja en su origen, diversa en su expresión, impredecible en su curso, severa en su recurrencia y a menudo fatal en su evolución”.¹

El 1.3% de la población mexicana puede padecer trastorno bipolar tipo I alguna vez en la vida, afectando más a los varones (1.6%) que a las mujeres (1.1%).² La Asociación Psiquiátrica Americana incluye en el DSM-IV-TR³ al trastorno bipolar tipo I en la categoría de los *Trastornos bipolares* y en el DSM-5, dentro de los *Trastornos bipolares y otros relacionados*.⁴ Este trastorno se caracteriza por la presencia de episodios maníacos, mixtos y depresivos aunque para su diagnóstico requiere de la presencia de uno o más episodios maníacos (siempre y cuando éstos no formen parte del trastorno esquizoafectivo tipo bipolar). Los episodios maníacos y los episodios depresivos pueden tener o no características mixtas, psicóticas o catatónicas; los episodios depresivos pueden, además, mostrar o no síntomas atípicos o síntomas de melancolía.⁴ Los episodios depresivos son mucho más frecuentes que los episodios maníacos, con el consiguiente impacto en la vida de la persona. Por eso diagnosticar y tratar a la depresión bipolar constituye una situación clínica frecuente en el caso de estos pacientes.

MÉTODO

Este trabajo tuvo como objetivos demostrar, por medio de la revisión de los ensayos clínicos controlados, la importancia y la utilidad de la terapia cognitivo conductual (TCC) como tratamiento coadyuvante del manejo farmacológico de la depresión en el trastorno bipolar tipo I en aquellos ámbitos que no pueden ser resueltos por el tratamiento farmacológico (síntomas residuales, adherencia y cumplimiento del tratamiento, conciencia y comprensión del trastorno bipolar, identificación temprana de los síntomas de los episodios afectivos y desarrollo de habilidades de afrontamiento).⁵ Para ello se consideraron parámetros trascendentales para la práctica clínica psiquiátrica: El efecto sobre la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico, la disminución en el número, la intensidad y la duración de los episodios

depresivos, el aumento en el tiempo de duración de los períodos de eutimia y la mejoría en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial.

RESULTADOS

El uso de estabilizadores del ánimo, la combinación de olanzapina con fluoxetina y la quetiapina son alternativas de tratamiento farmacológicas aceptadas en el paciente con depresión en el trastorno bipolar tipo I.⁶ La psicoterapia debería constituir parte del plan de tratamiento debido a las consecuencias psicosociales de los episodios depresivos y maníacos sufridos en el pasado, la vulnerabilidad de la persona a sufrir nuevos episodios en el futuro y a la persistencia de síntomas residuales significativos. La psicoterapia es muy a menudo una fuerza estabilizadora en la vida de los pacientes. La mayoría de aquéllos que no están en psicoterapia no sienten la necesidad de reflexionar acerca de sus sentimientos ni de sus acciones, no se toman tiempo para identificar sus problemas y por eso no establecen metas para mejorar. La terapia cognitivo conductual (TCC) al enfocarse al monitoreo y la solución de los síntomas y a evitar nuevos episodios de enfermedad bipolar, provee al paciente de una estructura sólida que favorecerá su bienestar.

En las Guías de Tratamiento del Trastorno Bipolar de la Asociación Psiquiátrica Americana se mencionan a la TCC, la terapia familiar focal y la terapia interpersonal y ritmo social, dentro del *armamentarium* psicoterapéutico.⁷ En la versión revisada no oficial de estas guías se describe la utilidad de la terapia familiar focalizada sobre los síntomas (menos recaídas y períodos mayores de estabilidad y en la adherencia al tratamiento) y de la TCC para disminuir el número de recaídas, la duración de los episodios y la necesidad de hospitalización.⁸ Antes de iniciar la descripción y análisis de la TCC, es necesario apuntar que Freud hizo referencia al trastorno bipolar, de forma muy breve, en *Duelo y Melancolía*.⁹ Para este autor, el origen de los episodios de manía y melancolía (depresión) se debían a un mismo conflicto intrapsíquico inconsciente originado durante el desarrollo del individuo. En la melancolía el conflicto se manifiesta de forma directa: la pérdida del objeto —léase la persona— experimentado como abandono, genera hostilidad. El Ego no

puede dirigir ese impulso agresivo hacia el objeto perdido, prefiere re-direccionalo hacia sí mismo, originándose así los síntomas de la depresión; en la manía el fenómeno se encubre manifestándose por el fenómeno opuesto, una energía desbordante.⁹ Sin embargo, a pesar de que han transcurrido cien años desde esa propuesta, la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones psicodinámicas, ya sean en forma de psicoanálisis clásico (restructuración de la personalidad) o de psicoterapia psicodinámica (comprensión a través del *insight* del origen de los síntomas) por medio de la interpretación, la elaboración del conflicto patógeno y la comprensión consciente de los conflictos inconscientes, no ha sido estudiada apropiadamente y por ello tampoco se ha probado su utilidad.

La TCC comparte una serie de características con otras psicoterapias útiles en el tratamiento de la depresión bipolar, tanto en su formato (tratamientos altamente estructurados, basados en un modelo de diátesis y estrés, explicación del origen del problema, bases del tratamiento, aprendizaje y uso de habilidades y aumento en la sensación de capacidad de la persona) como en su contenido (psicoeducación, cambios en el estilo de vida y establecimiento de rutinas diarias, adherencia al tratamiento y prevención de nuevos episodios).¹⁰

A continuación se describen y detallan las bases, las técnicas y la evidencia empírica acerca de la utilidad de la TCC cuando se adiciona al tratamiento farmacológico de la depresión en el trastorno bipolar I.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

La TCC es una forma de psicoterapia breve y de objetivos limitados, creada por Aaron Beck hace cerca ya de 50 años. Inicialmente propuesta para el tratamiento de la depresión, ha resultado útil dentro de la terapéutica de distintos trastornos mentales. El foco primario de este modelo terapéutico es identificar y cambiar los patrones mal adaptativos de procesamiento de la información y del comportamiento. Aunque su marco teórico es totalmente psicológico, esta psicoterapia es completamente compatible con las teorías y terapéuticas biológicas. La intervención cognitivo conductual adicional genera mejores resultados que administrar medicamentos únicamente.¹¹

Modelo cognitivo de la depresión en el trastorno bipolar: Un modelo explicativo, no etiológico

La TCC se basa en el modelo cognitivo en donde la interpretación de los eventos influye sobre las emociones y los comportamientos de la persona; los sentimientos y las conductas dependen de la forma en que las personas interpretan las situaciones. Para la TCC el trastorno bipolar consiste en un círculo vicioso en el que los síntomas depresivos producen

cambios en la cognición y en el comportamiento, dando lugar a mal funcionamiento con los consecuentes problemas psicosociales. El incremento en el nivel de estrés dará lugar a nuevos episodios sintomáticos, depresivos o maníacos. Un modelo cognitivo más complejo incluye a los factores biológicos –diátesis, heredabilidad o predisposición genética– del trastorno bipolar, en interacción constante con los eventos de la vida; los mecanismos de afrontamiento del paciente no son lo suficientemente fuertes y adaptativos debido a su estilo de interpretación (cognitivo) tornándolo vulnerable a recaer y a presentar nuevos episodios afectivos.¹² La TCC modifica los elementos cognitivos, conductuales y afectivos ayudando así al paciente al manejo de su enfermedad, retrasando o deteniendo su progresión.¹³

La TCC, al igual que otras formas de psicoterapia para el trastorno bipolar, comienza con la psicoeducación acerca de este padecimiento y la manera en que los factores ambientales y los pensamientos (cogniciones) y comportamientos del paciente afectan el curso de la enfermedad. Son varios los fines de incluir esta parte psicoeducativa dentro del marco de la TCC: 1. Si el paciente conoce las manifestaciones de la fase depresiva y maníaca del trastorno bipolar puede desarrollar la capacidad de detectar tempranamente los síntomas. La emergencia de síntomas subclínicos de manía y depresión indican la recurrencia o la recaída. La TCC además permite establecer un plan de acción para tratar de evitarlos o de contender con los nuevos episodios.¹⁴ 2. Si conoce la evolución del trastorno bipolar y la utilidad de los fármacos para detener los ciclos puede mejorar el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico. Entre un 40% y un 60% de los pacientes no cumplen adecuadamente con su esquema terapéutico. La TCC permite identificar las razones de la no adherencia y entonces desarrollar estrategias para superar esos obstáculos.¹⁴

Las estrategias de la TCC permiten, además, disminuir el efecto de los eventos ambientales estresantes en el paciente al brindarle apoyo en la toma de decisiones, en el manejo del estrés y la solución de los problemas en las relaciones. La TCC facilita la adherencia terapéutica, disminuye las recaídas y ayuda a la persona a manejar las consecuencias psicosociales de la enfermedad. Para ello, además de 1) el enfoque psicoeducativo y 2) el desarrollo de un sistema de alarma para anticipar un nuevo episodio, la TCC incluye 3) mejorar y mantener la adherencia al tratamiento farmacológico, así como 4) modificar el estilo de vida –disminuir estimulación, actividades y estrés e introducir una buena higiene del sueño – cuestiones críticas para conseguir la estabilidad emocional. El componente terapéutico de la TCC incluye 5) estrategias cognitivas –cuestionamiento de los pensamientos automáticos y supuestos mal adaptativos por medio del cuestionamiento socrático, la restructuración cognitiva y la confirmación por medio de la conducta – y conductuales – retorno gradual a la actividad y una rutina regular de actividades – para el control

de los síntomas y 6) métodos para disminuir los estresores psicosociales –por medio del entrenamiento en la solución de problemas– frecuentemente presentes como los problemas interpersonales, financieros y laborales.¹³ Deben considerarse dentro de la TCC las intervenciones dirigidas al tratamiento de la comorbilidad.

La utilidad de la TCC depende en mucho de la solidez de la alianza terapéutica. La confianza del paciente en el terapeuta es crítica pues cuando los síntomas reaparezcan es indispensable que el paciente se sienta confiado de hablar de ellos y acepte las propuestas del terapeuta. Por otro lado, éste último debe aceptar que el curso de la terapia no es el tradicional, pues además de ayudar al paciente a lograr la mejoría del cuadro depresivo y a manejar las repercusiones psicosociales de la enfermedad, debe también prepararlo para los nuevos episodios. Las visitas, en un principio semanales, se harán posteriormente quincenal y mensualmente de acuerdo a la evolución del cuadro, pero con el retorno de los síntomas por los eventos estresantes y las transiciones a lo largo del ciclo vital, se hacen necesarias visitas más frecuentes. Una diferencia fundamental en el tratamiento con TCC en el caso de la depresión "unipolar" y la bipolar es la duración del tratamiento (20 sesiones o 12 semanas en el primer caso, no definido en el segundo caso). Otra diferencia importante se da debido a los síntomas del paciente y su "funcionamiento" en las sesiones de psicoterapia: Es diferente cuando el paciente está en un episodio depresivo, enlentecido en la ideación y en la conducta, que cuando se encuentra maníaco o hipomaníaco.¹³

A continuación se describen los pensamientos automáticos presentes en los diferentes episodios del trastorno bipolar tipo I.

Contenido cognitivo del pensamiento depresivo (y maníaco) del paciente con trastorno bipolar

Los esquemas cognitivos, las estructuras mentales funcionales que interpretan cualquier situación, dan lugar a pensamientos espontáneos, rápidos y breves, o a pensamientos producto de la deliberación y el razonamiento; el término creencia central puede utilizarse, en la práctica, como sinónimo de esquema.¹⁵ Los pensamientos influyen poderosamente, tanto en las emociones como en los comportamientos del sujeto. Éste evalúa constantemente los eventos internos propios y los externos relacionados con la situación, aun sin proponérselo. Los pensamientos, producto de los esquemas, cuando no son producto de la deliberación o del razonamiento, se denominan pensamientos automáticos. Así, de acuerdo a la circunstancia de la persona pueden aparecer pensamientos automáticos de amenaza y peligro, dando lugar al miedo (emoción normal) o la ansiedad (emoción anormal). Si la circunstancia evaluada a través de los esquemas da lugar a pensamientos de humillación y dominio, dará lugar al

enojo (emoción normal) o a la rabia (emoción anormal); los pensamientos de pérdida y abandono darán lugar a tristeza (emoción normal) o a depresión (emoción anormal), y los de capacidad, logro y oportunidad a alegría (emoción normal) o a euforia (emoción anormal).¹² Los pensamientos automáticos, además de aparecer espontáneamente y parecer plausibles, también tienen un peso importante en las emociones y el comportamiento. Cuando tienen tal fuerza en el sujeto que llegan a desplazar a otros pensamientos razonables y adaptativos, se denominan hipervalentes. Los pensamientos automáticos son "filtrados" a través de supuestos maladaptativos o creencias intermedias consistentes en reglas, actitudes, presunciones e imperativos, rígidas, no realistas y aplicadas sin importar las dificultades ni los riesgos.^{12,15}

Los esquemas (belleza-fealdad, éxito-falla, capacidad-incapacidad y conocimiento-ignorancia), los supuestos maladaptativos y los pensamientos automáticos dominan el panorama durante los episodios depresivos y maníacos; los pensamientos automáticos van a estar distorsionados cognitivamente hacia lo negativo/depresivo o hacia lo positivo/maníaco. Dentro de las distorsiones cognitivas se encuentran la adivinación (*fortune telling*), la lectura de la mente (*mind reading*), el etiquetamiento (*labeling*), el restar importancia (*discounting*), la exageración de fallas y logros (*exaggerating outcomes*) y el razonamiento emocional (*emotional reasoning*).¹² Así, el pensar que la persona va a ser rechazada es un pensamiento automático con la distorsión cognitiva denominada "adivinación" y el pensar que es fea, con la del "etiquetamiento". La creencia de que los demás la suponen incapaz o tonta es una manifestación del pensamiento automático distorsionado cognitivamente por la "lectura de la mente". Otras ideas de tipo depresivo corresponden a los pensamientos automáticos distorsionados por la personalización, la sobregeneralización, la abstracción selectiva y el pensamiento dicotómico (blanco o negro). Los pensamientos automáticos, en el caso del episodio maníaco, están distorsionados cognitivamente de la misma forma, pero hacia el lado positivo. Por ejemplo, si el paciente eufórico cree que todos lo consideran un genio la distorsión cognitiva correspondería a "adivinación" o "sobregeneralización".¹² Al igual que en las emociones, los pensamiento automáticos también influyen en el comportamiento. Por ejemplo, el paciente durante el episodio depresivo evitará situaciones de conflicto, rechazo y falla, tratará de conservar su energía y desistirá antes de perder; todo en función a sus pensamientos automáticos distorsionados cognitivamente hacia lo negativo.¹²

Plan de tratamiento

El plan general de tratamiento de la depresión del trastorno bipolar I incluye: Una evaluación inicial, entrevista con la familia y las personas cercanas al paciente, explicación al paciente del proceso de tratamiento y propiamente la intervención y manejo de los síntomas depresivos (disminuir la

desesperanza, monitorear el afecto, la activación conductual, determinar y modificar las distorsiones cognitivas y la protección, "inoculación o vacunación" contra futuros pensamientos depresivos). Además debe propiciarse la adherencia y el cumplimiento del tratamiento. Las estrategias conductuales siguen dos lineamientos fundamentales: 1) Adicionar comportamientos positivos y 2) para lograr que las cosas vayan bien, primero hay que evitar que empeoren. Por ello se recomienda aumentar el nivel de actividad del paciente, al principio hacer lo que pueda o lo que es indispensable hacer, sin forzarse y evitando la culpa por la inercia, para posteriormente asignar tareas progresivamente mayores.¹³ Vale la pena empezar con las denominadas lista A y lista B. En la lista A se incluye lo que es necesario realizar ese día; en la lista B las actividades que no son prioritarias. También deben evitarse los factores que puedan empeorar a la depresión. Por ejemplo, deben corregirse la ausencia de actividades agradables, la falta de trato con personas que estiman al paciente pero también la exposición a estímulos negativos, como noticieros, música y películas tristes, alternar con otras personas deprimidas o con aquellas que hacen comentarios críticos o desagradables, y escuchar acerca de problemas económicos. También es indispensable restablecer el patrón de sueño (dormir ocho horas y no desvelarse).¹³

Utilidad de la terapia cognitivo conductual (TCC): evidencia empírica

Adherencia al tratamiento. Cochran fue la primera en determinar que la TCC era necesaria para aumentar la adherencia y el cumplimiento del tratamiento con litio: 38 pacientes tuvieron ítemas estables a lo largo de los tres y los seis meses de seguimiento en consulta externa.¹⁶

Además del efecto sobre la adherencia al tratamiento y el efecto profiláctico, ¿la TCC tiene efecto antidepresivo? En un estudio de pacientes con recaídas frecuentes a pesar del tratamiento profiláctico apropiado (comprobado gracias al análisis de los niveles séricos), se observó que la adición de TCC hacía que las recaídas fueran menos frecuentes. En los primeros seis meses del estudio los pacientes que siguieron sólo el tratamiento farmacológico recayeron en el 50% de los casos y, a lo largo del año, en el 75%. En cambio, en el caso de los pacientes que recibieron además la TCC la recaída ocurrió, en el primer semestre, en el 28.3% y, al año, en el 43.8%. El efecto benéfico de la TCC sobre los síntomas depresivos se observó en el 56% de los pacientes que al inicio cursaban con depresión leve a moderada (puntuación en el inventario de depresión de Beck, IDB, de 10 a 18) y depresión moderada (puntuación en el IDB de 19 a 29). También el número de recaídas depresivas disminuyó del 52.1% al 20.8%, lo mismo ocurrió en el caso de los episodios maníacos (de 31.3% a 16.7%). Ningún paciente en tratamiento con TCC requirió hospitalizarse por episodios depresivos en comparación con el 12.5% de los tratados sólo con medicamentos; aunque el

14.6%, a pesar de la TCC, requirieron hospitalizarse por un episodio maníaco, de los que no la recibieron tuvieron que internarse en un 25%. Los episodios depresivos también se acortaron, pues en los pacientes con TCC su duración promedio fue de 15.1 días en comparación con los casi 58 días que duraron los episodios de los pacientes que sólo recibieron tratamiento medicamentoso. Finalmente los pacientes en TCC tuvieron mayor adherencia y cumplimiento en el tratamiento farmacológico y mejoría en el funcionamiento psicosocial.¹⁷ La TCC consistió en 14 sesiones en los primeros seis meses más dos sesiones a lo largo de un segundo período de seis meses. Además del enfoque habitual (monitoreo, examen y cambio de pensamientos y conductas disfuncionales asociados a los estados de ánimo indeseables) se adicionó la regulación (establecer una rutina diaria, incluyendo al sueño) y el monitoreo (manejo de los síntomas prodrómicos). A los 30 meses del estudio, aunque las recaídas fueron frecuentes, la adición de la TCC tuvo un efecto protector tanto sobre los episodios afectivos en general (84.3% vs. 63.8%) como sobre los episodios maníacos/hipomaníacos (67.4% vs. 50%) y los episodios depresivos (66.7 % vs. 38.6%). La reducción del riesgo es de aproximadamente 50% para los episodios en general y del 38% para los episodios depresivos y al parecer, considerando el número previo de episodios y el cumplimiento terapéutico, no tuvo un efecto significativo (*hazard ratio*) sobre la recaída en episodios maníacos/hipomaníacos. El efecto protector es significativo durante el primer año, pero con el transcurso del tiempo se pierde. En cambio la disminución en el tiempo de duración de los episodios en general y de la depresión en especial, mas no para la manía/hipomanía, persiste más allá de ese primer año y llega hasta los 30 meses que duró el estudio.¹⁸ El efecto de la TCC también es persistente en el estado de ánimo inter-episódico, en el funcionamiento psicosocial, en la capacidad de contender con los síntomas prodrómicos de los episodios afectivos y en el manejo de las cogniciones disfuncionales.

¿Es útil la TCC en todos los pacientes? En un estudio con pacientes menos selectos (30% tenían uso de sustancias, habían tenido 20 a 30 episodios afectivos a lo largo de su vida y cursaban en esos momentos con un episodio afectivo), los resultados no fueron tan alentadores.¹⁹ En este estudio los objetivos de la TCC, aunque explícitos (lograr la aceptación del diagnóstico y la necesidad del tratamiento, disminuir la sintomatología afectiva cotidiana, reconocer y manejar estresores psicosociales y problemas interpersonales, identificar y modificar los pensamientos automáticos, los supuestos maladaptativos y las creencias subyacentes, enseñar estrategias cognitivas para contender con la depresión, mejorar el cumplimiento del tratamiento medicamentoso, enseñar a reconocer tempranamente los síntomas de recurrencia y las técnicas para afrontarlos), se completaron sólo hasta un 60%. Con base en esos resultados los autores proponen que la TCC es menos efectiva en pacientes con episodios recu-

rrentes (más de 12 episodios a lo largo de la vida) y recomiendan adicionar la TCC al tratamiento farmacológico en pacientes que se encuentren en estadios tempranos de la enfermedad bipolar.¹⁹

¿El aumento en la adherencia y el cumplimiento terapéutico explica la utilidad de la TCC?

En un estudio de un año de duración en el que el cumplimiento del tratamiento llegó al 90% se observó que los pacientes tratados con la adición de TCC: 1) Tendieron a tener menos síntomas depresivos, 2) a que en el 80% de los casos los médicos tratantes bajaran las dosis de los antidepresivos administrados, 3) tuvieron 50% menos de días con síntomas depresivos a lo largo del mes y 4) el efecto de la TCC se extendió por seis meses después de haberla administrado.²⁰

¿Para la depresión del trastorno bipolar tipo I es tan útil la TCC como otras psicoterapias?

En el marco del Programa Potenciador del Tratamiento Sistématico del Trastorno Bipolar (*Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder, STEP-BD*) del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos se determinó la utilidad de la TCC, terapia familiar focalizada y la psicoterapia interpersonal y ritmo social, comparándola con el llamado cuidado colaborativo. Las psicoterapias consistieron en 30 sesiones a lo largo de nueve meses; el cuidado colaborativo, una intervención psicosocial mínima, consiste en una versión breve de las estrategias psicosociales más comunes utilizadas para el trastorno bipolar y se administró en tres sesiones a lo largo de seis semanas. Las cuatro maniobras incluyeron a la psicoeducación, planes de prevención de recaídas e intervenciones para el manejo de la enfermedad. La TCC consistió en: 1) psicoeducación acerca del curso del trastorno bipolar, la adherencia al tratamiento y el manejo del estrés, 2) una agenda diaria para evitar la inactividad o reducir la sobre-estimulación, 3) restructuración cognitiva, 4) entrenamiento para resolver problemas, 5) estrategias para la detección e intervención tempranas de los episodios afectivos y 6) intervenciones selectivas para el manejo de la comorbilidad. En las primeras sesiones se monitoreaba la actividad y se cuestionaban los pensamientos negativos, en las posteriores se cuestionaban las creencias disfuncionales.²¹ Los pacientes deprimidos no correspondieron en su totalidad al trastorno bipolar tipo I, pues un 31% tenía trastorno bipolar tipo II, cerca del 70% había tenido más de diez episodios maníacos y más de diez depresivos a lo largo de su vida y un 29% eran cicladores rápidos. Los pacientes que recibieron alguna de las psicoterapias mencionadas se recuperaron con más frecuencia (64.4% vs. 51.5%) y en menos tiempo. A lo largo de un año

los pacientes se recuperaron del episodio depresivo cuya duración en promedio había sido de alrededor de 200 días al ingresar al estudio, con la terapia familiar focalizada en un 77%, con la psicoterapia interpersonal y ritmo social en un 64.5% y con la TCC en un 60%. El cuidado colaborativo permitió la mejoría sólo del 51.5%. El tiempo promedio para recuperarse fue de 103 días para la primera, 127 días para la segunda y para la TCC de 112 días. Una observación importante es que los pacientes que se recuperaron correspondían a los que contaban con familiares cercanos y fue mayor en los meses finales del estudio.

La potencia de las distintas psicoterapias, utilizando razones de momios, fue similar: Terapia familiar focalizada: 1.6, psicoterapia interpersonal y ritmo social: 1.61 y TCC: 1.55.²¹

¿Hay estudios negativos acerca de la utilidad de la TCC?

En un estudio alemán, cuando se comparó la TCC con la terapia de apoyo y se siguió a los pacientes a lo largo de dos años, se observó que ambas terapias tenían un efecto similar y que la recurrencia de los episodios afectivos ocurría en ambos grupos de pacientes alrededor de la semana 66, la de los episodios depresivos en la semana 87 y los episodios maníacos poco antes y poco después de la semana 100. La muestra tenía tratamientos diversos (litio, valproato, carbamazepina, antidepresivos y antipsicóticos) e inclusive, al inicio, cerca del 30% tomaba sólo antidepresivos o ningún fármaco. Los grupos estuvieron constituidos por poco más de 30 pacientes; no se dieron mayores datos acerca de la TCC ni en qué consistió la terapia de apoyo. Aunque es un detalle, en una de sus figuras en donde anotan los episodios presentes a lo largo del estudio, no corresponde la suma en el grupo de pacientes en TCC (total de episodios afectivos 12, episodios depresivos siete y maníacos/hipomaníacos 10) ni en el de la terapia de apoyo (total de episodios afectivos 20, depresivos 14 y maníacos/hipomaníacos 8), tampoco se analizó si la diferencia fue significativa en el número de recaídas.²²

CONCLUSIONES

La adaptación del modelo de Beck para la depresión constituye un marco teórico que permite comprender a la depresión del trastorno bipolar y las razones por las que la modificación de las cogniciones y de los comportamientos complementa el efecto de los fármacos estabilizadores del ánimo.

En este trabajo se presentó la evidencia acerca de la utilidad y, por ello, la necesidad de incluir dentro del esquema terapéutico a las distintas psicoterapias como coadyuvantes del tratamiento con estabilizadores del ánimo y otros psico-fármacos en el caso de los pacientes con un episodio depresivo debido al trastorno bipolar tipo I.

La adición de la TCC disminuye el número y duración de los episodios depresivos, los síntomas residuales o inter-episódicos y también la necesidad de hospitalización. De igual forma tiene un efecto positivo en el funcionamiento psicosocial. Lo interesante de este hallazgo es que el efecto en general se extiende de seis y hasta 24 meses más, después de haber terminado la intervención cognitiva.

La TCC es efectiva en los pacientes recuperados, en aquellos con síntomas depresivos subsíndromáticos y que no han tenido más allá de doce episodios afectivos a lo largo de la evolución del padecimiento. Obviamente su utilidad disminuye cuando existe mayor comorbilidad y cronicidad.

Sin embargo es necesario considerar que aun con tratamientos óptimos combinando psicoterapia y farmacoterapia, el 50% a 75% de los pacientes presentan recurrencias a lo largo de un año.²³

El resultado de un meta-análisis del uso de la TCC en el trastorno bipolar llegó a conclusiones parecidas: "claro impacto sobre los síntomas y en los mecanismos etiopatogénicos de la TCC[...] Un efecto significativo sobre la adherencia terapéutica, la calidad de vida y el ajuste vital/social[...] La utilidad de la TCC durante los primeros seis meses desaparece después de los 12 meses".²⁴

Los hallazgos descritos en este trabajo señalan la necesidad de mantener un esquema medicamentoso con TCC adicional a largo plazo, propuesta lógica considerando que el trastorno bipolar tipo I persiste a todo lo largo de la vida del paciente.

REFERENCIAS

1. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression*. Segunda edición. Nueva York: Oxford University Press; 2007; pp. 869.
2. Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
3. Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. Cuarta edición. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
4. DSM-5. Bipolar and related disorders. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/BipolarandRelatedDisorders.aspx>. Accesado el 4 de julio de 2012.
5. Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N et al. Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *Br J Psychiatry* 2008;192(1):5-11.
6. Chávez-León E, Ontiveros Uribe MP. La depresión del trastorno bipolar tipo I: Bases de tratamiento farmacológico. *Psiquiatría* 2009;25(4):1-3.
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revisión). *Am J Psychiatry* 2002;159(supl.):1-50.
8. Hirschfeld RMA. Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2005. http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm.
9. Freud S. *Obras completas. Duelo y melancolía* (1917 [1915]). Tomo XIV, Buenos Aires: Amorrortu; 2002.
10. Mansell W, Colom F, Scott J. The nature and treatment of depression in bipolar disorder: a review and implications for future psychological investigation. *Clin Psychology Rev* 2005;25:1076-1100.
11. Scott J, Paykel E, Morris R et al. Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;188:313-320.
12. Leahy RL. *Cognitive therapy*. En Johnson SL, Leahy RL. *Psychological treatment of bipolar disorder*. New York: The Guilford Press; 2004.
13. Ramirez Basco M, McDonald N, Merliock M, Rush AJ. A cognitive-behavioral approach to treatment of bipolar I disorder. En: Wright JH (ed.). *Cognitive-behavior therapy (review of Psychiatric Series, Vol. 23; Oldham JM, Riba MB, series editores)*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2004.
14. Wright JH. *Cognitive-behavior therapy (review of Psychiatric Series, Vol. 23; Oldham JM, Riba MB, series editores)*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2004.
15. Beck JS. *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa; 2000.
16. Cochran SD. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychology* 1984;52(5):873-878.
17. Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(2):145-152.
18. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K et al. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry* 2005;162:324-329.
19. Scott J, Paykel E, Morris R, Bentall R et al. Cognitive- behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *Br J Psychiatry* 2006;188:313-320.
20. Zaretsky A, Lancee W, Miller C, Harris A et al. Is cognitive-behavioral therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry* 2008;53(7):441-448.
21. Miklowitz Dj, Otto Mw, Frank E, Reilly- Harrington NA et al. Psychosocial treatments for bipolar depression. A 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:419-427.
22. Meyer TD, Hautzinger M. Cognitive behaviour therapy and supportive therapy for bipolar disorders: relapse rates for treatment period and 2-year follow-up. *Psychol Med* 2012;42:1429-1439.
23. Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of evidence. *Am J Psychiatry* 2008;165:1408-1419.
24. Szentagotai A, David D. The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta- analysis. *J Clin Psychiatry* 2010;71(1):66-72.

Artículo sin conflicto de intereses