

María Lolich¹
Gustavo H. Vázquez¹
Lina M. Álvarez²
Jorge M. Tamayo^{3, 4}

Intervenciones psicosociales en el Trastorno Bipolar: una revisión

¹Departamento de Neurociencias
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Palermo
Buenos Aires, Argentina

²Grupo de Investigación Emoción
Cognición y Comportamiento (ECCO)
Facultad de Psicología
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia

³Departamento de Psiquiatría
Universidad CES
Medellín, Colombia

⁴Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental (CESISM)
Universidad CES, Medellín, Colombia

Introducción. En los últimos años han sido propuestas múltiples intervenciones psicosociales para el tratamiento del trastorno bipolar. Una revisión crítica de los modelos validados empíricamente resultaría de utilidad.

Método. Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados en Medline/PubMed durante los años 2000-2010 que respondieran al cruce de trastorno bipolar con las siguientes palabras claves: "psychosocial intervention", "psychoeducational intervention" y "psychotherapy".

Resultados. Cuentan con validez empírica intervenciones provenientes de los modelos cognitivo-conductual, psicoeducativo, cuidado sistemático, interpersonal y familiar. Todas ellas dan cuenta de mejoras significativas en la adhesión a las indicaciones terapéuticas y un incremento en la funcionalidad.

Conclusiones. Si bien se utilizan diversas intervenciones psicosociales validadas para el abordaje del trastorno bipolar, su nivel de eficacia debería precisarse en base a variables más específicas como ser las formas clínicas, tipo de comorbilidad, fases o duración de la enfermedad. Estas delimitaciones permitirían seleccionar la intervención más adecuada según las características del paciente.

Palabras claves:
Trastorno bipolar, Intervención psicosocial, Intervención psicoeducacional, Psicoterapia

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(2):84-92

Correspondencia:
Lolich, M.
Departamento de Neurociencias
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Palermo,
Buenos Aires, Argentina
Mario Bravo 1259
Tel: 0054 1148-2739-51 Fax: 0054 11 4813-1938
Correo electrónico: lolichm@yahoo.com.ar

Psychosocial interventions in Bipolar Disorder: A review

Introduction. Multiple psychosocial interventions for bipolar disorder have been proposed in recent years. Therefore, we consider that a critical review of empirically validated models would be useful.

Methods. A review of the literature was conducted in Medline/PubMed for articles published during 2000-2010 that respond to the combination of "bipolar disorder" with the following key words: "psychosocial intervention," "psychoeducational intervention" and "psychotherapy."

Results. Cognitive-behavioral, psychoeducational, systematic care models, interpersonal and family therapy interventions were found to be empirically validated. All of them reported significant improvements in therapeutic adherence and in the patients' functionality.

Conclusions. Although there are currently several validated psychosocial interventions for treating bipolar disorder, their efficacy needs to be specified in relation to more precise variables such as clinical type, comorbid disorders, stages or duration of the disease. Taking into account these clinical features would enable a proper selection of the most adequate intervention according to the patient's specific characteristics

Key Words:
Bipolar disorder, Psychosocial intervention, Psychoeducational intervention, Psychotherapy

INTRODUCCIÓN

Los trastornos bipolares (TBs) son un grupo de patologías crónicas graves que pueden alcanzar una prevalencia en la comunidad de aproximadamente un 4% presentando comorbilidad con otras patologías psiquiátricas, orgánicas y

altos índices mortalidad^{1,2}. Se estima que cerca del 1% de la población presenta TB I, el 1% padecería de un TB II y aproximadamente el 2% sufre de ciclotimia o TB no especificado (TB-NOS). La Organización Mundial de la Salud sostiene que los TBs constituirían la quinta causa de años vividos con discapacidad para las personas entre los 15 y 44 años y la novena causa de años vividos con discapacidad entre las personas de todas las edades¹.

En vista de la edad relativamente temprana en que se inician, los TBs generalmente socavan el desarrollo social, educativo y laboral de los pacientes, dando cuenta de los bajos niveles educativos y las mayores tasas de desempleo que éstos presentan respecto a la población general. Además los pacientes con TB suelen padecer, aún eutímicos, síntomas sub-sindrómicos lo que conlleva a un empeoramiento en su funcionalidad y calidad de vida a nivel global^{3,4}.

Por tanto, la disponibilidad de pautas de tratamiento sencillas, de fácil uso y prácticas para los profesionales de la salud así como de programas de intervención que capaciten a los pacientes en pos de la adopción de un rol cada vez más activo y preventivo en cuanto a la enfermedad resultan necesarias. Si bien comienzan a ser identificadas alteraciones neurobiológicas específicas⁵⁻⁷ y alta heredabilidad⁵ asociadas al TB, variables de índole psicosocial pueden precipitar o, por el contrario, proteger contra la aparición de nuevos episodios afectivos⁹⁻¹¹. En los últimos años se han diseñado, sistematizado y validado diversos programas de intervención psicosocial para el tratamiento del trastorno bipolar.

El presente artículo tuvo por objetivo realizar una revisión introductoria de los distintos modelos psicosociales que

utilizaron grupos randomizados para la validación de sus intervenciones en el tratamiento del TB a través de artículos publicados durante los años 2000-2010.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Medline/PubMed durante los años 2000-2010 que respondiera al cruce de trastorno bipolar con las siguientes palabras claves: *"psychosocial intervention"*, *"psychoeducational intervention"* y *"psychotherapy"*. Fueron incluidos para su revisión artículos publicados en idioma inglés que dieran cuenta de intervenciones psicosociales para el trastorno bipolar validadas empíricamente (RCT). Se empleó como criterio de exclusión la ausencia de grupos control en la validación de los resultados.

RESULTADOS

La búsqueda bibliográfica resultó en un total de 123 estudios encontrados sobre intervenciones psicosociales para el trastorno bipolar (Figura 1). Fueron incluidos para su revisión 45 artículos y excluidos 78 artículos por: a) no presentar un grupo control (3), b) ser redundante como resultado de búsqueda (22) y c) tratar otra patología u objetivos (53).

Las muestras utilizadas en los diferentes estudios incluidos en esta revisión fueron de magnitud variable (en general no más de 200 sujetos por grupo, principalmente pacientes con TB I), comparándose los resultados obtenidos en un grupo experimental, que participaba de uno de los

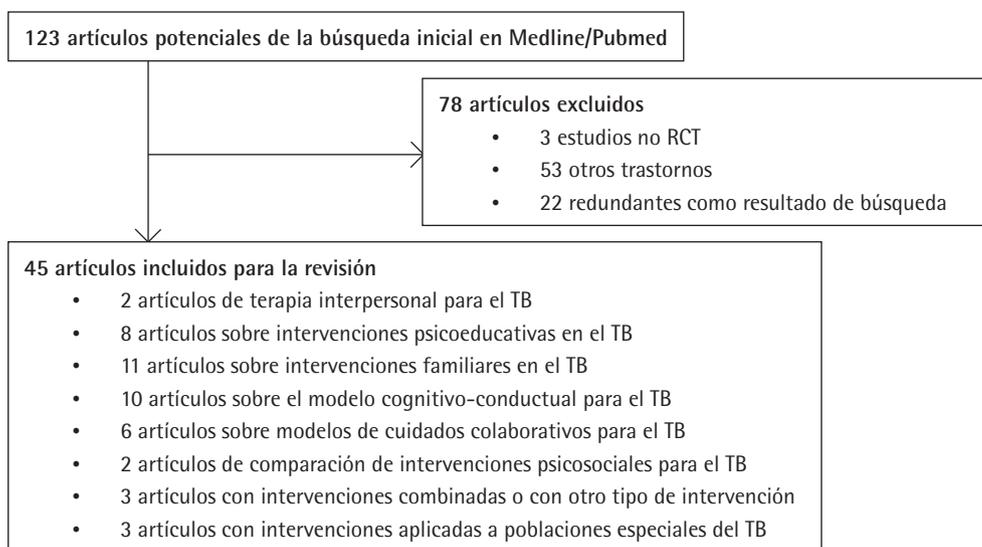


Figura 1

Diagrama de flujo de las diferentes etapas de la revisión bibliográfica

programas de tratamiento, con los provenientes del grupo control, que sólo recibía tratamiento farmacológico más los cuidados médicos necesarios. Fueron empleados formatos de intervención de tipo grupal, familiar o individual en base a modelos psicoeducativos, de terapia centrada en la familia, del tipo *systematic care*, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y del ritmo social.

Si bien estas corrientes conllevan diferentes metodologías de abordaje, comparten no obstante objetivos terapéuticos similares. Los enfoques coadyuvantes psicosociales persiguen entre otras metas, lograr una mayor eficacia general del tratamiento a través de la protección y prevención contra nuevas recidivas y por tanto una mejoría en la calidad de vida del paciente⁹. También se promueven mejorías en el funcionamiento social del paciente así como un manejo adecuado de posibles comorbilidades físicas y psiquiátricas^{9,10}.

Para evaluar el impacto, antes y después de la implementación de las intervenciones, fueron consideradas variables tales como la reducción de síntomas subsindrómicos, la disminución de días totales de enfermedad, adhesión al tratamiento, mejora en el funcionamiento psicosocial, reducción de costes económicos, disminución en el número de episodios, hospitalizaciones y número de medicamentos. Los seguimientos, una vez administrada la intervención, tuvieron un lapso de 1 a 2 años con algunas excepciones como el estudio de Colom y cols. en el que llevaron a cabo un seguimiento de la muestra de 5 años¹².

Terapia interpersonal

Entendiendo que la autoestima y los vínculos del paciente bipolar suelen verse afectados por las características de la enfermedad, esta línea de tratamiento busca capacitar al paciente en la identificación de sus distintos estados emocionales, la posible relación con su contexto y actividades interpersonales. Se promueve un estilo de vida organizado, previniendo conflictos vinculares y promoviendo estilos de comunicación social funcionales. Este modelo se centra en las situaciones sociales en las que pueden emerger estresores proponiéndose identificar aquellos patrones de comunicación problemáticos proponiendo alternativas posibles. Se incentiva al paciente a llevar auto-registros, completar planillas sobre su humor y a plantearse distintos objetivos en una asignación gradual de pasos para su consecución. Otro aspecto de relevancia reside en la importancia otorgada a promover el orden de los horarios de sueño y ritmos biológicos, por lo que este enfoque suele combinarse con enfoques cronobiológicos para el TB como la terapia del ritmo social¹¹.

La búsqueda bibliográfica dio como resultado 2 estudios^{11, 13} que cumplían con los criterios de inclusión en los que participaron 125¹¹ y 175¹³ pacientes bipolares durante 2 años¹³ y 2,5 años¹¹ de duración por ensayo.

En el estudio de seguimiento a dos años, 175 pacientes con TB tipo I en recuperación de un reciente episodio agudo, fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento de farmacoterapia y i) sesiones semanales de *Interpersonal and Social Rhythm Therapy* (IPSRT) ii) cuidados médicos intensivos de frecuencia semanal. Aquellos pacientes que recibieron el tratamiento con IPSRT mostraron mayores periodos de estabilidad y mejorías en el funcionamiento psicosocial. Esta intervención resultaría especialmente efectiva para aquellos pacientes que han sufrido recientemente un episodio agudo de la enfermedad¹³.

Terapia cognitivo-comportamental

Diseñada en sus orígenes para el tratamiento de la depresión unipolar, los objetivos del tratamiento cognitivo-comportamental para el TB buscan modificar las distorsiones cognitivas sobre la enfermedad, monitorear las recaídas, la severidad, y el curso de los síntomas^{9, 10, 14, 15}.

Fueron encontrados un total de 10 trabajos^{14-16, 20-24, 26, 27} en los que participaron un total de 34^{16, 20}, 42¹⁴, 52²⁴, 68²⁶, 103^{15, 21, 27} y 253²² sujetos en ensayos de 8 semanas^{26, 18^{14, 22, 24}}, 12¹⁵ y 30 meses²⁷ hasta 2 años²¹ y 3 años²⁰ de duración.

La terapia cognitivo-comportamental se ha utilizado en niños y adolescentes con TB. Un ejemplo de este tipo de intervención es la terapia cognitivo-comportamental centrada en el niño y la familia (CFF-CBT por sus siglas en inglés: *Child- and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy*). La CFF-CBT es una terapia diseñada para ser utilizada junto con la medicación en el TB pediátrico^{16, 17}. Los estudios reportan que, una vez concluido el programa de intervención, es posible obtener una reducción significativa en la gravedad de los síntomas, evaluados con la *Clinical Global Impression Scales for Bipolar Disorder* (CGI-BP) y un funcionamiento significativamente más alto, evaluado con la *Children's Global Assessment Scale* (CGAS). Sin embargo, aún es necesario realizar estudios doble ciego con grupo control para confirmar su eficacia¹⁶⁻¹⁹.

Feeny y cols. realizaron un estudio piloto en adolescentes con TB. Los resultados indican que, según el informe de los padres, tanto los síntomas maníacos como los depresivos se redujeron sustancialmente después del tratamiento, sugiriendo que los adolescentes que ya se muestran estables en su estado de ánimo debido a la farmacoterapia, se pueden beneficiar de las intervenciones cognitivo-comportamentales²⁰.

Un estudio con adultos con seguimiento a dos años efectuado por Lam y su equipo comparó a una muestra de sujetos con TB I que recibió durante 6 meses tratamiento de rutina y medicamentos con un grupo experimental de sujetos con TB I que durante 6 meses recibió entre 12-18 sesiones de terapia cognitivo-conductual y medicación. Los sujetos del grupo experimental presentaron episodios más

breves y un mejor nivel de funcionamiento psicosocial en comparación al grupo control durante el primer año de seguimiento. A los dos años de seguimiento se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a la cantidad total de días de enfermedad. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas respecto al efecto profiláctico ante nuevos episodios²¹.

Un estudio posterior, llevado a cabo por Scott y cols., en el año 2006²², contó con una muestra de 253 pacientes con TB con al menos dos episodios previos, excluyendo a sujetos con trastorno comórbido de la personalidad de tipo borderline, de abuso o dependencia de sustancias, en manía o participando simultáneamente de otro tratamiento psicosocial. Este estudio comparó los resultados obtenidos en un grupo que recibió 22 sesiones de tratamiento cognitivo conductual y medicación con otro que sólo recibió tratamiento farmacológico y cuidados médicos básicos. Siendo evaluados cada 8 semanas y transcurridos 18 meses, los autores encontraron que más de la mitad de la muestra había presentado un nuevo episodio sin que haya diferencia significativa entre los dos grupos. Análisis *post hoc* dieron cuenta de que aquellos pacientes del grupo experimental que presentaron un menor número de recurrencias fueron aquellos que al momento de comenzado el estudio contaban con <12 episodios afectivos previos. Por tanto, de aplicar este enfoque, se sugiere que los pacientes se encuentren eutímicos⁹ y que no cuenten con una historia de más de 12 episodios afectivos previos²².

Al momento, se dispone de una creciente cantidad de estudios que han validado las intervenciones del modelo cognitivo conductual para el TB aunque con resultados dispares en cuanto al tipo de síntomas con el que se obtienen mejores respuestas (polo maniaco o depresivo) o el tiempo de duración de las mejorías^{15, 23, 24}. En general se han empleado diferentes sub-enfoques del modelo o se han propuesto diferentes objetivos específicos lo que puede restar especificidad a los resultados actuales^{9, 25-27}.

Terapia familiar

Considerando que la enfermedad bipolar es una patología que afecta no sólo al paciente sino también a su entorno en general, resulta necesario atender a la magnitud del impacto percibido por el grupo social inmediato y el modo de relación de éstos con el paciente^{9, 28}.

En este caso la búsqueda bibliográfica resultó en un total de 11 trabajos²⁸⁻³⁸ en los cuales participaron 30³⁶, 46³⁰, 53³², 58^{28, 33}, 92^{35, 37, 38}, 101^{29, 31} y 165³⁴ sujetos con TB durante un tiempo de 18³⁴, 28^{35, 38}, y 30 meses³⁰ y 1^{29, 36} y 2 años^{28, 31-33} de duración.

Uno de los modelos de terapia familiar validados empíricamente es el de la terapia focalizada en la familia propuesto por Miklowitz y su equipo²⁹⁻³². El objetivo de sus in-

tervenciones consiste en mejorar el funcionamiento familiar mediante la psicoeducación del paciente y sus vínculos respecto a la naturaleza de los síntomas, el curso y tratamiento de la enfermedad. Se busca que tanto el paciente como sus allegados desarrollen habilidades y adquieran los conocimientos adecuados para un buen manejo del trastorno. Adicionalmente, se ayuda a los miembros de la familia a adquirir recursos en comunicación y resolución de problemas buscándose prevenir o disminuir posibles conflictos^{9, 28-30}.

Un estudio del 2003 comparó un total de 101 pacientes diagnosticados con TB tipo I de episodio reciente en un seguimiento a dos años. El 33% recibió 21 sesiones de terapia focalizada en la familia y tratamiento psicofarmacológico mientras que el 67% restante recibió 2 sesiones de educación familiar y tratamiento usual para el manejo de crisis más psicofármacos. El grupo experimental presentó un lapso mayor de tiempo entre episodios y una mejor adherencia al tratamiento farmacológico. Además se obtuvieron mejores resultados en la prevención y abordaje de los síntomas depresivos antes que en los de tipo maniaco^{9, 31}.

Se han efectuado trabajos de investigación para validar esta modalidad de intervención familiar en adolescentes con bipolaridad, encontrándose resultados favorables en cuanto a la recuperación de síntomas depresivos en un seguimiento a dos años. Sin embargo, no se encontraron resultados significativos en cuanto a la disminución de la cantidad de episodios afectivos totales³³. Otros estudios han implementado diferentes modalidades del enfoque familiar como ser de tipo multifamiliar o de integración familiar y psicoterapia individual, obteniéndose en general resultados favorables³⁴⁻³⁶. Sin embargo, en otros casos no se han encontrado diferencias significativas en el nivel de mejoría entre el grupo control y experimental al aplicar esta modalidad de intervención^{37, 38}.

Psicoeducación

La psicoeducación busca capacitar al paciente en las características de la enfermedad y su manejo promoviendo un rol activo en el tratamiento y en la toma de decisiones informadas. Las intervenciones psicoeducativas persiguen la construcción de una adecuada alianza terapéutica centrada en la colaboración, la información y la confianza. Siendo que la exposición de los pacientes con TB al estrés se considera un importante factor predictor de recaídas y que las creencias, actitudes y comportamientos que éste asume ante su enfermedad tienen valor pronóstico, establecer estilos de vida acordes reduciría significativamente el índice de recurrencias y aumentaría la calidad de vida^{10, 39-41}. Los programas psicoeducativos han sido administrados con resultados favorables en forma grupal¹², individual⁴², o a familiares y cuidadores de los pacientes con TB⁴³⁻⁴⁵.

Fueron encontrados un total de 8 trabajos^{12, 39-45} en los que participaron un total de 45⁴⁴, 50⁴⁰, 100⁴², 113^{43, 45}, 120^{12, 39}

y 165⁴¹ sujetos en ensayos de 18⁴¹, 10⁴², 15⁴³ y 12⁴⁵ meses, hasta 2^{39,40} y 5 años¹² de duración.

Uno de los modelos que mayor validación ha recibido en los últimos años es el propuesto por Colom y Vieta. Estos autores proponen un programa psicoeducativo de implementación grupal donde se capacita a pacientes eutímicos con herramientas teóricas y prácticas para comprender y enfrentar las implicancias de la enfermedad. También se brindan estrategias para lidiar con la posible estigmatización, promover la adhesión al tratamiento, la capacitación en la detección de signos prodrómicos y se fomenta la importancia de la asunción de un estilo de vida ordenado y saludable^{10,39,40}.

Un estudio doble ciego controlado de psicoeducación grupal efectuado por Colom y cols. durante 6 meses para pacientes con TB tipo I, en remisión y con seguimiento prospectivo de por lo menos 2 años, encontró que esta intervención es útil como tratamiento coadyuvante a la farmacoterapia para prevenir las recidivas. En esta investigación, el grupo control recibió tratamiento médico usual (25 sujetos) y controles médicos al menos una vez cada 4 semanas mientras que el grupo experimental (25 sujetos) participó en un programa de psicoeducación de 20 sesiones semanales de 90 minutos cada una. Su implementación mostró ser eficaz en la prevención de episodios de euforia, episodios mixtos y depresión. Según este estudio, la psicoeducación puede no ser suficiente para ayudar a algunos pacientes a evitar la hospitalización, pero puede facilitar la detección temprana de un episodio y así disminuir la gravedad del mismo. En comparación con el grupo control, los pacientes que recibieron psicoeducación tenían niveles más altos de litio en los 2 años de seguimiento, lo que podría sugerir un efecto de la psicoeducación en la adhesión a la farmacoterapia y en una mejoría clínica general⁴⁰.

Un estudio posterior de los mismos autores utilizó una muestra mayor (n=120) encontrando que aquellos sujetos que participaron por 6 meses del programa de psicoeducación (n=60) presentaban, en comparación al grupo control (n=60), un número menor recurrencias y tiempo total de enfermedad transcurridos 5 años desde la intervención¹². El grupo control participó de encuentros semanales (20 semanas) en grupo de 8 a 12 integrantes, donde si bien recibían los cuidados básicos necesarios, no se administraron intervenciones de índole psicoeducativa. Los sujetos del grupo experimental, en cambio, participaron en 21 sesiones psicoeducativas y a los 5 años de seguimiento presentaban mayor tiempo entre cada recaída (rango=9,953, $p<0,002$), menor número de recidivas (3,86 vs 8,37, $f=23,6$, $p<0,0001$), menor cantidad de días de enfermedad (154 vs 586 días, $f=31,66$, $p=0,0001$) y menor cantidad de días promedio de hospitalización en comparación al grupo control (45 vs 30, $f=4,26$, $p=0,047$). Este es uno de los pocos estudios actuales que da cuenta del mantenimiento a largo plazo de las mejorías clínicas obtenidas con la intervención.

La psicoeducación como intervención psicosocial propone ir más allá del brindar información al paciente, buscando en cambio capacitar a los sujetos con TB en estrategias activas de afrontamiento en pos de su recuperación clínica y mejora en la calidad de vida. Colom y cols. plantean que los estudios futuros sobre este tema deberían determinar el contenido específico del programa psicoeducativo que produce una respuesta más favorable según cada población y deberían precisar además los cambios biológicos producidos con este tipo de intervención. De la misma forma, también resultaría necesario especificar el tipo de pacientes que no se benefician particularmente con este modelo o que presentan síntomas adversos^{9,12}. A este respecto, Colom¹⁰ encontró que algunos pacientes bajo el programa de psicoeducación grupal manifestaron un incremento en sus niveles de ansiedad y pensamientos obsesivos.

Entendiendo que la presencia de sintomatología psiquiátrica no es el único factor vinculado a las disfunciones y calidad de vida del sujeto con trastorno bipolar, que el paciente comprenda las dimensiones más "orgánicas" de la enfermedad también resulta relevante. Los pacientes con trastorno bipolar presentan una morbilidad física y una mortalidad muy superior a la de la población general, resultando necesario promover recomendaciones prácticas respecto de los procedimientos de detección, prevención e intervención en las enfermedades somáticas más prevalentes que coexisten con el trastorno. A este respecto, el Consenso Español de salud física para el paciente bipolar del año 2008, especifica las comorbilidades usuales así como la importancia que conlleva para el pronóstico del paciente el que éste incorpore hábitos que promuevan un estilo de vida saludable².

Modelos de cuidado sistemático

Los denominados *systematic care models* o modelos de cuidado sistemático, son programas multicomponentes para el tratamiento del trastorno bipolar que engloban un conjunto de intervenciones psicosociales, especialmente de carácter psicoeducativo, y algoritmos de tratamientos sencillos para pacientes bipolares crónicos en contextos de salud "reales". Basados en los modelos de tratamiento utilizados para el abordaje de las enfermedades crónicas, las intervenciones de este programa fomentan por medio de la psicoeducación, un rol activo del paciente en su tratamiento. Se busca además que éste tenga fácil acceso a los servicios médicos, a las enfermeras en particular y a los profesionales de la salud en general, de modo tal de encontrarse contenido y en constante comunicación con el equipo de profesionales⁴⁶⁻⁵².

Durante la revisión bibliográfica se encontraron un total de 6 trabajos⁴⁶⁻⁵² en los que participaron 141⁵⁰, 290⁵², 306⁴⁶⁻⁴⁸ y 441^{49,51} sujetos en ensayos de 12 meses⁵⁰ y 2⁴⁹ y 3 años^{46-48,51,52} de duración.

Estudios controlados encontraron que en seguimientos a dos⁴⁹ (n=441) y tres años⁴⁷ (n=306) los sujetos provenientes de hospitales y clínicas de salud mental (con alto número de hospitalizaciones, intentos de suicidio y episodios previos) que habían participado del programa presentaban una reducción significativa en la severidad y frecuencia de los episodios maníacos^{47, 49} así como mejores niveles de funcionalidad general^{47, 48}. Las mejoras en la calidad de vida y funcionalidad mostraron tener mayor efecto transcurridos 2 a 3 años de iniciada la intervención⁴⁷. Sin embargo, no se encontraron resultados significativos entre la aplicación del programa y la reducción de síntomas depresivos⁴⁹.

El hecho de que estos programas hayan sido diseñados para poblaciones complejas de sujetos con TB, en contextos masivos de atención de la salud y con la finalidad de facilitar una distribución accesible, rápida y práctica para su implementación resultaría favorable para los contextos sanitarios actuales donde se inscriben los TB.

Intervenciones psicosociales y poblaciones específicas

Dado que los pacientes con trastorno bipolar pueden presentar diferentes tipos clínicos de la enfermedad⁵³, diferente morbilidad y comorbilidad con otros trastornos del Eje I, II y III^{2, 49, 54}, distintos grados de deterioro y años de enfermedad, resulta necesario continuar con la profundización, validación y perfeccionamiento de programas de intervención diseñados para poblaciones específicas de sujetos con TB.

Un total de 3 trabajos⁵⁴⁻⁵⁶ cumplieron con los requisitos de inclusión, en los cuales participaron un total de 37⁵⁵, 61⁵⁴ y 62⁵⁵ pacientes por 20 semanas⁵⁵, 6⁵⁴ meses, y 2 años⁵⁵ de duración de los ensayos.

Un estudio preliminar de eficacia realizado para determinar la viabilidad de utilizar la Terapia Interpersonal y de Ritmo Social (IPSRT, por sus siglas en inglés: *Interpersonal and Social Rhythm Therapy*), como monoterapia para el tratamiento agudo del TB tipo II en 17 individuos no medicados, concluyó que es viable utilizar sólo la IPSRT para tratar la depresión en este tipo de poblaciones. No obstante, los autores plantean que el tamaño del estudio limita la capacidad para detectar los factores que podrían predecir qué pacientes tienen más o menos probabilidades de responder sólo a la IPSRT. Añaden que la ausencia de un grupo control limita la validez externa de estos resultados⁵³, siendo necesarios nuevos estudios que corroboren sus resultados.

Otras líneas de abordaje también comienzan a incluir poblaciones complejas de pacientes con TB a las muestras de pacientes evaluados. Un estudio del 2006 empleando *systematic care* no encontró diferencias significativas entre aquellos sujetos que habían recibido la intervención y el grupo control de acuerdo al tipo de diagnóstico (tipo I o II) o

comorbilidad (presencia o ausencia de abuso de sustancias) de los sujetos participantes⁴⁹. Otras intervenciones específicas para sujetos con dependencia o abuso de sustancias, encontraron que la modalidad de aplicación grupal de tipo integral, diseñadas para el TB y el consumo de sustancias, serían más efectivas en disminuir la cantidad de días totales de enfermedad y uso de sustancias, en comparación a un grupo control que sólo recibió tratamiento habitual y terapia de grupo para el manejo de la adicción^{54, 55}.

Una investigación del 2004 de Colom et al., da cuenta de resultados favorables en un grupo de pacientes con TB y comorbilidad en el eje II, al participar de un programa psicoeducativo de implementación grupal⁵⁶. Siendo que los pacientes con TB y trastorno de personalidad comórbida se encuentran en mayor riesgo de manifestar conductas autolesivas, estos resultados resultan prometedores, especialmente en lo que refiere a estrategias efectivas para la prevención del suicidio.

Por último, cabe mencionar que otros estudios dan cuenta de la implementación de una combinación integrada de los diferentes modelos⁵⁷ como intervenciones de tipo psicoeducativo más terapia cognitivo conductual (n=40 en un ensayo con seguimiento a 12 meses), obteniéndose en general resultados favorables. También comienzan a ser validadas nuevas intervenciones de carácter psicosocial⁵⁸⁻⁶⁰ de las que participaron un total de 463⁵⁸ 84⁵⁹ y 240⁶⁰ sujetos por un lapso de 3 años⁵⁸, 12⁵⁹ y 18⁶⁰ meses respectivamente. Si bien las mismas no responden a ninguno de los modelos de intervención clásicamente implementados, han reportado no obstante resultados prometedores.

En los últimos años han comenzado además a realizarse estudios multicentro^{61, 62} donde se contrastan simultáneamente los resultados obtenidos por diferentes modelos (familiar, cognitivo conductual) aplicados a diferentes poblaciones de sujetos con TB y grupos control (n=152⁶¹ y n=293⁶², en ensayos de 9⁶¹ y 12⁶² meses de duración). El denominado *Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder* (STEP-BD), es un programa de estas características que al momento no ha reportado diferencias significativas en los resultados obtenidos de aplicar diferentes modelos de intervención psicosocial. De todos modos, las mismas sí resultarían más efectivas para los pacientes que el sólo recibir cuidados médicos básicos de tiempo reducido^{61, 62}.

CONCLUSIÓN

Los estudios revisados en este trabajo permiten concluir que las intervenciones psicosociales para el TB resultan un recurso terapéutico de relevancia junto al abordaje psicofarmacológico de base. De acuerdo a las características clínicas de cada paciente sería además necesario considerar uno u otro tipo de modelo: la terapia cognitivo-comportamental^{15, 21}, del ritmo interpersonal^{11, 13} y algunas formas de psicoeducación

grupales¹² resultarían particularmente eficaces con pacientes eutímicos recuperados de un estado agudo o sub-sindrómico, mientras que la terapia familiar²⁹, y las intervenciones de atención sistemática^{46, 47} reportaron beneficios significativos en aquellos pacientes moderada a gravemente enfermos. Del mismo modo, resulta de interés el trabajo de Scott²² donde se subraya que las intervenciones de tipo cognitivo conductual resultarían de mayor efectividad cuando el paciente presenta menos de 12 episodios afectivos previos. Por otro lado, los modelos de cuidado sistemático^{47, 48, 50-52} han informado resultados favorables en poblaciones crónicas con una extensa historia de episodios afectivos y alta comorbilidad con otros trastornos o enfermedades médicas de consideración. Este último modelo también ha encontrado resultados favorables en la prevención y reducción de la severidad de los episodios maníacos, a diferencia de la terapia familiar³¹ la cual informa mejores resultados en el manejo de síntomas depresivos. Tener presente los diferentes modelos y los resultados de su implementación puede resultar de utilidad en pos de seleccionar la intervención más adecuada para cada sujeto con un diagnóstico de TB.

Los distintos modelos reportan resultados favorables en la reducción de la duración de los episodios, en la promoción de la adhesión terapéutica y en la promoción de una actitud activa del paciente respecto al tratamiento, facilitando la recuperación clínica-funcional. A su vez, coinciden en señalar que el implementar programas de intervención psicosocial específicamente diseñados para el TB conllevaría niveles de mejoría clínica ausentes en los grupos control. De este modo que el paciente comprenda la índole de su enfermedad y pueda ser acompañado en el desarrollo de un compromiso y rol activo en pos de su recuperación se considera un componente esencial.

Diversos factores de índole tanto biológica como psicosocial se encuentran implicados en la génesis de los episodios afectivos del trastorno bipolar⁶⁻¹⁰. Se ha reconocido su rol e interrelación en las recidivas siendo que en general pueden identificarse prospectivamente 1) acontecimientos de vida estresantes, 2) alteración en los ritmos sociales y 3) dificultades en la adhesión a las indicaciones farmacológicas. Las intervenciones psicosociales específicas para el tratamiento del trastorno bipolar (más allá de un seguimiento regular y la atención de apoyo) ofrecen beneficios adicionales en estos tres aspectos no sólo para el paciente sino también para su entorno y profesionales de la salud en general. En pos de continuar avanzando en el abordaje del trastorno bipolar se considera necesario seguir realizando estudios de validación de las intervenciones propuestas para su tratamiento. Si bien actualmente se cuenta con mayor variedad de estudios validados empíricamente, son aún escasos aquellos que delimitan su diseño en base a variables más específicas como los subtipos del trastorno, tipo de comorbilidad, fases o duración de la enfermedad. Estas delimitaciones permitirán conocer e implementar la intervención más adecuada

según las características clínicas de cada sujeto con TB en particular.

LIMITACIONES

Si bien la realización de este artículo implicó una revisión amplia de estudios sobre intervenciones con énfasis en lo psicosocial en el abordaje del trastorno bipolar, la búsqueda de artículos no fue metodológicamente sistemática. Serían necesarias revisiones más profundas. Además, podría haber resultado de utilidad comparar los resultados de intra-modelo según su modalidad grupal, individual, familiar, etc. Otra limitación relevante del presente estudio, es la inclusión para la revisión de los trabajos publicados solamente en un período acotado de tiempo que incluye los últimos 10 años. Además, y a pesar de constituir la base de datos más amplia y actualizada de la literatura biomédica, la búsqueda de las publicaciones a revisar fue realizada únicamente a partir del buscador de Medline/Pubmed. No obstante se espera haber brindado al lector una panorámica introductoria de interés.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

El Dr. Vázquez ha sido asesor y ha recibido honorarios como expositor de Astra-Zeneca, GlaxoSmithKline, Roche, Lundbeck, Pfizer y Eli Lilly. El Dr. Tamayo ha sido asesor y ha recibido honorarios como expositor de Eli Lilly, Pfizer y Janssen. La Dra Álvarez y la Lic. Lolic no tienen ningún conflicto que declarar en relación a este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. The World Health Report 2001: mental health: new understanding, new hope [monograph on the Internet]. Geneva: World Health Organization; 2001 [cited 2011 March 29]. 178 p. Available from: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
2. Bobes J, Sáiz Ruiz J, Montes J M, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2008;1:26-37.
3. Rosa AR, Reinares M, Franco C, Comes M, Torrent C, Sánchez-Moreno J, et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord*. 2009;11:401-9.
4. Montes JM, Sáiz J, de Dios C, Ezquiaga E, García A, Argudo I, et al. Profile of bipolar disorder outpatients: a cross-sectional study in the Madrid Community. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36(5):277-84.
5. Bonnin CM, Martínez-Aran A, Sánchez-Moreno J, Torrent C, Franco C, Pacchiarotti I. Bipolar disorder, cognitive functioning and hypothalamic-pituitary-thyroid axis. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(4):223-8.
6. Fernández A, Andreina MM, Hornero R, Ortiz T, López-Ibor JJ. Analysis of brain complexity and mental disorders. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(4):229-38.
7. Kempton MJ, Geddes JR, Ettinger U, Williams SC, Grasby PM. Meta-analysis, Database, and Meta-regression of 98 Structural

- Imaging Studies in Bipolar Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:1017-32.
8. Edvardsen J, Torgersen S, Røysamb E, Lygren S, Skre I, Onstad S, et al. Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity or heterogeneity? *J Affect Disord*. 2008;106:229-40.
 9. Miklowitz DJ, Scott J. Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disord*. 2009;11(Suppl 2):110-22.
 10. Colom F, Vieta E. Manual de Psicoeducación para el trastorno bipolar. Barcelona: Ars Medica, 2004.
 11. Frank E, Soreca I, Swartz HA, Fagiolini AM, Mallinger AG, Thase ME, et al. The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*. 2008;165(12):1559-65.
 12. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):260-5.
 13. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):996-1004.
 14. Scott J, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med*. 2001;31(3):459-67.
 15. Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):145-52.
 16. Pavuluri MN, Graczyk PA, Henry DB, Carbray JA, Heidenreich J, Miklowitz DJ. Child-and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: development and preliminary results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:528-37.
 17. Carbray MJ, McGuinness TJ. Pediatric bipolar disorder. *Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2009;47:22-6.
 18. West AE, Jacobs RH, Westerholm R, Lee A, Carbray J, Heidenreich J, et al. Child and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: pilot study of group treatment format. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18:239-46.
 19. West AE, Pavuluri MN. Psychosocial treatments for childhood and adolescent bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009;18:471-82.
 20. West AE, Henry DB, Pavuluri MN. Maintenance model of integrated psychosocial treatment in pediatric bipolar disorder: A pilot feasibility study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:205-12.
 21. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):324-9.
 22. Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006;188:313-20.
 23. González-Isasi A, Echeburúa E, Mosquera F, Ibáñez B, Aizpuru F, González-Pinto A. Long-term efficacy of a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder: a pilot study. *Psychiatry Res*. 2010;176(2-3):161-5.
 24. Ball JR, Mitchell PB, Corry JC, Skillecorn A, Smith M, Malhi GS. A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(2):277-86.
 25. Zaretsky A, Lancee W, Miller C, Harris A, Parikh SV. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry*. 2008;53(7):441-8.
 26. Williams JM, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ, Duggan DS, et al. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord*. 2008;107(1-3):275-9.
 27. Lam DH, McCrone P, Wright K, Kerr N. Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *Br J Psychiatry*. 2005;186:500-6.
 28. Miklowitz DJ, Axelson DA, George EL, Taylor DO, Schneck CD, Sullivan AE, et al. Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(6):643-51.
 29. Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*. 2000;48(6):582-92.
 30. Perlick DA, Miklowitz DJ, Lopez N, Chou J, Calvin C, Adzhishvili V, et al. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2010;12(6):627-37.
 31. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(9):904-12.
 32. Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(3):482-92.
 33. Miklowitz DJ, Axelson DA, Birmaher B, George EL, Taylor DO, Schneck CD, et al. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(9):1053-61.
 34. Fristad MA, Verducci JS, Walters K, Young ME. Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(9):1013-21.
 35. Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE, Kelley J, Miller IW. Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disord*. 2008;10(7):798-805.
 36. Miklowitz DJ, Richards JA, George EL, Frank E, Suddath RL, Powell KB, et al. Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(2):182-91.
 37. Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *J Affect Disord*. 2004;82(3):431-6.
 38. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker LA, Johnson SL, Solomon DA. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(5):732-40.
 39. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(4):402-7.
 40. Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Arán A, Torrent C, Goikolea JM, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(9):1101-5.
 41. Cummings CM, Fristad MA. Medications prescribed for children with mood disorders: effects of a family-based psychoeducation program. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2007;15(6):555-62.
 42. Simpson S, Barnes E, Griffiths E, Hood K, Cohen D, Craddock N, et al. The Bipolar Interactive Psychoeducation (BIPEd) study: trial

- design and protocol. *BMC Psychiatry*. 2009;9:50.
43. Reinares M, Colom F, Rosa AR, Bonnín CM, Franco C, Solé B, et al. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *J Affect Disord*. 2010;123(1-3):81-6.
 44. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom*. 2004;73(5):312-9.
 45. Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J, Torrent C, Martínez-Arán A, Comes M, et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord*. 2008;10(4):511-9.
 46. Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, et al. Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatr Serv*. 2006;57(7):927-36.
 47. Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv*. 2006;57(7):937-45.
 48. Bauer MS, Biswas K, Kilbourne AM. Enhancing multiyear guideline concordance for bipolar disorder through collaborative care. *Am J Psychiatry*. 2009;166(11):1244-50.
 49. Simon GE, Ludman EJ, Bauer MS, Unützer J, Operskalski B. Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(5):500-8.
 50. Simon GE, Ludman EJ, Unützer J, Bauer MS, Operskalski B, Rutter C. Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychol Med*. 2005;35(1):13-24.
 51. Simon GE, Ludman E, Unützer J, Bauer MS. Design and implementation of a randomized trial evaluating systematic care for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2002;4(4):226-36.
 52. Kilbourne AM, Biswas K, Pirraglia PA, Sajatovic M, Williford WO, Bauer MS. Is the collaborative chronic care model effective for patients with bipolar disorder and co-occurring conditions? *J Affect Disord*. 2009;112(1-3):256-61.
 53. Swartz HA, Frank E, Frankel D. Interpersonal psychotherapy and social rhythm therapy for bipolar II disorder: treatment development and case examples. *Sante Ment Que*. 2008;33:151-84.
 54. Weiss RD, Griffin ML, Jaffee WB, Bender RE, Graff FS, Gallop RJ, et al. A "community-friendly" version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2009;104(3):212-9.
 55. Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, Greenfield SF, Najavits LM, Daley DC, et al. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):100-7.
 56. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Torrent C, Reinares M, et al. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disord*. 2004;6(4):294-8.
 57. Isasi AG, Echeburúa E, Limiñana JM, González-Pinto A. How effective is a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder? A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2010;126(1-2):80-7.
 58. Fagiolini A, Frank E, Axelson DA, Birmaher B, Cheng Y, Curet DE, Friedman ES, et al. Enhancing outcomes in patients with bipolar disorder: results from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians Study. *Bipolar Disord*. 2009;11(4):382-90.
 59. Castle D, White C, Chamberlain J, Berk M, Berk L, Lauder S, et al. Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010;196(5):383-8.
 60. Ruchlewska A, Mulder CL, Smulders R, Roosenschoon BJ, Koopmans G, Wierdsma A. The effects of crisis plans for patients with psychotic and bipolar disorders: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2009;9:41.
 61. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS, et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164(9):1340-7.
 62. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(4):419-26.