

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

Juan Sevilla y Carmen Pastor

RESUMEN En el presente trabajo los autores presentan un protocolo Cognitivo-Conductual para el trastorno bipolar. Este protocolo se basa en los dos únicos manuales publicados sobre el tema desde esta perspectiva psicológica, y en la propia experiencia clínica de los que firman este artículo. Es necesario resaltar que el enfoque psicológico debe conceptualizarse como una manera de complementar o mejorar la eficacia del tratamiento farmacológico, y no como un enfoque sustitutivo o, ni siquiera competitivo de éste. Por otra parte, aunque nos encantaría decir lo contrario, tampoco hay rotundas evidencias científicas de su eficacia, aunque los datos clínicos si lo sugieren.

PALABRAS CLAVE Trastorno bipolar, terapia cognitivo-conductual, psicoeducación, adhesión al tratamiento farmacológico, conductas prodrómicas.

1.- INTRODUCCIÓN

Desde mitad de los años noventa existe un creciente interés por parte de la Terapia Cognitivo-Conductual hacia la psicosis en general y hacia la esquizofrenia en particular. Varios grupos británicos (Kingdom y Turkington, 1994; Garety y Hemsley, 1994; Birchwood y Tarrier, 1995; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996) han sido los artífices de un nuevo marco teórico para entender la esquizofrenia del que se deriva un prometedor modelo de tratamiento. En esencia, estos autores postulan que algunos de los síntomas positivos de la esquizofrenia no son tan biológicos como tradicionalmente hemos creído. Por ejemplo, los pensamientos delirantes pasarían a ser una interpretación, y por tanto psicológica, de las alucinaciones auditivas (“voces”) que sí tendrían una base orgánica. Hay que clarificar también que este enfoque cognitivo-conductual de la esquizofrenia y su tratamiento se aplicaría para mejorar los síntomas residuales que la medicación antipsicótica no elimina. Sería un grave error considerar esta opción como alternativa o competitiva al tratamiento farmacológico.

También el trastorno bipolar, hasta hace poco denominado psicosis maníaco-depresiva, empieza a recibir atención desde la Terapia Cognitivo-Conductual, aunque todavía la cantidad de investigación es insignificante comparada con la dedicada a la esquizofrenia. En esquizofrenia se han publicado alrededor de unos

veinte manuales, mientras que en trastorno bipolar sólo se han publicado dos manuales, y uno de ellos recientemente (Ramírez Basco y Rush, 1996; Lam, Jones, Hayward y Bright, 2000).

En este artículo, tras describir las características fundamentales del trastorno bipolar y los puntos básicos del tratamiento farmacológico, presentaremos las líneas maestras del tratamiento Cognitivo-Conductual para el trastorno bipolar.

2. ¿Qué es el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave que afecta aproximadamente al 1% de la población general. Aunque algunos sufridores sólo son víctimas de uno o muy pocos ciclos de depresión-manía a lo largo de su vida, más del 95% sufrirán numerosos altibajos, provocándoles problemas graves en el mundo laboral, a nivel familiar y de pareja, y de relación social, reduciendo mucho su calidad de vida. Cada nuevo episodio es un predictor de nuevos episodios y, a menudo, cuantos más episodios hay, más corto es el período asintomático entre ellos. Para que el lector se haga una idea de la gravedad del trastorno, bastará con decir que el 25% intentan suicidarse.

Existen cuatro tipos de trastorno bipolar: el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, el trastorno bipolar ciclotímico y el trastorno bipolar no especificado. Para que una persona reciba el diagnóstico de **trastorno**

bipolar I debería haber sufrido uno o más episodios maníacos o mixtos, y uno o más episodios depresivos. Afecta por igual a hombres y a mujeres, aunque los hombres suelen debutar con un episodio maníaco y las mujeres con uno depresivo. En mujeres es habitual que este primer episodio depresivo suceda en período postparto. La edad habitual de la aparición de la primera crisis es entre los 18 y los 30 años.

La etiqueta de **trastorno bipolar II** se puede adjudicar cuando el cliente ha sufrido uno o más episodios depresivos y, al menos un episodio hipomaníaco. Afecta más a las mujeres y, de nuevo el período postparto favorece enormemente el inicio del problema. Un 10 % de sufridores de trastorno bipolar II, en cinco años desarrollan un trastorno bipolar I.

El *trastorno bipolar ciclotímico* implica una alteración del estado de ánimo constante con síntomas hipomaníacos y depresivos, pero ni la frecuencia ni la intensidad de esos cambios emocionales es suficiente como para cumplir con los requisitos de episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo. Para recibir el diagnóstico de ciclotímico el sujeto debería sufrir este malestar al menos durante dos años. Entre el 15 y el 50 % de ciclotímicos acaban desarrollando un trastorno bipolar I o II.

Un **episodio maníaco** es un estado anormalmente alto, de hecho extremadamente eufórico, del estado de ánimo que al menos debe durar una semana. La autoestima crece hasta la grandiosidad delirante, creen saber de todo y más que nadie, algunos están convencidos de tener poderes especiales. Los pensamientos van muy rápidos, más que el habla. Algunos clientes describen su ideación como estar sintonizados al mismo tiempo a una gran cantidad de canales de televisión diferentes. El lenguaje es literalmente un torrente, con un ritmo muy rápido y difícil de interrumpir. Se involucran en muchas actividades: negocios, compras, insinuaciones sexuales, lo que acarrea graves problemas prácticos. La necesidad de dormir se reduce o desaparece completamente, sintiéndose en plena forma aún sin descansar, muchas veces esto favorece la irritabilidad y el enfado fácil o incluso la aparición de alucinaciones y delirios especialmente paranoides ante la reacción negativa de los demás. No hay consciencia de problema.

Un **episodio hipomaníaco** cualitativamente se parece mucho al episodio maníaco pero: sólo debe durar cuatro días, todas las alteraciones son mucho más suaves,

incluso podría confundirse con un período de felicidad, no hay deterioro práctico (social, familiar, económico) y no hay síntomas psicóticos.

Un **episodio mixto** es un período de al menos una semana de duración en el que se mezclan alteraciones maníacas y depresivas. En escasas horas se puede pasar de estar en la cúspide a estar en el más profundo pozo. Afecta entre el 6-10 % de los bipolares I, provoca el mayor de los sufrimientos y tienen el índice de suicidabilidad más alto. Es más característico en sujetos jóvenes y en sujetos de más de 60 años.

Un episodio depresivo cualitativamente se parece mucho a una depresión mayor unipolar y probablemente el lector estará familiarizado con sus características.

En el curso del trastorno bipolar no tiene el porqué haber necesariamente un patrón regular entre los distintos episodios. De hecho, los períodos asintomáticos podrían ser de semanas, meses o años. Puede haber patrones donde se combina un episodio depresivo seguido de uno maníaco, patrones donde hay dos episodios maníacos seguidos, un período asintomático y dos episodios depresivos seguidos, patrones donde se combina un episodio maníaco seguido de uno depresivo, y cualquier otra combinación que el lector pueda imaginar. De especial relevancia, porque es un índice de mal pronóstico, serían los llamados "cicladores rápidos" que afectan a entre el 5-15 % del total de los bipolares y que se caracterizan por sufrir habitualmente cuatro o más episodios en un año. Se da más en mujeres y suele asociarse a deficiencias tiroideas.

Es imprescindible establecer un diagnóstico fiable para abordar el tratamiento del trastorno bipolar. La tarea es compleja y, a menudo, aún con la mejor intención del clínico, es fácil cometer errores. Un error habitual es confundir una depresión corriente con un episodio depresivo dentro de un trastorno bipolar. Cualitativamente entre una depresión unipolar severa y un episodio depresivo bipolar hay pocas o ninguna diferencia. El clínico, como medida de precaución, en sus estrategias de evaluación, debería incluir preguntas acerca de posibles episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos, y es conveniente entrevistar a familiares. Más difícil todavía sería diferenciar una depresión unipolar de un episodio depresivo bipolar que fuese el debut de un trastorno bipolar. Sólo puede servirnos de guía algunos aspectos sociológicos muy sutiles, y recomendamos el excelente trabajo de Vieta y Gastó (1997)

para su consulta. El otro error clásico es etiquetar a un bipolar como esquizofrénico. Esto suele suceder cuando el clínico recibe al bipolar en pleno episodio maníaco, en un punto en el que predominan los síntomas psicóticos, o bien una vez superado el episodio maníaco, sin que haya pasado un período prolongado. Bajo estas condiciones es fácil dejarse confundir por los síntomas psicóticos pasando desapercibida la auténtica naturaleza del problema. El clínico haría bien en alargar retrospectivamente en el tiempo su evaluación para ver el proceso longitudinal que ha culminado en un estallido psicótico.

3. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico consta de tres fases. La **fase aguda** que se aplica en pleno episodio maníaco, hipomaníaco, mixto o depresivo, y cuyo objetivo es cortar y reducir la drástica alteración del estado de ánimo y devolver a la persona al estado asintomático. Suele durar entre seis semanas y seis meses. La **fase de estabilización**, que tiene como objetivo mantener el estado de ánimo asintomático, sin que haya recaídas. Suele durar entre cuatro y nueve meses más. Y la **fase de mantenimiento** cuyo objetivo sería reducir todo lo posible la aparición de nuevos episodios. A menudo se intenta reducir la medicación hasta un punto que siga siendo activa pero que provoque los efectos secundarios más ligeros.

Además de los antidepresivos que no describiremos en este trabajo, en el tratamiento farmacológico del trastorno bipolar se utilizan las siguientes sustancias: el litio, la carmabacepina y el valproato, denominados eutímicos. También es habitual utilizar neurolépticos.

El **litio**, en realidad no es un fármaco sino una sal, un mineral. Es eficaz en todo tipo de episodios pero parece serlo especialmente en fase maníaca. A las tres semanas de tratamiento con litio entre el 50 y el 75% de los sufridores mejoran notablemente. Si hablamos solamente de episodios maníacos la eficacia asciende al 80 %. En muchos casos de manía se combina con un neuroléptico, frecuentemente haloperidol. La eficacia se reduce al 50 % en cicladores rápidos y si se usa para reducir un episodio mixto.

Los principales efectos secundarios suelen ser aumento de peso, orinar en exceso, cansancio, temblores y en raras ocasiones hipotiroidismo.

La **carmabacepina** y el **valproato** o ácido valproico que técnicamente pertenece al grupo de los

anticonvulsivos y primariamente se usa en el tratamiento de la epilepsia. En el tratamiento del trastorno bipolar están especialmente indicados cuando el cliente no responde bien al litio, en cicladores rápidos y episodios mixtos. En estos últimos la terapia electroconvulsiva parece una buena alternativa.

Para el lector interesado en una profundización intensa recomendamos los excelentes trabajos de Vieta (1999) y Vieta y Gastó (1997).

4. ¿Existe un lugar para la Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno bipolar?

Para redactar esta parte del trabajo seguiremos las pautas ofrecidas por los dos únicos manuales todavía publicados (Ramírez Basco y Rush, 1996; Lam, Jones, Haywardy Bright, 2000) así como datos y estrategias provinientes de la literatura cognitivo-conductual para el tratamiento de la esquizofrenia, y de nuestra propia experiencia clínica en el tratamiento psicológico de estos problemas.

4.1. Adaptación de la Terapia cognitivo-conductual al tratamiento bipolar

Veamos a continuación las principales diferencias entre la Terapia Cognitivo-Conductual para los problemas emocionales habituales y para el trastorno bipolar.

El tratamiento cognitivo conductual se aplica en fase de estabilización o de mantenimiento, nunca en fase aguda. En cualquier otro problema psicológico como por ejemplo en los trastornos de ansiedad, de ingesta o en la propia depresión unipolar, el tratamiento habitualmente se inicia cuando el cliente está sufriendo el problema. En el trastorno bipolar el tratamiento debe aplicarse en fase de estabilización. Intentar abordar una fase aguda tanto si es maníaca, hipomaníaca, mixta o depresiva con métodos psicológicos estaría condenada al fracaso y probablemente sería un exceso de presunción psicológica. Desde nuestro punto de vista es muy importante clarificar estas ideas porque no es del todo extraño encontrar psicólogos que aceptan tratar bipolares en este estado, o peor aún aceptan tratar bipolares que ni siquiera están recibiendo medicación. Las habilidades psicológicas se enseñan a los clientes bipolares en fase asintomática, lo que

les permite aprenderlas con facilidad y poderlas usar para controlar y cortar la aparición de un nuevo episodio.

Las habilidades psicológicas se enseñan en formato psicoeducativo. A menudo, el entrenamiento se lleva a cabo en grupo y con una dinámica similar a un curso o seminario. Sin embargo, el clínico que no trabaja en un hospital o en una asociación de bipolares y que por lo tanto su afluencia de clientes con este tipo de problemas es mucho menor, obviamente puede adaptar el tratamiento al formato individual.

Se enseñan al cliente bipolar pocas estrategias psicológicas. La idea básica sería cuanto más simple sea la terapia más fácil de aplicar será.

El protocolo de tratamiento tiende a ser estandarizado. Si se trabaja en formato de pequeño grupo, a todos los bipolares que integran el grupo se les enseña las mismas estrategias. Sin embargo, la agenda será más elástica si el tratamiento es individual.

4.2. *Objetivos de la Terapia Cognitivo-conductual en el trastorno bipolar*

1. Educar a los bipolares y a sus familiares sobre el trastorno bipolar, su tratamiento y las principales dificultades. Curiosamente, muchos clínicos tanto psiquiatras como psicólogos a la hora de hablar con clientes bipolares o esquizofrénicos y sus familias, no solamente evitan utilizar la categoría diagnóstica adecuada: trastorno bipolar o esquizofrenia sino que además dan explicaciones muy pobres sobre cuál es el problema, los recursos terapéuticos de que disponemos y lo que se puede esperar en términos de pronóstico o expectativas. Desde nuestro punto de vista debería hablarse empática pero directamente. El cliente y su familia merecen una explicación científica, real, no paternalista ni proteccionista. Una buena manera de hacerlo es describir el trastorno bipolar como una enfermedad crónica pero que con una sólida adhesión al tratamiento farmacológico y la ayuda de las técnicas psicológicas va a posibilitar que la mayoría de los sufridores disfruten de una vida prácticamente normal. Un ejemplo frecuentemente usado es comparar el trastorno bipolar a la diabetes. Un diabético, si controla su dieta, su ejerci-

cio y sus dosis de insulina, en la mayor parte de los casos, puede disfrutar de una vida casi normal. En esta fase del tratamiento animamos al cliente a verbalizar todas sus dudas y las contestamos con gusto para que comprendan bien su problema y generen expectativas realistas. Hemos elaborado un folleto donde se abordan los tópicos principales y recomendamos también el excelente libro de divulgación de Vieta, Colom y Martínez-Arán (1999).

2. Enseñar a los clientes bipolares estrategias para poder autoevaluar la ocurrencia, severidad y curso de su trastorno. Lo más importante de esta parte del tratamiento es que el cliente aprenda a identificar lo más tempranamente posible los primeros cambios cognitivos, fisiológicos o motores que anteceden la aparición de un nuevo episodio. Al contrario de lo que muchos de ellos creen, con mayor o menor variabilidad, cada nueva crisis es seguida por una estela de cambios prodrómicos que anuncian su llegada. Los clientes, ayudados por el terapeuta, deberían, recordando las últimas crisis y dividiendo esos cambios en cambios de pensamiento, cambios emocionales y cambios conductuales, elaborar una secuencia cronológica de cómo van sucediendo. Estas estrategias sirven además para conectar otras variables ambientales, farmacológicas o psicológicas con el inicio de episodios pasados. En esta línea, cuando ese esfuerzo de memoria no se limita al último episodio, sino a varios o incluso a todos, es fácil comprobar la relación causal entre: cambios en la medicación, abuso de sustancias, problemas con el sueño, cambios estacionales o problemas personales con la aparición de un nuevo episodio. Ramírez Basco y Rush (1996) proponen tres estrategias concretas para acometer este objetivo: los gráficos de vida, el resumen de los síntomas y el gráfico del estado de ánimo. Animamos al lector a usarlas con sus clientes bipolares. Cuando el cliente identifica cambios prodrómicos, el siguiente paso sería ponerse en contacto con el psiquiatra para aumentar o modificar la medicación y empezar a aplicar las habilidades psicológicas que el psicólogo le ha enseñado.

3. Facilitar la adhesión al tratamiento farmacológico. Más del 46% de los bipolares que deberían tomar litio o una de sus alternativas, carmabacepina o ácido valproico, fallan, tomándolo incorrectamente y siguiendo pautas completamente subjetivas.

El 68 % de los que toman antidepresivos lo hacen con el mismo estilo anárquico, y lo que es peor, entre el 30 y 60 % lo dejan bruscamente. La mayoría de los psiquiatras explican estos problemas en términos de “resistencia”, queriendo decir que a este estado de las cosas se explica por motivaciones psicológicas ocultas, como negar la existencia del problema o tener agresividad hacia el médico. En Terapia Cognitivo-Conductual parece conveniente tratar de definir el término “resistencia” en comportamientos mucho más concretos y, a partir de ahí, buscar soluciones. No deja de ser paradójico que los psicólogos dediquemos mucho tiempo a conseguir que los clientes sigan su pauta farmacológica tanto como sea posible.

A veces los clientes se niegan a seguir la pauta farmacológica por cuestiones intrapersonales, como por ejemplo que en ese momento están asintomáticos y no ven la necesidad de tomar medicación o porque se sienten estigmatizados por sufrir el trastorno y se rebelan contra la idea de tomar medicación de por vida. En otras ocasiones, las que entorpecen la toma regular de la medicación son variables del propio tratamiento, la más habitual, los efectos secundarios de los fármacos. Muchos clientes se quejan de los temblores y las ganas de orinar constantes que les provoca el litio. Otras veces los problemas vienen del sistema social que envuelve al sujeto. Por ejemplo, no es extraño que el cliente esté consultando al mismo tiempo a dos psiquiatras: uno privado del que se fía y uno de la Seguridad Social por las recetas, de los que recibe consejos médicos competitivos. Otras veces, son familiares y amigos los que le aconsejan dejar o reducir la medicación. Otras veces son variables de tipo interpersonal las que boicotean el seguimiento de la pauta de medicación, la más habitual es que el cliente se sienta incómodo con el psiquiatra. Suele suceder con esos psiquiatras de la vieja escuela que tratan el problema como una mera enfermedad sin tener en cuenta que la está sufriendo una persona, y que no solamente no le escuchan, sino que lo desautorizan y castigan cuando pretende dar su opinión. En esa línea, a veces, la propia infraestructura hospitalaria favorece este tipo de problemas: largos tiempos de espera para acceder al psiquiatra y médicos muy ocupados. Fi-

nalmente podría haber variables de tipo cognitivo que dificultasen el uso regular de la medicación. Algunos clientes tienen creencias contraproducentes con respecto al trastorno bipolar, como que pueden controlarlo sin fármacos o incluso atribuir el problema a fuentes más o menos raras: místicas o incluso mágicas.

La mejor forma de solucionar estos problemas o cualquier otro que pudiera surgir, es la información y la colaboración. Como comentábamos en un apartado anterior, dar toda la información sobre el problema y todas las variables relevantes, es fundamental. Hay que tratar al bipolar como lo que es, una persona inteligente con un serio problema, no como un enfermo con el número de expediente 223. Con la medicación nuestro proceder debería ser similar: explicarle qué va a tomar y por qué, cómo de importante es que se la tome siguiendo la pauta prescrita, cuáles son los efectos secundarios y si hay algún truco para reducirlos.

La Terapia Cognitivo-Conductual se basa en una alianza colaborativa entre el terapeuta y el cliente, aunque el clínico es el experto, propone más que imponer cualquier detalle del tratamiento. Quizás respecto a la medicación, el concepto más importante pero también más difícil de entender por parte del cliente, es asimilar que la mejor razón para seguir tomando litio es que está bien, que los eutímicos no funcionan como una aspirina que uno se la toma cuando le duele la cabeza, sino que para que no haya recaídas debe haber un nivel constante en su sangre.

Además conviene preparar un plan individual con cada cliente. Lo ideal es anticipar las dificultades concretas que se pueden esperar para que ese cliente cumpla con la pauta farmacológica, y solucionarlas aún antes de empezar a sufrirlas. Por ejemplo, si Manolo tuviera problemas de olvido con la dosis de la mañana, su hermano le machacase diciendo que lo que necesita es menos medicación y más salir a divertirse, y tiene dos médicos que le prescriben medicación contradictoria, podríamos pedirle que en el espejo del baño o en la puerta de la nevera se pusiera una nota recordándole tomar la medicación, invitaríamos a su hermano a terapia para explicarle que un trastorno bipolar no se solu-

ciona en una discoteca y le enseñaríamos Resolución de Problemas para elegir a uno de los dos psiquiatras.

4. Adiestrar al cliente en Estrategias Cognitivo-Conductuales para luchar contra su problema directamente. Esta sería la parte más intrínsecamente psicológica. Se trataría de enseñar al cliente estrategias para refrenar, enlentecer, controlar el inicio de un posible nuevo episodio. A menudo para dar tiempo a que el cambio o aumento de la medicación haga su trabajo, o en aquellos casos en que la medicación no es del todo eficaz. Bajo ningún concepto, y sería un gravísimo error profesional, y desde nuestro punto de vista un imperdonable falta ética, la terapia psicológica sustituiría o ni siquiera competiría con la medicación. Aunque hay teorías psicológicas explicativas del trastorno bipolar para todos los gustos, la mayoría de ellas no tiene ninguna base científica. La mayor parte de los verdaderos expertos en el tema coinciden en que el trastorno bipolar tiene su origen en complejos procesos bioquímicos que suceden sobre todo en el sistema límbico y sobre el que han influido un gran número de variables genéticas y ambientales.

La terapia Cognitivo-Conductual al estilo de Beck suele ser el procedimiento más usado. No es el propósito de este trabajo entrenar al lector en este tipo de tratamiento, recomendamos el estudio de textos clarificadores al respecto (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Burns, 1990, Sevillá y Pastor, 1996). Básicamente el procedimiento implicaría el uso de técnicas verbales, de estrategias de Discusión Cognitiva, mediante las que, con un estilo socrático, y guiado por el terapeuta, el cliente cuestiona la validez de sus pensamientos depresivos o maníacos. Evalúa la veracidad de tales interpretaciones dejándose guiar por el empirismo y la cientificidad. Si la conclusión es que tales interpretaciones no vienen de la realidad sino, probablemente de dentro, de una bioquímica alterada, entonces el cliente buscará una nueva manera de ver las cosas más realista, la Alternativa Racional. También se plantean Experimentos Conductuales, el cliente aborda una determinada tarea para poner a prueba la veracidad de una interpretación y a tenor de los resulta-

dos, decide si esa interpretación es válida. Aunque al lector no familiarizado con este tipo de trabajo, ni con este tipo de clientes le parezca muy complicado aplicar Terapia Cognitiva para pensamientos maníacos, en realidad no es mucho más difícil que hacerlo con pensamientos depresivos. Le recordamos al lector que la Terapia Cognitiva se aplica en fase asintomática, y que los clientes suelen tener un importante grado de motivación. Bien visto, debatir ideas maníacas puede resultar un reto intelectual para el terapeuta que rompe con la monotonía de la práctica regular. Algunas de estas ideas son: *todos me admiran y me desean, ¿cómo es posible que vayan tan lentos?, yo sé mucho más que él, o la medicación es para los débiles.*

Además de las técnicas verbales se utiliza también los Programas de Actividades Placenteras. A los clientes se les explicaría la relación existente entre actividades placenteras y estado de ánimo. Cómo al deprimidos dejamos de hacer actividades y nos sentimos más deprimidos, y cómo al ponernos maníacos hacemos más actividades y todavía nos aceleramos más. Entendido esto, se les enseña a aumentar actividades en cuanto empiezan a percibir conductas prodrómicas de un inicial episodio depresivo, y a reducir y controlar actividades, especialmente nuevas o “prometedoras” cuando detectan sensaciones prodrómicas maníacas.

5. Enseñar a los clientes a afrontar estresores ambientales que podrían provocar recaídas.

Como en el resto de los objetivos anteriores, en este punto la información es crucial. Les explicamos cuáles son las causas más habituales de recaída: falta de adhesión a la pauta farmacológica, uso de drogas o sustancias psicotrópicas no prescritas por el médico, falta de sueño, cambios de franja horaria, embarazo y postparto, y por supuesto estrés ambiental cotidiano, el que todos sufrimos por circunstancias profesionales, familiares, de pareja o de cualquier otro tipo. Además de educar a los clientes sobre estos conceptos clave cara a reducir al máximo la aparición de un nuevo episodio y de cómo seguir unas pautas profilácticas básicas, en este punto es habitual añadir otras habilidades que les proporcionen más sensación de control sobre sus circunstancias de vida: Resolución de Proble-

mas, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Control de enfado o Técnicas de Control de Insomnio. En fase asintomática, y recordamos al lector que siempre nos movemos en ella, es frecuente que una cantidad importante de bipolares se sientan tristes o desarrollen secuencias que casi encajan con los criterios de la fobia social, sobre todo si el último episodio fue maníaco. Las técnicas citadas y especialmente la Terapia Cognitiva que ya manejan con soltura de la fase anterior deberían aplicarse en este punto.

El tratamiento suele durar alrededor de unas veinte sesiones. Las primeras cinco o seis sesiones suelen dedicarse a explicar a los clientes con sumo detalle en qué consiste el trastorno y todos sus detalles, en formarlos en el uso adecuado de los fármacos y en presentar el enfoque psicológico como complementario al médico. Desde la sesión séptima hasta la decimotercera, el objetivo es entrenar a los sujetos en el uso de la Terapia Cognitiva para la depresión y la manía. Finalmente, entre la sesión decimocuarta y la vigésima, intentamos que los bipolares aprendan estrategias eficaces para manejar el malestar inherente a la vida y el que se deriva de ser bipolar de una manera más o menos directa.

5. Estatus científico de la Terapia Cognitivo-conductual aplicada al Trastorno bipolar

Desafortunadamente todavía no hay estudios experimentales en los que se haya evaluado la eficacia de protocolos de tratamiento similares a los descritos en este trabajo. Sin embargo, existen algunos estudios (Harvey y Peet, 1991; Peet y Harvey, 1991; Vieta y cols, 1996) en los que se ha demostrado la eficacia de un enfoque psicoeducativo que, salvando mucho las distancias, se parecería a una versión muy ligera de las estrategias que hemos propuesto, sin incluir, desde luego el punto cuarto ni el quinto. Uno de los autores de estos trabajos (Vieta y cols, 1996) sugiere, muy acertadamente desde nuestro punto de vista, la conveniencia de combinar la psicoeducación con un enfoque psicológico más robusto basado en la Terapia Cognitiva. No se puede hablar todavía de un enfoque probado experimentalmente, pero los escasos trabajos realizados, y la experiencia clínica nos indica que la Terapia Cognitivo-Conductual puede ser un excelente instrumento para complementar y mejorar el ya de por

sí muy eficaz tratamiento farmacológico del trastorno bipolar contribuyendo a que los sufridores disfruten de una mayor calidad de vida.

Referencias Bibliográficas

- Beck, T.; Rush, J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy for depression*. Guilford Press. (DDB, 1983).
- Birchwood, M. y Tarrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Ariel.
- Burns, D. (1980). *Feeling good*. Signet books. (Paidós, 1990).
- Chadwick, P.; Birchwood, P. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Wiley.
- Garety, P. y Hemsley, D. (1994). *Delusions. Investigation into the psychology of delusional reasoning*. Maudley monographs.
- Kingdom, D. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-Behavioral therapy for schizophrenia*. LEA.
- Harvey, N.S. y Peet, M. (1991). *Lithium maintenance: effects of personality and attitude of health information acquisition and compliance*. Br. J. Psychiatry 158: 200-204.
- Lam, D.; Jones, S.; Hayward, P. y Bright, A. (2000). *Cognitive Therapy for bipolar disorders*. Wiley.
- Peet, M. y Harvey, N.S. (1991). *Lithium maintenance: a standard education program for patients*. Br. J. Psychiatry 158: 197-200.
- Ramirez Basco, M. y Rush, J. (1996). *Cognitive-Behavioral Therapy for bipolar disorder*. Guilford Press.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (1996). *Tratamiento psicológico de la depresión. Un manual de autoayuda paso a paso*. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Vieta, E. y Gastó. (1997). *Trastornos bipolares*. Springer-Verlag Ibérica.
- Vieta, E. (1999). *Abordaje actual de los trastornos bipolares*. Masson.
- Vieta, E.; Colom, F.; y Martínez-Arán, A. (1999). *La malaltia de les emocions*. El trastorno bipolar. Ed. Columna.
- Vieta, E. y cols. (1996). ¿Existe un lugar para la psicoterapia en el trastorno bipolar? *Psiquiatría biológica*, 3:232-237.