

DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR REFRACTARIOS AL TRATAMIENTO: UN ESTUDIO-PILOTO¹

**Ana González Isasi (1)
Enrique Echeburúa (2)
Ana González-Pinto Arrillaga (1)**

(1) Servicio de Psiquiatría del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria
(2) Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue poner a prueba la eficacia diferencial de un tratamiento combinado (farmacológico + terapia cognitivo- conductual) en relación con el tratamiento farmacológico estándar en pacientes diagnosticados según los criterios del DSM-IV-TR de trastorno bipolar I y II. Se asignó aleatoriamente a 20 pacientes a una de estas condiciones: 1) tratamiento combinado (grupo experimental); y 2) tratamiento farmacológico (grupo de control). Se utilizó un diseño experimental multigrupo con medidas repetidas en la evaluación (pretratamiento, postratamiento y seguimiento a los 6 meses). Un 80% de los pacientes tratados en el grupo experimental y un 70% de los del grupo de control experimentaron una mejoría significativa en el seguimiento de los 6 meses, sin diferencias significativas entre los dos grupos. Sin embargo, y por lo que se refiere a la evolución intragrupal, en el seguimiento de los 6 meses hubo una mejoría en el grupo experimental en la

¹ Los autores de este estudio agradecen su colaboración a Fernando Mosquera Ulloa, Sonsoles Enjuto Arranz, Josefina Ojeda Macías, Marta Alonso Pinedo y Jesús M^a Ruiz Aguado.

asertividad y en la calidad de vida global que no se dio en el grupo de control. Por último, se comentan algunos temas que pueden contribuir a las futuras investigaciones en este campo.

Palabras clave: TRASTORNO BIPOLAR, TRATAMIENTO COMBINADO PSICOLÓGICO Y FARMACOLÓGICO, TERAPIA FARMACOLÓGICA.

SUMMARY

The aim of this research was to test the incremental effectiveness of a combined treatment (drugs and cognitive-behavioral therapy) compared to a standard drug treatment in the therapy of bipolar disorder. Twenty patients, selected according to DSM-IV-TR criteria, were assigned at random to: 1) a combined treatment; or 2) a standard drug therapy control group. A multigroup experimental design with repeated measures of assessment (pre-treatment, posttreatment and 6-month follow-up) was used. Most treated patients (80%, in the experimental group; 70%, in the control group) showed significant improvement at the 6-month follow-up, but there was no significant difference between the two therapeutic modes. However, as far as intragroup improvement was concerned, the experimental group showed greater improvement in assertiveness and overall quality of life than the control group. Although the results of the present trial do not support the incremental benefit of cognitive-behavioral therapy to the drug treatment, further research is needed. Finally, several topics that may contribute to future research in this field are discussed.

Key words: BIPOLAR DISORDER, COMBINED PSYCHOLOGICAL AND DRUG TREATMENT, DRUG THERAPY.

INTRODUCCIÓN

Becoña y Lorenzo (2001) describen el trastorno bipolar como un cuadro clínico grave, recurrente e incapacitante. Se caracteriza por episodios de depresión y manía durante los cuales ocurren cambios

extremos en el estado de ánimo, las cogniciones y las conductas. Hay períodos de recuperación y de recurrencia.

Se estima que una persona con un trastorno bipolar I sufrirá de 8 a 12 episodios de depresión mayor y de 4 a 8 episodios maníacos a lo largo de su vida. La recurrencia está asociada, entre otras variables, a sucesos vitales negativos, a la historia de episodios previos, al abuso de alcohol o de drogas, a las relaciones familiares conflictivas o a la historia previa de alcoholismo (Lam y Wong, 1997). A su vez, el trastorno genera problemas de adaptación a la vida cotidiana, como conflictos de pareja, desempleo o infraempleo.

El pronóstico del trastorno bipolar es muy variable. La evolución de este cuadro clínico va a estar determinada por múltiples factores. En este sentido, el cumplimiento terapéutico se ha considerado como uno de los principales determinantes del curso del trastorno bipolar. En concreto, la mala adherencia al tratamiento farmacológico es la variable que está relacionada con un mayor número de recurrencias en estos pacientes (Keck, McElroy, Strakowski *et al.*, 1998), con las consiguientes implicaciones tanto en el ámbito personal (consecuencias socio-laborales y psicológicas) como en el económico-sanitario (mayor número de consultas de urgencia y más ingresos hospitalarios).

Al margen del carácter devastador de cada episodio depresivo o maníaco, el curso del trastorno lleva a un acortamiento de los ciclos (el periodo que transcurre desde la terminación de un periodo concreto y la aparición del siguiente). Asimismo la probabilidad de recurrencia aumenta con cada nuevo episodio (Angst, 1981; Roy-Byrne, Post, Uhde *et al.*, 1985).

El trastorno bipolar supone un deterioro en las relaciones interpersonales, en el disfrute de las actividades recreativas, en la frecuencia de la actividad sexual y, en general, en la satisfacción global. Además, hay una menor tendencia a mejorar en estos aspectos con respecto a los pacientes depresivos unipolares (Coryell, Turvey, Endicott *et al.*, 1998). Por lo que se refiere al deterioro social, éste puede resultar transitorio, asociado a las crisis pasajeras de los episodios depresivos o maníacos, o permanente, derivado en este caso de unas habilidades sociales

escasas o de un entorno social y familiar conflictivo (Stefos, Bauwens, Staner *et al.*, 1996).

Las tasas de recurrencia después de un episodio maníaco son muy altas y oscilan entre el 50% en el primer año (Coryell, Keller, Endicott *et al.*, 1989) y el 70% a los 5 años (Tohen, Waternaux y Tsuang, 1990; Keck *et al.*, 1998), lo cual sugiere la necesidad de estrategias terapéuticas más efectivas para prevenir recaídas (Perry, Tarrrier, Morriss *et al.*, 1999).

Los tratamientos farmacológicos ensayados hasta la fecha no son suficientes para el control del curso de la enfermedad en la mitad de los casos (Stahl, 2002). Así, el litio protege sólo al 25%-50% de pacientes con trastorno bipolar de nuevos episodios (Dickson y Kendall, 1986). La introducción de otros fármacos ha aportado nuevas posibilidades terapéuticas para los pacientes, pero el pronóstico continúa siendo mediocre en un porcentaje que oscila entre un tercio y un cuarto de los pacientes bipolares, y hasta la mitad presentan recaídas a pesar del tratamiento (Scott, 1995). Por ello, y en función de la pobre evolución en más de la mitad de los pacientes, de la presencia de síntomas subsindrómicos significativos que persisten más allá de la fase aguda del trastorno y de la persistencia de déficits psicosociales, se han comenzado a desarrollar tratamientos psicosociales complementarios (Prien y Potter, 1990; Rothbaum y Astin, 2000; Swartz y Frank, 2001).

Los objetivos generales de las distintas intervenciones psicosociales, como tratamiento complementario de la farmacoterapia, han sido aumentar la adherencia al tratamiento médico, disminuir las tasas de recaída/recurrencia y las rehospitalizaciones y mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familias. Dichas intervenciones también buscan potenciar el funcionamiento social y ocupacional de los pacientes, así como desarrollar las capacidades del paciente para enfrentarse a estresores en el entorno social y laboral (Craighead y Miklowitz, 2000; Huxley, Parikh y Baldeassarini, 2000).

Recientemente han sido revisados los trabajos psicoeducativos y cognitivo-conductuales llevados a cabo en el trastorno bipolar (González-Pinto, González, Enjuto *et al.*, 2003). Además de la

psicoeducación (Reinares, Vieta, Colom *et al.*, 2002), de la terapia cognitivo-conductual (Lam, Jones, Hayward y Bright, 1999; Palmer y Scott, 2001; Ramírez-Basco y Thase, 1997), de la intervención familiar y de pareja (Reinares, Corbella y Vieta, 2001), se han realizado estudios con la psicoterapia interpersonal y, en algunos casos, con terapias especializadas para el uso comórbido de sustancias, pero faltan investigaciones controladas que respalden la utilidad de estos enfoques (Becoña y Lorenzo, 2003; Lalaguna, Pérez de Heredia, López Peña *et al.*, 1999).

La psicoeducación ha demostrado ser una estrategia psicoterapéutica muy efectiva para favorecer la conciencia de enfermedad en pacientes con enfermedades mentales graves. Por lo que se refiere concretamente al trastorno bipolar, puede favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico (Colom, Vieta, Martínez-Arán *et al.*, 1998), así como abordar precozmente los síntomas maníacos (Perry *et al.*, 1999).

Son varios los factores que hacen recomendable la elección de la terapia cognitivo-conductual como alternativa psicoterapéutica para el tratamiento del trastorno bipolar. En primer lugar, la naturaleza psicoeducativa de este enfoque terapéutico, al promover el control y la autorregulación del paciente, la hace útil para el tratamiento de un trastorno crónico recurrente. En segundo lugar, esta terapia ha mostrado ser efectiva en el aumento del cumplimiento del tratamiento farmacológico (Cochran, 1984). Y en tercer lugar, al haber sido demostrada la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la prevención de recaídas en la depresión unipolar (Evans, Hollon, DeRubeis *et al.*, 1992; Simons, Murphy, Levine y Wetzel, 1986), parece razonable utilizarla también para la prevención de recaídas en el trastorno bipolar, que, como ya se ha señalado, presenta una alta tasa de recaídas (Coryell *et al.*, 1989).

El objetivo de esta investigación es comprobar la efectividad de este enfoque terapéutico, como complementario al tratamiento farmacológico, en un formato grupal en pacientes con una mala evolución previa. El programa se compone de psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, resolución de conflictos, reestructuración de distorsiones cognitivas, trabajo en autoestima y planificación de actividades lúdicas.

MÉTODO

Sujetos

La muestra de sujetos está constituida por pacientes con un trastorno bipolar del área sanitaria de Álava que acudieron en busca de tratamiento al Servicio de Psiquiatría (consultas externas u hospital de día) del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria durante el período comprendido entre 2002 y 2003. Todos ellos siguen un tratamiento farmacológico, consistente principalmente en la toma de algún estabilizador del humor (litio fundamentalmente) y, en algunos casos, de neurolépticos y/o ansiolíticos.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes: a) cumplir con los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* de trastorno bipolar de tipo I o de tipo II; b) tener una mala evolución previa, definida como dos o más recaídas en el último año, ciclos rápidos, ingresos psiquiátricos en el último año, tentativas suicidas, necesidad de tratamientos estabilizadores combinados y/o de terapia electroconvulsiva en el último año, consultas psiquiátricas no programadas en el último año o dificultades graves en el funcionamiento sociolaboral en el último año; c) estar eutímicos al comienzo del estudio; y d) tener una edad comprendida entre los 18-50 años.

Con arreglo a estos criterios, la muestra quedó constituida por 20 sujetos, 15 mujeres y 5 hombres, cuyas características principales son el predominio de mujeres (el 66% de la muestra) y un nivel cultural y socioeconómico medio. La edad media de la muestra es de 38 años (desviación típica: 7 años).

Diseño experimental

En este estudio se ha utilizado un diseño experimental con grupo de control pre-post de medidas repetidas. Ha habido un grupo experimental y un grupo de control, con medidas independientes en el factor *tratamiento* y con medidas múltiples y repetidas en el factor *evaluación*, distribuidas en el pretratamiento, postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses.

La asignación de pacientes a uno u otro grupo se ha realizado de forma aleatoria. Todos los pacientes estaban sujetos a un tratamiento farmacológico (fármacos similares con dosis personalizadas), ya que es la terapia habitual ofertada. Así, las modalidades resultantes han sido las siguientes: a) Grupo experimental con tratamiento psicoterapéutico y farmacológico; y b) Grupo de control con tratamiento farmacológico.

Medidas de evaluación

Entrevistas

Al principio se realizó una entrevista individual no estructurada para confirmar el diagnóstico de trastorno bipolar I o II según los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR*. En esta entrevista los sujetos describían los síntomas experimentados, la historia del problema, el tratamiento recibido y el grado de incapacitación que el trastorno les suponía en su vida cotidiana.

Cuestionarios

El *Cuestionario de 90 síntomas según el DSM-III-R (SCL-90-R)* (Derogatis, 1977; versión española de TEA, 2002) consta de 90 items que conforman 10 escalas de psicopatología general: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y una escala adicional. También cuenta con 3 medidas globales: el GSI (sufrimiento global del sujeto), el PSDI (intensidad sintomática) y el PST (número de síntomas). Se considera un caso psiquiátrico cuando el sujeto obtiene una puntuación GSI mayor o igual a una puntuación T de 63. Los valores de la fiabilidad test-retest y de la consistencia interna resultan satisfactorios. En cuanto a la validez, el *SCL-90-R* presenta una buena validez convergente con otros instrumentos psicopatológicos, como el *MMPI*, y sirve para discriminar entre poblaciones clínicas y no clínicas.

El *Inventario de Depresión (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; versión española de Vázquez y Sanz, 1997) es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18 (Steer y Beck, 1988). En sus ítems se da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.

La *Escala de Manía de Young (YMRS)* (Young, Biggs, Ziegler y Meyer, 1978; versión española de Colom, Vieta, Martínez-Arán *et al.*, 2002) es el instrumento más utilizado para evaluar los episodios maníacos, con una probada validez para evaluar la gravedad/intensidad sintomática y la respuesta al tratamiento. Consta de 11 ítems, que reflejan grados crecientes de intensidad sintomática y que miden síntomas diferentes característicos de una fase maniaca: euforia, aumento de actividad y energía, interés sexual, sueño, irritabilidad, ritmo y cantidad del discurso, trastorno del lenguaje y del pensamiento, contenido del pensamiento, conducta alterada-agresiva, apariencia e *insight* o conciencia de sí mismo. Cada opción puntúa en un rango de 0 a 4, excepto 4 ítems (irritabilidad, expresión verbal, trastornos formales del pensamiento y agresividad) que puntúan el doble (de 0 a 8). El rango total de la escala, por tanto, es de 0 a 60 puntos. Si bien no hay unos puntos de corte establecidos, el criterio de respuesta terapéutica más utilizado es la reducción en un 50% de la puntuación pretratamiento (Tohen, Sanger, McElroy *et al.*, 1999) o, menos frecuentemente, la reducción de la puntuación por debajo de un determinado valor (por ejemplo, <14) (Evans, Horustra, Pierce *et al.*, 1994). Las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, tanto convergente (con las escalas de Beigel o de Petterson) como discriminante, son satisfactorias.

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española de TEA, 1982) consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es

de 0 a 60 en cada subescala. El punto de corte (correspondiente al percentil 75) para la población femenina en el STAI-E es de 31 y para la población masculina de 28. En cuanto a las propiedades psicométricas, el coeficiente alfa de consistencia interna oscila entre 0,83 y 0,92 y la validez convergente con otras medidas de ansiedad oscila entre 0,58 y 0,79.

El *Cuestionario de Asertividad de Rathus (RAS)* (Rathus, 1973; traducción española de Echeburúa, 1995) consta de 30 ítems y tiene como objetivo evaluar el comportamiento social autoafirmativo del sujeto. El contenido de los elementos se refiere a conductas en situaciones sociales en las que está implicada la asertividad del sujeto. La persona debe valorar cada una de ellas de -3 ("muy poco característica de mí") a +3 ("muy característica de mí"). La puntuación total oscila de -90 a +90, con un punto de corte 0 y con una puntuación positiva tanto mayor cuanto mayor es la asertividad. Se ha encontrado una buena fiabilidad test-retest (0,76-0,80) y una alta consistencia interna (0,73-0,86). Las correlaciones con otros inventarios también han sido altas.

La *Escala de Autoestima (EAE)* (Rosenberg, 1965; traducción española de Echeburúa, 1995) es un instrumento útil para valorar el grado de satisfacción de la persona consigo misma. Consta de 10 ítems, 5 formulados en forma positiva y 5 en forma negativa para el control de la aquiescencia (tendencia a responder afirmativamente, con independencia del contenido de la pregunta). Los ítems se valoran en una escala de tipo Likert que oscila de 1 a 4, por lo que la puntuación total varía entre 10 y 40. Se obtiene una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima (29 es el punto de corte establecido por Ward, 1977). A diferencia de los instrumentos anteriores, no es una prueba sensible al cambio terapéutico. La consistencia interna de la escala se sitúa entre 0,74 y 0,77 (McCarthy y Hoge, 1982). Asimismo la validez convergente y discriminante es satisfactoria: 0,67 con el *Kelly Repertory Test*; 0,83 con el *Health Self-Image Questionnaire*; y 0,56 con las evaluaciones de autoestima del entrevistador.

La *Escala de Inadaptación (EI)* (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000) es un autoinforme que consta de 6 ítems (rango de cada ítem: 0-5 puntos) y mide el grado en que el problema afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo

libre, relación de pareja y relación familiar. El rango total de la escala es de 0 a 30. El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación. En cuanto a las propiedades psicométricas, el coeficiente alfa de Cronbach es de 0,94. Asimismo presenta una buena validez convergente con diferentes escalas de gravedad de síntomas.

La *Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF/EEAG)* (American Psychiatric Association, 2000) es una escala que se encuentra en el *DSM-IV-TR* y tiene una puntuación que oscila de 0 a 100. Cuanta más alta es la puntuación, mejor se encuentra el sujeto. La puntuación es anotada por el evaluador tras una entrevista previa con el sujeto respecto a los síntomas que tiene, a las actividades que realiza y a las relaciones sociales en las que se apoya.

Modalidades terapéuticas

Grupo de tratamiento combinado (farmacológico y psicoterapéutico): los pacientes asignados a este grupo reciben, en primer lugar, una sesión de psicoeducación sobre su trastorno, seguida de una explicación de la relación entre los pensamientos, las actividades, las sensaciones físicas y el estado de ánimo. En segundo lugar, se les proporcionan técnicas de control de la ansiedad (relajación y respiración, higiene del sueño, autoinstrucciones y distracción cognitiva) y se les muestra cómo planificar actividades. Más adelante, en tercer lugar, se les enseña a detectar los pensamientos irracionales y a utilizar el proceso de reestructuración cognitiva. Por último, y a efectos de consolidar los cambios terapéuticos y de prevenir las recaídas, se realiza un entrenamiento en solución de problemas y en mejora de la autoestima. Por otra parte, se introduce a partir de la segunda sesión el programa de habilidades sociales (asertividad, comunicación no verbal, habilidades conversacionales, hacer y recibir elogios, hacer y recibir críticas y pedir favores), constituyendo a lo largo del tratamiento una parte de cada sesión terapéutica. Los objetivos del programa y el formato de este tratamiento grupal figuran descritos, respectivamente, en las *tablas 1 y 2*.

Tabla 1.- Objetivos del tratamiento psicológico en pacientes con trastorno bipolar

- Aumentar los conocimientos del paciente sobre el trastorno (tener una mayor conciencia de enfermedad, detectar los primeros síntomas anteriores a un episodio, aumentar la adherencia a la medicación, etc.).
- Reducir el nivel de ansiedad.
- Mejorar el repertorio de habilidades sociales y el control de la asertividad en diferentes situaciones.
- Controlar el estado de ánimo mediante el cambio de pensamientos y la implicación en actividades agradables.
- Mejorar el nivel de autoestima.
- Lograr una mejor adaptación a la vida cotidiana mediante el aprendizaje de estrategias de solución de problemas.

Tabla 2.- Características del tratamiento psicológico

Tipo de tratamiento	Cognitivo-conductual
Modalidad	Grupal
Terapeutas	Psicólogo clínico residente y enfermera psiquiátrica
Nº de sesiones	13
Periodicidad	Semanal
Duración de cada sesión	1 hora y media
Nº de sujetos por grupo	10 personas

Asimismo todos los pacientes de este grupo reciben individualmente el tratamiento psicofarmacológico (estabilizadores del humor, neurolépticos y/o ansiolíticos) ajustado por el psiquiatra.

Grupo de control: los pacientes asignados a este grupo reciben exclusivamente el tratamiento psicofarmacológico (estabilizadores del humor, neurolépticos y/o ansiolíticos) ajustado individualmente por el psiquiatra.

Procedimiento

La investigación ha constado de 4 fases: selección, evaluación, tratamiento y seguimiento. En la primera fase se seleccionaron, entre los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar por los psiquiatras del Hospital de Santiago, los que cumplían los criterios de inclusión para formar parte de esta investigación.

Evaluación

Una vez seleccionados y asignados los pacientes aleatoriamente a uno de los dos grupos, se les administró los cuestionarios como una evaluación previa al tratamiento. A todos los pacientes se les explicó detalladamente el contenido de la terapia.

Las siguientes evaluaciones tuvieron lugar una vez finalizada la terapia y en el seguimiento a los 6 meses.

Tratamiento

Una vez evaluados los sujetos e informados sobre la terapia, pasaron a recibir el tratamiento, cuyas características se han descrito anteriormente. El terapeuta del tratamiento psicológico era una psicóloga interna residente con experiencia anterior en el programa (la primera firmante de este artículo), acompañada por una enfermera psiquiátrica. Los responsables del tratamiento psicofarmacológico eran dos psiquiatras con amplia experiencia clínica con este tipo de pacientes.

El seguimiento a los 6 meses se realizó en el marco de una entrevista individual, en donde se aplicaron los instrumentos de evaluación y se realizó un balance de la situación actual.

RESULTADOS

Se realizó un análisis de comparación de medias intergrupales con la prueba *t* de Student para muestras independientes entre las puntuaciones del grupo experimental y de control antes y después del tratamiento, así como en el seguimiento a los 6 meses. Asimismo se aplicó la prueba no paramétrica *W* de Wilcoxon de comparación de medias intragrupal en los diferentes momentos de la evaluación en cada uno de los grupos.

Por otra parte, se compararon las tasas de éxito después del tratamiento y en el seguimiento de los 6 meses entre los dos grupos mediante chi-cuadrado.

Características psicopatológicas de la muestra antes del tratamiento

Los sujetos de la muestra habían recibido diversos tratamientos farmacológicos previos (litio, antidepresivos, neurolépticos) y habían tenido varios ingresos psiquiátricos, pero no habían estado sometidos a terapias psicoterapéuticas.

Los grupos eran homogéneos antes del tratamiento en todas las variables demográficas y psicopatológicas analizadas. Sólo en la *Escala de Autoestima* los sujetos del grupo de control presentaban un nivel de autoestima ligeramente más alto, pero las diferencias eran meramente tendenciales ($p=0,07$) (Tabla 3).

En resumen, y sólo a modo de retrato-robot, se puede decir que eran pacientes entre 35 y 40 años, con un cuadro clínico cronicado y con un historial de 2 o 3 ingresos psiquiátricos.

Tasas de mejoría y de fracaso

En este estudio la mejoría se ha definido como una reducción clínicamente significativa de los criterios diagnósticos del *DSM-IV-*

Tabla 3.- Diferencias intergrupales en los diferentes momentos de la evaluación

	Puntuaciones Previas		Puntuaciones en el postratamiento		Puntuaciones a los 6 meses	
	Grupo Exp.	Grupo Control	t	Grupo Exp.	Grupo Control	t
Edad	36,90	39,20	0,68			
Nº de ingresos	2,40	3,20	0,44			
GSI (SCL-90-R)	46,00	43,90	-0,50	45,60	41,40	-0,61
STAI-E	22,10	22,30	-0,04	24,70	19,80	-0,47
Escala de Autoestima	26,00	30,60	1,91*	28,50	29,30	0,60
BDI	13,20	12,30	-0,20	11,70	10,00	-0,26
Escala de Actividad Global	70,30	71,90	0,26	76,20	84,00	-1,32
Escala de Manía	0,60	1,70	0,86	1,70	0,60	-0,57
Escala de Inadaptación	14,80	12,60	-0,71	10,10	13,40	-0,92
Inventario de Asertividad	-3,20	-2,40	0,08	6,50	7,70	-1,54

* $p < 0,10$ ** $p < 0,05$

TR respecto a la presencia de un episodio depresivo, maníaco o mixto dentro del trastorno bipolar en el último mes anterior a la finalización del tratamiento.

De acuerdo con este criterio categorial, los resultados obtenidos en los dos grupos son satisfactorios (una tasa de mejoría del 70% de los casos), pero sin que haya habido diferencias entre uno y otro grupo.

En el seguimiento a los 6 meses los resultados obtenidos son muy similares, con una tasa de mejoría del 80% en el grupo experimental y del 70% en el grupo de control, pero estas diferencias no eran estadísticamente significativas (Figura 1).

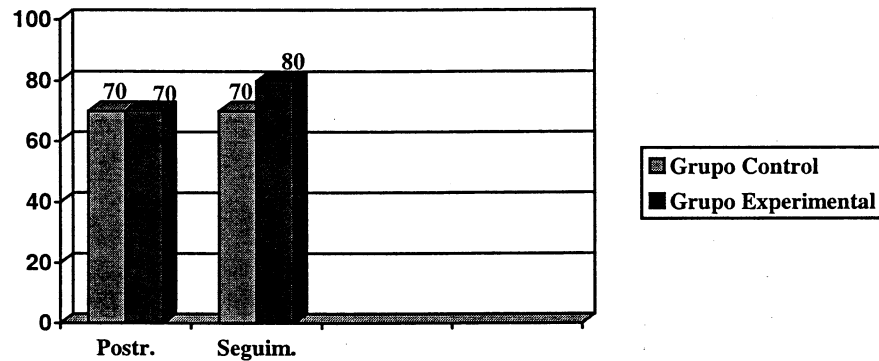


Figura 1.- Tasas de mejoría

Resultados en los instrumentos de evaluación

Análisis intergrupar

Las medias de las diferentes variables estudiadas en los tres momentos de evaluación, así como el valor de *t* de Student referido

Tabla 4.- Diferencias intragrupal entre la evaluación pretratamiento y el seguimiento de los 6 meses

	Grupo experimental			Grupo de control		
	Puntuaciones		W	Puntuaciones		W
	Previas	A los 6 meses		Previas	A los 6 meses	
GSI (SCL-90-R)	46,00	43,80	-0,40	43,90	41,40	-0,84
STAI-E	22,10	22,50	-0,05	22,30	19,80	-0,15
Escala de Autoestima	26,00	28,00	-1,07	30,60	29,30	-1,02
BDI	13,20	11,20	-0,04	12,30	10,00	-1,29
Escala de Actividad Global	70,30	84,00	-2,49**	71,90	78,50	-1,53
Escala de Manía	0,60	1,20	-1,34	1,70	0,60	-1,34
Escala de Inadaptación	14,80	13,40	-0,61	12,60	10,20	-0,88
Inventario de Asertividad	-3,20	7,70	-1,68*	-2,40	-5,30	-0,25

a la comparación entre los dos grupos analizados, figuran expuestos en la *tabla 3*.

Al finalizar el tratamiento, no se aprecian diferencias significativas entre los grupos en ninguno de los instrumentos de evaluación, excepto en la variable GSI (*SCL-90-R*), en donde el grupo de control muestra una menor psicopatología global que el grupo experimental. Sin embargo, estas diferencias desaparecen en el seguimiento de los 6 meses.

Análisis intragrupal

En la *tabla 4* figuran las puntuaciones obtenidas en los distintos instrumentos de evaluación, así como los valores de *W* de medidas repetidas, referidos a la evaluación anterior al tratamiento y al seguimiento de los 6 meses en los dos grupos.

Respecto al grupo experimental, hay una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,013$) en la *Escala de Evaluación de la Actividad Global*, lo que denota una mejoría en la calidad de vida, y una diferencia tendencialmente significativa ($p=0,092$) en el *Inventario de Asertividad*, lo que refleja un aumento de sus habilidades sociales.

En el grupo de control, por el contrario, no ha habido cambios entre el pretratamiento y el seguimiento de los 6 meses en ninguna de las variables estudiadas.

CONCLUSIONES

El interés de este trabajo es que se centra en un tema (el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno bipolar en combinación con psicofármacos) que ha recibido poca atención hasta la fecha. Los psicofármacos son *necesarios* en este cuadro clínico, pero probablemente no son *suficientes*, al menos en los casos refractarios a la terapia. Añadir una terapia psicológica que ha mostrado ser efectiva para prevenir las recaídas en otros trastornos, como la depresión o los trastornos de ansiedad (*cf.* Echeburúa, Salaberría,

Corral *et al.*, 2000), y aplicarla en un formato grupal, parece una opción atractiva (Becoña y Lorenzo, 2003; Ramírez-Basco y Thase, 1997). Se trata, en último término, de poner a prueba una nueva opción terapéutica (un tratamiento combinado) para un trastorno que interfiere negativamente en la calidad de vida de los pacientes, que tiende a cronificarse y que, por ello, genera un gran número de consultas médicas.

El programa psicológico puesto a prueba en este estudio tiene como objetivo enseñar habilidades que traigan como consecuencia un mejor conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, un aumento del repertorio de sus habilidades sociales, un control del estado de ánimo a través del cambio de pensamientos y de la implicación en actividades lúdicas, una mejora de su autoestima, un aumento de su adaptación a la vida cotidiana y una reducción del nivel de ansiedad.

La hipótesis principal del estudio (el tratamiento psicológico va a suponer un valor añadido a los psicofármacos) no se confirma. En torno a un 70%-80% de los pacientes no presentan síntomas para ser diagnosticados de un episodio depresivo, maniaco o mixto dentro del trastorno bipolar después del tratamiento y en el seguimiento de los 6 meses, pero, sin embargo, no hay diferencias entre los grupos. Más allá de la significación estadística, la efectividad del tratamiento psicológico tiende a mejorar con el tiempo, como también se ha observado en otros estudios (Colom *et al.*, 1998). De hecho, en un estudio reciente se ha podido comprobar que no existen diferencias en los primeros seis meses de seguimiento, estableciéndose las diferencias con el grupo de control a partir de ese momento (Colom, Vieta, Martínez-Arán *et al.*, 2003).

Sin embargo, desde la perspectiva de la evolución intragrupal desde el pretratamiento hasta el seguimiento de los 6 meses, hay una superioridad del grupo experimental, en cuanto a la mejora de la calidad de vida y al aumento de las habilidades sociales, respecto al grupo de control.

Al haberse aplicado este programa en un formato grupal, el tratamiento psicológico, aun con estos modestos resultados, resulta efectivo, pero también eficiente. Es decir, puede implementarse con facilidad en el marco de un Centro de Salud Mental o de un Hospital de Día.

Por otro lado, desde la perspectiva de los pacientes, su satisfacción con el tratamiento es alta. La percepción es que la terapia psicológica les ha servido para mejorar la adaptación a la vida cotidiana y que debería ser más larga, así como mayor su implicación en el tratamiento.

En cualquier caso, la propia naturaleza del trastorno bipolar, que se define por su enorme variabilidad (la inestabilidad del humor), puede explicar la inconsistencia de los resultados. Así, por ejemplo, el momento concreto a la hora de responder los cuestionarios es una variable clave. Las respuestas pueden estar influidas por las distorsiones cognitivas eufóricas o depresivas del momento, que puede resultar muy inestable de una semana a otra.

En investigaciones futuras parece razonable aumentar la muestra de los grupos y, en función de la inestabilidad del estado de ánimo en este tipo de pacientes, llevar a cabo seguimientos más continuos y a más largo plazo. Sería bueno también diseñar un tratamiento psicológico más prolongado y más específico para este trastorno, implicar más activamente a los pacientes en la realización de tareas para casa y evaluar el grado de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, así como depurar los instrumentos de evaluación utilizados (Vázquez, 1995).

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association** (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Reviewed*. Washington DC. American Psychiatric Association.
- Angst J** (1981). Clinical indications for a prophylactic treatment of depression. *Advances in Biological Psychiatry*, 7, 218-229.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw, BF & Emery, G** (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York. Guilford Press.
- Becoña E & Lorenzo MC** (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, 511-522.
- Becoña E & Lorenzo MC** (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. En M Pérez, JR Fernández Hermida,

- C Fernández & I. Amigo (eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol. 1: Adultos*. Madrid. Pirámide.
- Cochran SD** (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-878.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A et al.** (1998). What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 2-9.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A et al.** (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina Clínica*, 119, 366-371.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A et al.** (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Coryell W, Keller M, Endicott J et al.** (1989). Bipolar II illness: course and treatment over a five year period. *Psychological Medicine*, 19, 129-141.
- Coryell W, Turvey C, Endicott J et al.** (1998). Bipolar I affective disorder: Predictors of outcome after 15 years. *Journal of Affective Disorders*, 50, 109 -116.
- Craighead WE & Miklowitz DJ** (2000). Psychosocial interventions for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 58-64.
- Derogatis LR** (1977). *Cuestionario de 90 síntomas. SCL-90-R*. TEA Ediciones. Madrid (2002).
- Dickson W & Kendall R** (1986). Does maintenance lithium therapy prevent recurrence of mania under ordinary clinical conditions? *Psychological Medicine*, 16, 521-530.
- Echeburúa, E** (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona. Martínez Roca.
- Echeburúa E, Corral P & Fernández-Montalvo J** (2000). Escala de inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa E, Salaberría K, Corral P et al.** (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 509-535.
- Evans MD, Hollon SD, DeRubeis RJ et al.** (1992). Differential relapse following cognitive therapy, pharmacotherapy, and combined cognitive-pharmacotherapy for depression. *Archives General of Psychiatry*, 49, 802-808.
- Evans RL, Horustra RK, Pierce CA et al.** (1994). Preliminary comparison of predictive and empiric lithium dosing: impact on patient outcome. *Annual Pharmacotherapy*, 28, 1148-1152.

- González-Pinto A, González C, Enjuto S et al.** (2003). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 1-8.
- Huxley NA, Parikh SV & Baldessarini RJ** (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 126-140.
- Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM et al.** (1998). 12 month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalisation for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 155, 646-652.
- Lalaguna B, Pérez de Heredia J, López Peña P et al.** (1999). Abordaje psicoterapéutico en el trastorno bipolar. En A González Pinto, M Gutiérrez & J Ezcurra (eds.). *Trastorno bipolar*. Madrid. Aula Médica Ediciones.
- Lam DH & Wong G.** (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1091-1100.
- Lam DH, Jones S, Hayward P & Bright J** (1999). Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts. *Methods and Practice*. Chichester. John Wiley & Sons.
- McCarthy JD & Hoge DR** (1982). Analysis of age effects in longitudinal studies of adolescent self-esteem. *Developmental Psychology*, 18, 372-379.
- Palmer A & Scott J** (2001). Cognitive therapy for bipolar disorders. In S. George & M. Birchwood (eds.). *Psychological interventions in bipolar disorders*. Chichester. John Wiley & Sons.
- Perry A, Tarrier N, Morriss R et al.** (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Prien RF & Potter WZ** (1990). NIMH workshop report on treatment of bipolar disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 28, 409-427.
- Ramírez-Basco M & Thase ME** (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares. EN VE Caballo (ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid. Siglo XXI, vol. 1^º.
- Rathus SA** (1973). A 30 item schedule for assessing assertiveness. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Reinares M, Corbella B & Vieta E.** (2001). La intervención familiar en el trastorno bipolar. En E Vieta (ed.). *Trastornos bipolares. Avances clínicos y terapéuticos*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Reinares M, Vieta E, Colom F et al.** (2002). Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29, 97-105.

- Rosenberg A** (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey. Princeton.
- Rothbaum BO & Astin MC** (2000). Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 68-74.
- Roy-Byrne P, Post RM, Uhde TW et al.** (1985). The longitudinal course of recurrent affective illness: Life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 1-34.
- Scott J** (1995). Psychotherapy for bipolar disorders: an unmet need? *British Journal of Psychiatry*, 167, 581-588.
- Simons AD, Murphy GE, Levine JL & Wetzel RD** (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: sustained improvement over one year. *Archives General of Psychiatry*, 43, 43-48.
- Spielberger CD, Gorsuch RL & Lushene RE** (1970). *The state-trait anxiety inventory*. Palo Alto (California). Consulting Psychologist Press. Versión española de TEA, Madrid, 1982.
- Stahl, S** (2002). *Psicofarmacología esencial de la depresión y del trastorno bipolar*. Barcelona. Ariel.
- Steer RA & Beck AT** (1988). Beck Depression Inventory. En M Hersen & AS Bellack (Eds.). *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*. New York. Pergamon Press.
- Stefos G, Bauwens F, Staner L et al.** (1996). Psychosocial predictor of major affective recurrences in bipolar disorder: A 4-year longitudinal study of patients on prophylactic treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 420-426.
- Swartz Ha & Frank E** (2001). Psychotherapy for bipolar depression: a phase-specific treatment strategy? *Bipolar Disorders*, 3, 11-22.
- Tohen M, Waternaux CM & Tsuang MT** (1990). Outcome in mania. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1105-1111.
- Tohen M, Sanger TM, McElroy SL et al.** (1999). Olanzapine versus placebo in the treatment on acute mania. *American Journal of Psychiatry*, 156, 701-719.
- Vázquez C & Sanz J** (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vázquez C** (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En A Roa (ed.). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid. CEPE.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE & Meyer DA** (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 1, 429-435.