

Iris Luna Montaña, MD

La terapia cognitiva y otras intervenciones psicosociales en el manejo integral de los trastornos bipolares

- Introducción
- Curso clínico del trastorno bipolar
- Diagnóstico del trastorno bipolar
- Abordaje terapéutico
- Tratamientos somáticos del TAB
- Intervenciones psicosociales en el TAB
- La terapia cognitiva en el trastorno bipolar
- Corolario

“Vi las estrellas persiguiéndose unas a otras, y pensé que las farolas de la ciudad de Londres se deslizaban en la noche rumbo a un choque mundial [...].

Nada era más notable para mí por la enfermedad que la exaltación general de los nervios de la vista y del oído, y su capacidad para hacer armoniosos, a la vez que intensos, los colores y los sonidos; alternando sin duda con la debilidad, el horror y el desasosiego.

Pero aprendí tanto sobre la naturaleza de la fantasía y la ilusión [...] Habría sido totalmente inconcebible para mí, si no hubiera visto cómo se podía mezclar lo real con lo irreal”.

JOHN RUSKIN (1819-1900)

INTRODUCCIÓN

DURANTE LOS AÑOS NOVENTA, aparecieron publicadas algunas investigaciones en la literatura científica sugiriendo que la terapia cognitiva asociada a tratamientos somáticos y otras intervenciones psicosociales podría constituirse en una herramienta de gran valor en el abordaje terapéutico de los pacientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) porque este enfoque psicológico ofrece varios elementos que ayudan a moderar las reacciones subjetivas de los pacientes frente a los estresores de la vida diaria permitiéndoles mejorar la eficacia en la resolución de problemas cotidianos y mantener el equilibrio en las diferentes áreas.

En este capítulo, intento describir cómo los aspectos cognoscitivos en el trastorno bipolar pueden ser áreas particularmente provechosas para el diagnóstico y la intervención clínica. El entender y emplear algunas herramientas cognitivas dentro del contexto general del tratamiento del paciente bipolar puede facilitar el abordaje comprensivo del trastorno y la mejoría en la calidad de vida y en las expectativas de los pacientes.

CURSO CLÍNICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

El TAB es una patología psiquiátrica compleja clasificada dentro de los trastornos del estado de ánimo. En general es una entidad estigmatizante,

La terapia cognitiva y otras intervenciones psicosociales en el manejo integral de los trastornos bipolares

con una presentación crónica y cíclica; su curso y pronóstico son variables dependiendo de múltiples factores entre los que quiero resaltar en este artículo aquéllos relacionados con el abordaje terapéutico, la psicoeducación y la adherencia al tratamiento.

El primer episodio de la enfermedad puede presentarse como un cuadro depresivo, maniaco, hipomaniaco o mixto, el que puede ir seguido de un período asintomático de duración variable.

En general, el sexo masculino es más susceptible que el femenino para iniciar el TAB con la aparición de un episodio maniaco, entre tanto hombres y mujeres suelen presentar en igual proporción un cuadro depresivo como manifestación clínica inicial del TAB. La proporción de hombres y mujeres con trastorno bipolar es similar en sus formas graves (bipolares I, TABI) y superior en el sexo femenino en las formas de bipolares tipo II (TABII) con predominio de los cuadros depresivos.

Los pacientes con TAB que no reciben tratamiento psiquiátrico pueden presentar 10 episodios o más de manía y depresión durante la vida, con una relativa estabilización en la duración de los episodios y del período interepisódico evidente después del cuarto o quinto episodio. Es frecuente que trascurren 4 años o más, entre la aparición del primero y el segundo brote de la enfermedad, pero los intervalos entre los subsecuentes eventos psicopatológicos suelen hacerse cada vez más cortos.

Muchos pacientes con TAB experimentan varios cuadros depresivos severos antes de que se presente su primer episodio de manía, y la mayoría de estos individuos no tienen consignados en su historia clínica los datos relacionados con antecedentes personales o familiares de manía, hipomanía o estados mixtos.

Por otra parte, debido a que algunos enfoques terapéuticos suelen ser de *tipo transversal* (uso preferente de antidepresivos/antipsicóticos clásicos, —en caso de un cuadro de depresión psicótica—, evitación o instauración tardía de eutimizantes, pobre o nula psicoeducación, seguimiento limitado en la consulta externa), con frecuencia se realiza un abordaje terapéutico inadecuado, con las posibles y temidas complicaciones, como por ejemplo, el viraje a manía con el uso de fármacos.

El haber padecido un episodio maniaco o hipomaniaco prácticamente garantiza la repetición del episodio en un futuro más o menos cercano y se considera como un predictor de un nuevo episodio depresivo.

Algunos estudios muestran índices de recaídas cercanos al 100%. Evidentemente estas cifras se modifican en función del seguimiento del tratamiento farmacológico preventivo. GOODWIN y JAMISON calculan que entre dos tercios y tres cuartas partes de los pacientes internados por manía terminan reingresando por presentar un nuevo episodio y los pacientes con menor edad al inicio de la crisis, tienen por supuesto, mayores posibilidades de recaer.

Generalmente el TAB está asociado con otras entidades médicas y psiquiátricas, morbilidad social y vocacional y presenta un riesgo importante de suicidio, siendo la mortalidad de estos pacientes por suicidio tres veces mayor que en la población general).

Las estimaciones actuales sugieren que en promedio un individuo que padece TAB-I padecerá de 8-12 episodios depresivos mayores y cuatro a ocho episodios maníacos en su vida. La recurrencia de los episodios del estado de ánimo en el TAB se ha asociado, entre otros factores, a eventos vitales, historia de episodios previos, síntomas depresivos, síntomas psicóticos, abuso de sustancias, historia previa de alcoholismo, relaciones familiares conflictivas y síntomas subsindrómicos.

Dado que este trastorno se asocia con frecuencia al abuso de sustancias, imprudencia, desinhibición sexual, impulsividad, ausencias laborales, es predecible que el paciente presente conflictos de toda índole y termine siendo estigmatizado por la sociedad.

Se estima que más del 60% de los individuos diagnosticados con TAB-I experimentan dificultades interpersonales y ocupacionales crónicas, así como la presencia de síntomas subclínicos entre los episodios agudos. La frecuencia de divorcio es 2-3 veces mayor en los pacientes con TAB que en el grupo control.

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

Aunque hacemos referencia al TAB (en singular), los manuales diagnósticos y estadísticos señalan que estamos frente a un conjunto de afecciones multidimensionales.

El DSM IV-TR distingue 4 tipos clínicos en el TAB: TAB-I, TAB-II, trastorno ciclotímico y TAB no especificado en otra parte. Los criterios clínicos que deben ser tenidos en cuenta para hacer el diagnóstico se consignan en la TABLA 1.

TABLA 1

Criterios diagnósticos de los síntomas maníacos y depresivos en los trastornos afectivos según el DSM-IV-TR.

<i>Trastorno</i>	<i>Criterios de síntomas maníacos</i>	<i>Criterio de síntomas depresivos</i>
Trastorno depresivo mayor	No historia de manía o hipomanía	Historia de episodios depresivos mayores (solos o recurrentes)
Trastorno distímico	No historia de manía o hipomanía	Humor deprimido, la mayor parte del tiempo, por al menos dos años (pero no tienes criterios para ser un trastorno depresivo mayor)
TAB-I	Historia de episodios maníacos o mixtos	Episodios depresivos mayores típicos pero no requeridos para el diagnóstico.
TAB-II	Uno o más episodios de hipomanía; no episodios maníacos o mixtos	Historia de episodios depresivos mayores
Trastorno ciclotímico TAB no especificado en otra parte	Al menos por dos años, la presencia de numerosos períodos con síntomas hipomaniacos	Numerosos periodos con síntomas depresivos que no pueden ser incluidos en los criterios para episodio depresivo mayor
	Síntomas de manía presentes, pero los criterios no corresponden a un TBI, TB II, o Trastorno ciclotímico	No se requiere para el diagnóstico

ABORDAJE TERAPÉUTICO

El TAB es considerado hasta la fecha, como una entidad incurable; sin embargo, existen tratamientos que modifican el curso clínico, disminuyen la morbilidad y mortalidad asociadas y mejoran en forma ostensible la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo específico del manejo clínico es disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias psicosociales de los episodios y restaurar el funcionamiento psicosocial del individuo.

Hoy en día se cuenta con novedosas y eficaces opciones farmacológicas para el manejo del TAB, pero se ha observado que la farmacoterapia sola *no permite* cubrir las necesidades de atención de los pacientes bipolares. A pesar de recibir un apropiado tratamiento farmacológico, un buen número de pacientes bipolares fracasan en conseguir una recuperación completa de sus episodios agudos y manifiestan un déficit sintomático y funcional durante los períodos intercríticos.

Además, algunos factores psicosociales y medioambientales pueden originar una pobre adherencia y abandono del tratamiento por parte de los pacientes, propiciando de igual manera las recaídas, recurrencias y el deterioro del funcionamiento global (TABLA 2).

TRATAMIENTOS SOMÁTICOS DEL TAB

Actualmente, a través de la acumulación del conocimiento acerca de este trastorno (investigación acerca de la herencia, la neuroplasticidad cerebral, el eje hipotálamo hipófisis adrenal, el papel que cumplen los sistemas explícitos e implícitos de la memoria, procesos de *attachment* temprano) se han logrado avances importantes en la neurociencia que facilitan el abordaje farmacológico del TAB.

La investigación y desarrollo de psicofármacos con “probada” eficacia en el manejo de los cuadros de manía aguda, episodios de depresión bipolar, los ciclos rápidos, la comorbilidad psiquiátrica y prevención de la recaída en pacientes bipolares, contribuyen decididamente a estabilizar y mejorar el funcionamiento global de quienes padecen esta perturbación.

TABLA 2**Factores clínicos y psicosociales que dificultan el abordaje terapéutico del TAB**

1. Curso crónico del TB.
 2. Variabilidad de las manifestaciones clínicas de la enfermedad a lo largo del tiempo.
 3. Presencia de sintomatología *subsindromática* entre cada episodio agudo (fracaso en conseguir la recuperación completa de los episodios agudos y presencia de déficit sintomático y funcional durante el período interepisódico).
 4. Comorbilidad psiquiátrica (*abuso de sustancias psicoactivas, trastornos de ansiedad, trastorno de déficit de atención, trastornos cognitivos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad, trastornos sexuales, trastornos del sueño, etc.*).
 5. Comorbilidad médica (*alteraciones respiratorias, obesidad, trastornos metabólicos, trastornos inmunológicos, alteraciones endocrinas, trastornos neurológicos, infección por HIV, trastornos gastro-intestinales*).
 6. Riesgo de conductas suicidas (la mortalidad de estos pacientes por suicidio es tres veces mayor que en la población general).
 7. Tasa elevada de recaídas y recurrencias (un individuo que padece TAB I tendrá en promedio de 8-12 episodios depresivos mayores y cuatro a ocho episodios maníacos en su vida).
 8. Pobre adherencia y abandono del tratamiento por parte de los pacientes, propiciando de igual manera las recaídas, recurrencias y el deterioro del funcionamiento global.
 9. Presencia de factores psicosociales (*estigmatización por padecer un trastorno mental, negación de la existencia del TB, conflictos interpersonales, dificultades laborales, transición de los roles, disfunciones familiares o de pareja, pérdida de redes de apoyo social, emoción expresada negativa por parte de la familia, distorsiones cognitivas, falta de habilidades sociales, mal manejo del estrés, pérdida de autocontrol, estilo de vida desordenado e incumplimiento de rutinas, falta de información acerca de la enfermedad y su tratamiento, etc.*).
-

De acuerdo con las características clínicas de los episodios depresivos, hipomaníacos, maníacos o mixtos y las diferencias individuales se prescriben los psicofármacos, ya sean antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del ánimo.

La terapia electroconvulsiva ha mostrado ser eficaz para el tratamiento de algunos cuadros de manía aguda, depresión bipolar psicótica, intento agudo de suicidio, síndrome neuroléptico maligno, cuadros catatónicos, el raro síndrome de *delirium maniaco* que se asocia con hipertermia severa, agitación severa, en algunos casos embarazo, o cuando los trastornos médicos comórbidos impiden el uso de psicofármacos.

Tanto la estimulación magnética transcraneal iterativa-izquierda de alta frecuencia (HFL-TMS) como la derecha de baja frecuencia (LFR-TMS) han mostrado eficacia en el manejo de algunos episodios depresivos bipolares resistentes a la farmacoterapia. No se considera como tratamiento de elección, y los posibles beneficios para el paciente siguen siendo objeto de estudio.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TAB

Aunque el tratamiento farmacológico para el TAB se ha perfeccionado y la mayoría de los psiquiatras emplean actualmente normas racionales de farmacoterapia (basados en la evidencia), se observa que hasta el 60% de los pacientes experimentan una recaída en el plazo de los dos años siguientes a un episodio agudo.

MCQUEEN y colaboradores (2001) indican que entre el 30-60% de los pacientes bipolares no recupera el funcionamiento ocupacional y social completamente. Otros investigadores, como ZARATE (2000) advierten que existe una disminución del funcionamiento neuropsicológico en los pacientes bipolares, aun en los períodos de eutimia.

Las tasas elevadas de morbilidad y mortalidad que permanecen elevadas a pesar de los avances en las terapias farmacológicas, nos indican la necesidad de instaurar otro tipo de tratamientos complementarios. En 1996 el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos recomendó la investigación y aplicación de técnicas psicoterapéuticas para ser incluidas en los protocolos de manejo del paciente con TAB.

Hasta finales de los años ochenta existía cierto grado de consenso acerca de la pertinencia de la terapia de apoyo o la terapia psicodinámica en el tratamiento de algunos pacientes bipolares (siempre asociada al empleo de los psicofármacos), pero los estudios que se han realizado para medir la eficacia de estas intervenciones son especialmente limitados y presentan fallas metodológicas.

Durante los últimos 15 años se han desarrollado estrategias psicológicas no psicodinámicas e intervenciones psicosociales para el manejo del TAB, que tienen como objetivo, según ROTHBAUM y ASTIN (2000):

- Incrementar la conciencia de enfermedad.
- Combatir el estigma.
- Prevenir las recurrencias.
- Aumentar la adherencia al tratamiento.
- Disminuir el número y duración de las hospitalizaciones.
- Evitar el abuso del alcohol y sustancias psicoactivas.
- Identificar precozmente los síntomas de recaída clínica.
- Fomentar el adecuado manejo del estrés.
- Mejorar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de los episodios.
- Prevenir conductas suicidas.
- Mejorar el funcionamiento interpersonal y social en los períodos intercríticos.
- Identificar, afrontar y tratar los síntomas subsindrómicos, residuales y el deterioro cognoscitivo.
- Incrementar la calidad de vida para el paciente y sus allegados.

YOUNG (2004) considera que la prevención de las recaídas durante las fases maníacas o de depresión bipolar es crucial para el tratamiento a largo plazo del trastorno. Es preciso “explorar las causas de las recaídas y educar tanto a pacientes como a profesionales para prevenirlas y evitarlas, para poder proveer tratamientos de calidad a los pacientes, porque más del 90% de las personas que han sufrido algún episodio maníaco o depresivo, aunque sólo sea uno, tendrán recaídas a lo largo de su vida”.

Recientemente VIETA y COLOM (2004) realizaron una revisión sistemática de los estudios prospectivos que evaluaban la eficacia de las intervenciones psicológicas para el trastorno bipolar. Las intervenciones psicológicas mostraron beneficios para los pacientes en términos de prevención de recaídas y de reducción de los índices de hospitalización. La psicoeducación (facilitada en grupos o como parte de una intervención familiar) y la terapia cognitivo conductual mostraron ser eficaces como tratamientos profilácticos en el TAB.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su guía para el tratamiento del TAB (2002) considera como objetivos terapéuticos: establecer y mantener una buena alianza terapéutica, monitorear el estado clínico global del paciente, proveer educación acerca del TAB al paciente y la familia, promover e incrementar la adherencia al tratamiento, motivar en el paciente patrones regulares de actividad y sueño, anticipar los estresores que pueden afectar el curso del trastorno, identificar y manejar en forma temprana la aparición de nuevos estresores y minimizar las alteraciones funcionales.

FRANK (2005), por su parte, considera que es necesario tener en cuenta las siguientes estrategias para abordar en forma adecuada el manejo del TAB:

- Educación amplia acerca de lo que es y lo que significa el TAB.
- Educación al respecto de la medicación que se utiliza para manejar la entidad.
- Educación básica acerca de la higiene del sueño.
- Revisión cuidadosa de la sintomatología en cada visita clínica.
- Revisión cuidadosa de los efectos colaterales de la medicación en cada atención clínica.
- Manejo médico y comportamental de los efectos secundarios.
- Apoyo no específico del paciente.
- Discusión acerca de los signos de alerta tempranos (para recaídas y recurrencias).
- Educación referente al empleo de medicamentos de emergencia en caso de signos de alarma para recaídas.
- 24 horas de disponibilidad telefónica.

En resumen, todas las intervenciones psicológicas desde sus posiciones epistemológicas particulares deben enfocarse en: obtener una mayor adherencia a la medicación, reducir el número de hospitalizaciones, disminuir la frecuencia de las recaídas, mejorar el funcionamiento familiar, social y ocupacional, para que con todo ello se obtenga un mejor funcionamiento global del paciente.

A continuación revisaremos las intervenciones psicoterapéuticas que han mostrado ser eficaces en el abordaje del TAB y pueden contribuir decididamente a mejorar el curso de esta compleja patología.

Terapia individual de psicoeducación breve

PERRY (1999) desarrolló una terapia de psicoeducación breve e individual que tiene por objeto enseñar al paciente con TAB a identificar los síntomas tempranos de recaída y buscar atención oportuna, en un promedio de 7 sesiones.

En un estudio randomizado y controlado, cuando se comparó un grupo de pacientes que participó en ella con un grupo de control que recibió un tratamiento sin este componente de psicoeducación, el grupo experimental mostró una dramática disminución de las recaídas maníacas así como un mejoramiento sustancial del funcionamiento social y vocacional.

Psicoeducación basada en el modelo médico (biopsicosocial)

Este tipo de abordaje proporciona al paciente un acercamiento práctico y teórico hacia el entendimiento y comprensión del TAB. La psicoeducación está diseñada para proporcionar información oportuna y clara sobre la enfermedad, los riesgos y beneficios de la medicación, y se centra en intervenciones tendentes a favorecer la adhesión a la medicación.

Se trabaja con énfasis en el aspecto de “conciencia de enfermedad” o introspección. Se considera que la introspección no es un constructo de todo o nada, sino que cuenta con tres componentes: reconocimiento de que se padece un trastorno mental, cumplimiento del tratamiento, y habilidad para “re-etiquetar” los sucesos mentales inusuales como patológicos.

También se trabaja con el paciente y su familia lo referente a erradicar el estigma de la enfermedad mental y erradicar sentimientos de culpa y ganancias secundarias alrededor de la etiología del TAB.

Un aspecto importante a tener en cuenta en este tipo de terapia es el de identificar en forma temprana los signos y síntomas prodrómicos de una nueva crisis.

Terapia de psicoeducación grupal

Las investigaciones llevadas a cabo por COLOM y colaboradores (2003) han puesto de relieve la importancia de las estrategias de psicoeducación dentro de un grupo terapéutico. La psicoeducación grupal es un método eficaz para prevenir la recurrencia de la enfermedad en pacientes bipolares tipo I y II que son tratados simultáneamente con medicamentos.

La terapia Interpersonal de ritmos sociales (TIRS)

Desarrollada por FRANK y colaboradores (2000) para ser empleada de manera específica en el tratamiento de pacientes con TAB. Los autores suponen que el déficit nuclear es la inestabilidad y que el estado de humor emerge de la estabilidad de los llamados “ritmos sociales”, de los patrones de actividad diaria y de la estimulación social, que están relacionados con el sustrato biológico en los ritmos circadianos. Las alteraciones de los ciclos circadianos y la privación de sueño son consideradas como factores desencadenantes de los episodios de manía.

Los objetivos de esta terapia son:

- Regular los ritmos sociales de los pacientes y ciclos sueño-vigilia.
- Entender y trabajar con el paciente sucesos interpersonales asociados con los síntomas del trastorno bipolar.
- Superar los conflictos interpersonales.

La TIRS combina intervenciones ambientales con técnicas del comportamiento, (por ejemplo, el automonitoreo) para ayudar a los pacientes bipolares a identificar las irregularidades del ciclo sueño-vigilia, para establecer y mantener rutinas (comer, hacer ejercicio, dormir, y desempeño de otras actividades de la vida diaria). Cuando esta terapia se combina con farmacoterapia, ha demostrado que ayuda a organizar los horarios y el estilo de vida de los pacientes, reduce los síntomas maníacos y depresivos, e incrementa los días de eutimia.

El retiro de la terapia se ha visto asociado con recaídas clínicas. Aunque se ha señalado que puede reducir los intentos suicidas en los pacientes bipolares de alto riesgo, no se ha observado que produzca una recuperación más rápida de los episodios maníacos o depresivos.

Terapia cognitivo-conductual

Las terapias cognitiva (TC) y cognitivo-conductual (TCC), han sido aceptadas desde hace varios años como alternativas efectivas para el manejo de la depresión unipolar, trastornos de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria y diversos trastornos de ansiedad.

La TCC es considerada como una buena alternativa para el manejo (asociado a psicofármacos) de las depresiones bipolares, de algunas de sus comorbilidades (trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, etc.) y de los cuadros crónicos y recurrentes. Se caracteriza porque tiene una naturaleza psicoeducacional, ya que promueve el control y autorregulación del paciente.

BASCO y RUSH (1996) desarrollaron un programa de TCC dirigido a los pacientes TAB, cuya finalidad es prevenir las recaídas mediante el uso de estrategias de autocontrol, el entrenamiento en habilidades sociales, la identificación de situaciones de riesgo, el control de impulsos, el análisis de pros y contras, y cambios en el estilo de vida.

Los principales objetivos de la TCC en el manejo del paciente bipolar, según BASCO, son:

- Educar al paciente y a sus allegados cercanos acerca del TAB, su tratamiento y frecuentes dificultades y limitaciones encontradas.
- Enseñar a los pacientes a realizar autorregistros acerca de la ocurrencia, gravedad y curso de los síntomas maníacos y depresivos que permitan la intervención temprana, si los síntomas empeorasen.
- Facilitar la adhesión a la medicación prescrita eliminando los obstáculos que interfieran.
- Proporcionar estrategias no farmacológicas para afrontar síntomas cognitivos y conductuales de la manía y la depresión.
- Enseñar habilidades para afrontar los problemas psicológicos que desencadenan los episodios depresivos o maníacos o sus secuelas.

OTTO (2004) afirma que cuando la TCC se adiciona a una psicoterapia estándar para el TAB, los pacientes muestran unos mayores índices de adherencia a la medicación y se reducen ostensiblemente los costos de la hospitalización. SCOTT (2001) ha observado menores índices de depresión, una mejoría significativa del funcionamiento global, menos días de incapacidad por enfermedad, y un mayor período de tiempo para que se presente la recurrencia.

Basado en su trabajo con pacientes bipolares, OTTO (2003) ha identificado seis “blancos potenciales” en el tratamiento del TAB: adherencia a la medicación, detección e intervención temprana de los síntomas, manejo del estrés, adecuación del estilo de vida, tratamiento de los episodios de depresión bipolar y tratamiento de la comorbilidad.

Los estudios preliminares indican que la TCC puede ayudar a disminuir síntomas depresivos, mejorar la evolución a largo plazo y mejorar la adherencia a los tratamientos.

ZARETSKY (2003) recomienda la psicoeducación para fortalecer la adherencia a los tratamientos durante los estados tempranos de la enfermedad, y la TCC o la terapia interpersonal de ritmos sociales para resolver los síntomas depresivos residuales.

Terapia familiar y terapia de pareja

Los modelos psicoeducacionales de familia asumen que las interacciones familiares y de pareja suelen ser un factor determinante de probabilidad de recaídas.

Los distintos hechos que se suscitan en el curso de un trastorno mental generan una sobrecarga afectiva y económica para los familiares y las personas allegadas al paciente. El contexto familiar afecta y es afectado por los síntomas del paciente con TAB. Con cada uno de los episodios del TAB las interacciones maritales y las relaciones familiares entran en crisis.

En los diferentes estudios realizados se ha puesto de manifiesto la necesidad de analizar la *emoción expresada*, como se ha indicado para el manejo de la esquizofrenia. Cuando el paciente presenta una nueva crisis se presenta la emoción expresada y uno o más miembros de la familia se muestran hostiles, críticos o con actitudes de sobreimplicación emocional. Se ha observado que la alta emoción expresada incrementa la probabilidad de recaídas o recurrencias.

Ante la relevancia de esta problemática, se han desarrollado distintas intervenciones dirigidas a la pareja y a la familia del paciente bipolar.

CLARKIN (1990) desarrolló una intervención dirigida a la familia y los pacientes bipolares hospitalizados. El tratamiento consta de nueve sesiones, en promedio, y su objetivo es ayudar a los pacientes a afrontar la hospitalización y hacer planes para cuando sean dados de alta. A lo largo del tratamiento el paciente y su familia reciben un entrenamiento para aceptar que el trastorno es real y crónico, para mantener el tratamiento farmacológico y psicológico una vez han sido dados de alta, para identificar estresores que pueden precipitar la recaída y aprender el modo de modificar los patrones familiares disfuncionales y cómo pueden hacer frente a la enfermedad en el futuro.

MIKLOWIKZ (1988) ha desarrollado una técnica similar, para un tratamiento que dura 9 meses y tiene objetivos terapéuticos similares.

La terapia familiar administrada conjuntamente con la psicofarmacoterapia, como lo propone MIKLOWIKZ (2003) ha demostrado disminuir las recaídas e incrementar la adherencia del paciente a los tratamientos. En otros estudios se ha observado que tanto la terapia familiar como la terapia de pareja asociada a la psicoeducación, incrementan la capacidad de resolución de problemas, mejoran substancialmente el estilo de comunicación facilitando la adherencia al tratamiento, y mejorando el funcionamiento global del paciente.

Terapias para el consumo comórbido de sustancias

El abuso o dependencia de sustancias psicoactivas es muy frecuente en pacientes bipolares y, aunque la frecuencia de esta asociación está muy bien documentada, las razones para la misma no están muy claras.

Se han planteado cuatro hipótesis potenciales por las cuales se presenta esta comorbilidad, pero ninguna hipótesis por sí sola explica todos los casos y, es muy probable que todas ellas jueguen algún papel:

- El abuso de sustancias se produce como síntoma del trastorno bipolar.
- El abuso de sustancias se produce en un intento del paciente para sus síntomas.

- El abuso de sustancias causa el trastorno bipolar.
- Ambos trastornos comparten factores de riesgo comunes.

Los diferentes estudios señalan que la coexistencia de ambos trastornos empeora el curso clínico, dificulta el diagnóstico y hace que el tratamiento sea más difícil.

WEISS y colaboradores (1998) han sido pioneros en desarrollar una estrategia terapéutica para el manejo de pacientes con TAB y comorbilidad con abuso de sustancias psicoactivas.

Se trata de una terapia grupal cuyo objetivo principal es identificar y contrarrestar los aspectos comunes en ambos trastornos, como la ambivalencia y ambitendencia en relación con el cumplimiento del tratamiento, el autocontrol y afrontamiento de situaciones de riesgo, el manejo del *craving*, los patrones de pensamiento y la modificación del estilo de vida para mejorar el autocuidado y las relaciones interpersonales.

Este tipo de terapia se realiza con pacientes en remisión de los síntomas o en fase de estabilización posepisódica.

En general los tratamientos psicosociales bien estructurados se han utilizado con éxito junto con la farmacoterapia en el abordaje de la comorbilidad del TAB y el abuso de sustancias psicoactivas, porque incluyen estrategias de psicoeducación acerca del trastorno bipolar, un formato de grupo para compartir experiencias y obtener apoyo mutuo, discusión sobre el papel de la medicación y la ambivalencia hacia ella, abordaje de las dificultades interpersonales y el desarrollo de una adecuada conciencia de enfermedad.

LA TERAPIA COGNITIVA EN EL TRASTORNO BIPOLAR

“El hombre obra de acuerdo a su propia naturaleza, cuando la entiende”

SPINOZA

La terapia cognitiva (TC) es un procedimiento psicoterapéutico activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado empleado desde hace varios años para manejar diversos trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, fobias, consumo de sustancias psicoactivas.

La terapia cognitiva y otras intervenciones psicosociales en el manejo integral de los trastornos bipolares

El modelo cognitivo propone que los trastornos mentales tienen en común distorsiones del pensamiento que influyen en el estado de ánimo y en el comportamiento de los pacientes. La evaluación realista y la consiguiente modificación de los pensamientos producen una mejoría de esos estados de ánimo y conducta. La mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Las cogniciones del paciente se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias tempranas. La TC comprende el análisis teórico y razonado de los pensamientos y las estructuras subyacentes sobre o alrededor de las cuales el individuo estructura el concepto de sí mismo y del mundo que le rodea. Las técnicas terapéuticas están encaminadas a *identificar* y *modificar* los conceptos distorsionados y los esquemas maladaptativos que subyacen a estas cogniciones.

El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos, esquemas y autoesquemas.

En el TAB, el método cognitivo consiste en generar experiencias de aprendizaje altamente específicas, encaminadas a enseñar al paciente las siguientes habilidades/competencias:

- Control de pensamientos automáticos negativos.
- Identificar relaciones entre cognición, afecto y comportamiento.
- Evaluar las evidencias a favor y en contra de los pensamientos distorsionados (discrepancia informacional).
- Sustituir estas cogniciones, por interpretaciones más realistas.
- Aprender a modificar las falsas creencias que predisponen a distorsionar las experiencias.

La TC utiliza varias estrategias cognitivas, conductuales y experienciales. Según RIZO (1996) se diferencia de la terapia del comportamiento por hacer un mayor énfasis sobre los procesos mentales del paciente (pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones, actitudes) y específicamente en las estructuras internas del procesamiento de la información asociadas al trastorno bipolar.

Existen evidencias que señalan que los factores cognitivos suelen estar involucrados en las recaídas de los pacientes bipolares. Los eventos psicológicos asociados al inicio de la depresión bipolar tienen claras similitudes con los asociados a la depresión unipolar (atribuciones internas de causalidad, pensamientos de “todo o nada”, sensibilidad a las señales de fracaso y rechazo interpersonal).

Comparados con los pacientes con depresión unipolar, los sujetos bipolares son capaces de mostrar cambios de valencia extremos en el contenido de su pensamiento. Por ejemplo, un individuo bipolar puede creer “que es un fracaso completo cuando está deprimido y que es el genio más grande cuando está maniaco”.

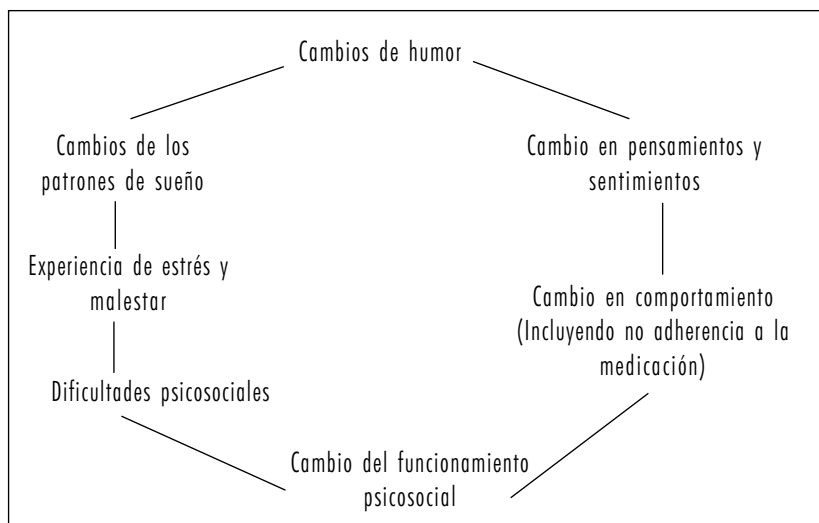
La manía aparece en muchas oportunidades, asociada a acontecimientos vitales negativos, como el duelo, pero a menudo aparece asociada a las alteraciones de los llamados ritmos sociales diarios, la suspensión abrupta de los medicamentos o la imposibilidad de alcanzar determinadas metas.

Los terapeutas cognitivos han obtenido buenos resultados terapéuticos en el manejo del TAB al estimular a los pacientes para que aprendan habilidades que les permitan valorar y modificar sus interpretaciones subjetivas acerca de ellos mismos, el mundo y el futuro (tríada cognitiva). Para ello emplean paquetes técnicos diseñados para regular las oleadas emocionales y las conductas impulsivas, promover actitudes positivas que reduzcan el riesgo de suicidio, considerar pros y contras de las decisiones vitales con mayor realismo, modificar las falsas percepciones en las interacciones maritales y familiares, reducir el estigma y vergüenza que se asocia con frecuencia trastorno bipolar. Los terapeutas siempre tienen en cuenta el ciclo cognitivo-comportamental de los pacientes (FIGURA 1).

Con frecuencia, se emplea el modelo cognitivo de intervención para depresión y manía desarrollado por Beck y sus colaboradores (1987). La terapia cognitiva puede ser benéfica para los pacientes con TAB porque debido se fundamenta en un modelo teórico coherente y con suficiente fundamento empírico. Sus aplicaciones logran un acercamiento eficiente para manejo de la patología, propone intervenciones lógicas y limitadas en el tiempo y hace uso de métodos educativos basados en el empirismo

colaborativo, la alianza terapéutica y el descubrimiento guiado. Con este tipo de intervención el paciente aprende a observar, analizar y modificar sus pensamientos y conductas disfuncionales. La TC posee otras ventajas adicionales; se centra en problemas de “aquí y ahora”; mejora la autoestima y la autoimagen del paciente; reduce comportamientos poco adaptativos de alto riesgo, ayuda al reconocimiento y manejo de los estresores psicosociales y problemas interpersonales; enseña al paciente a reconocer en forma temprana los síntomas de recaída, y ayuda al desarrollo individual de técnicas efectivas de afrontamiento; y mejora aspectos de autogestión a través de tareas diarias para realizar en el hogar.

FIGURA 1
El ciclo cognitivo/comportamental en los pacientes bipolares. (Modificado de Leahy, 1999)



Los terapeutas cognitivos inician el proceso terapéutico con la llamada *formulación cognitiva* y los datos obtenidos en la conceptualización del caso sirven de guía para el manejo concreto de cada paciente, teniendo en cuenta siempre el fortalecimiento de la alianza terapéutica. Para

este manejo ya existen manuales de tratamiento específicos que facilitan la labor del terapeuta.

En el tratamiento del TAB el terapeuta debe hacer énfasis en los siguientes objetivos terapéuticos:

1. Enseñar al paciente bipolares herramientas psicológicas de resolución de problemas, regulación de las emociones, y respuestas adaptativas a las cogniciones negativas para manejar de manera más eficiente sus propios estresores. Dentro de esas herramientas podemos destacar las siguientes:
 - *Diseñar una hoja de trabajo (registro) para ayudar a los pacientes a responder en forma adaptativa a sus pensamientos disfuncionales.*
 - *Utilizar el juego de roles.*
 - *Enseñar al paciente a razonar y a discutir la información y consejos de las personas dignas de credibilidad.*
 - *Facilitar en el paciente la utilización de períodos de reflexión para evitar que actúe impulsivamente (enseñarle a ser “el amo de sus propios impulsos”).*
 - *Implementar el control de la respiración y otros métodos de relajación.*
 - *Analizar los pros y contras de una decisión antes de actuar.*
 - *Enseñar a moderar las actividades.*
 - *Utilizar “sistemas redundantes” de autorrecordatorios para que el paciente esté al tanto en todo momento de sus obligaciones o tareas diarias y sobre todo el horario de las medicaciones y cumplimiento de sus citas médicas.*
2. Ayudar a los pacientes a reconocer en forma temprana los signos o síntomas de alarma para el advenimiento de un nuevo episodio, con el fin de instaurar acciones preventivas que puedan ser efectivas en la disminución de la severidad y duración de los síntomas.
3. Manejar las creencias falsas del paciente acerca de la medicación, mostrar expectativas más realistas sobre el empleo del medicamento

para facilitar o mejorar la adherencia del paciente al tratamiento con psicofármacos.

4. Fomentar una actitud de fortalecimiento personal y comportamiento asertivo para reducir el aislamiento social (brindar herramientas en habilidades sociales) y el estigma.
5. Mejorar los niveles de optimismo promoviendo una mejor calidad de vida, en el presente y en el futuro, lo cual reduce la necesidad de hospitalizaciones y el riesgo suicida.

COROLARIO

Se ha observado que los pacientes manejados conjuntamente con terapia cognitiva y psicofármacos tienen un mejor control de sus síntomas, presentan menor número de recaídas, mayor adherencia al tratamiento y obtienen un mejor nivel de funcionamiento social. Aunque hace falta explorar de manera más acuciosa el campo de la terapia cognitiva y el procesamiento de información en las intervenciones psicológicas del paciente bipolar, por sus ventajas, parece constituirse en una herramienta muy útil para el manejo comprensivo de los pacientes afectivos con trastornos afectivos.

LECTURAS SELECCIONADAS

AKISKAL HS, MASER JD, ZELLER PJ, ENDICOTT J, KELLER M, ET. AL.

Switching from „unipolar“ to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 114-123.

AKISKAL HS, PINTO O.

The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 517-34.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA)

Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (text revision). Washington, DC, APA, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA).

Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders compendium 2002. APA Steering Committee on Practice Guidelines. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2002.

BALL J, MITCHELL P, MALHI G, SKILLECORN A, SMITH M.

Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change, *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37(1): 41-8.

BASCO MR, RUSH AJ.

Cognitive Therapy for Bipolar Disorder. New York: Guilford Press; 1996.

BASCO MR, RUSH J.

Cognitive Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. Second edition, The Guilford Press, New York, 2005, pp. 16-64.

BAUER MS.

An evidence-based review of psychosocial treatments for bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull* 2001; 35: 109-34.

BECK A.

Beyond Belief: A theory of models, personality, and psychopathology. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York. Guilford Press. 1996.

BECK A.

The past and future of cognitive therapy, *J Psychother Pract Res* 1997; 6(4): 276-84.

BECK J, NEWMAN C.

Psychotherapy for bipolar disorder: treatments to enhance medication adherence and improve outcomes, *Medscape Psychiatry & Mental Health*, release 04/ 18/ 2005. http://www.medscape.com/viewprogram/4003_index

BECK A, RUSH J, SHAW BF.

Terapia cognitiva de la depresión, Editorial Desclee de Brouwer, Canarias, 1983, pp. 13-18.

BECOÑA E, LORENZO M.

Tratamientos psicológicos eficaces para el TAB. *Psicothema* 2001; 13(3): 511-522.

BRADY KT, SONNE SC.

The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 19-24.

BUTZLAF R, HOOLEY JM.

Expressed Emotion and Psychiatric Relapse, A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 1998; 55: 547-552.

CLARKIN JE, CARPENTER D, HULL J, WILNER P, GLICK I.

Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 531-533.

CLARKIN JE, GLICK ID, HAAS GL, SPENCER JH, ET. AL.

Randomized clinical trial of inpatient family intervention, V: results for affective disorders. *J Affect Disord*. 1990; 18: 17-28.

COLOM F, VIETA E, MARTINEZ-ARAN A, REINARES M, GOIKOLEA JM, ET. AL.

Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Who's Disease Is in Remission, *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60: 402-407.

CRAIGHEAD WE, MIKLOWITZ DJ.

Psicosocial interventions for bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 13) 58: 64.

DAVID AS.

Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 798-808.

FAGIOLINI A, KUPFER DJ, RUCCI, SCOOT A, NOVICK DM, FRANK E.

Suicide attempts and ideation in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 509-514.

FOGARTY F, RUSSELL JM, NEWMAN SC, BLAND RC.

Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton: mania. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 376:16-23.

FRANK E, KUPFER D, THASE M, MALLINGER A, SWARTZ H, ET. AL.

Two years outcomes for interpersonal and social rhythm Therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 996-1004.

FRANK E, KUPFER DJ, EHLERS CL, MONK TH, ET. AL.

Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: Integrating interpersonal and behavioral approaches. *The behavior Therapist*, 1994; 17: 143-149.

FRANK E, SWARTZ HA, KUPFER DJ.

Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 593-604.

FRANK E, SWARTZ HA, MALLINGER AG, ET AL.

Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *J Abnorm Psychol*. 1999; 108: 579-87.

GOODWIN FK, JAMISON KR

Manic depressive illness. Nueva York: Oxford University Press, 1990. http://www.psiquiatria.com/articulos/trastorno_bipolar/19864/

HUXLEY NA, PARIKH SV, BALDESSARINI RJ.

Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Rev Psychiatry*. 2000; 8: 126-140.

JOHNSON S, LEAHY R.

Psychological treatment of bipolar disorder, The Guilford press, New York, 2004, 108-225.

KETTER T.

Advances in Treatment of Bipolar Disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc; 2005.

LAM DH, JONES SH, HAYWARD P, BRIGHT JA.

Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist guide to concepts, methods, and practice, Chichester, RU:Wiley 1999.

LEAHY R.

Cognitive therapy of bipolar disorder, In: Contemporary Cognitive Therapy: theory, research, and practice. The Guilford Press (ED.) 2004, pp. 228-241.

LEIBENLUFT E.

Women with bipolar illness: clinical and research issues. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 163-173.

LEON AC, SOLOMON DA, MUELLER TI, ET. AL.

A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:163-70.

LUNA I

El papel de la terapia cognitiva contemporánea en el trastorno afectivo bipolar y su tratamiento, Interpsiquis 2005, Expuesto en febrero de 2005.

MARK G, LISANBY S, SACKEIM HA.

Transcranial Magnetic Stimulation: Applications in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56: 300-311.

MCCALL WV, REBOUSSIN DM, WEINER RD, SACKEIM HA.

Titrated moderately suprathreshold vs fixed high-dose right unilateral electroconvulsive therapy: acute antidepressant and cognitive effects. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 438-444.

MCELROY SL, ALTSHULER LL, SUPPES T, ET. AL.

Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 420-426.

MIKLOWITZ D, GEORGE E., RICHARDS J, SIMONEAU T, ET. AL.

Randomized Study of Family-Focused Psycho education and Pharmacotherapy in the Outpatient Management of Bipolar Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60: 904-912.

MIKLOWITZ DJ.

Bipolar disorder and family environment. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 2004. Annual meeting; May 1-6 2004; New York, Symposium 77C.

MIKLOWITZ DJ, GOLDSTEIN MJ, NUECHTERLEIN KH, SNYDER KS, MINTZ J.

Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 225-231.

MIKLOWITZ DJ, GOLDSTEIN MJ.

Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach. New York, NY: Guilford Press; 1997.

MIKLOWITZ DJ, SIMONEAU TL, GEORGE EL, ET. AL.

Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*, 2000; 48: 582-92.

MITCHELL PB, WILHELM K, PARKER G, AUSTIN MP, RUTGERS P, MALHI GS

The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 212-216.

NEWMAN CF, LEAHY RL, BECK AT, REILLY-HARRINGTON NA, GYULAI L.

Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach. Washington, DC: American Psychological Association; 2001.

NEWMAN CORY, LEAHY R, BECK T AARON, ET. AL.

Bipolar disorder: diagnostic, epidemiologic, etiologic, and prognostic issues, in: Bipolar disorder. A cognitive therapy approach. American Psychological Association (Eds.), Washington, 2002, pp. 3-23.

OTTO MW, REILLY-HARRINGTON N, SACHS GS.

Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *J Affect Disord*, 2003; 73: 171-81.

OTTO MW.

The essential role of psychotherapy in managing bipolar disorder. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 2004 Annual Meeting; May 1-6, 2004; New York, NY. Symposium 23D.

PERRY A, TARRIER N, MORRISS R, ET. AL.

Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Br Med J* 1999; 318: 149-53.

RISO W.

La terapia Cognitivo-informacional. Crítica a las terapias tradicionales e implicaciones clínicas, CEAPC, Medellín, 1996, pp: 39-68.

ROBERTSON M.

Cognitive treatment reduced symptoms and improved functioning in bipolar disorder. *Evid Based Ment Health* 2002; 5(1): 23.

ROTBAUM BO, ASTIN MC.

Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 9): 68-75.

SACHS G.

Manejo del trastorno bipolar. Conductas clínicas basadas en la evidencia. Ed: Science Press, São Pablo, pp. 1-5, 2004.

SACHS GS, THASE ME

Bipolar Disorder. A Systematic Approach to Treatment. London: Martin Dunitz, 2000.

SCOTT J, GARLAND A, MOORHEAD S.

A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med* 2001; 31: 459-467.

STEINHAEUER E.

Current Topic Review: Psychosocial Treatment of Bipolar Disorder. *Medscape Psychiatry & Mental Health*, Vol. 8, Number 1. 2003. Posted 06/23/2003. http://www.medscape.com/viewarticle/457054_1

SUPPES T, DENNEHY EB, GIBBONS EW.

The longitudinal course of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 23-30.

SUPPES T, LEVERICH GS, KECK PE JR

The Stanley Foundation Bipolar Network: demographics and illness characteristics of the first 261 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* (in press).

SWANN AC, BOWDEN CL, CALABRESE JR, DILSAVER SC, MORRIS DD

Differential effect of number of previous episodes of affective disorder on response to lithium or divalproex in acute mania. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1264-1266.

THASE ME, SACHS GS.

Bipolar depression: Pharmacotherapy and related therapeutic strategies. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 558-572.

TOHEN M, HENNEN J, ZARATE CM JR, BALDESSARINI RJ, ET AL.

Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 220-228.

VIETA E, COLOM F.

Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach, *Acta Psych Scand* 2004; 110 (422) 34-40.

VIETA E, COLOM F, REINARES M.

Etiopatogenia y clínica de los trastornos bipolares, en *Tratado de psiquiatría*, vol. II, VALLEJO RUILOBA J, CERCOS LEAL CARMEN (eds). Ars Médica, Barcelona 2005, cap. 76, pp. 1182-1184.

WEISS RD, NAJAVITS LM, GREENFIELD SF.

A relapse prevention group for patients with bipolar and substance use disorder. *J Subst Abuse treatment* 1999; 16: 47-54.

WEISSMAN MM, BLAND RC, CANINO GJ, FARAVELLI C, ET AL.

Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293-299.

YOUNG A.

From acute care to relapse prevention, Symposium: *Advances in Therapeutic Progress: From Acute Symptom Control to Improved Long-Term Outcomes*. 12 th AEP Congress, European Psychiatry: Evidence and experience. Program and abstracts of the Association of the European Psychiatrist, Thursday 15 April 2004, Geneva, Switzerland.

ZARATE CA JR, TOHEN M, LAND M, CAVANAGH S.

Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Q.* 2000; 71: 309-29.

ZARETSKY A.

Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003; 5 (suppl 2): 80-87.