



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**Facultad de Psicología**

**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA  
EL TRASTORNO BIPOLAR**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A:  
EMMANUEL DURAN GAMEZ**

**Director:  
DR. JOSÉ LUIS DÍAZ MEZA**



**Facultad  
de Psicología**

**México, D. F., Febrero 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme el privilegio de formar parte de ella.

A la Facultad de Psicología y a sus maestros, por compartir su conocimiento y experiencias para mi formación profesional.

A Dr. José Luis Díaz Meza, por su tiempo y dedicación al dirigir este trabajo. Gracias por sus aportaciones.

A los sinodales, Mtra. María Hortensia García Vigil, Mtra. Gabriela Romero García, Mtra. María Teresa Gutiérrez Alanis y Mtra. Cecilia Montes Medina, por sus aportaciones y comentarios para la culminación de este trabajo.

## Dedicado:

A mis padres, Alejandro y Marina, que sin su apoyo, amor y comprensión nunca hubiera podido llegar a donde estoy.

A la Mtra. Hortensia García Vigil, quien fue un pilar fundamental durante mi trayectoria académica. Gracias por su apoyo, por su comprensión y por sus palabras de aliento en los buenos y malos momentos en mis años como estudiante.

A la Mtra. Francis, a Susy y a Lety, quienes siempre me recibieron con los brazos abiertos durante mi estancia en el SUA. Gracias por su apoyo.

A Laura, Lucía y Ventura, por su apoyo incondicional, por sus consejos y las enseñanzas que me han dejado en estos años. Gracias amigos.

A Ariadna, Gaby Jacobo, Mariana Andrade, Juan, Jess, Chayo, Myr, Paty Martínez, Nolo, Fer y Yola mis grandes amigos de la facultad, con quienes compartí los momentos más agradables como universitario.

A todos aquellos que creyeron en mí, creyeron que podía concluir esta etapa a pesar de la distancia y el tiempo; pero también a quienes me subestimaron y pensaron que las inclemencias me harían desistir, porque eso me dio el valor de continuar hasta el final.

# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| RESUMEN  | 1  |
| INTRODUCCIÓN   | 2  |
| 1. TRASTORNO BIPOLAR                                       |    |
| 1.1. Desarrollo histórico del Trastorno Bipolar            | 4  |
| 1.2. Etiología   | 7  |
| 1.3. Epidemiología   | 10 |
| 1.4. Factores de recurrencia                               | 14 |
| 2. DIAGNÓSTICO   |    |
| 2.1. Criterios diagnósticos del Trastorno Bipolar          | 15 |
| 2.2. Características de los episodios                      | 23 |
| 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN                              | 30 |
| 4. FARMACOTERAPIA  | 32 |
| 5. PSICOTERAPIA  | 40 |
| 6. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA TRASTORNO BIPOLAR | 45 |
| 6.1. Evidencia la Terapia Cognitivo Conductual             | 47 |
| 6.2. Descripción del tratamiento                           | 50 |
| 7. PROPUESTA   | 65 |
| 8. CONCLUSIONES  | 72 |
| REFERENCIAS  | 74 |
| ANEXO 1  | 87 |

## RESUMEN

Durante los últimos años ha incrementado la atención hacia el panorama epidemiológico de la salud mental. Desgraciadamente, México está entre los países con menor proporción de personas atendidas en este sector, lo que pone en relieve la necesidad de desarrollar planes de intervención eficaces para el tratamiento de los trastornos mentales, que a lo largo de los últimos años han deteriorado la calidad de vida de la población en general.

El Trastorno Bipolar, clásicamente conocido como "maníaco-depresivo", es una enfermedad que a pesar de la creciente eficacia de las herramientas farmacológicas disponibles, es una fuente significativa de daño a la calidad de vida de los enfermos; afecta entre el .02 y 1.6% de la población mundial y se manifiesta a través de una variedad de síntomas relacionados con el estado de ánimo. En un principio, el litio fue el fármaco dominante en el tratamiento de este trastorno, sin embargo, la investigación realizada en las últimas décadas ha sugerido la utilización de medicamentos diferentes al litio para dicho tratamiento. También se ha descubierto que la combinación de la psicoterapia y farmacoterapia resulta eficaz como tratamiento del Trastorno Bipolar.

El presente trabajo es una revisión teórica que describe las características epidemiológicas y etiológicas del Trastorno Bipolar, así como sus criterios diagnósticos basados en la versión actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V). De igual forma se enlistan los principales fármacos utilizados para el tratamiento de este trastorno y se describe el tratamiento psicoterapéutico basado en el enfoque cognitivo conductual, debido a que esta perspectiva ha demostrado su eficacia en el tratamiento psicológico de diversos trastornos.

Palabras clave: Trastorno Bipolar, Terapia Cognitivo Conductual, Psicoterapia.

# INTRODUCCIÓN

El Trastorno Bipolar (TB) es un trastorno afectivo 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 (Basco & Thase, 2007). Los términos “maniaco-depresivo” y “Trastorno Bipolar” anteriormente han sido utilizados indistintamente, el último es comúnmente más usado en América y Europa.

La historia del TB se remonta al griego Hipócrates, quien relacionó el temperamento con las enfermedades físicas, pero Areteus de Capadocia fue el primero en diferenciar y asociar la manía y la depresión; sin embargo, no fue hasta el siglo XX cuando Emil Kraepelin estableció los aspectos nosológicos de la enfermedad maniaco-depresiva. En 1952, surge la primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, donde aparece el TB bajo la clasificación de las Reacciones Afectivas y se mantiene hasta la edición actual dentro de la clasificación de Trastornos Bipolares (Kasper & Hirschfeld, 2005).

En el presente documento se retoman los criterios diagnósticos del DSM V para describir las características del TB y poder discriminar entre las etapas de la depresión, la manía, la hipomanía y los estados afectivos mixtos que pueden existir en pacientes con un diagnóstico concerniente al espectro bipolar.

De igual manera se presenta la epidemiología del TB; su importancia radica en que una proporción significativa de población adulta generalmente es afectada por este trastorno, el cual se presenta al inicio de la adultez temprana generando significativos costos personales y sociales. Las personas que presentan este diagnóstico tienden a fracasar al momento de empezar su carrera profesional, o les es difícil conseguir una estabilidad laboral debido a su estado de ánimo cambiante, las dificultades con los miembros de su familia y las tasas de divorcio aumentan; estos factores crean un escenario de múltiples dificultades presentes a lo largo de sus vidas (Lam, Jones & Hayward, 2010).

En cuanto al tratamiento de los trastornos mentales, desde el siglo pasado existen grandes avances; para el caso específico del TB, han surgido diversas alternativas. En un principio la farmacoterapia fue el principal tratamiento, y el litio surge como el fármaco dominante, sin embargo en las últimas décadas la investigación ha demostrado una alternativa que si bien no sustituye a la farmacoterapia, resulta un complemento eficaz que potencializa los efectos de la farmacoterapia y mejora la calidad de vida de los pacientes: la psicoterapia.

La psicoterapia disminuye la frecuencia y la duración de las recaídas y/o la necesidad de hospitalización o rehospitalización en pacientes bipolares, también reduce la probabilidad de fracasos maritales, así como mejora el funcionamiento social y la interacción familiar. La Terapia Cognitivo Conductual ha demostrado eficacia en diversos trastornos, y se han realizado numerosos estudios respecto a su aplicación en pacientes bipolares. Este trabajo describe la evidencia científica que existe sobre el tratamiento cognitivo conductual de acuerdo a las investigaciones de los últimos años, además describe las técnicas de intervención psicoterapéutica más utilizadas para el tratamiento del TB.



# 1. TRASTORNO BIPOLAR

## 1.1. Desarrollo histórico del Trastorno Bipolar

El pensamiento médico de los antiguos griegos, constituye uno de los primeros intentos de superar la explicación de la etiología demoníaca de los diversos trastornos y argumenta a favor de las explicaciones biológicas de la enfermedad. Una de las figuras más prominentes de la medicina Helénica, Hipócrates de Cos (460–377 a. C.), explicó la Teoría de los Cuatro Humores. Él consideraba que las características individuales como el temperamento y las enfermedades estaban relacionadas con el equilibrio de los cuatro humores principales: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. La melancolía fue el término que relacionó Hipócrates con la secreción hepática de la bilis negra; además consideraba al cerebro como el sitio de origen de todas las emociones y por lo tanto rechazó las teorías anteriores que sostienen que los fenómenos mentales son el resultado de la intervención divina. Posteriormente Galeno (129 o 130–199 d.C.) consideró que la anomalía en la secreción de la bilis negra originaba la melancolía; él introdujo el término Hipocondría para describir la combinación de las enfermedades físicas y los síntomas psicológicos. Pero fue Areteus de Capadocia, quien hizo la observación de que la euforia podía preceder a la melancolía,

describiendo así, por primera vez, las dos fases del TB (Kasper & Hirschfeld, 2005).

La melancolía parece haber sido reconocida durante la Edad Clásica, aunque durante la Edad Media se asoció con frecuencia a la influencia mágica o al pecado. La contribución de las funciones somáticas en su etiología surgió de nuevo en el Renacimiento, pero no fue hasta el siglo XIX que los conceptos de manía y depresión se vincularon conceptual y clínicamente a través de las primeras descripciones detalladas por Falret y Baillarger en sus respectivas obras, mismas que definían la sintomatología bipolar, que se caracterizaba por estados de excitación, tristeza e intervalos lúcidos de duración variable.

Falret y Baillarger simultáneamente, en 1854, describieron la ciclicidad del TB. Estos dos médicos trabajaron en París, eran de la misma edad, y fueron los discípulos del mismo mentor, Esquirol. Tanto Falret como Baillarger afirmaron ser cada uno el primero en describir la asociación entre la manía y la depresión; esta polémica continuó durante todas sus vidas y deterioró su relación personal. La historia termina cuando el hijo de Falret resolvió la controversia después de la muerte de los dos sabios al atribuir la génesis de la idea a ambos (Del-Porto & Del-Porto, 2005; Colom & Vieta, 2006).

Aunque ya existían estos antecedentes sobre el TB, quien realmente define las líneas generales del trastorno mediante la introducción un estudio longitudinal como una herramienta esencial de diagnóstico, fue Emil Kraepelin (1913) cuya obra sobre la enfermedad maniaco-depresiva fue decisiva; en ella se establecen los aspectos nosológicos del TB: marcó los límites de la psicosis maniaco-depresiva con la esquizofrenia, describió el curso episódico del trastorno, formuló su heredabilidad y describió las características de sus principales formas clínicas. La obra de Kraepelin fue seguida y ampliamente desarrollada por los psiquiatras en Europa, y América del Norte en menor medida. En paralelo a la evolución en los conceptos nosológicos, la historia del TB está marcada por el descubrimiento de las sales de litio. El Litio fue probado en seres humanos por primera vez en 1949 cuando el científico australiano, John Cade, describió sus propiedades

tranquilizantes. Posteriormente, psiquiatras escandinavos, en especial el grupo *Mogens Schou*, llevaron a cabo los primeros ensayos clínicos y demostraron su actividad antimaniáca (Kraepelin, 1913; Colom & Vieta 2006).

En el año de 1952 aparece la primera edición del DSM, donde surge el TB bajo la clasificación de Reacciones Afectivas, distinguiendo varios tipos: reacción maniaco depresiva, tipo maniaca; reacción maniaco depresiva, tipo depresiva; otras reacciones maniaco depresivas y la reacción psicótica depresiva (American Psychiatric Association, 1952).

En el DSM II, publicado en 1968, aparecen los antecedentes del TB dentro de la clasificación de los Trastornos Afectivos Mayores, denominada Enfermedad Maniaco-Depresiva. Se distinguieron el tipo maniaco, el tipo depresivo, y el tipo circular, además de otros tipos y los no especificados (American Psychiatric Association, 1968).

La distinción entre depresión bipolar y unipolar fue introducida dentro del DSM III. En esta edición se sigue utilizando la clasificación denominada Trastornos Afectivos Mayores pero dividida en tres clasificaciones: Trastornos Afectivos Mayores (que incluye tanto al TB como a la depresión mayor), Otros Trastornos Afectivos Específicos y Trastornos Afectivos Atípicos (American Psychiatric Association, 1980).

En el DSM IV, el TB aparece en la categoría de Trastornos del Estado de Ánimo, donde se diferencian: los episodios afectivos, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares y otros trastornos del estado de ánimo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000). Los criterios diagnósticos del DSM V se detallan más adelante.

## 1.2. Etiología

Se han realizado pocos estudios sobre la etiología del TB, sin embargo la literatura actual puede diferir respecto a una variedad de factores que influyen en la aparición del trastorno, tales como las características clínicas y fenomenológicas, así como la respuesta al tratamiento y el curso de la enfermedad. Diversos factores pueden estar contribuyendo a estas diferencias, por ejemplo, la edad y el nivel de desarrollo (Coskun, Zoroglu & Öztürk, 2010); por otro lado se cree que el TB puede ser una enfermedad poligenética (Baum et al., 2008). La comprensión de las causas psicosociales del TB es de vital importancia, hay una interacción esencial entre la descripción, clasificación, evaluación, etiología e intervención, de manera que una comprensión más profunda de todas estas áreas es necesaria para el avance hacia una intervención eficaz (Hankin, 2009).

El TB supone un desequilibrio de la química cerebral, estudios preliminares de la resonancia magnética en pacientes bipolares apuntan a los rasgos y las anomalías relacionadas con estructuras asociadas con la generación y modulación de la emoción, además de anormalidades en la corteza ventral prefrontal izquierda. Los pacientes hipomaníacos presentan mayor actividad en el núcleo caudado y el tálamo, mientras que los pacientes con depresión bipolar activan el tálamo, la amígdala, el hipotálamo y el globo pálido medial (Malhi, Lagopoulos, Owen & Yatham, 2004).

Los adolescentes con TB presentan alteraciones en el funcionamiento neuropsicológico, algunas similares a las de la población adulta, en especial las funciones ejecutivas como la memoria de trabajo y la planeación. Además manifiestan alteraciones en las habilidades de lenguaje, formación de conceptos, razonamiento verbal, razonamiento visual práctico/conceptual, análisis-síntesis visual, velocidad de procesamiento y otros dominios cognitivos que influyen sobre la capacidad general para solucionar problemas (Castañeda, Tirado, Feria & Palacios, 2009).

Por otra parte, el TB tiene una naturaleza de diátesis-estrés, es decir, que no sólo refleja un problema biológico, sino que también muestra la interacción entre el estado de ánimo con situaciones que generan estrés, y la noción del estrés depende en gran medida de la percepción subjetiva del paciente (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington & Gyulai, 2009). Tres modelos de diátesis-estrés han tenido influencia en las conceptualizaciones psiquiátricas del TB (Lam et al., 2010):

1. La Activación Conductual: El sistema de activación conductual (*BAS*, por sus siglas en inglés: *Behavioural Activation System*), que regula el comportamiento del individuo en respuesta a las señales de recompensa, juega un papel central en el desarrollo del TB. Así, en los episodios maníacos o hipomaniacos *BAS* refleja un estado de ánimo elevado, las conductas dirigidas a un objetivo incrementan, la necesidad de dormir disminuye, existe un aumento de comportamientos riesgosos, inestabilidad e ira o irritabilidad. Se propone que la irregularidad en el *BAS* puede estar asociada con factores biológicos y factores socio-ambientales.
2. *Kindling* y Sensibilización Conductual: El estrés psicosocial tiene un papel importante en la aparición de episodios en particular en las primeras etapas de la enfermedad. Dos fenómenos se han observado dentro de la investigación con animales: el *kindling* y la sensibilización conductual. El *kindling* se describe como un cambio de larga duración en la excitabilidad neuronal, posiblemente permanente. La presentación intermitente de factores estresantes para los seres humanos, puede ejercer un efecto de *kindling* con episodios iniciales que requieren esfuerzo sustancial para desencadenarse, pero los episodios posteriores son provocados por niveles mucho más bajos de estrés o, en algunos casos se vuelven automáticos. La sensibilización conductual es la observación de los cambios de comportamiento cada vez más rápidos y sustanciales en respuesta a dosis intermitentes repetidas de los estimulantes psicomotores. Aunque es similar al *kindling* en muchos aspectos, se piensa que las diferentes vías de neurotransmisores subyacen a los dos fenómenos y que las formas de

acondicionamiento son un componente importante en la sensibilización de comportamiento. Este modelo sugiere que los aspectos simbólicos de los factores desencadenantes de episodios afectivos previos podrían con el tiempo convertirse en condicionantes hasta el punto de que ellos mismos pueden desencadenar episodios en ausencia del desencadenante. De esta forma, el estrés anticipado podría originar un episodio afectivo.

3. Perturbación Circadiana: La inestabilidad circadiana podría ser una característica fundamental del TB. Esto es consistente con los criterios diagnósticos del trastorno, que indican la importancia de las perturbaciones de sueño y vigilia en episodios maníacos y depresivos. Los ritmos circadianos se han estudiado durante algún tiempo en relación con la depresión y ha sido asociado con el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, que regula la secreción de la melatonina pineal. La melatonina es importante en la función circadiana y su secreción es promovida por las horas de luz. Si los ritmos circadianos son importantes el TB, entonces puede esperarse que los agentes terapéuticos eficaces, sean los que demuestren regular este sistema, sin embargo hay que tener en cuenta que muchas personas experimentan alteraciones de los patrones circadianos sin desarrollar TB, incluyendo las personas que experimentan este tipo de perturbaciones a través del trabajo por rolar turnos, la descompensación horaria o por medio de la experiencia de otros trastornos como el autismo.

Los tres modelos indican las posibles funciones de las intervenciones psicológicas en el TB en términos de educación, desarrollo de la estructura y la rutina. Los episodios afectivos se derivan de una interacción entre los factores de estrés y las vulnerabilidades biológicas. Estos originan síntomas bipolares que pueden ser moderados al aplicar las habilidades de afrontamiento adecuadas.

### 1.3. Epidemiología

La epidemiología de los trastornos mentales o epidemiología psiquiátrica comprende un conjunto de conocimientos referentes al estudio de la salud mental, utilizando los principios, conceptos, métodos y estrategias de investigación de la epidemiología (Borges, Medina-Mora & López-Moreno, 2004).

Para comprender el panorama epidemiológico de la salud mental en México, es necesario conocer el número aproximado de habitantes en el país y su crecimiento en los últimos años. Según el Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2000 la población mexicana se estimaba alrededor de los 97,483,412 habitantes, donde el 42.8% eran hombres y el resto correspondía la población femenina (INEGI, 2000). En el año 2005 la población ascendía a los 103 millones de habitantes (INEGI, 2005); para el año 2010, el censo estimó que existe un población total de 112,336,538 habitantes, de los cuales 54,855,231 son hombres y 57,481,307 son mujeres; el 57.66% se encuentran entre los 18 y 65 años de edad, mientras que el 25.62% corresponde a la población adolescente (INEGI, 2010).

Como parte de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se efectuó el Estudio de los Trastornos Mentales en México (Medina-Mora et al., 2009), que también se llevó a cabo en forma simultánea en más de 30 países. El estudio seleccionó a la población de áreas urbanas del país, con un rango de edad entre los 18 y 65 años. Según este estudio, aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos (23,7%) entre 18 y 65 años de edad que viven en zonas urbanas del país tiene antecedentes relacionados con los trastornos mentales. Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población (11,6%), seguido de los trastornos afectivos (11,1%) y los de abuso de sustancias (8,9%).

El estudio también indica que la prevalencia de los trastornos afectivos (reportada durante el mes anterior inmediato a la encuesta aplicada) se sitúan alrededor del 2.4%, de la población total, el sexo femenino tiene casi el doble de prevalencia que los varones (3.0 y 1.6 %, respectivamente).

La OMS (2004) calificó al TB como una de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultantes de trastornos neuropsiquiátricos (SSA, 2009), y según la Encuesta Nacional de Psiquiatría 2003 a nivel mundial se estima una prevalencia de 0.2 a 1.6%. La remisión de todos los síntomas ocurre en el 26% de los pacientes y la recuperación de la funcionalidad puede ocurrir hasta en el 24%, mientras que el 10-19% de estos pacientes cometen suicidio (Medina Mora et al., 2003).

La prevalencia anual correspondiente a los trastornos afectivos se sitúa en 3.7% para los hombres y 5.6% en las mujeres, sin embargo la severidad es mayor en los varones, comparándolos con el sexo femenino (51.3 y 38.2% respectivamente).

Es necesario resaltar que los sistemas de clasificación actual para el TB son muy estrechos y dejan fuera ciertos subtipos de la enfermedad y por tal no son identificados eficazmente. En años recientes se ha desarrollado el concepto de espectro bipolar para incluir dentro de las clasificaciones a todos aquellos pacientes que, por una u otra razón, no presentan las características clásicas de lo que hasta ahora se considera como TB, es por eso que considerando todos los casos incluidos dentro del concepto espectral, la prevalencia se eleva hasta más del 5% de la población (Corona, Berlanga, Gutiérrez-Mora & Fresán, 2007).

Respecto a la gravedad, según el Estudio de los Trastornos Mentales en México, uno de cada cinco casos de TB es clasificado como severo, de acuerdo a la presencia de uno o más de los siguientes criterios: un TB tipo I, con por lo menos un intento suicida; tomaba medicamento antipsicótico o había estado hospitalizado al menos un día o tenía un puntaje elevado (igual o mayor a 40) en la Evaluación Global del Funcionamiento (*Global Assessment of Functioning, GAF*), una escala que mide la dificultad para funcionar normalmente.

Aunque la prevalencia de los trastornos mentales en la población mexicana ocupa un lugar intermedio entre los países que participaron de la iniciativa de la OMS, México está entre los países con menor proporción de personas atendidas, ocupando el antepenúltimo lugar. Además, una proporción relativamente elevada



de las personas que reciben tratamiento tienen padecimientos leves o síntomas, sin presentar el diagnóstico; los que reciben tratamiento tardan entre 4 y 20 años en recibirlo según el tipo de trastorno. Más aún, el 90% de la población con algún trastorno no recibe un tratamiento adecuado.

Aunado a lo anterior, solo una de cada 10 personas con algún trastorno mental, una de cada cinco con dos trastornos y una de cada 10 con tres o más trastornos, recibieron atención con algún especialista, profesional de la salud, medicina alternativa u otros recursos (consejería espiritual). Respecto a los trastornos afectivos, el 5.1% recibió atención psiquiátrica, el 8.8% acudió con algún otro profesional de salud mental, el 11.2% recibió atención por parte de un médico general y el 4.0% acudió a otros recursos como medicina alternativa o complementaria. Se concluye que solo alrededor del 25% de las personas que presentaron algún trastorno recibieron atención por parte de un profesional (Medina-Mora et al., 2009).

En las últimas tres décadas, México ha reducido la mortalidad infantil como resultado de los programas de salud pública, sin embargo, los servicios de medicina general para niños y adolescentes son deficientes en todo el país; la situación es aún más grave en lo que respecta a los servicios de salud mental para esta población. Existe además un rezago significativo en cuanto a datos epidemiológicos para conocer las necesidades de atención y los patrones de uso de servicios en la población adolescente en toda América Latina y el Caribe (Espinola-Nadurille, Vargas, Raviola, Ramirez-Bermudes & Kutcher, 2010). Según Vargas-Soberanis et al. (2011) los primeros datos referentes a la prevalencia del TB en adolescentes se remontan al primer estudio epidemiológico dirigido por Lewinsohn en 1990, quien reportó una prevalencia del 1% en esta población; adicionalmente el 5.7% de la muestra, a pesar de que nunca cumplieron con los criterios para el TB, informaron haber experimentado un período anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable (Lewinsohn, Klein & Seeley, 1995).

Los trastornos mentales en niños y adolescentes en México son muy frecuentes, y suponen una carga de enfermedad significativa. Según los datos más recientes

(Benjet et al., 2009), las estimaciones para la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población adolescente de la Ciudad de México se encuentran entre las más elevadas. En base a una muestra de 3005 adolescentes de 12 a 17 años de edad residentes en hogares fijos del área metropolitana de la Ciudad de México, se encontró que alrededor de la mitad de los adolescentes (51.3%) cumplieron criterios para algún trastorno mental en algún momento de su vida. Según este estudio, 10.7% de los adolescentes han presentado algún trastorno afectivo y 2.6% corresponde al TB I y II.

En cuanto a la comorbilidad del TB, según ha informado Angst (1998), hay una elevada comorbilidad con el trastorno de pánico, fobia social, abuso de sustancias, trastorno de somatización, trastorno de la personalidad y de la delincuencia. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, a la duración más prolongada de la enfermedad y una mayor probabilidad en la falta de respuesta al tratamiento. Por su parte, Medina Mora, Molina y Sánchez (2008) en base a un estudio realizado con pacientes consumidores de alcohol y diagnosticados con TB, concluyen que el consumo de alcohol afectó la evolución y el tratamiento del TB en comparación con los no consumidores, y sugieren seguir más estrechamente a los pacientes bipolares consumidores de alcohol.

En población infantil, hay estudios que indican una comorbilidad del TB con el Trastorno por Déficit de Atención y el Trastorno Oposicionista Desafiante (Pavuluri et al., 2004; Joffre-Velázquez, García-Maldonado, Saldívar-González & Cruz-Saldaña, 2009)

Por otro lado, es claro que existe una relación entre los diagnósticos psiquiátricos y las enfermedades médicas, sin embargo las condiciones médicas tienden a ser subestimadas en los institutos de salud mental. En el 81% de los pacientes bipolares existe comorbilidad con trastornos médicos y sólo el 5.9% de los pacientes no presentan una enfermedad lo suficientemente grave para ser registrada en la historia clínica (Fenny et al., 2006).

La epidemiología ha hecho contribuciones importantes para el conocimiento de la distribución, frecuencia y factores determinantes de los trastornos mentales en

general, pero en particular ha sido muy relevante para el desarrollo de la psicopatología clínica. Sin embargo se enfrenta a enormes retos en el nuevo milenio: debe hacer frente a un panorama epidemiológico complejo y cambiante (Borges et al., 2004).

#### **1.4. Factores de recurrencia**

Cada vez hay más evidencia respecto a la importancia de los factores psicosociales en el inicio y la recaída de los episodios depresivos y maníacos (Lam et al., 2010). La recurrencia de los episodios afectivos ha sido relacionada con diversos factores, Johnson (2005) encontró la relación de ciertos eventos cotidianos con la aparición y recurrencia del TB; Tohen et al. (2003), encontraron que el estatus laboral y una aparición inicial de manía, son indicadores de la recurrencia de manía.

Parece ser que el abuso de sustancias es un factor importante que influye negativamente en el curso del TB, generando peores resultados en términos de la respuesta al tratamiento y la evolución del trastorno (Salloum & Thase 2000). Por ejemplo, Bauer et al. (2005) evaluaron pacientes bipolares hospitalizados, reportaron que el 33.8% tenía un trastorno de abuso de sustancias y el 72.3% lo había presentado en algún momento de su vida. Por su parte, Cassidy, Ahearn y Carroll (2001) reportaron que en pacientes bipolares la tasa de abuso de alcohol es de 48.5%, la tasa de abuso para otras drogas fue de 43.9%, y casi el 60% de los pacientes tenía un historial de abuso de sustancias. En cuanto a las relaciones familiares, se han realizado muchos estudios considerando la esquizofrenia y el TB; hay una acumulación de evidencia que sostiene que los factores familiares juegan un rol importante en ambos trastornos. Los pacientes bipolares pueden ser significativamente sensibles al ambiente doméstico, y esto podría ser una variable importante en términos de desarrollo de la enfermedad (Lam et al., 2010).

# 2. DIAGNÓSTICO

## 2.1. Criterios diagnósticos del Trastorno Bipolar<sup>1</sup>

Para comprender los criterios que identifican al TB es necesario entender los episodios que subyacen a esta enfermedad. A continuación se describen los criterios diagnósticos que se presentan en cada episodio:

### I. Episodio maníaco.

Los siguientes criterios describen la aparición de un episodio maniaco:

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, además del aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, con duración mínima de una semana, presente la mayor parte del día, casi todos los días, o simplemente si es necesario hospitalizar al paciente.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

---

<sup>1</sup> De acuerdo al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5a Ed.

1. Incremento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
  2. Disminución de la necesidad de dormir.
  3. Hablar más de lo habitual o presión para mantener la conversación.
  4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
  5. Facilidad de distracción.
  6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora.
  7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas o negativas.
- C. La alteración del estado del ánimo es lo suficientemente grave para ocasionar un deterioro significativo en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a terceros, o por la aparición de características psicóticas.
- D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos causados por alguna droga, un medicamento, otro tratamiento o afección médica.

Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de TB I.

## II. Episodio hipomaniaco.

El episodio hipomaniaco se identifica a partir de la presencia de los siguientes criterios:

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, además del aumento normal y persistente de la actividad o la energía, con duración mínima de cuatro días consecutivos, presente la mayor parte del día, casi todos los días.

- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres o más de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:
1. Incremento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
  2. Disminución de la necesidad de dormir.
  3. Hablar más de lo habitual o presión para mantener la conversación.
  4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
  5. Facilidad de distracción.
  6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora.
  7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas o negativas.
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una droga, un medicamento u otro tratamiento.

Un episodio hipomaníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del

uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

### III. Episodio de depresión mayor.

El episodio de depresión mayor se caracteriza por la presencia de los criterios siguientes:

A. Presentar al menos cinco de los síntomas siguientes durante dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer, sin incluir síntomas definidos claramente por otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días, según la información subjetiva obtenida del paciente o de la observación por parte de otras personas. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Las respuestas a una pérdida significativa pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Una vez explicados los episodios afectivos que pueden estar presentes en la gama del TB, se explican los criterios diagnósticos que caracterizan sus variaciones:

#### A) Trastorno Bipolar I

Para un diagnóstico de TB I, es necesario la aparición de al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida, además de que antes o después del episodio maníaco hayan existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.



Los episodios hipomaníacos y depresivos son frecuentes en el TB I pero solo se necesita la presencia de uno para cubrir este diagnóstico. Los criterios diagnósticos para este trastorno son:

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco.
- B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

#### B) Trastorno Bipolar II

Para un diagnóstico de TB II, es necesario que se cumplan los criterios hipomaníaco actual o pasado y los criterios para un episodio de depresión mayor actual o pasado. En el TB II, el individuo experimenta episodios recurrentes de depresión mayor y de hipomanía. Si se cumplen los criterios siguientes, se cubre el requisito para el diagnóstico de este TB tipo II:

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaníaco y al menos para un episodio de depresión mayor.
- B. Nunca ha habido un episodio maníaco.
- C. La aparición del episodio(s) hipomaníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
- D. Los síntomas de depresión o de incertidumbre causados por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

### C) Trastorno ciclotímico

Los criterios diagnósticos para este tipo de trastorno son los siguientes:

A. Durante dos años como mínimo (al menos un año en niños y adolescentes) han existido numerosos períodos con síntomas hipomaníacos pero que no son suficientes para cubrir los criterios para un episodio hipomaníaco y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.

B. Durante los tiempos citados anteriormente, los períodos hipomaníacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo, pero los síntomas no han continuado por un periodo mayor a dos meses seguidos.

C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco.

D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección médica.

F. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Para las investigaciones presentadas en este documento, los criterios diagnósticos comprenden las anteriores clasificaciones, sin embargo en la gama del TB existen también:

- a) Trastorno Bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos
- b) Trastorno Bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica
- c) Otro Trastorno Bipolar y trastorno relacionado especificado

Como parte del diagnóstico que provee el DSM V, los especificadores para TB y trastornos relacionados son los siguientes:

Especificar si:

Con ansiedad: La presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días del episodio de manía, hipomanía o depresión actual o más reciente:

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas con agitación motora.

Con características mixtas: El especificador de características mixtas se puede aplicar al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo actual en el TB I o II.

Los criterios anteriores describen tanto los episodios afectivos como los tipos de TB que existen en la clasificación, sin embargo, hay una serie de condiciones en el trastorno que pueden no ajustarse completamente a los criterios establecidos por la *American Psychiatric Association*. Aunque la gravedad de los síntomas afectivos es aparentemente menos severa en los criterios descritos, los resultados clínicos y funcionales para el individuo si pueden ser significativamente graves. Angs (2003)

y Akistal (2000) han investigado la naturaleza de estas condiciones y reportaron su importancia clínica.

También es necesario enfatizar que el diagnóstico del TB a menudo se modifica a lo largo de su evolución. En un estudio realizado por López Castromán et al. (2008), con 342 pacientes con diagnóstico de TB en la entrevista inicial, solo el 46.1% mantuvo un diagnóstico estable; también describe los cambios y errores de diagnóstico en 1153 pacientes mayores de edad diagnosticados con TB.

Por otra parte, algunos investigadores hacen críticas respecto a la dicotomía entre las diferencias del TB I y II, donde exponen que la presencia de síntomas mixtos en muchos pacientes bipolares II y la necesidad de un tratamiento riguroso para hacer frente a la alta frecuencia de recaída, puede hacer que la dicotomía distorsione la naturaleza de la bipolaridad y las necesidades de los pacientes (Vieta, Reinares & Bourgeois, 2005).

El diagnóstico del TB es susceptible a errores que pueden ocasionar confusión para el tratamiento clínico y farmacológico. Un estudio examinó los síntomas hipomaniacos y maniacos en 117 pacientes diagnosticados con depresión unipolar y 106 diagnosticados con TB I, evaluados con la *Mini International Neuropsychiatric Interview* y la Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro del Estado de Ánimo. Encontraron la presencia significativa de sintomatología hipomaniaca/maniaca, cuestionando la dicotomía entre la depresión unipolar y bipolar. Incluso los autores sostienen que su teoría del espectro del estado de ánimo permite realizar una evaluación diagnóstica más precisa de los pacientes con trastornos del estado de ánimo (Cassano et al., 2004).

## **2.2. Características de los episodios**

El TB genera algunas ganancias asociadas con aspectos positivos de la vida diaria de los pacientes. La personalidad hipomaniaca está relacionada con el

incremento de las experiencias afectivas positivas, la sociabilidad e incremento de energía, así como una personalidad más ambiciosa relacionada con la fama, la riqueza y la influencia política (Johnson & Carver 2006).

El curso del TB tiende a ser relativamente grave en personas que sufren de múltiples episodios, aunque si los síntomas afectivos son identificados por los pacientes en etapas relativamente tempranas, se incrementa la efectividad de la intervención psicológica (Lam et al., 2010).

Sin embargo, el TB puede afectar múltiples áreas del funcionamiento psicosocial del individuo. Por ejemplo, la trayectoria académica puede verse interrumpida, deteriorarse, e incluso detenerse por completo; en el contexto laboral puede ocasionar la pérdida de empleo; y en la cuestión familiar los matrimonios suelen dañarse o terminar definitivamente. Los patrones de actividad sexual pueden cambiar radicalmente durante la enfermedad ocasionando efectos negativos sobre las relaciones interpersonales, que pueden estar en sí mismos bajo presión de otros efectos. Incluso, las personas bipolares pueden sufrir de anhedonia y su habilidad de vivir solo o disfrutar y beneficiarse de la actividad no laboral puede verse afectada. La salud física puede también deteriorarse al incidir en el abuso de sustancias como una consecuencia de la conducta imprudente durante los estados de manía o hipomanía.

Lo anterior, aunado a la evidente inestabilidad en el estado de ánimo, en la personalidad, en el pensamiento y en la conducta, tiene efectos devastadores sobre las relaciones interpersonales de los pacientes. La pereza afectiva, el despilfarro económico, la inestabilidad social, las conductas sexuales imprudentes y las conductas violentas constituyen una clara fuente de confusión, conflictos y preocupación para los pacientes y para las otras personas importantes de su entorno. De manera breve se describen las características episódicas del TB (Basco & Thase, 2007):

## I. Episodios depresivos

La fase depresiva del TB se caracteriza habitualmente por una disminución de la actividad psicomotora, una menor expresividad facial (excepto cuando son capaces de ocultarlo), los pacientes pueden olvidar sus responsabilidades diarias, tienden a aislarse socialmente, manifiestan alteración del ciclo del sueño a través del insomnio o la hipersomnia, existe una alteración de los hábitos alimenticios, disminución de la actividad sexual y en general una disminución energía. Los episodios depresivos son claramente identificados por la persona que los sufre, pero no necesariamente para los demás si los recursos de afrontamiento internos del individuo compensan la depresión. Durante los episodios depresivos en el TB, el estado de ánimo puede cambiar desde un estado eutímico, a uno neutro, aburrido o triste, con sensación de vacío o incluso desesperanza e irritabilidad. Los individuos diagnosticados con TB, durante un episodio depresivo, pueden describirse a sí mismos como impacientes, intolerantes, nerviosos, perdidos, incomprendidos, desinteresados, sensibles y molestos.

Según Beck, Rush, Shaw y Emery (2005), muchos de los cambios cognitivos asociados con la depresión solo son perceptibles para los demás cuando el paciente los verbaliza. Los pacientes deprimidos a menudo ignoran sus propios cambios en sus opiniones y creencias, porque generalmente suelen ser sutiles y las creencias se refuerzan a medida que ocurren acontecimientos negativos en sus vidas. Los cambios cognitivos (pensamiento más lento, problemas para encontrar las palabras y escasa concentración) en la depresión incluyen distorsiones negativas en la percepción de uno mismo, el mundo y el futuro (triada cognitiva).

## II. Episodios maniacos

Durante las primeras fases de la manía o hipomanía, los pacientes muestran generalmente más ideas e intereses que cambios reales en la actividad. Conforme el trastorno progresa, pueden aumentar gradualmente su actividad física y suele hacerse evidente la inquietud del individuo. Los pacientes pueden tener un fuerte impulso a ser más activos social o sexualmente; pueden comenzar nuevas tareas

que nunca terminarán. El deterioro en la capacidad de juicio social a menudo impide que se inhiban las acciones inapropiadas.

Respecto a los síntomas cognitivos de la manía, suelen ocasionarse cambios tanto en el contenido, como en el proceso de pensamiento. Las distorsiones en la triada cognitiva se ilustran generalmente por un aumento de la confianza en sí mismo, sentimiento de grandeza, optimismo y la intensión temeraria; las manías irritables pueden estar acompañadas por una elevada ideación paranoica. Cuando surge una alteración en el proceso del pensamiento, ocasiona pensamientos a elevada velocidad, fácil distraibilidad, deterioro del juicio, y alucinaciones tanto auditivas como visuales. Al evolucionar el episodio maniaco, los cambios cognitivos pueden convertirse en ideas delirantes de grandiosidad y/o de persecución, e incluso el paciente puede ocasionarse daño a sí mismo.

A diferencia de los episodios depresivos, los estados maniacos suelen ser claramente identificados por las personas que rodean al paciente, pero pueden ser menos evidentes para él. El estado de ánimo maniaco se describe como positivo, inspirador, alegre, eufórico y optimista, sin embargo puede hacer que el paciente se sienta irritable, ansioso y temeroso; en otros casos, predomina una combinación de sentimientos maniacos y depresivos.

### III. Trastorno ciclotímico

Como ya se mencionó anteriormente, la ciclotimia fue una categoría diagnóstica dentro de los criterios del DSM III R, después aparece como Trastorno Ciclotímico en el DSM IV y DSM V, y se definen bajo la presencia de numerosos síntomas hipomaniacos y depresivos por encima de un periodo de tiempo de dos años. La ciclotimia inicialmente se presenta en la edad adulta temprana como un desorden de personalidad. El curso de la ciclotimia se observa en dos fases de hiper e hiposomnias que se alternan, presentando baja autoestima seguida de exceso de confianza, confusión mental, apatía, incremento de atención y creatividad, calidad y cantidad desigual de producción en el trabajo, introversión y extroversión. Los individuos ciclotímicos pueden ser propensos a irritarse y presentar enojos

arrebatados que puede alejarlos de sus parejas o familia. Respecto a los comportamientos sexuales tienden a la promiscuidad episódica. Hay un riesgo potencial en el abuso de drogas y alcohol, como en el TB por sí mismo. Si bien reconoce que es posible tener características de ciclotimia sin desarrollar depresión maníaca, se observa que un tercio de las personas con diagnóstico bipolar se encuentran en este caso (Lam et al., 2010).

A continuación se describen características importantes que se presentan durante los episodios bipolares:

#### A) Síntomas prodrómicos

Molnar definió los pródromos como el intervalo de tiempo desde que se reconocen los primeros síntomas hasta el momento en el que estos alcanzan la máxima severidad. A partir de la aparición de los síntomas prodrómicos hasta que aparece el TB completo pasan varias semanas, la detección temprana de los pródromos y su intervención puede prevenir los cambios moderados en los estados de ánimo antes de que se potencialicen (Becoña & Lorenzo, 2001).

Estudios realizados respecto a los pródromos sugieren que los individuos con TB pueden detectar los síntomas prodrómicos, sobre todo si indican la inminencia de un estado maniaco, además quienes los pueden detectar están mejor preparados para cambiar su actitud y conducta con el objetivo de seguir la medicación y moderar su actividad. Solo una cuarta parte de los pacientes con TB informan que no pueden detectar pródromos depresivos y sólo el 7,5% de los pacientes que informan de que no podían detectar pródromos maniacos (Lam & Wong, 1997).

Existe una demora significativa entre determinados eventos y la aparición de la enfermedad, lo que sugiere que puede haber un margen para la intervención psicológica en este periodo, con el objetivo de neutralizar el episodio en la medida de lo posible. Muchas personas con TB pueden identificar los pródromos maníacos y en menor medida los síntomas depresivos. Si esta toma de conciencia de los pródromos, entonces puede ser posible evitar potencial recaída de la enfermedad.



## B) Alteración del sueño

Respecto a la alteración del sueño, Plante y Winkelman (2008) sostienen que la relación existente entre el sueño y la manía comparten principalmente cuatro aspectos:

- 1) la menor necesidad de sueño es un indicador fundamental del estado maníaco;
- 2) la privación de sueño es una causa de la manía y puede ser un agente etiológico fundamental en la manía;
- 3) el tiempo de sueño pronostica futuros episodios maníacos, y
- 4) el tiempo total de sueño puede ser un indicador de la respuesta y también un objetivo del tratamiento en la manía.

Apoyándose en el estudio de Nofzinger et al. (1991), Plante y Winkelman (2008) argumentan que la hipersomnolencia bipolar es más representativa de fatiga que la auténtica somnolencia excesiva observada en otros trastornos primarios del sueño, y sostienen que los estudios objetivos sobre calidad del sueño en la depresión bipolar han constatado anomalías similares a la depresión unipolar.

## C) Riesgo de Suicidio

En un patrón de episodios recurrentes, se incrementa el riesgo de atentados suicidas y suicidios completados (Lam et al., 2010). Oquendo et al. (2004) establecieron que el pesimismo, los niveles de impulsividad y el uso de sustancias son significativos predictores de intentos de suicidio. Angst et al. (2005), sostienen que el riesgo e intentos de suicidio son conductas importantes en el transcurso del TB, en un seguimiento de 1963 a 2003 en pacientes bipolares, cuya muestra fue de 406 pacientes, el 11.6% cometió suicidio. En un estudio menos reciente se reportó que 37% de 152 pacientes bipolares han realizado al menos un intento de suicidio (Dittmann et al., 2002).

#### D) Ciclos Rápidos

En un estudio realizado por Schneck et al. (2005) encontró que los pacientes con TB con ciclos rápidos mostraron mayor gravedad de la enfermedad en diversas medidas clínicas que los pacientes sin ciclos rápidos. Los ciclos rápidos han sido clasificados como un subtipo de TB; que requieren la presencia de cuatro episodios de manía, hipomanía o depresión en un año. Sin embargo, se necesita más investigación científica, dado que existe poca evidencia que apoya la idea de que el trastorno de ciclo rápido es en realidad un subtipo del TB; más bien, la frecuencia de ciclo parece ser en un continuo, y un ciclo rápido sugiere un mayor nivel de gravedad (Bauer, Beaulieu, Dunner, Lafer & Kupka, 2008).

# 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para la evaluación objetiva del TB se han desarrollado y validado un sin número de instrumentos en diferentes poblaciones, idiomas y versiones. Por ejemplo, *Cognitive Complaints in Bipolar Disorder Rating Assessment (COBRA)* (Adriane et al., 2013), *Hamilton Depression Rating Scale for Manic and Mixed Bipolar Disorders (HAMD-5)* (González-Pinto et al., 2009), *Functioning Assessment Short Test (FAST)* (González-Ortega et al., 2010).

Un instrumento validado en población mexicana es el Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo (CTA). La validez concurrente basada en el diagnóstico según el DSM-IV TR fue de 0.83. La consistencia interna, evaluada por el alfa de Cronbach, fue de 0.90. Consiste en un formulario autoadministrado compuesto por 15 preguntas sobre síntomas hipomaniacos, la concurrencia de estos y el deterioro funcional (Sanchez-Moreno et al., 2008). La primera parte del cuestionario consta de 13 declaraciones relacionadas con los síntomas maníacos, a la que los pacientes responden con SI/NO. La segunda parte se pregunta al paciente si los síntomas maníacos se produjeron simultáneamente. En la tercera parte, el paciente tiene que evaluar los problemas causados por los síntomas maníacos en una escala tipo likert de cuatro puntos que va desde “Ningún Problema” a “Problemas Graves”. La adaptación de Sanchez-Moreno et al. (2008)

incluye dos dominios adicionales, que no están directamente relacionados con la detección de los trastornos del TB pero hacen referencia a antecedentes familiares y personales. El instrumento posee una sensibilidad (número de casos correctamente identificados por el cuestionario) 0.71 y una especificidad (número de no-casos correctamente identificados por el cuestionario) de 0.92, lo que le confiere un valor predictivo positivo de 0.90 y un valor predictivo negativo de 0.77 (Corona et al., 2007).

Se han desarrollado otros instrumentos en español que de igual forma se han validado para evaluar aspectos relacionados al TB. La Escala para Manía de la Universidad Nacional (EMUN) es un instrumento que consta de 16 ítems para evaluar los episodios maníacos. Los factores que incluye son: activación física, activación psíquica, activación autonómica y sus efectos y polaridad depresión-megalomanía (Todos estos factores mostraron adecuados niveles de consistencia interna). El coeficiente de correlación de Pearson entre los puntajes totales de la escala EMUN y la Escala de Evaluación de Manía de Bech estuvo entre 0.1 y 0.92 (Sánchez, Jaramillo & Gómez-Restrepo, 2008).

La Escala Diagnostica del Espectro Bipolar (*BSDS*, por sus siglas en ingles *Bipolar Spectrum Diagnostic Scale*) es un instrumento adaptado al español, consta de 19 ítems y fue diseñado para ayudar en la detección de todos los tipos de TB. Posee una sensibilidad de 0.70 y una especificidad de 0.89 (Vázquez et al., 2010).

El Cuestionario de los Estados Afectivos es una adaptación de *The Hypomania Symptom Checklist-32* (HCL-32), es un cuestionario autoaplicado de 32 ítems de hipomanía y 8 de severidad. La consistencia interna de la versión en español de la HCL-32, evaluado por el alfa de Cronbach, fue de 0.94. La validez concurrente mediante la variable de diagnóstico fue de 0.72. La confiabilidad test-retest fue de 0.90. El Cuestionario de los Estados Afectivos es una herramienta de detección útil de los pacientes con TB en el ámbito clínico, discrimina adecuadamente entre el TB y unipolar o pacientes sanos, pero no entre TB I y TB II (Vieta et al., 2007).

# 4. FARMACOTERAPIA

Es necesario que los psicoterapeutas tengan cierta comprensión de la situación actual de los tratamientos farmacológicos y los efectos secundarios comunes de los medicamentos más recetados.

La historia de los psicofármacos utilizados para los trastornos afectivos se remonta hasta la década de los 50 del siglo pasado. La Imipramina y la Iproniazida inauguraron una nueva era en el tratamiento de la depresión, relegando a la terapia electroconvulsiva. Comienza entonces el desarrollo de numerosos antidepresivos tricíclicos, heterocíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina, inhibidores de la enzima monoaminoxidasa selectivos y no selectivos, inhibidores de la recaptación de noradrenalina, bloqueantes del receptor alfa2 y antidepresivos de mecanismo combinado (Heerlein, 2002; Medina, 2009)

La primera generación de antidepresivos corresponden a los Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO), los cuales bloquean la Monoaminoxidasa, enzima que se encarga de metabolizar la serotonina y la norepinefrina, que son neurotransmisores que desempeñan una papel muy importante en el estado de ánimo. Esto permite que los neurotransmisores aumenten en la sinapsis, incrementando su efecto sobre sus receptores.

La historia de los Antidepresivos Tricíclicos (ATC) inicia con la salida al mercado de la Imipramina. Se encontró que la clorpromazina tenía propiedades

antidepresivas con efectos superiores a cualquier otra sustancia conocida hasta ese momento. Fue formalmente el primer antidepresivo tricíclico, capaz de disminuir la recaptación de aminas endógenas, aumentando así su concentración en el espacio sináptico (Medina, 2009).

Hasta mediados de la década de 1980 los agentes tricíclicos eran los fármacos de primera línea utilizadas en el manejo a corto y largo plazo de la depresión; pero en poco tiempo los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) se impusieron en frecuencia y magnitud de utilización. Los ISRS fueron creados en un intento por disminuir los efectos colaterales o adversos que presentaban los agentes antidepresivos tricíclicos, pero al inhibir la bomba de recaptación presináptica de serotonina, aumenta inicialmente la disponibilidad de serotonina en el espacio sináptico, lo que posteriormente produce una regulación "cuesta abajo" de los mismos receptores, incrementando finalmente la transmisión neta serotoninérgica. Actualmente se disponen con más de treinta agentes antidepresivos altamente eficaces, selectivos o mixtos, con diferentes mecanismos de acción, farmacocinética y farmacodinamia (Heerlein, 2002).

En psicofarmacología el término "estabilizador del estado de ánimo" ha sido utilizado para describir los medicamentos utilizados para tratar el TB. El estabilizador del estado de ánimo ideal sería el que fuese eficaz para el tratamiento tanto de los episodios maniáticos como depresivos, sin embargo aún no existe un fármaco con tales efectos. Las personas con diagnóstico de TB a menudo reportan experiencias reiteradas de mayor creatividad e incrementan sus periodos de estado de ánimo elevado; cuando la medicación tiende a estabilizar el estado anímico del paciente, no es sorprendente que los pacientes reporten la disminución de estos períodos de ánimo elevado. Por esta razón, los individuos con estado de ánimo inestable tienden a utilizar sustancias psicotrópicas en un intento de automedicarse para estabilizar su condición actual (Lam, et al., 2010).

Desde las últimas décadas del siglo pasado, el tratamiento para el TB ha sido predominantemente farmacológico, y había sido dominado por un medicamento: el litio. El litio fue descrito por primera vez como un tratamiento para la manía en

1949 y continuó durante muchos años como la primera línea de tratamiento (Lam et al., 2010). Sin embargo se han evidenciado graves efectos secundarios del litio, y a veces son tan molestos que el tratamiento debe ser interrumpido. Por otra parte, si el tratamiento con litio se lleva a cabo de manera adecuada, la mayoría de los efectos secundarios son leves. Existe evidencia de que en pacientes que no toleran el litio, se puede recurrir a la adición de un antiepiléptico o un neuroléptico atípico (Akiskal & Tohen, 2006). Lam et al. (2010) sostiene que a pesar de que el litio fue el pilar del tratamiento durante muchos años, la mayor parte de las mejores pruebas de investigación que lo utilizan han sido publicadas en los últimos diez años. También argumenta que, si bien muchos de estos tratamientos pueden mostrar claros beneficios, también hay limitaciones en su eficacia, que obligan a probar una serie de diversos regímenes de medicación antes de que el tratamiento pueda llegar a ser óptimo para un paciente.

Se dice que el litio es más favorable como un tratamiento de mantenimiento que como un tratamiento para la manía aguda, además existe evidencia de que reduce las tasas de suicidio (Baldessarini et al., 2006).

Con el paso del tiempo han llegado a ser cada vez más utilizados otros medicamentos para el TB. La gama de opciones y posibilidades para el paciente y el médico se ha vuelto más complejas ya que la investigación ha generado un mayor conocimiento. En cierto modo una mayor investigación parece haber dado lugar a una mayor incertidumbre. Akiskal y Tohen (2006) enlistan una serie de fármacos utilizados para el tratamiento del TB:

a) Ácido valproico

El ácido valproico fue primeramente reconocido como un anticonvulsivo en la década de 1960, posteriormente, en su versión Francesa (valpromida) se encontraron beneficios para los pacientes bipolares. El valproato (técnicamente valproato semisódico, una mezcla de valproato de sodio y el ácido valproico) proporciona grandes beneficios en el tratamiento de la manía. Los estudios de los últimos años, señalan la eficacia de valproato como un tratamiento tan efectivo como sus equivalentes para la manía y en

algunos casos hasta superior que otros tratamientos probados. Respecto a la depresión bipolar, los estudios reportaron mejores resultados con el valproato en comparación con un placebo en el tratamiento de la depresión bipolar (Davis et al., 2004). Estos estudios sugieren que la eficacia aguda de valproato en la depresión es modesta. Sin embargo no existen estudios metodológicamente adecuados realizados en pacientes con hipomanía, trastorno ciclotímico o ciclos rápidos. El valproato se utiliza generalmente en casos relativamente graves del TB por sus beneficios para el comportamiento, especialmente la irritabilidad; aunque origina algunos riesgos adversos que justifican su discontinuación (pancreatitis, severa pérdida de cabello o riesgos para el embarazo). El monitoreo de los niveles plasmáticos resulta útil como guía de dosificación para evitar efectos adversos en el tratamiento.

#### b) Lamotrigina

El descubrimiento de los efectos positivos de lamotrigina en el estado de ánimo en pacientes epilépticos la llevó a su aprobación para el tratamiento del TB. La lamotrigina es un fármaco antiepiléptico que ha demostrado eficacia para el tratamiento de mantenimiento del TB I, retrasando la ocurrencia de episodios. Existen algunos indicios de que la lamotrigina puede tener algún efecto beneficioso en el tratamiento de la depresión unipolar, pero la mayor evidencia disponible la clasifica como un estabilizador del estado de ánimo en el TB, con moderada eficacia antidepressiva de la fase aguda y profiláctica, modesta eficacia en la profilaxis antimaníaca y sin eficacia como antimaníaco de la fase aguda.

#### c) Carbamazepina y otros antiepilépticos

La carbamazepina parece ser un fármaco eficaz en el TB, especialmente en el tratamiento de la manía aguda. Sin embargo no hay evidencia suficiente como antidepressivo; en el tratamiento a largo plazo, la impresión general es que es menos eficaz que el litio. La carbamazepina se sugiere a menudo como un tratamiento de segunda línea, si el tratamiento de primera línea no funciona, la evidencia empírica a su favor no es tan sólida como los otros



tratamientos. Por otro lado, hay evidencia sobre los beneficios de la oxcarbazepina sobre los efectos en la manía aguda, al menos en pacientes maníacos leve o moderadamente enfermos, pero probablemente no en pacientes graves. Los datos sobre el tratamiento para la depresión bipolar y eficacia profiláctica son escasos, aunque la oxcarbazepina puede ser un candidato potencial a fármaco para pacientes que previamente han respondido bien a la carbamazepina, pero que tenían problemas con la tolerancia o de interacciones farmacológicas en el tratamiento de combinación. El clonazepam y lorazepam son derivados de benzodiazepam que se utilizan con bastante frecuencia en el TB, pero no se consideran como estabilizadores del estado de ánimo, se utilizan más bien como tratamiento complementario para reducir la ansiedad. Las benzodiazepinas, como el diazepam o clonazepam pueden utilizarse como tratamiento complementario para ayudar a conciliar el sueño; aunque deben ser utilizados con cuidado, ya que no ayudan con la manía en sí misma y conllevan el riesgo de llegar a la dependencia. Existen otros antiepilépticos que se han utilizado como tratamiento para el TB, como zonisamida, levetiracetam, topiramato, tiagabina y la gabapentina.

#### d) Olanzapina

La olanzapina fue el primer antipsicótico atípico aprobado en los Estados Unidos y en la Unión Europea para el tratamiento de la manía aguda, y más recientemente, como tratamiento de mantenimiento y prevención de recaídas. Actualmente se sabe que la olanzapina es eficaz en el tratamiento de la manía aguda y la prevención de la manía más que para la depresión bipolar. Los eventos adversos que se observan en tasas significativamente mayores en los pacientes tratados con olanzapina que en los pacientes tratados con otros medicamentos, son los relacionados con la somnolencia (fatiga o hipersomnía) y el aumento de peso (o aumento del apetito).

e) Risperidona y haloperidol

Existe una gran cantidad de investigaciones recientes sobre los antipsicóticos; se recomiendan especialmente si los síntomas psicóticos están presentes en el paciente bipolar. Existe evidencia clínica abrumadora respecto a la risperidona; tiene propiedades antimaníacas, de magnitud similar al haloperidol, pero con una tasa mucho más baja de efectos secundarios extrapiramidales, que ocurren en la mayoría de los pacientes tratados con haloperidol y requieren un tratamiento anticolinérgico adicional. Sin embargo la risperidona se asoció con un mayor aumento de peso comparado con el haloperidol. Estos fármacos son tanto antimaníacos, como antipsicóticos.

Respecto al tratamiento de los ciclos rápidos, desafortunadamente no parecen responder de forma diferente a algún medicamento en particular. Anteriormente se creía que el litio era menos eficaz con los pacientes con ciclos rápidos que otros medicamentos como el valproato, y se ha llegado a pensar que los ciclos rápidos en algunos son el resultado de un uso previo de antidepresivos, pero los datos para resolver esta cuestión aún son insuficientes (Lam et al., 2010).

Como es bien sabido, los psicofármacos, al igual que el resto de los fármacos en general son producidos para su comercialización en diferentes presentaciones. En el **Anexo 1** se detalla brevemente la indicación terapéutica y dosis recomendada de los principales fármacos utilizados en el tratamiento del TB (Facultad de Medicina UNAM, 2014; Vademecum, 2014).

Afortunadamente la prescripción de fármacos en el tratamiento del TB ha demostrado beneficiar la calidad de vida de los pacientes con este diagnóstico; la experiencia clínica sugiere que si el tratamiento de primera línea no funciona, la terapia de combinación debe ser probada, es por esta razón que existe un mayor uso de la polifarmacia en el tratamiento del TB. Se cree que el control del TB bien puede requerir un número de diferentes medicamentos; uno podría comenzar con un estabilizador del estado de ánimo y terminan prescribiendo dos estabilizadores

del ánimo, antipsicóticos y benzodiazepinas, o diversas combinaciones dependiendo de las necesidades del paciente y las respuestas fisiológicas y conductuales a los medicamentos. Las decisiones de tratamiento para la depresión bipolar se ven afectadas por el temor de que una vez que los antidepresivos han aliviado la depresión, que pueden desencadenar un episodio maníaco. En general, se considera que un estabilizador del estado de ánimo debe ser prescrito junto con un antidepresivo y que el paso de la depresión a la manía son parte del curso natural del TB, independientemente de la medicación (Lam et al., 2010).

Por otra parte, a pesar de que existe evidencia farmacológica para el tratamiento eficaz del TB, frecuentemente los pacientes abandonan el tratamiento prescrito para ellos, es decir, no hay adherencia al tratamiento. La adherencia a cualquier medicamento es mejor cuando el paciente se encuentra en crisis o en un estado agudo de la enfermedad, entonces percibe la medicación como la oportunidad para aliviar el malestar. Sin embargo, la adherencia es menor cuando el paciente cree que su salud no está en riesgo; cuando los pacientes están bien y pueden sentir que sus problemas han disminuido, creen que el tratamiento no es necesario, tienden entonces a descuidar o incluso abandonar el tratamiento. Los efectos secundarios también tienden a reducir la adherencia (Lam et al., 2010; Basco et al., 2007).

Existe creciente comprensión de las limitaciones que tiene un enfoque que se centra en la búsqueda del medicamento correcto o ideal y deja de lado otros factores. Algunas personas diagnosticadas con TB pueden no verse beneficiados por su medicación por dos razones principales, ya sea por falta de eficacia o por la falta de adherencia; ambas son igualmente probables y aumentan riesgo de abandonar los servicios de salud mental. Las orientaciones farmacológicas están subrayando la importancia que tienen los factores psicológicos en la medicación a largo plazo.

Los obstáculos que presenta la terapia farmacológica han dado origen a la búsqueda de alternativas en el TB, muchas pautas mencionan la psicoterapia

como un tratamiento complementario al tratamiento farmacológico. La adición de la psicoterapia en un formato individual o de grupo puede mejorar la adherencia al tratamiento, enseñar habilidades de afrontamiento, mejorar la detección de los primeros síntomas en el curso de los nuevos episodios, proporcionar la educación y el apoyo necesario para facilitar la adaptación a la enfermedad y al tratamiento. Varios estudios han apoyado la eficacia de un enfoque multidisciplinario para el tratamiento del TB, las innovaciones terapéuticas en psicoterapia y psicofarmacología continúan evolucionando, y su combinación puede maximizar su eficacia para el tratamiento del TB (Basco et al., 2007).

# 5. PSICOTERAPIA

El papel de la psicoterapia en el tratamiento de pacientes con TB ha sido una gran preocupación reciente de expertos en el campo de las intervenciones psicológicas en los últimos años. El impacto del TB en la calidad de vida y el funcionamiento social, cognitivo y ocupacional, sugirieron que los objetivos de la terapia se deben cambiar de un paradigma exclusivamente basado en la farmacoterapia en un paradigma de tratamiento combinado en la que la farmacoterapia seguiría siendo esencial para abordar la recuperación de los síntomas pero con responsabilidad compartida con intervenciones psicológicas (Colom & Vieta, 2004).

Diferentes tratamientos psicológicos que han recibido apoyo empírico sobre su eficacia: terapia de ritmo social interpersonal, la terapia centrada en la familia, y la terapia cognitivo conductual, cada uno de los cuales fomenta el uso de la farmacoterapia, como parte del tratamiento completo del paciente (Leahy, 2007). También se han reportado intervenciones sobre el funcionamiento marital, además varios enfoques psicoeducativos, en familias, grupos, o en combinación con medicamentos (Patelis-Siotis et al., 2001).

## A) Terapia Centrada en la Familia y Psicoeducación

La terapia centrada en la familia tiene la ventaja de utilizar a los miembros de la familia para trabajar con la enfermedad y es realmente útil para el tratamiento cuando el participante vive con su familia o sus lazos familiares son fuertes. Sin

embargo, se necesita sensibilidad para que los miembros de la familia no se sientan sobrecargados y el paciente no sienta que su sentido de la autonomía está siendo frenada innecesariamente. El ambiente familiar de los pacientes bipolares generalmente es una variable decisiva de cómo los participantes lidiarán con su enfermedad (Lam, et al., 2010).

Miklowitz (2008) desarrolló un Tratamiento Centrado en la Familia (*FFT*, por sus siglas en inglés) para el TB; en esta intervención el paciente se trata en el contexto familiar. El *FFT* es una intervención que combina la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades de comunicación y las habilidades para resolver problemas; está estructurado en 21 sesiones. Estos módulos de tratamiento se organizan en 12 sesiones una vez a la semana; posteriormente 6 sesiones, una por quincena, y las últimas 3 sesiones, una por mes, repartidas en un período de 9 meses. El modelo desarrollado por Miklowitz se centra en seis objetivos principales:

- Integrar las experiencias asociadas con episodios del TB.
- Aceptar la idea de la vulnerabilidad frente a episodios futuros.
- Aceptar el consumo continuo de fármacos para controlar los síntomas afectivos.
- Diferenciar entre la personalidad del paciente y la influencia en sus estados de ánimo originados por el TB.
- Aprender a lidiar con los acontecimientos estresantes.
- Restablecer relaciones funcionales después del episodio afectivo.

Respecto a la Psicoeducación, Colom y Vieta (2006) proponen un *Manual de Psicoeducación para el Tratamiento del TB*. Este manual consta de cinco fases divididas en 21 sesiones:

- I) Construir una conciencia sobre la enfermedad
- II) Trabajar con la adherencia al tratamiento
- III) Evitar el abuso de sustancias
- IV) Entrenar al paciente en la detección temprana de nuevos episodios

V) Regular el control de hábitos y manejo del estrés

Al seguir estas fases se puede esperar una mejoría mayor en el curso de la enfermedad en los pacientes de lo que podría esperarse únicamente con la medicación y afirman que la eficacia profiláctica de la psicoeducación en el TB se ha demostrado a través de diversos estudios.

B) Terapia Interpersonal y de Ritmo Social

Otra aproximación para el tratamiento de TB es la Terapia interpersonal y de Ritmo Social (*IPSRT*, por sus siglas en inglés: *Interpersonal and Social Rhythm Therapy*) que incorpora la Psicoterapia Interpersonal (intervenciones desarrolladas para el tratamiento de la depresión unipolar, duelo no resuelto, conflicto interpersonal y la transición de roles) con intervenciones conductuales. Frank et al. (1997) sugiere tres vías interrelacionadas en la recurrencia en pacientes con TB:

- 1) incumplimiento de la medicación;
- 2) alteraciones en los ritmos sociales; y
- 3) los acontecimientos estresantes de la vida.

La *IPSRT* busca reducir la negación y aumentar la aceptación de la naturaleza de la enfermedad. Al centrar la atención a las rutinas diarias (tanto el calendario de eventos y la cantidad de estimulación que producen), así como al grado en que tanto acontecimientos negativos como positivos de la vida pueden influir en estas rutinas que, a su vez, perturban los ritmos circadianos y los ciclos de sueño-vigilia y conducen al desarrollo de los síntomas bipolares. La *IPSRT* aumenta la ritmicidad de vida de los pacientes con el objetivo de obtener una estabilidad, además intenta reducir el número y la gravedad de los factores interpersonales que resultan estresantes para el paciente.

La *IPSRT* consta de cuatro fases (Frank, Swartz & Kupfer, 2000):

- a) En la fase inicial del tratamiento, el terapeuta se centra en la historia clínica, la identificación de un área problemática, iniciando con la medición de los ritmos sociales y educando al paciente sobre el TB.

- b) La fase intermedia de tratamiento se lleva a cabo semanalmente durante varios meses. Durante este período, el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar estrategias para manejar los síntomas afectivos, centrándose en la resolución de los problemas interpersonales identificados, en la búsqueda de los factores desencadenantes típicos de la alteración del ritmo social; en encontrar y mantener un equilibrio saludable con respecto a la actividad y la estimulación, y en la adaptación a los cambios en la rutina.
- c) La fase preventiva es un componente crucial de este tratamiento debido a que la IPSRT está diseñada, sobre todo, para prevenir futuros episodios afectivos y mejorar el funcionamiento durante períodos relativamente eutímicos. La frecuencia del tratamiento disminuye a sesiones mensuales con durante 2 años o incluso más si es pertinente. Al paciente se le da la oportunidad para consolidar los logros del tratamiento y aumentar la confianza en su capacidad para aplicar técnicas de la IPSRT fuera de las sesiones.
- d) En la fase final el terapeuta revisa éxitos del paciente, recuerda al paciente de los primeros signos y síntomas de episodios anteriores que podrían constituir señales de advertencia de un episodio inminente, analiza las vulnerabilidades potenciales, y ayuda al paciente a desarrollar un plan para el futuro.

Perlick et al. (2010) argumenta que los familiares de los pacientes con TB experimentan tasas altas de carga subjetiva que ponen en riesgo su salud física y mental. Las familias que hacen frente a TB pueden beneficiarse de intervenciones familiares como resultado de los cambios en los cuidadores, incluso cuando el paciente se resiste a recibir el tratamiento.

### C) Terapia Gestalt

La terapia Gestalt parece ser una modalidad de psicoterapia de la que algunos clientes con un TB pueden beneficiarse, incluso la terapia Gestalt podría ser la primera opción de tratamiento para algunos pacientes. Sin embargo, sería



necesario una investigación más cualitativa centrada en el TB con el fin de verificar su eficacia (Baalen, 2010).

#### D) Terapia psicoanalítica

Se han encontrado estudios que apoyan la eficacia de la terapia psicoanalítica para la fobia social, ansiedad generalizada, pánico, estrés postraumático, trastornos de personalidad, anorexia y bulimia, trastornos somatomorfos, dependencia moderada al alcohol, y depresión, sin embargo no hay evidencia de estudios controlados que apoyen la eficacia de la terapia psicoanalítica para el TB (Leichsenring, Hiller, Eissberg & Leibing, 2006).

#### E) Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La TCC ha demostrado ser una forma eficaz de la psicoterapia para la depresión unipolar y una alternativa complementaria a la farmacoterapia (Beck et al., 2005). En uno de los primeros estudios con la TCC para el TB (Cochran, 1984), se observó mejora en el cumplimiento de la medicación. Sin embargo, hasta hace poco, no existía suficiente evidencia de la eficacia para el tratamiento del TB (Lam et al., 2010). En el próximo capítulo se detalla la evidencia de la TCC para el tratamiento del TB.

La psicoterapia se considera cada vez más necesaria para ayudar a los pacientes a adaptarse a su enfermedad, incluyendo su respuesta emocional al trastorno. Sin embargo, los pacientes bipolares difícilmente colaboran durante una fase de manía aguda o durante un episodio psicótico depresivo o suicida. La mayor parte de la evidencia sobre la eficacia de la psicoterapia es respaldada por investigaciones realizadas cuando los participantes no estaban en una fase aguda. Aun así, existe evidencia que respalda a la psicoterapia como complemento a la farmacoterapia durante las fases agudas.

# **6. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO BIPOLAR**

Aaron Beck desarrolló la Terapia Cognitivo Conductual en la década de 1960. Se considera dentro de la categoría de la psicoterapia breve. Es un modelo estructurado, orientado hacia el presente, dirigido hacia la solución de los problemas actuales y se centra en modificar el pensamiento, así como en la conducta disfuncional (desadaptativa). Se ha adaptado con éxito a un conjunto diverso de poblaciones con una amplia gama de trastornos y problemas, estas adaptaciones han cambiado el enfoque, las técnicas, y la duración del tratamiento, pero los supuestos teóricos han permanecido constantes. El tratamiento se basa en la conceptualización y entendimiento de las creencias y patrones de comportamiento específicos de los pacientes. El terapeuta busca en una variedad de formas para producir la modificación en las cogniciones y la conducta con el objetivo de lograr un cambio de comportamiento emocional y duradero. Beck se basó en una serie de diferentes fuentes cuando desarrolló este enfoque, incluyendo primeros filósofos, como Epicetius y teóricos, como Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus, y Albert Bandura. El trabajo de Beck, a su vez, ha sido expandido por otros investigadores (Beck, 2011).

La construcción de modelos de tratamiento cognitivo-conductuales se basaron en gran medida en las teorías del aprendizaje (clásico, operante y modelos de

observación de aprendizaje) y los principios de la psicología cognitiva. La familia de las terapias cognitivas y conductuales (terapia racional emotiva, terapia de resolución de problemas, terapia de aceptación y compromiso, terapia de procesamiento cognitivo, activación conductual, etc.) incluye un grupo diverso de intervenciones (reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, desensibilización sistemática, técnicas de exposición, técnicas operantes, técnicas aversivas, técnicas de autocontrol, modelado, biofeedback, condicionamiento encubierto, detención del pensamiento, entrenamiento de habilidades sociales, etc.), sin embargo, los tratamientos comparten varios supuestos (Friedman, Thase & Wright, 2008):

- 1) Psicoeducación: el paciente debe aprender acerca de la naturaleza de sus dificultades.
- 2) Tareas: son ejercicios que el paciente realiza fuera de la sesión para proporcionarle la oportunidad de practicar los métodos terapéuticos que mejoran la generalización de las habilidades recién adquiridas.
- 3) Evaluación objetiva de la enfermedad: es una parte integral del tratamiento, y la selección de las estrategias terapéuticas se deriva lógicamente de esas evaluaciones.
- 4) Métodos terapéuticos: son estructurados y directivos, y requieren un alto nivel de actividad del terapeuta.
- 5) Duración: para la mayoría de los trastornos, las terapias cognitivas y conductuales son intervenciones limitadas en el tiempo.
- 6) Basada en evidencia: estas terapias se basan en la evidencia empírica que valida su orientación teórica y guía la elección de las técnicas terapéuticas.

La TCC ha sido adaptada para pacientes con diversos niveles de educación, clase económica y edad. Se utiliza en los formatos de grupo, pareja y familia para el tratamiento de numerosos trastornos.

## **6.1. Evidencia de la Terapia Cognitivo Conductual**

Como se mencionó anteriormente, existe evidencia sobre la eficacia de la TCC para el tratamiento de los trastornos mentales. Un considerable número de ensayos controlados aleatorios y varios meta-análisis apoyan a la TCC como un tratamiento eficaz en la depresión mayor, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, bulimia nerviosa, estrés postraumático, esquizofrenia, ansiedad generalizada, trastornos somatoformes y dolor crónico, desorden de personalidad borderline, abuso de alcohol, hipocondriasis, trastornos del sueño, y TB (Leichsenring et al., 2006)

Uno de los primeros estudios de la TCC en TB fue realizado por Cochran (1984). El estudio evaluó la eficacia de una intervención preventiva basada en el cumplimiento de los principios de la TCC en 28 pacientes ambulatorios de nuevo ingreso, medicados con litio. La mitad recibió solo la medicación y el resto recibió también la intervención cognitivo conductual. Los resultados mostraron que la intervención mejoró significativamente la adherencia al tratamiento médico, tanto después de la intervención como en la evaluación de seguimiento seis meses posteriores al tratamiento.

Lam et al. (2000), en un estudio con 25 pacientes medicados, realizó una intervención en dos grupos aleatorizados, el grupo control recibió el tratamiento farmacológico y el otro se le añadió la TCC de entre 12 y 20 sesiones adaptadas al TB con una duración seis meses. Los resultados mostraron que el grupo de tratamiento con la TCC tuvo significativamente menos episodios bipolares, alto funcionamiento social, y mejores estrategias de afrontamiento para pródromos bipolares.

Scott, Garland y Moorhead (2001) realizaron un estudio en una población adulta con una muestra de 21 participantes, quienes fueron evaluados y luego asignados al azar la TCC inmediata o seis meses de control de lista de espera. A los seis meses de seguimiento, los pacientes asignados a la TCC mostraron estadísticamente significativas mejorías en los síntomas y en funcionamiento en

comparación con el grupo de lista de espera, a los que posteriormente se les aplicó también la TCC. Además las tasas de recaída 18 meses después del tratamiento mostraron una reducción del 60%.

Pavuluri et al. (2004) realizaron una intervención a 34 participantes bipolares con una media de 11.3 años de edad, combinando la TCC y la Terapia Centrada en la Familia, una intervención psicosocial TB pediátrico que está diseñado para su uso junto con la farmacoterapia. Realizaron mediciones sobre integridad, adherencia y satisfacción respecto al tratamiento. La gravedad de los síntomas y el funcionamiento se evaluaron pre y post tratamiento, a través de la Escala Clínica de Impresión Global para el TB (*CGI-BP*, por sus siglas en inglés: *Clinical Global Impression Scales for Bipolar Disorder*) y la Escala de Evaluación Global en Niños (*CGAS*, por sus siglas en inglés: *Children's Global Assessment Scale*) respectivamente. Al término de la terapia, los pacientes mostraron reducciones significativas en las puntuaciones de gravedad en la escala *CGI-BP* y significativamente más altos puntajes *CGAS*, en comparación con puntajes previos al tratamiento.

Otro estudio similar se llevó a cabo con 26 familias de niños entre seis y doce años de edad con un diagnóstico de TB. Se les proporcionó un tratamiento de doce sesiones combinando la TCC con el enfoque centrado en la familia. Los resultados indicaron una mejoría significativa en los síntomas maníacos, sin embargo no hubo una mejoría significativa para en los síntomas depresivos. Además, los padres informaron tener una mayor capacidad para hacer frente a la enfermedad de su hijo, aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos. Los investigadores sugieren que la TCC proporcionada junto con la farmacoterapia puede ayudar a alcanzar la remisión de los síntomas, así como aumento de afrontamiento psicosocial y el bienestar general de los niños y los padres (West et al., 2009).

Feeny, Danielson, Schwartz, Youngstrom y Findling (2006), probaron la viabilidad y eficacia preliminar de una intervención cognitivo-conductual para adolescentes con diagnóstico de TB. En base a una revisión de la literatura existente,

identificaron los problemas comunes en esta población y desarrollaron los componentes de la intervención que incluyen: psicoeducación, el cumplimiento del régimen médico, el seguimiento estado de ánimo, la identificación y modificación de pensamientos desadaptativos, la identificación de los estresores detonantes; control del sueño y la comunicación familiar. La muestra estaba compuesta por 16 participantes entre los 10 y 17 años, mismos que cumplían los criterios para un diagnóstico TB I, II o no especificado. El tratamiento consistía en 12 sesiones individuales; todos los participantes fueron tratados bajo el mismo protocolo de tratamiento en el mismo orden, con la excepción de dos sesiones opcionales (sesiones 10 y 11), las cuales fueron elegidas de forma individual sobre la base de las necesidades específicas de los participantes. Los resultados preliminares apoyan la viabilidad y eficacia de la intervención cognitivo-conductual.

Un estudio dirigido por Kopsahili, Papadaki, Giakoumaki, y Tsapakis (2013), con 40 participantes diagnosticados con TB I, se realizó para comprobar la efectividad de la TCC en formato grupal. Al finalizar las 16 semanas de tratamiento y después de un año de seguimiento, la combinación de la TCC grupal y el tratamiento farmacológico demostró ser eficaz para mejorar significativamente la adherencia al tratamiento en pacientes con TB.

Otro estudio sobre la eficacia de la TCC en formato grupal fue realizado por Patelis-Siotis (2001), quien concluyó que la adición de la TCC grupal al tratamiento farmacológico estándar era aceptable para los pacientes, y casi el 80% de los pacientes cumplieron con el tratamiento; se observó que el funcionamiento psicosocial aumentó significativamente al final del tratamiento, aunque sugiere se debe investigar más la aplicación de la TCC grupal.

En una revisión de ensayos clínicos controlados acerca de la utilidad de la TCC como tratamiento del paciente con TB I se encontró que la TCC incrementa la adherencia al tratamiento farmacológico, disminuye significativamente las recaídas en el primer año así como los síntomas depresivos, las hospitalizaciones y la duración de los episodios. Demuestra una eficacia similar a la *FTT* y la *IPSRT* (Chávez-León et al., 2014).

Otra revisión realizada por Hollon y Ponniah (2010) en 125 estudios aleatorios controlados con respecto a la reducción de los síntomas agudos y la prevención de la recaídas y recurrencia, la TCC y la *FFT* resultan eficaces como tratamiento del TB, respecto a la *IPSRT* posiblemente sea eficaz como complemento a la medicación en el tratamiento en episodios depresivos. Lolic, Vázquez, Álvarez, y Tamayo (2012), respaldan a Hollon y Ponniah, además defienden la eficacia de la psicoeducación para el tratamiento del TB.

A pesar de los esfuerzos e investigaciones que se han realizado en diversas poblaciones sobre la eficacia de la TCC en el tratamiento del TB, Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, y Fang (2012) afirman hay poca evidencia de que la TCC como un tratamiento independiente (en lugar de como un complemento a la farmacoterapia) es eficaz para el tratamiento del TB. Por otra parte, aquí se ha presentado varios estudios preliminares demostraron que la viabilidad y utilidad de la TCC en el tratamiento del TB, sin embargo, la mayoría han estudiado la TCC como un complemento a otro modelo terapéutico o como complemento a la farmacoterapia en comparación con la farmacoterapia sola y, por lo tanto, generalmente no se han controlado adecuadamente. Además el número reducido de las muestras pone en duda la generalización de los resultados. Los hallazgos son prometedores, sin embargo, no hay conclusiones definitivas sobre la eficacia de la TCC en el TB (Basco et al., 2007)

## **6.2. Descripción del tratamiento**

Bajo las pautas de la TCC se han diseñado una serie de objetivos que guían el tratamiento para el TB. Por ejemplo, Scott et al. (2001), se centró en 4 objetivos principales:

- 1) La socialización y el desarrollo individualizados de una formulación de objetivos de tratamiento.

- 2) Los enfoques cognitivos y conductuales para el manejo de los síntomas y pensamientos disfuncionales.
- 3) Mejorar la adherencia al tratamiento y modificar las creencias desadaptativas.
- 4) Prevención de recaídas.

Brondolo y Mas (2001), proponen un tratamiento que consiste en intervenciones conductuales, cognitivas e interpersonales. El tratamiento se administra principalmente por un psicólogo y un psiquiatra. La psicoterapia ayuda al paciente a especificar los objetivos para mejorar su calidad de vida e identificar estrategias para alcanzarlos. Esta información es proporcionada al psiquiatra, mismo que evalúa los síntomas y proporciona los medicamentos necesarios para estabilizar el estado de ánimo. En su propuesta identifican tres objetivos conductuales de tratamiento: la prevención del suicidio, el establecimiento de metas personales y profesionales individualizadas. El objetivo de las intervenciones cognitivas es hacer frente a la vergüenza, la actitud defensiva, y el miedo que puede provocar resistencia al tratamiento, mientras que la aceptación y el apoyo comunicada por el terapeuta pueden reducir la desesperanza que puede acompañar al TB.

Otto, Reilly-Harrington y Sachs, (2003), proponen cinco directrices para guiar el tratamiento del TB: (1) adherencia a la medicación, (2) la detección e intervención temprana, (3) trabajar con el estrés y el estilo de vida, (4) el tratamiento de condiciones comórbidas, y (5) tratamiento de la depresión bipolar.

Aunque todas las investigaciones y protocolos de tratamiento utilizados en los ensayos clínicos son de gran importancia para verificar la eficacia de la TCC, la revisión de la literatura resalta tres modelos para el tratamiento del TB (Lam et al., 2010; Basco & Rush, 2005; Newman, et al., 2009). La primera limitación es que los tres modelos, y casi todos los estudios publicados, se ocupan del tratamiento del TB en la fase de mantenimiento. No se recomienda la aplicación de la TCC durante una manía aguda, y los datos sobre la utilidad de la TCC durante la depresión bipolar aguda apenas comienzan a emerger (Parikh y Scott, 2010).



#### A) Modelo de Dominic H. Lam.

Etapa 1: Introducción al modelo de diátesis-estrés, revisión de la historia de los síntomas, automonitoreo, generar lista de objetivos.

Etapa 2: Introducción a la programación de actividades, monitoreo de pensamientos, desafiar creencias irracionales, experimentos conductuales, la identificación de los pródromos, cumplimiento de la medicación (análisis de costos-beneficios).

Etapa 3: Revisión de técnicas cognitivo conductuales, problemas de autocontrol, cuestiones relacionadas con las relaciones interpersonales.

#### B) Modelo de Mónica R. Basco

Etapa 1: Psicoeducación sobre la TCC, el TB, la medicación y la sintomatología.

Etapa 2: Herramientas cognitivas del pensamiento, el análisis de los pensamientos automáticos negativos, los cambios cognitivos en la depresión y la manía.

Etapa 3: Herramientas conductuales para aspectos relacionados con la depresión y la manía.

Etapa 4: Evaluación, desarrollo y resolución de problemas psicosociales.

#### C) Modelo de Cory F. Newman

Fase 1: Introducción al TB, tareas de la terapia, sesgos cognitivos y su evaluación.

Fase 2: Reconocimiento de los signos de advertencia y consecuencias, registros de pensamiento, programación de actividades, autoreportes e informes familiares, incremento del dominio y el placer.

Fase 3: Medicación y estrategias para el cambio

Fase 4: Estrategias de intervención para problemas interpersonales.

A continuación se describen brevemente las técnicas más utilizadas de los modelos de Lam (2010), Basco y Rush (2005) y Newman (2009); pero es necesario tener presente que estas técnicas están concebidas para aplicarse en el

contexto de un plan de tratamiento y que puede ser necesario modificar el nivel de supervisión y la medicación:

#### 6.2.1. Psicoeducación

En la TCC, el terapeuta proporciona la información necesaria para asegurar que el paciente comprende el modelo y cómo puede afrontar el trastorno. Un paciente bien informado puede ser un participante más activo en el proceso terapéutico.

#### 6.2.2. La detección de los síntomas

Los pacientes que reciben el TCC aprenden a observar e identificar efectivamente sus síntomas, de modo que pueden detectarlos en los primeros momentos de su desarrollo, lo que permite la intervención temprana que evita el desarrollo de un episodio agudo.

Existen tres herramientas para detección de los síntomas:

1. Representaciones gráficas del curso de su vida: una línea histórica que represente los episodios del trastorno.
2. Representaciones gráficas del estado de ánimo: evaluaciones diarias del estado de ánimo u otros síntomas que probablemente cambien en los primeros momentos durante el curso de un episodio del trastorno
3. Un resumen de los síntomas: una lista de síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que ocurren durante los episodios depresivos, de manía y mixtos.

#### 6.2.3. Registro de pensamientos

El psicoterapeuta puede enseñar a los pacientes a identificar y examinar los pensamientos hiperpositivos de la misma forma que les enseña a identificar y modificar los pensamientos depresivos. Los pacientes bipolares que se encuentran en una fase exaltada pueden interpretar el uso del Registro de

Pensamientos como un intento de hacerles llevar una vida aburrida. Es vital que el psicoterapeuta aborde esta cuestión y ofrezca respuestas racionales en forma de explicaciones breves que generen niveles saludables de optimismo y satisfacción. Los pacientes utilizar estas explicaciones durante la semana a modo de recordatorio. Veamos a continuación algunos ejemplos:

- “Es mejor ir paso a paso. No se tiene que hacer todo a la vez”
- “Controlo mejor las cosas cuando reflexiono con calma”
- “En lugar de hacer una escena es mucho mejor que muestre un poco de calma y dignidad”

El Registro diario de los pensamientos disfuncionales, proporciona una estructura para la evaluación del pensamiento de una manera objetiva.

#### 6.2.4. Contrarrestar las creencias sobre el suicidio

Las creencias negativas de un estado depresivo que parecen apoyar la viabilidad del suicidio y es tarea del psicoterapeuta ayudar al apaciente a aclarar estas creencias peligrosas y distorsionadas con el fin de que considere otras creencias más racionales. Cuanto mayor sea el número de las creencias irracionales, más arduo será el proceso de contrarrestarlas de una manera racional. Las creencias más comunes en pacientes con TB se enlistan a continuación (Newman, 2009):

- Creencia 1: “La única manera de resolver mis problemas es quitarme la vida”
- Creencia 2: “Soy una carga para los demás y sería mejor estar muerto”
- Creencia 3: “Soy un ser despreciable que no merece vivir”
- Creencia 4: “Sólo la muerte puede acabar con mis insoportables emociones”
- Creencia 5: “Los demás me tratan tan mal que me voy a matar para darles una lección”

#### 6.2.5. Comprobar la realidad de las creencias y los pensamientos hiperpositivos

El objetivo es ayudar a los pacientes a sopesar las pruebas de una manera más imparcial y objetiva, y con un trasfondo general de esperanza. Si un paciente muestra síntomas hipomaniacos o maníacos, el psicoterapeuta intentará ayudarle a comprobar la realidad de sus pensamientos hiperpositivos. El objetivo no es entristecer al paciente, sino ayudarle a examinar los hechos con más cuidado, y quizá evaluando la opinión de otras personas, antes de dejarse llevar por sus creencias y moderar sus puntos de vista.

#### 6.2.6. Evaluar la duración y la intensidad de los sentimientos

Los pacientes que experimentan fases maniacas suelen manifestar unos estados afectivos muy intensos pero de carácter transitorio. Es por esto necesario comprobar la duración de las emociones antes de dejarse arrastrar por ellas; para ello se les pide a los pacientes que lleven un registro diario de la intensidad de sus emociones en relación con alguna situación o persona usando una escala de 0 a 100, donde:

- a) 0 = indiferencia
- b) 20 = sentimientos leves
- c) 40 = sentimientos de intensidad moderada sin necesidad de exteriorizarlos
- d) 60 = sentimientos fuertes que se quieren expresar verbalmente
- e) 80 = sentimientos muy fuertes que incitan a la acción
- f) 100 = sentimientos abrumadores que consumen al paciente y le obligan a actuar

#### 6.2.7. El deseo de experimentar estados de euforia

El psicoterapeuta puede recurrir a la colaboración y pedirle al paciente que explique con detalle las ventajas y los inconvenientes de un estado eufórico y de un estado equilibrado y estable, de esta manera evalúan los pros y los contras de conductas destructivas alimentadas por los estados hipomaniacos o maniacos.

Para modificar las creencias relacionadas al deseo de experimentar la euforia, se han desarrollado cinco estrategias básicas:

1. Hablar sobre el bajón que sufren los pacientes eufóricos y que les hace caer en una profunda depresión.
2. Recordar las consecuencias negativas de la conducta eufórica e irritable.
3. Recordar a detalle las ocasiones donde un estado de ánimo normal se ha asociado a una sensación de satisfacción.
4. Buscar maneras de disfrutar de la vida dentro de unos límites razonables para el estado de ánimo y la conducta.
5. Recurrir a la biblioterapia (terapia basada en la lectura).

#### 6.2.8. El control de los síntomas conductuales

En la depresión, se da a menudo una autocrítica sobre la falta de actividad que debería evaluarse mientras se llevan a cabo las intervenciones conductuales. El aumento de la estimulación mental en la manía puede hacer que el paciente planee demasiadas actividades, la mayoría de las cuales están poco organizadas; mientras que en la depresión, el paciente generalmente se encuentra demasiado abrumado para organizar e iniciar actividades. Si el paciente realiza una lista de todas las acciones o conductas que quiere o tiene que realizar, es más probable que las realice. Tanto para la depresión como para la manía, las intervenciones conductuales, implican el establecimiento de objetivos, la planificación y la ejecución de una serie limitada de actividades.

Tanto el paciente maníaco como el deprimido crearán listas con más actividades de las que pueden llevar a cabo de forma inmediata. Posteriormente se jerarquizan las actividades propuestas, según su prioridad y se asignarán solo aquellas actividades que puedan ser realizadas de forma realista.

### 6.2.9. Relajación y control de la respiración

La euforia y la irritabilidad características de los pacientes hipomaniacos y maníacos se pueden modular en cierta medida mediante ejercicios físicos que reducen la actividad del sistema nervioso simpático. Las técnicas habituales de relajación ayudan a los pacientes a reducir el nivel de adrenalina y la intensidad de su excitación, con lo que se reduce el riesgo de que actúen bajo el influjo de sus emociones extremas.

### 6.2.10. Contrato conductual

El contrato conductual está diseñado para identificar y eliminar los obstáculos que dificultan la adherencia, es por eso que resulta de utilidad desde el principio del tratamiento. Este elemento ayuda a los pacientes a anticipar los problemas relacionados con la adherencia antes de que ocurran.

### 6.2.11. Contrato antisuicidio

Cuando un paciente presenta ideación suicida, puede ser conveniente negociar con él un contrato antisuicidio, en el que se especifiquen los siguientes aspectos:

- Técnicas de autoayuda en caso de que el paciente sienta impulsos suicidas y no pueda comunicarse con el psicoterapeuta o con su red de apoyo.
- Medidas para casos de emergencia.
- Una lista de personas que conformen una red de apoyo a la que pueda avisar si siente impulsos suicidas y necesita compañía.
- Una declaración del paciente en la que exprese su intención de vivir, de participar voluntariamente en el proceso terapéutico.

### 6.2.12. Programación de actividades

El programa de actividades permite a los pacientes registrar sus actividades cotidianas y de esta manera puede centrar la atención en algo importante y

concreto. Es conveniente para los pacientes que una vez que planificaron las actividades, depuren las menos prioritarias, así el psicoterapeuta puede darse cuenta si el paciente no quiere hacer la depuración y examinar sus creencias al respecto. Además, al programar las actividades, se pueden observar los efectos en su estado de ánimo.

#### 6.2.13. Control de los estímulos

Los pacientes con TB harán bien en reducir o evitar por completo actividades como las siguientes:

- Consumir alcohol u otras sustancias no prescritas.
- Gastar grandes sumas de dinero sin supervisión
- Exceso de generosidad, amistad o confianza con personas relativamente desconocidas
- Actividades que requieran el uso de armas o actividades riesgosas
- Reunirse con personas con las que suele realizar actividades imprudentes.
- Actividades, trabajos o responsabilidades cuyo horario altere el ritmo circadiano o la alimentación.

#### 6.2.14. La regla de esperar 48 horas antes de actuar

Esta técnica se basa en pedir a los pacientes que se comprometan a tomar nota del día y la hora en que les ocurra una nueva idea riesgosa, que sea insensata, atrevida, arriesgada o fuera de lo común y que esperen 48 horas antes de llevarla a cabo. Al mismo tiempo se les pide seguir la regla pedir la opinión a dos personas respecto a esa idea con el objetivo de dar a los pacientes una oportunidad de reconsiderar si deben ceder o no a sus impulsos y evitar el error causado por un estado de gran excitación emocional.

#### 6.2.15. Consultar a personas de confianza

Para prevenir estas situaciones riesgosas para el paciente, con anterioridad se debe pactar que los planes que tenga y que no respalde plenamente el psicoterapeuta quedarán suspendidos hasta que el paciente haya pedido la opinión de al menos de otras dos personas.

#### 6.2.16. Comparar los pros y los contras

Cuando el psicoterapeuta considera que un paciente bipolar está adoptando una conducta imprudente, de forma sutil le pedirá que evalúe los pros y los contras de llevar a cabo dicha conducta.

#### 6.2.17. Adoptar el papel de abogado del diablo

En esta técnica se reta a los pacientes a expresar verbalmente otros puntos de vista que antes se negaba a considerar; en un debate el paciente toma esta postura y el terapeuta defiende la postura del paciente y el resultado es que el paciente encuentra viables otros puntos de vista contrarios. El psicoterapeuta pide entonces al paciente experimente comportándose de una manera coherente con la nueva forma de pensar. Otra ventaja de esta técnica se demuestra cuando el psicoterapeuta defiende con precisión la postura del paciente en un debate, éste se da cuenta de que el psicoterapeuta le ha estado escuchando con atención.

#### 6.2.18. Imaginar las consecuencias negativas

Los estados eufóricos e impulsivos dificultan que los pacientes puedan predecir las consecuencias negativas que pueden derivarse de sus actos. El paciente eufórico sólo prevé resultados positivos y las consecuencias no parecen importarle, es por eso que los estados maniacos dificultan que los pacientes puedan predecir las consecuencias negativas de sus conductas, lo que pone en evidencia que no suelen tener la capacidad para controlar su propia conducta. Sin



embargo, si se le incita a imaginar las consecuencias negativas se les puede ayudar a superar este problema. Posteriormente, el psicoterapeuta debe preguntar al paciente qué piensa de estas posibles consecuencias enfatizando en la probabilidad de que sucedan, evaluando el impacto terapéutico que ha tenido la técnica en el paciente y la medida en que ha reforzado los principales objetivos de la intervención.

#### 6.2.19. Sentarse y escuchar

Los pacientes en fase maniaca tienden a estar siempre de pie y cuando intervienen en una conversación no saben escuchar, pueden experimentar fuga de ideas y parecen incapaces de prestar atención a los comentarios o ideas de los demás.

Hay dos técnicas que pueden ser muy útiles para aliviar temporalmente estos problemas.

- 1) Hacer que los pacientes se sienten cuando se den cuenta de que están hablando o gesticulando en exceso.
- 2) Decirle al paciente que concentre su atención escuchando lo que dicen los demás.

#### 6.2.20. Experimentos conductuales

Los experimentos conductuales suponen que el paciente participe en una experiencia real para comprobar la veracidad de sus creencias y se deben usar para comprobar las creencias negativas durante los episodios afectivos.

Este método ha demostrado su eficacia con pacientes deprimidos cuyas expectativas negativas y desesperanza les impiden actuar sobre su entorno para provocar cambios y obtener refuerzos positivos. Sin embargo, cuando un paciente bipolar se encuentra en una fase hipomaniaca o maniaca la técnica se debe utilizar con precaución, puesto que los pacientes eufóricos, a diferencia de los disfóricos, tienden a experimentar demasiado con sus creencias; en tal caso, el

psicoterapeuta puede usar los experimentos conductuales para demostrar la conveniencia de no seguir una idea hiperpositiva.

#### 6.2.21. Aumento del dominio y del placer

En colaboración con el psicoterapeuta, el paciente, puede hacer una lista de las actividades que encuentra interesantes o agradables, y comprometerse a hacer tantas como pueda a modo de antídoto contra el suicidio. Mejorar la autoeficacia y recuperar el optimismo, es una de las mejores maneras de conseguir que un paciente vuelva a conectarse con la vida, es favorable convencerlo de la necesidad de realizar actividades agradables y productivas; con un poco de motivación generada por el psicoterapeuta, el paciente puede llegar a hacer lo que haría normalmente si su estado de ánimo fuera bueno aunque ahora no lo sea, pues claro es que un paciente en la fase depresiva seguramente no llenara su agenda con cosas interesantes que hacer.

#### 6.2.22. La solución de problemas psicosociales

Si el número de sesiones se limita por cuestiones económicas, puede que no haya tiempo suficiente para un completo entrenamiento de habilidades. Sin embargo, conforme el psicoterapeuta ayuda al sujeto a solucionar las crisis, puede enseñar habilidades de solución de problemas con el objetivo de establecer una estructura para enfrentar futuros problemas cuando el terapeuta no puede estar presente.

1. La identificación y definición del problema es el primer paso para su solución, pero puede estar distorsionado por el estado de ánimo del paciente. Se le debe instruir al paciente para centrarse sobre la conducta, la situación o el momento específico y las circunstancias que le generan un conflicto.
2. Posteriormente se deben generar posibles soluciones al problema. Se puede elaborar una lista con todas las posibles soluciones sin evaluar viabilidad y después de revisar cada una de ellas, eliminando las soluciones no razonables. Las opciones resultantes después de la depuración se jerarquizan

en función de su probabilidad de éxito o de acuerdo con sus ventajas y desventajas.

3. Se procede a la ejecución de la solución. Es necesario especificar cómo, cuándo, y por quién se llevará a cabo la solución evaluando los resultados y, si no son completamente satisfactorios, se revisa el plan existente para abordar mejor el problema.

#### 6.2.23. La reducción de los estímulos estresantes psicosociales

Los episodios afectivos interfieren con el funcionamiento óptimo del hogar, el trabajo y en las relaciones sociales. La inactividad, la irritabilidad o la impulsividad, son estresores que afectan negativamente al paciente y a los miembros de su familia. La terapia debe centrarse en trabajar para neutralizar estímulos estresantes psicosociales y es conveniente para el paciente enseñarle habilidades para afrontar los nuevos problemas conforme se van presentando y proporcionarles retroalimentación correctiva sobre sus habilidades de comunicación interpersonal, de tal modo que puedan mantener relaciones saludables.

#### 6.2.24. La comunicación interpersonal

Uno de los obstáculos más frecuentes de la comunicación efectiva son las emociones, las cuales pueden distorsionar los mensajes. Así como los cambios cognitivos en la actitud y conducta, los cambios emocionales también afectarán la emisión y recepción de los mensajes, ocasionando que el oyente entienda cosas diferentes de las que se intentaron enviar, desarrollándose la tensión o el conflicto. La TCC busca reducir la distorsión en la comunicación, de modo que el paciente pueda enviar mensajes a los demás de manera eficaz y recibirlos sin malinterpretarlos. Las siguientes estrategias de comunicación que ayudarán a este proceso:

- Permanecer tranquilo(a).
- Ocupar el tiempo necesario para pensar sobre un problema y su posible solución antes de discutirlo con los demás.
- Ser específico.
- Ser claro.
- Escuchar reflexivamente.
- Ser flexible.
- Ser tolerante.

La clave para el entrenamiento en comunicación exitosa se determina al enlentecer el proceso, de modo que se le puedan retroalimentar al paciente sobre su calidad de comunicación.

#### 6.2.25. Apoyo social

Por desgracia, los síntomas depresivos del TB tienen un potencial muy elevado para dañar las relaciones interpersonales de los pacientes, incluso pueden hacer que los pacientes eviten el contacto social y frecuentemente tratan de demostrar o justificar su continuo aislamiento. Si el paciente está solo o vive aislado, uno de los principales objetivos de la psicoterapia será ayudarlo a establecer y mantener unas relaciones sanas con otras personas, puesto que un buen sistema de apoyo es esencial para el tratamiento del TB.

Las técnicas descritas se retoman de los tres modelos, los cuales son similares en muchos aspectos, pero cada uno posee un estilo particular que lo diferencia de los otros dos. En la Tabla 1 se presenta una comparación del contenido de cada una de las fases de los tres modelos.

Tabla 1.

*Comparación de los modelos para el tratamiento del Trastorno Bipolar*

| Dominic H. Lam   | Monica R. Basco   | Cory F. Newman   |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación.</li> <li>• Énfasis en el modelo diátesis-estrés.</li> <li>• Identificación de pródromos.</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación.</li> <li>• Cumplimiento de la medicación.</li> <li>• Identificación de pródromos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación.</li> <li>• Evaluación cognitiva.</li> <li>• Identificación de los pródromos.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas cognitivas y conductuales para el control de los episodios afectivos.</li> <li>• Cumplimiento de la medicación.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas cognitivas para el control de la manía y la depresión.</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas cognitivas y conductuales para la fase maniaca y depresiva.</li> </ul>                         |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas conductuales para el control de las fases bipolares.</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicación.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de los resultados.</li> <li>• Relaciones interpersonales.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de los resultados.</li> <li>• Relaciones interpersonales.</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de resultados.</li> <li>• Problemas interpersonales.</li> </ul>                              |

Analizando esta comparación se puede notar que:

- a) Los tres modelos enfatizan la utilización de la psicoeducación desde el inicio del tratamiento.
- b) La identificación de los pródromos es un elemento esencial en la primera fase de cada modelo.
- c) Las técnicas cognitivo conductuales son el componente de mayor importancia en el tratamiento y forma parte de las fases intermedias en cada uno de los modelos.
- d) Los tres modelos retoman la adherencia al tratamiento farmacológico, sin embargo, cada uno lo aborda en diferentes momentos del tratamiento.
- e) La evaluación de resultados es un elemento determinante en la última fase de cada modelo.
- f) Los problemas relacionados con las relaciones interpersonales se abordan en la última fase del tratamiento en los tres modelos.

Podemos notar que a pesar de las diferencias, los tres modelos comparten los mismos elementos, aunque pueden presentar diferente orden o enfatizar más en unos elementos que en otros.

## 7. PROPUESTA

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han impactado de modo sorprendente a la sociedad. En los últimos años, existe un creciente interés en el uso de tecnologías avanzadas para apoyar el bienestar humano. La eSalud, también denominada Cibersalud, forma parte de esta revolución tecnológica, y se refiere a la utilización de las TICs en el campo de la salud. La OMS (2011), especifica que la eSalud consiste *"en el apoyo que la utilización costoeficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud"*. También define la telesalud como la prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente donde la distancia es una barrera para recibir atención de salud.

En diversos países se han desarrollado departamentos académicos o gubernamentales en pro de la eSalud. Por ejemplo, la Red de Telesalud de las Américas (Red TSA), ha puesto en marcha una novedosa herramienta, la estación de telemedicina móvil, que consiste en un maletín portátil compuesto por un ordenador, diferentes dispositivos digitales (otoscopio, oftalmoscopio, microscopio y dermatoscopio), cámara digital de alta resolución, negatoscopio y antena de conexión satelital. Este maletín permite dar apoyo especializado a los médicos

rurales y locales de atención primaria de la salud alejados de los grandes centros urbanos (Bill, Crisci & Canet, 2014).

En el campo de la salud mental, la ciberterapia ha comenzado a avanzar en el tratamiento de una variedad de trastornos. La ciberterapia es una modalidad de psicoterapia que utiliza las tecnologías digitales para sustituir o complementar el tratamiento psicoterapéutico presencial; incluye el tratamiento psicológico computarizado y el uso de la realidad virtual para el tratamiento de los trastornos mentales. Se han diseñado intervenciones para la depresión, las fobias, el estrés postraumático, la ansiedad, el abuso de sustancias, la obesidad, etc. (Wiederhold & Riva, 2014; Spagnolli, Bracken & Orso, 2014).

En 2007, el gobierno federal mexicano puso en marcha el Programa de Acción de Telesalud, enfocado a ampliar el acceso y mejorar la calidad, la efectividad y la continuidad de la atención médica, con el objetivo es lograr que el Estado sea un ente regulador y promotor responsable del potencial de las TICs en aplicaciones médicas. El programa define un marco de trabajo que va de la investigación hasta la implementación para favorecer la cobertura universal de salud (Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2007). Desgraciadamente, los esfuerzos siguen siendo escasos e insuficientes para cubrir las necesidades de los pacientes.

Afortunadamente se han desarrollado herramientas digitales en pro de la salud mental. Muestra de ello es el desarrollo de la mSalud, que se refiere a la utilización de los dispositivos móviles (teléfonos móviles, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos inalámbricos) como apoyo para la medicina y la salud pública (OMS, 2011).

Según Nuñez (2014) se ha presentado un gran despliegue respecto a mSalud para facilitar desde la comunicación entre el paciente y el médico. En el campo de la medicina se han desarrollado diversas aplicaciones en beneficio de los pacientes, por ejemplo:

- Dengue App: permite tener un mejor control y facilitar el diagnóstico de casos de dengue en zonas afectadas.

- Doctor App: ayuda a tener una comunicación más constante y efectiva con los médicos de confianza.
- Historia Clínica Digital: facilita el almacenamiento y resguardo de expedientes digitales.

Alcayaga (2014) llevó a cabo un estudio con el objetivo de mostrar un modelo de comunicación y seguimiento médico destinado a facilitar la comunicación entre profesionales de la salud y los pacientes, facilitando el proceso de diagnóstico y tratamiento de la *diabetes mellitus* de tipo 2. Se utilizó un teléfono móvil como herramienta de comunicación, integrado con la atención presencial que se brinda en los centros de salud, obteniendo resultados satisfactorios.

Por otro lado, los avances de la mSalud en el campo de la psicología no se quedan atrás. Oliver et. al (2013) realizaron un estudio para analizar y comparar la eficiencia y viabilidad de un sistema digital y un sistema de Lápiz y Papel, para el registro de ingesta y actividad física en adolescentes con sobrepeso. Encontraron que los dispositivos móviles son un sistema más fiable que el registro con lápiz y papel, que permite confiar más en los datos registrados por los niños con obesidad, respecto a la ingesta y a la actividad física.

En un estudio realizado por Bresó, Ferrer y Giorgi (2013) pone a prueba un instrumento de evaluación de la percepción emocional mediante dispositivos móviles a través de una aplicación desarrollada para *iOS* y *Android*. Los resultados indican una confiabilidad satisfactoria, alentando el uso de dispositivos móviles en la evaluación psicológica.

Otro estudio reciente fue el realizado por Serino et al. (2014), que tenía el objetivo de probar la eficacia de los teléfonos inteligentes y tabletas el control del estrés psicológico. Los resultados mostraron una disminución significativa en la excitación y la frecuencia cardíaca. Los ejercicios de control del estrés (*biofeedback* o relajación) realizados con la aplicación fueron eficaces para reducir el nivel de estrés psicológico de los usuarios.



En relación a los trastornos relacionados con el estado de ánimo se han desarrollado aplicaciones móviles para apoyar al tratamiento psicoterapéutico. Por ejemplo: *Happy Habits: choose happiness*, utiliza técnicas de la TCC, propias de la investigación de la psicología positiva; *Optimism* es un conjunto de aplicaciones de autoseguimiento diseñadas para la depresión, la ansiedad y el trastorno por estrés postraumático. La aplicación *Centinelas nocturnos* fomenta el sueño plácido; *Sleep* y *Sleep Cycle* son un reloj despertador y monitores del ciclo de sueño (La nación, 2013).

En la actualidad, el uso de teléfonos inteligentes con la capacidad para soportar aplicaciones móviles va en aumento. Según los datos proporcionados por *The Competitive Intelligence Unit*, la penetración de *Smartphones* (teléfonos inteligentes) en México al primer trimestre de 2013 es de 28.1% con 26.36 millones de dispositivos en México (CIU, 2013). Por esta razón, aunada a la evidencia existente respecto al beneficio de la incorporación de las herramientas tecnológicas al campo de la salud mental, se propone el desarrollo de una aplicación móvil diseñada para auxiliar el tratamiento psicoterapéutico de pacientes diagnosticados con TB.

El objetivo principal de esta aplicación es el automonitoreo del paciente. De tal manera que en base a los indicadores de la aplicación se pueda prevenir un episodio agudo.

Una vez iniciado el tratamiento el psicoterapeuta facilitará la instalación de la aplicación en un dispositivo móvil que sea propiedad del usuario; deberá explicar la función e importancia que tiene el uso de la aplicación en dicho tratamiento. Así mismo deberá enseñar al paciente a utilizarla correctamente.

La aplicación móvil tiene 3 funciones específicas:

- 1) Establecer una rutina

Como se ha mencionado anteriormente, existe un evidente desequilibrio rutinario en los pacientes bipolares; mientras que la fase depresiva del TB se caracteriza por la disminución de las actividades cotidianas y la pérdida

de interés en las actividades placenteras, en la fase maniaca predomina el exceso de actividades que no se concluyen.

Dentro del tratamiento cognitivo conductual, se sugiere el acuerdo de una lista de actividades que el paciente se compromete a realizar tanto en la fase maniaca como en la depresiva. Por esta razón, una de las principales funciones de esta aplicación es el automonitoreo de las actividades pactadas durante la sesión terapéutica.

El terapeuta generará entonces una lista de actividades para realizar entre sesión y sesión. Sólo el terapeuta, a través de una contraseña podrá editar dicha lista; el paciente solo tendrá la posibilidad de activar una casilla para verificar la realización de la actividad, y de esta forma continuar con la siguiente actividad. La lista podrá irse modificando cada sesión según las necesidades específicas de cada paciente. El objetivo terapéutico es lograr que el paciente se acople a una rutina de actividades, promoviendo la disciplina y organización de las actividades cotidianas.

Si hay tareas terapéuticas específicas, se podrán agregar a dicha lista.

## 2) Fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico

Otra de los principales obstáculos que se presentan en el TB, es la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. La aplicación móvil tendrá entonces una función para verificar el cumplimiento de dicho tratamiento. El sistema emitirá un sonido como recordatorio del consumo de medicamentos recetados por el psiquiatra, será entonces el momento para que el paciente active una casilla para indicar si cumplió con la ingesta del medicamento o no.

## 3) Monitorear el sueño

Con el objetivo de monitorear y regular el sueño, la aplicación permitirá al paciente registrar la hora en que se prepara para dormir así como el momento en que despierte. También podrá evaluar la calidad del sueño, indicando si se siente descansado o no, o si se despertó en algún

momento. De acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente, si es necesario, el terapeuta podrá programar una alarma que le indicará al paciente que es hora de ir a dormir y un aviso que sonará para despertar al paciente.

Cada sesión, el paciente mostrará al psicoterapeuta el registro realizado en la aplicación. Entonces se podrá evaluar el grado de cumplimiento de las tareas asignadas para la semana, el cumplimiento de la medicación y la estabilidad de la rutina y el sueño. De igual forma, se podrá evaluar la presencia de síntomas prodrómicos y tomar medidas preventivas.

Es importante concientizar al paciente sobre el objetivo que tiene dicha aplicación en el proceso psicoterapéutico, aclarando las posibles dudas y resolviendo las resistencias que presente para usar la herramienta digital. El terapeuta debe de ser sutil, de tal manera que el paciente no se sienta controlado, o crea que quieren manejar su vida, esto resultaría contraproducente para el tratamiento.

También será necesario recalcar que si el paciente tiene acceso restringido en algunas funciones de la aplicación, es con el propósito de hacer una evaluación objetiva de su comportamiento, así mismo concientizar sobre la importancia de la honestidad al usar la aplicación. El hecho de que el paciente active las casillas deseadas no garantiza que realmente cumplió con las actividades, con la medicación o con la rutina del sueño; el psicoterapeuta debe de ser muy cuidadoso y evaluar objetivamente el uso de la aplicación.

En situaciones específicas, la aplicación podría vincularse a un monitoreo en tiempo real por parte del terapeuta a través de internet. Sin embargo hay que tener sumo cuidado, pues si algún paciente presenta rasgos paranoicos, esta función podría no ser benéfica. Actualmente existen aplicaciones similares, para la creación y resguardo de los expedientes clínicos personales (*Personal Health Record* o *PHR*), que permiten a un individuo acceder, modificar y compartir su información médica; aunque hay estudios que indican que los pacientes están dispuestos a utilizarlos, los índices de uso son aún bajos, principalmente por los

riesgos de seguridad y la privacidad de los datos personales, que han sido identificadas como una importante barrera para lograr su amplia adopción, sin embargo, la investigación ha demostrado que los desarrolladores de *PHRs* móviles han mejorado sustancialmente sus políticas de privacidad (Cruz, Hernández, Fernández-Alemán & Toval, 2014).

En cuanto a las características propias de la aplicación móvil, se subraya que debe estar diseñada de tal manera que sea compatible para dispositivos con diferentes sistemas operativos (Android, iOS, Windows Mobile), con el objetivo de tener un mayor alcance en la población.

Será conveniente realizar un estudio de *usabilidad*, con el objetivo de verificar que la aplicación sea adecuada para los usuarios. La usabilidad se define como el grado en el que un producto puede ser utilizado por usuarios específicos para conseguir objetivos específicos con efectividad, eficiencia y satisfacción en un determinado contexto de uso (Ferré Grau, s.f.)

Los avances de la eSalud son incuestionables. El propósito de la eSalud es contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud, y afortunadamente es un objetivo que se está cumpliendo. Gracias a la implementación de las tecnologías al campo de la salud mental, se cuentan con nuevas herramientas terapéuticas novedosas que benefician el proceso psicoterapéutico y potencializan la eficacia del tratamiento.

## 8. CONCLUSIONES

El TB es una enfermedad que afecta a millones de personas a nivel mundial. Los antecedentes más remotos de la enfermedad maniaco depresiva se rastrean a varios siglos a. C., y como es sabido, a través de la investigación se ha ampliado el conocimiento que se tiene sobre este trastorno. Afortunadamente, en el campo de la salud mental han existido avances que permiten mejores intervenciones a nivel farmacológico pero sobre todo a nivel psicoterapéutico. Los individuos con TB experimentan una lucha devastadora con consecuencias de por vida o incluso mortales.

La prevalencia de comorbilidad con otras enfermedades crónicas y otros trastornos indica la importancia de la integración de los servicios de salud mental a la población en general. Por esta razón es necesario incrementar el número de profesionales entrenados en esta problemática; incorporar a psicólogos capacitados y desarrollar cursos de capacitación y actualización para personal de salud, que de acuerdo con su profesión obtenga las competencias necesarias para brindar un servicio eficiente que ayude a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La investigación indica que una de serie tratamientos psicológicos parecen beneficiar a las personas con TB y la evidencia sugiere que la TCC puede ser benéfica para el tratamiento del TB al incrementar adherencia a la medicación y para mejorar el funcionamiento psicosocial, así como en la prevención de recaídas

al combinarse con la farmacoterapia. La TCC proporciona a los pacientes técnicas que ayudan a detener la exacerbación de los síntomas y desarrollar estrategias para afrontar los estímulos estresantes, además como complemento a la farmacoterapia, puede reducir las tasas de recaída para el trastorno bipolar en el corto plazo, aunque existe una heterogeneidad significativa en los resultados a largo plazo entre los estudios. TCC combinada con farmacoterapia es equivalente a varias otras combinaciones de la psicoterapia-medicación en la prevención de recaídas y en el tratamiento de los síntomas depresivos.

Aunque los resultados son prometedores, la amplia gama en el espectro bipolar y los estudios limitados por el tamaño reducido de las muestras pone en tela de juicio la generalización de los resultados obtenidos.

Algunos investigadores opinan que faltan esfuerzos por realizar en el campo del TB, sugieren que se deben realizar estudios con mayor control metodológico y con un mayor número de participantes. Es crucial continuar con la investigación de este trastorno y utilizar todos los recursos disponibles a nuestro alcance, desde las herramientas psicoterapéuticas y farmacológicas, hasta las novedades del desarrollo tecnológico.

## REFERENCIAS

- Adriane, R., Mercade, C., Sanchez-Moreno, J., Sole, B., Del Mar Bonnin, C., Torrent, C., Grande, I., Sugranyes, G., Popovic, D., Salamero, M., Kapczinski, F., Vieta, E. & Martinez-Aran, A. (2013). Validity and reliability of a rating scale on subjective cognitive deficits in bipolar disorder (COBRA). *Journal of Affective Disorders*, 150(1), 29-36.
- Akiskal, H. S. & Tohen, M. (Ed.) (2006). *Bipolar Psychopharmacotherapy*. USA: John Wiley & Sons.
- Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Moller, H. & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 59(1), S5–S30.
- Alcayaga, C., Carola, Pérez J., Bustamante, C., Campos, S., Lange, I. & Zuñigan, F. (2014). Plan piloto del sistema de comunicación y seguimiento móvil en salud para personas con diabetes. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 35(5), 458-464.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Angst, J. (1998) The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 5, 143–151.

- Angst, J., Angst, F., Gerber-Werder, R. & Gamma, A. (2005). Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Archives of Suicide Research*, 9, 279–300.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D. & Rossle, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, 73,133–146.
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2000). *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales*, (4ª ed.). Washington, DC: Autor
- Baalen, D. V. (2010). Gestalt Therapy and Bipolar Disorder. *Gestalt Review*, 14(1), 71-88,
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F. K. & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: A meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, 8, 625–639.
- Basco, M. & Rush, A. J. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. United States of America: The Guilford Press.
- Basco, M. & Thase, M. E. (2007). Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Bipolares. En Caballo, V. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1 (pp. 575-607)*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Basco, M., Ladd, G., Myers, D. S. & Tyler, D. (2007). Combining Medication Treatment and Cognitive-Behavior Therapy for Bipolar Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21(1), 7-15
- Bauer, M. S., Altshuler L., Evans, D. R., Beresford, T., Williford , W. O. & Hauger, R. (2005). Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 85, 301–315.
- Bauer, M., Beaulieu, S., Dunner, D. L., Lafer, B. & Kupka, R. (2008). Rapid cycling bipolar disorder – Diagnostic concepts. *Bipolar Disorders*, 10 (1), 153–162.



- Baum, A. E., Akula, N., Cabanero, M., Cardona, I., Corona, W., Klemens, B., Schulz, T. G., Cichon, S., Rietschel, M., Nöthen, M. M., Georgi, A., Schumacher, J., Schwarz, M., Jamra, R. A., Höfels, S., Propping, P., Satagopan, J., Detera-Wadleigh, S. D., Hardy, J. & McMahon, F. J. (2008). A genome-wide association study implicates diacylglycerol kinase eta (DGKH) and several other genes in the etiology of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 13, 197–207
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. F. & Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión (19ª Edición)*. New York: The Guilford Press,
- Beck, J. S. (2011 ) *Cognitive Behavior Therapy*. New York: The Guilford Press
- Becoña, E. & Lorenzo, M. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el TB. *Psicothema*, 13(3),511-522
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, C., Méndez, E., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). La encuesta de salud mental en adolescentes de México. En Rodríguez J. J., Kohn R., Aguilar-Gaxiola S. (Ed.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. (pp. 90-98) Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Bill, G., Crisci, C., & Canet, T. (2014). La Red de Telesalud de las Américas y su papel en la atención primaria de la salud. *Revista panamericana de salud pública*, 35, 442-445.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E. & López-Moreno, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud pública de México*, 46(5), 451-463
- Bresó, E., Ferrer A. & Giorgi, G. (2013). MEIT (Mobile Emotional Intelligence Test): una novedosa metodología para evaluar la percepción de emociones haciendo uso de dispositivos móviles. *Ansiedad y Estrés*, 19(2-3), 185-200.

- Brondolo, E. & Mas, F. (2001). Cognitive-Behavioral Strategies for Improving Medication Adherence in Patients With Bipolar Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8,137-147
- Cassano, G.B., Rucci, P., Frank, E., Fagiolini, A., Dell’Osso, L., Shear, M. K. & Kupfer, D.J. (2004). Espectro del estado de ánimo en el trastorno unipolar y bipolar: argumentos a favor de un enfoque unitario. *The American journal of psychiatry*, 7,549-554
- Cassidy, F., Ahearn, E. P. & Carroll, B. J. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 3, 181–188.
- Castañeda, Franco M., Tirado Durán, E., Feria M. & Palacios Cruz, L. (2009). Funcionamiento neuropsicológico de adolescentes con TB. *Salud Mental*, 32, 279-285
- Chávez-León, E., Benitez-Camacho, E. & Ontiveros Uribe, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del TB tipo I. *Salud mental*, 37(2), 111-117
- Cochran, S. D. (1984). Preventing medical non-compliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 873–878.
- Colom, F. & Vieta, E. (2004). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 6, 480–486.
- Colom, F. & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. United States of America: Cambridge University Press
- Corona, R., Berlanga, C., Gutiérrez-Mora, D. & Fresán, A. (2007). La detección de casos de TB por medio de un instrumento de tamizaje: el cuestionario de trastornos del ánimo versión en español. *Salud Mental*, 30(2), 50-57
- Coskun, M., Zoroglu, S. S. & Öztürk, M. (2010). Pediatrik Bipolar Bozukluk Etiyolojisinde Genetik ve Nörobijolojik Faktörler. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20,101 -108

- Cruz, B., Hernández, A., Fernández-Alemán, J. L. & Toval, A. (2014). Seguridad y Privacidad en Carpetas Personales de Salud para Android e iOS. *Revista Ibérica de Sistemas y Tecnologías de Información*, 13, 35-50
- Davis, L. L., Kabel, D., Patel, D., Choate, A. D., Foslien-Nash, C., Gurguis, G. N., Kramer, G. L. & Petty, F. (2004). Valproate as an antidepressant in major depressive disorder. *Psychopharmacology bulletin*, 32, 647–652.
- Del-Porto, J. A. & Del-Porto, K.O. (2005). História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. *Rev Psiq Clín*, 32(1), 7-14,
- Dittmann, S., Biedermann, N. C., Grunze, H., Hummel, B., Schäerer, L. O., Kleindienst, N., Forsthoff, A., Matzner, N., Walser, S. & Walden, J. (2002). The Stanley Foundation Bipolar Network: Results of the Naturalistic Follow-Up Study after 2.5 Years of Follow-Up in the German Centres. *Neuropsychobiology*, 46(suppl 1),2–9
- Espinola-Nadurille, M., Vargas, I., Raviola, G., Ramirez-Bermudez, J. & Kutcher, S. (2010). Child and Adolescent Mental Health Services in Mexico. *Psychiatric Services*, 61(5), 443-445
- Facultad de Medicina (2014). PLM. Recuperado el 20 de diciembre de 2014 de: [http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo.php?bib\\_vv=6](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo.php?bib_vv=6)
- Feeny, N. C., Danielson, C. K., Schwartz, L., Youngstrom, E. A. & Findling, R. L. (2006). Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorders in adolescents: a pilot study. *Bipolar Disorders*, 8,508–515.
- Ferré Grau, X. (s.f) Principios Básicos de Usabilidad para Ingenieros Software. Recuperado el 11 de febrero de 2015 de: <http://lucio.ls.fi.upm.es/miembros/xavier/papers/usabilidad.pdf>
- Frank, E., Hlastala, S., Ritenour, A., Houck, P., Tu, X. M., Monk, T. G., Mallinger, A. & Kupfer, D. J. (1997). Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the Maintenance Therapies in Bipolar Disorder Protocol. *Biological Psychiatry*, 41, 1165–1173.

- Frank, E., Swartz, H. A. & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and Social Rhythm Therapy: Managing the Chaos of Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 593–604
- Friedman, E. S., Thase, M. E. & Wright, J. H. (2008). Cognitive and Behavioral Therapies. En: Tasman A., Kay J., Lieberman J. A., First M. B. and Maj M. Psychiatry (3th Edition). (pp. 1920-1947). England: John Wiley & Sons
- González-Ortega, I., Rosa, A., Alberich, S., Barbeito, S., Vega, P., Echeburúa, E., Vieta, E. & González-Pinto A. (2010). Validation and Use of the Functioning Assessment Short Test in First Psychotic Episodes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 836-840.
- González-Pinto, A., Mosquera, F., Reed, C., Novick, D., Barbeito, S., Vega, P., Bertsch, J., Alberich, S. & Haro, J. M. (2009). Validity and Reliability of the Hamilton Depression Rating Scale (5 Items) for Manic and Mixed Bipolar Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 682-686.
- Hankin, B. L. (2009). Etiology of Bipolar Disorder Across the Lifespan: Essential Interplay With Diagnosis, Classification, and Assessment, *Clinical Psychology: Science And Practice*, 16, 227–230
- Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 21-45.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36,427–440
- Hollon, S. D. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27,891–932
- INEGI (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda*. Recuperado el 10 de septiembre de 2014 de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/cpv2000/default.aspx>

- INEGI (2005). *II Censo de Población y Vivienda*. Recuperado el 10 de septiembre de 2014 de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2005/Default.aspx>
- INEGI (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Recuperado el 10 de septiembre de 2014 de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>
- Joffre-Velázquez, V. M, García-Maldonado, G., Saldívar- González, A. H. & Cruz-Saldaña, R. A. (2009). TB en los niños: hechos actuales. *Revista mexicana de pediatría*, 76(2), 93-100
- Johnson, S. L. & Carver, C. S. (2006). Extreme goal setting and vulnerability to mania among undiagnosed young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 377–395.
- Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25, 1008–1027.
- Kasper, S. & Hirschfeld, R. M. (Ed.). (2005). *Handbook of Bipolar Disorder*. United States of America: Taylor & Francis Group.
- Kopsahili, I., Papadaki, R., Giakoumaki, S. G. & Tsapakis, E. M., (2013). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy (G-CBT) in bipolar affective disorder patients. *European Psychiatry*, 28, 1-1. 1p.
- Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie. Ein lehrbuch fur studirende und aertze*. Leipzig: J. A. Barth. Reproducido por A. Ross Diefendorf, 2007, Montana: Kessinger Publications.
- La nación (2013). Si su ánimo está en el suelo, hay 'apps' para ayudar a levantarlo. Recuperado el 11 de febrero de 2015 de: <http://wfnod01.nacion.com/2013-06-04/Tecnologia/Si-su-animo-esta-en-el-suelo--hay--apps--para-ayudar-a-levantarlo.aspx>

- Lam, D. H. & Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27(5), 1091–1100.
- Lam, D. H., Bright, J., Jones, S., Hayward P., Schuck, N., Chisholm, D. & Sham, P. (2000). Cognitive Therapy for Bipolar Illness—A Pilot Study of Relapse Prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 503–520
- Lam, D. H., Jones, S. H. & Hayward, P. (2010) *Cognitive Therapy For Bipolar Disorder*. UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Leahy, R. L. (2007). Bipolar Disorder: Causes, Contexts, and Treatments. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(5),417–424
- Leichsenring, F., Hiller, W., Eissberg, M. & Leibing, E. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Psychotherapy: Techniques, Efficacy, and Indications. *American Journal Of Psychotherapy*, 60(3), 233-259
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N. & Seeley, J. R. (1995). Bipolar Disorders In A Community Sample Of Older Adolescents: Prevalence, Phenomenology, Comorbidity, and Course. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 34(4):454-463
- Lolich, M., Vázquez, G. H., Álvarez, L. M. & Tamayo, J. M. (2012). Intervenciones psicosociales en el TB: una revisión. *Actas españolas de psiquiatría*, 40(2),84-92
- López Castromán, J., Baca García, E., Botillo Martín, C., Quintero Gutiérrez del Álamo, J., Navarro Jiménez, R., Negueruela López, M., Pérez Rodríguez, M. M., Basurte Villamor, I., Fernández del Moral, A., Jiménez Arriero, M. A. & González de Rivera, J. L. (2008). Errores de diagnóstico y estabilidad temporal en el TB. *Actas españolas de psiquiatría*, 36(4),205-209
- Malhi, G. S., Lagopoulos, J., Owen, A. M. & Yatham, L. N. (2004). Bipolaroids: functional imaging in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 46–54

- Medina-Mora, M. E., Molina, H. & Sánchez, S. E. (2008). Efecto del consumo de alcohol en la evolución del paciente bipolar. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 25(3): 279-284.
- Medina, P. (2009). Actualización En Antidepresivos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 6(1), 1-3.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, M. C., Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la encuesta mundial de salud mental. En Rodríguez, J. J., Kohn R. & Aguilar-Gaxiola, S. (Ed.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. (pp. 79-89) Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16
- Miklowitz, D. (2008). *Bipolar Disorder. A Family-Focused Treatment Approach*. United States of America: The Guilford Press
- Newman, C.F., Leahy, R.L., Beck, A.T., Reilly-Harrington, N.A. & Gyulai, L. (2009). *El TB: Una aproximación desde la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Nofzinger, E. A., Thase, M.E., Reynolds, C.F., Himmelhoch, J.M., Mallinger, A., Houck, P. & Kupfer, D.J. (1991). Hypersomnia in bipolar depression: a comparison with narcolepsy using the multiple sleep latency test. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1177-1181
- Núñez, V. & Caballero Uribe, C. V. (2014). Avances y retos para implementar la telemedicina y otras tecnologías de la información (TICs). *Salud Uninorte*, 30 (2), 5-8.

- Oliver, E., Baños, R. M., Cebolla, A., Lurbe, E., Alvarez-Pitti, J. & Botella, C. (2013). *Nutrición hospitalaria*, 28(6), 1880-1886.
- Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, E., Ellis, E. P., Grunebaum, M. F., Burke, A. & Mann, J. J. (2004). Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients With Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder. *American journal of psychiatry*, 161, 1433–1441
- Organización Mundial de la Salud (2011). Estrategia y plan de acción sobre eSalud. Recuperado el 11 de febrero de 2015 de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=13070&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=13070&Itemid=)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Recuperado el 11 de septiembre de 2014 de: [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)
- Otto, M. W., Reilly-Harrington, N. & Sachs, G. S. (2003). Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73, 171–181
- Parikh, S. V. & Scott, J. (2010). Cognitive-Behavioural Therapy for Bipolar Disorder. En: Yatham L. N., Maj M. (Ed.). *Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations*. (422-429). Singapore: John Wiley & Sons, Ltd
- Patelis-Siotis, I. (2001). Cognitive-behavioral therapy: applications for the management of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2001(3), 1–10
- Patelis-Siotis, I., Young, L. T., Robb, J.C., Marriott, M., Bieling, P. J., Cox, L. C. & Joffe, R.T. (2001). Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study. *Journal of Affective Disorders*, 65,145–153
- Pavuluri, M.N., Graczyk, P. A., Henry, D. B., Carbray, J. A., Heidenreich, J. & Miklowitz, D. J. (2004). Child- and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Development and Preliminary Results.



*Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 528-537

Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Lopez, N., Chou, J., Kalvin C., Adzhiashvili, V. & Aronson, A. (2010). Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12,627–637.

Plante, D. T. & Winkelman, J. W. (2008). Alteraciones del sueño en el TB: implicaciones terapéuticas. *The American journal of psychiatry*, 11,540-553

Salloum, I. M. & Thase, M. E. (2000). Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 2, 269-280

Sánchez, R., Jaramillo, L. E. & Gómez-Restrepo C. (2008). Desarrollo y validación de una escala para medir síntomas maníacos: Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 516-537.

Sanchez-Moreno, J., Villagran, J. M., Gutierrez, J. R., Camacho, M., Ocio, S., Palao, D., Querejeta, I., Gascon, J., Sanchez, G. & Vieta, E. (2008). Adaptation and validation of the Spanish version of the Mood Disorder Questionnaire for the detection of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 10, 400–412

Schneck, C. D., Miklowitz, D. J., Calabrese, J. R., Allen, M.H., Marshall, R. T., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Shelton, M. D., Ketter, T. A., Goldberg, J. F., Bowden, C. L. & Sachs, G. S., (2005). Fenomenología del TB con ciclos rápidos: datos de los primeros 500 participantes del Systematic Treatment Enhancement Program. *The American journal of psychiatry*, 8,54-60

Scott, J., Garland, A. & Moorhead, S. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 31, 459-467.

Secretaria de Salud (2009). *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del TB*. Recuperado el 11 de septiembre de 2014 de: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/170\\_GPC\\_TRASTORNO\\_BIPOLAR/IMSS\\_170\\_09\\_EyR\\_Trastorno\\_bipolar.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/170_GPC_TRASTORNO_BIPOLAR/IMSS_170_09_EyR_Trastorno_bipolar.pdf)

- Serino, S., Cipresso, P., Gaggioli, A., Pallavicini, A., Cipresso, S., Campanaro, D., & Riva, G. (2014). Smartphone for self-management of psychological stress: a preliminary evaluation of positive technology app. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(3), 253-260.
- Spagnolli, A., Bracken, C. C. & Orso, V. (2014). The role played by the concept of presence in validating the efficacy of a cybertherapy treatment: a literature review. *Virtual Reality*, 18, 13–36.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad (2007). Programa de acción específico 2007-2012 Telesalud. Recuperado el 11 de febrero de 2015 de: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/PAES/telesalud.pdf>
- The CIU(2013). Telecomunicaciones móviles de México. Recuperado el 14 de febrero de 2015 de:<http://www.the-ciu.net/>
- Tohen, M., Zarate, C. A., Hennen, J., Kaur, Khalsa H., Strakowski, S. M., Gebre-Medhin, P., Salvatore, P. & Baldessarini, R. J. (2003). The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: Prediction of Recovery and First Recurrence. *American journal of psychiatry*, 160, 2099–2107
- Vademecum (2014). Principios activos. Recuperado el 20 de diciembre de 2014 de: [http://www.vademecum.es/principios-activos-atc-a\\_1](http://www.vademecum.es/principios-activos-atc-a_1)
- Vargas-Soberanis, A., Zavaleta-Ramírez, P., De la Peña, O. F., Mayer, V. P., Gutiérrez-Soriano, J. & Palacios, C. L. (2011). Manifestaciones clínicas y tratamiento del trastorno bipolar en niños y adolescentes, una actualización basada en la evidencia. *Salud Mental*, 34(5),409-414
- Vázquez, G. H., Romero, E., Fabregues, F., Pies, R., Ghaemi, N. & Mota-Castillo, M. (2010). Screening for bipolar disorders in Spanish-speaking populations: Sensitivity and specificity of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale–Spanish Version. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 552–556
- Vieta, E., Reinares, M. & Bourgeois, M. L. (2005). Bipolar I and bipolar II: a dichotomy? En Marneros A. & Goodwin F. G. (Ed.). *Bipolar Disorders. Mixed*

*States, Rapid-Cycling, and Atypical Forms.* (pp. 88-108) United States of America: Cambridge University Press

Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Bulbena, A., Chamorro, L., Ramos J. L., Artal, J., Pérez, F., Oliveras, M. A., Valle, J., Lahuerta, J. & Angst, J. (2007). Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: The 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *Journal of Affective Disorders*, 101, 43–55

West, A. E., Jacobs, R. H., Westerholm, R., Lee, A., Carbray, J., Heidenreich, J. & Pavuluri, M. N. (2009). Child and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Pilot Study of Group Treatment Format. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 18(3),239-246

Wiederhold, B. K. & Riva, G. (Ed.) (2014). *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine 2014*. IOS Press: US

## ANEXO 1

Prescripción y dosis de los principales fármacos utilizados para el tratamiento del Trastorno Bipolar.

| Fármaco            | Indicación Terapéutica  | Dosis  |
|--------------------|---|--|
| <b>Olanzapina</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Prevención de recaídas en el TB</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos:</li> <li>• Vía de administración oral: inicial, 10 mg/día; episodio maníaco, inicial, 15 mg/día en monoterapia o 10 mg/día en tratamiento combinación. Ajuste posterior, 5-20 mg/día según estado clínico.</li> <li>• Intramuscular: cuando no es adecuado el tratamiento oral. Adultos, inicial: 5-7.5 ó 10 mg, puede administrarse 5-10 mg dos horas después según estado clínico. Ancianos: inicial, 2.5-5 mg, puede repetirse dos horas después según estado clínico. Máximo 3 inyecciones/24 h, máximo 20 mg/día, por un máximo de 3 días consecutivos. Tan pronto como sea posible, iniciar tratamiento oral.</li> </ul> |
| <b>Risperidona</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Agresión en pacientes con demencia tipo Alzheimer de moderada a severa</li> <li>• Trastornos de conducta en niños</li> <li>• Episodios maníacos de moderados a graves asociados al TB.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía de administración oral: Episodio maníaco en trastorno bipolar en adultos: iniciar con 2 mg/día, incrementar en 1 mg/día, si se requiere. Dosis recomendada, 1 hasta 6 mg/día. Ancianos: inicial, 0,5 mg 2 veces/día; individualizar con incrementos de 0,5 mg, 2 veces/día a 1-2 mg, 2 veces/día.</li> </ul>  |
| <b>Valpromida</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilepsias generalizadas primarias</li> <li>• Episodios maníacos asociados a TB, como alternativa al tratamiento con litio.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía de administración oral, con las comidas: Adultos: 300-900 mg 2 veces al día. Inicio de tratamiento: en monoterapia, incrementar cada 2-3 días hasta alcanzar la dosis óptima en el plazo de 1 semana.</li> </ul>  |

| Fármaco            | Indicación Terapéutica   | Dosis  |
|--------------------|--|--|
| <b>Quiapentina</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antipsicótico</li> <li>• Tratamiento para la Esquizofrenia</li> <li>• Episodios maníacos del trastorno bipolar</li> <li>• Episodio depresivo mayor</li> <li>• Prevención de recurrencia en pacientes con TB</li> <li>• Tratamiento adicional de episodios depresivos mayores</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos con episodios maníacos: 2 veces/día, dosis diaria total en los primeros 4 días de tratamiento: 100 mg (día 1), 200 mg (día 2), 300 mg (día 3) y 400 mg (día 4). Ajuste posterior hasta 800 mg/día en el día 6 en incrementos no mayor a 200 mg/día. La dosis efectiva usual está en el rango de 400-800 mg/día.</li> <li>• Episodio depresivo mayor en el TB, adultos: administrar 1 vez/día (al acostarse). Dosis diaria total en los primeros 4 días de tratamiento: 50 mg (día 1), 100 mg (día 2), 200 mg (día 3) y 300 mg (día 4). Dosis/día recomendada: 300 mg.</li> <li>• Prevención de la recurrencia en pacientes con TB, cuyo episodio maniaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina, adultos: ajustar dosis dependiendo de la respuesta y tolerabilidad del paciente, dentro del rango de 300-800 mg/día.</li> <li>• Tratamiento adicional de episodios depresivos mayores en el trastorno depresivo mayor que no han tenido una respuesta óptima con antidepresivos administrar una vez al día (antes de acostarse). Adultos, 50 mg en días 1-2, y 150 mg en días 3-4.</li> </ul> |
| <b>Aripiprazol</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antipsicótico.</li> <li>• Tratamiento para la Esquizofrenia.</li> <li>• Episodios maníacos moderados o severos en TB I.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía de administración oral: Episodios maníacos en trastorno bipolar I en adultos: inicio, 15 mg como dosis única diaria. Para la prevención de las recaídas de episodios maníacos continuar con la misma dosis. Considerar ajustes de la dosis diaria, incluyendo reducción, según el estado clínico. Rango de dosis eficaz: 10-30 mg/día. En episodios maníacos en trastorno bipolar I en adolescentes de 13 años o más: iniciar con 2 mg durante 2 días, incrementando a 5 mg durante 2 días para alcanzar dosis recomendada, 10 mg/día. La duración del tratamiento para los episodios maníacos debe ser la mínima necesaria para el control de los síntomas y no debe exceder de 12 semanas.</li> </ul>   |

| Fármaco   | Indicación Terapéutica   | Dosis   |
|---|--|---|
| <p style="text-align: center;"><b>Lamotrigina</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiepiléptico</li> <li>• Tratamiento del TB</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía de administración oral: para adultos mayores de 18 años en tratamiento del TB; si el paciente se encuentra en un régimen de tratamiento previo a base de valproato, la primera y segunda semana debe iniciar con un tratamiento de 10 mg y continuar con 25 mg cada tercer día. La tercera y cuarta semana se debe continuar con 25 mg una vez al día. Y en la quinta semana se debe continuar con 50 mg de lamotrigina cada 24 horas. La dosis final de mantenimiento serán de 100 mg cada 24 horas.</li> <li>• Si existe un régimen de tratamiento con medicamentos inductores de enzimas por ejemplo: carbamazepina y fenobarbital, la primera y segunda semana puede iniciarse con dosis de 50 mg de lamotrigina una vez al día; semana tres y cuatro con 100 mg divididos en dos dosis y semana cinco 200 mg divididos en dos dosis. En la dosis de mantenimiento se recomienda administrar 300 mg cada 24 horas y una semana después, si fuera necesario, aumentar la dosis a 400 mg por día.</li> <li>• Si el paciente se encuentra con tratamiento con medicamentos con interacción clínica conocida con lamotrigina, por ejemplo: fluoxetina, venlafaxina, bupropión o litio, o si se elige la monoterapia con lamotrigina, la primera y segunda semana se recomiendan 25 mg cada 24 horas, en la semana tercera y cuarta semana se recomiendan 50 mg cada 24 horas, y en la quinta semana se recomiendan 100 mg una vez al día o dividido en dos dosis. La dosis de mantenimiento de la sexta a la séptima semana se recomienda la dosis de 100 mg a 400 mg en dosis única o dividida en dos dosis.</li> </ul> |

| Fármaco                | Indicación Terapéutica  | Dosis   |
|------------------------|---|---|
| <b>Litio</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antipsicótico</li> <li>• Profilaxis y tratamiento del TB</li> <li>• Depresión mayor recurrente</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía de administración oral, ajustada a respuesta y cifras de litemia: en general 400 a 1600 mg/día (litemia 0.7-1.2 mEq/l). Litemia mínima recomendada: 0.5-0.8 mEq/l. No sobrepasar los 2 mEq/l. Estas concentraciones se refieren a muestras de suero o plasma obtenidas a las diez +/- dos horas después de la última dosis oral de litio. Es fundamental en los primeros días del tratamiento hacer una litemia y posteriormente proseguir periódicamente analizando litio en sangre, cada 6 meses por ejemplo.</li> </ul> |
| <b>Ácido Valproico</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiepiléptico</li> <li>• TB</li> <li>• Estabilizador del estado de ánimo</li> <li>• Comportamientos agresivos, destructivos y de agitación.</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase maniaca del TB: Se recomienda una dosis inicial de 800 mg al día en dosis dividida. La dosis debe ser aumentada tan rápido como sea posible para alcanzar la mínima dosis terapéutica que produzca el efecto deseado o alcanzar las concentraciones plasmáticas de 50 a 100 µg/ml. La dosis máxima recomendada es de 60 mg/kg/día.</li> </ul>   |
| <b>Carbamazepina</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilepsia</li> <li>• Síndrome de deshabitación al alcohol</li> <li>• Diabetes insípida central</li> <li>• Neuropatía diabética dolorosa</li> <li>• TB</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía de administración oral: Manía y tratamiento de mantenimiento del TB. Aproximadamente 400 a 1,600 mg al día; la dosis usual es de 400 a 600 mg diarios distribuidos en dos o tres tomas. En manía aguda, la dosificación se elevará con bastante rapidez, en tanto que para la profilaxis del TB se recomienda efectuar incrementos pequeños para conseguir una tolerabilidad óptima.</li> </ul>  |
| <b>Olanzapina</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• TB</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía de administración oral. Manía aguda asociada con TB: La dosis inicial recomendada es de 15 mg administrados una vez al día como monoterapia o 10 mg una vez al día en terapia combinada con litio o valproato. La dosis se puede administrar independientemente de las comidas dado que su absorción no se afecta por los alimentos. El rango de dosificación varía de 5 a 20 mg por día. La dosis diaria se deberá ajustar en función del estado clínico del paciente.</li> </ul>   |