

Artículo original

Eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual Para el Trastorno Bipolar: una Revisión Sistemática



Glauco Valdivieso-Jiménez ^{a,b,*}

^a Instituto Peruano para el Estudio y Abordaje Integral de la Personalidad, Lima, Perú

^b Servicio de Psiquiatría, Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de febrero de 2021

Aceptado el 19 de mayo de 2021

On-line el 7 de julio de 2021

Palabras clave:

Trastorno bipolar

Terapia cognitiva conductual

Eficacia

RESUMEN

Introducción: El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad mental grave con un curso crónico y una morbimortalidad importante. El TB tiene una tasa de prevalencia a lo largo de la vida del 1 al 1,5% y se caracteriza por episodios recurrentes de manía, depresión o una mezcla de ambas fases. Aunque tiene tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, la terapia cognitiva conductual (TCC) ha mostrado efectos beneficiosos, pero no se cuenta con suficiente información clínica en la literatura actual.

Métodos: El objetivo principal es determinar la eficacia de la TCC sola o como complemento del tratamiento farmacológico para el TB. Se realizó una revisión sistemática de 17 artículos. Los criterios de inclusión fueron: investigación cuantitativa o cualitativa dirigida a examinar la eficacia de la TCC en pacientes con TB con/sin medicación, publicaciones en idioma inglés y tener 18-65 años de edad. Los criterios de exclusión fueron: artículos de revisión y metanálisis, artículos que incluían a pacientes con otros diagnósticos además de TB y no separaban los resultados basados en dichos diagnósticos y estudios con pacientes que no cumplían los criterios de TB del DSM o ICD. Se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Web of Science hasta el 5 de enero de 2020. La estrategia de búsqueda fue: "Bipolar Disorder" AND "Cognitive Behavioral Therapy".

Resultados: Se incluyó en total a 1.531 pacientes de ambos sexos. La media de edad ponderada fue 40,703 años. El número de sesiones varió de 8 a 30, con una duración total de 45-120 min. Todos los estudios muestran resultados variables en la mejora del nivel de depresión y la gravedad de la manía, mejora de la funcionalidad, disminución de recaídas y recurrencias, reducción de los niveles de ansiedad y reducción de la gravedad del insomnio.

Conclusiones: Se considera que la TCC sola o complementaria para pacientes con TB muestra resultados prometedores después del tratamiento y durante el seguimiento. Los beneficios incluyen niveles reducidos de depresión y manía, menos recaídas y recurrencias y niveles más altos de funcionamiento psicosocial. Se necesitan más estudios.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: glauco.valdivieso@unmsm.edu.pe

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.05.006>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Efficacy of Cognitive Behavioural Therapy for Bipolar Disorder: a Systematic Review

A B S T R A C T

Keywords:

Bipolar disorder
Cognitive behavioural therapy
Efficacy

Introduction: Bipolar disorder (BD) is a serious mental illness with a chronic course and significant morbidity and mortality. BD has a lifetime prevalence rate of 1% to 1.5% and is characterised by recurrent episodes of mania and depression, or a mixture of both phases. Although it has pharmacological and psychotherapeutic treatment, cognitive behavioural therapy (CBT) has shown beneficial effects, but there is not enough clinical information in the current literature.

Methods: The main aim was to determine the efficacy of CBT alone or as an adjunct to pharmacological treatment for BD. A systematic review of 17 articles was carried out. The inclusion criteria were: quantitative or qualitative research aimed at examining the efficacy of CBT in BD patients with/without medication; publications in English language; and being 18-65 years of age. The exclusion criteria were: review and meta-analysis articles; articles that included patients with other diagnoses in addition to BD and that did not separate the results based on such diagnoses; and studies with patients who did not meet the DSM or ICD criteria for BD. The PubMed, PsycINFO and Web of Science databases were searched up to 5 January 2020. The search strategy was: "Bipolar Disorder" AND "Cognitive Behavioral Therapy".

Results: A total of 1,531 patients both sexes were included. The weighted mean age was 40.703 years. The number of sessions ranged from 8-30, with a total duration of 45-120 minutes. All the studies show variable results in improving the level of depression and the severity of mania, improving functionality, reducing relapses and recurrences, and reducing anxiety levels and the severity of insomnia.

Conclusions: The use of CBT alone or adjunctive therapy in BD patients is considered to show promising results after treatment and during follow-up. Benefits include reduced levels of depression and mania, fewer relapses and recurrences, and higher levels of psychosocial functioning. More studies are needed.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad mental grave con un curso crónico y una morbimortalidad importante. El TB tiene una tasa de prevalencia a lo largo de la vida del 1-1,5% y se caracteriza por episodios recurrentes de manía, depresión o una mezcla de ambas fases^{1,2}. El TB ocasiona síntomas cognitivos, causa deterioro funcional, deficiente estado de salud física y una alta frecuencia de conducta suicida. Por otro lado, existen dificultades en las relaciones interpersonales en estos pacientes debido a la dramática alternancia de los ciclos de humor maniaco, hipomaniaco y depresivo³⁻⁵.

Un estudio de cohortes con un tamaño de muestra considerable (n = 1.469) demostró que el 58% de los pacientes con TB tipos I y II se recuperaron, pero aproximadamente la mitad de ellos sufrieron una recurrencia en 2 años⁶. Asimismo, millones de pacientes en todo el mundo se ven afectados por esta grave enfermedad del estado de ánimo, con costos de miles de millones de dólares por los años vividos con discapacidad⁷.

A la fecha se ha comprobado que existe una consistente base biológica en el desarrollo de la enfermedad, por lo que los psicofármacos son el tratamiento de primera línea. Sin embargo, una creciente cantidad de literatura indica que la

farmacoterapia y la psicoterapia combinadas son más efectivas para tratar a los pacientes con TB que la medicación sola⁸.

Como tratamiento adyuvante, la psicoterapia ayuda a los pacientes con TB a mejorar la adherencia al tratamiento, la conciencia de la enfermedad y las habilidades de afrontamiento para eventos problemáticos de la vida, lo que colectivamente resulta en una mejor respuesta a los psicofármacos. Entre las terapias psicosociales que son posibles complementos de los medicamentos para pacientes con TB, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es una opción de tratamiento prometedora, pero tiene hallazgos no concluyentes debido a la ausencia de muestras grandes en los estudios y su heterogeneidad⁹.

Los ensayos controlados aleatorizados (ECA) publicados en los últimos 10 años han revelado los beneficios potenciales de la TCC como un complemento de los estabilizadores del estado de ánimo para prevenir la recaída, aliviar los síntomas y mejorar la adherencia a los medicamentos¹⁰. Actualmente, algunos metanálisis han evaluado la eficacia de la TCC para TB. Estos estudios han demostrado que la TCC tiene un pequeño impacto en los síntomas clínicos, pero la evidencia sigue siendo escasa^{11,12}.

En este estudio, se realizó un análisis de investigaciones sobre la eficacia de la TCC sola o adyuvante a medicamentos

para el tratamiento del TB con el objetivo de orientar a los profesionales de salud mental en la toma de decisiones basada en la evidencia para el tratamiento de estos pacientes.

Métodos

Para alcanzar los objetivos de esta revisión, se siguieron las recomendaciones del modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols* (PRISMA) de Moher et al.¹³ (2015).

Criterios de selección de los estudios

Los criterios de inclusión de los estudios fueron: investigaciones cuantitativas o cualitativas dirigidas a examinar la efectividad de la TCC en pacientes con TB con o sin medicación, publicaciones en lengua inglesa y edades entre 18 y 65 años. Los criterios de exclusión fueron: artículos de revisión y metanálisis, artículos que incluían a pacientes con otros diagnósticos además del TB y que no separaban los resultados en función de tales diagnósticos y trabajos con pacientes que no cumplían los criterios de TB del DSM o la CIE.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Web of Science hasta el 5 de enero de 2020. La estrategia de búsqueda empleada en cada una de estas bases de datos fue la siguiente: “Bipolar Disorder” AND “Cognitive Behavioral Therapy”. Los filtros aplicados en las 3 bases de datos permitieron cumplir los criterios de inclusión.

Proceso de selección de los estudios

Este proceso se llevó a cabo en 4 fases. En primer lugar (fase de identificación de artículos), se unificaron los resultados de las búsquedas en las 3 bases de datos y se eliminaron los artículos duplicados. En segundo lugar (fase de *screening*), se leyeron los títulos y los resúmenes de los artículos que potencialmente cumplían los criterios de inclusión. Si hubo dudas, se procedió a la revisión a texto completo del artículo dudoso. En tercer lugar (fase de elegibilidad) se examinaron y leyeron de manera independiente los artículos a texto completo preseleccionados en la fase anterior y los artículos dudosos. Por último (fase de inclusión), se seleccionaron definitivamente los artículos incluidos en la presente revisión sistemática.

Proceso de extracción de datos de cada estudio

Se extrajo la siguiente información de los artículos seleccionados: título del estudio, autor/es y año de publicación, tamaño de la muestra de pacientes, características de los participantes (datos sociodemográficos, diagnóstico, si eran pacientes ambulatorios u hospitalizados y fase de la enfermedad en el momento de evaluación del TB), características del estudio (metodología, duración y existencia de grupo de control), tipo de tratamiento recibido por los pacientes, características de la intervención (número de sesiones, duración de tratamiento, tamaño grupal y certificación de profesional),

variables e instrumentos de medición y resultados con mención de significación estadística. Los resultados se clasificaron en variables primarias (síntomas depresivos y manía), referidas a aquellas que reflejan los síntomas más importantes y en común que tienen todos los estudios incluidos; variables y secundarias (funcionalidad, recaídas/recurrencias, nivel de ansiedad e insomnio), referidas a aquellas que tienen que ver con otras características clínicas no consideradas en todos los estudios.

Resultados

Características demográficas principales

Se seleccionaron 17 estudios originales que cumplían los criterios de inclusión. En la [figura 1](#) se presenta el proceso de selección de estos trabajos. Sus principales características están en la [tabla 1](#). Los estudios seleccionados incluyeron a un total de 1.531 pacientes. Todos ellos eran pacientes ambulatorios. A partir de los datos disponibles (17 trabajos), la media edad ponderada de los pacientes fue 40,703 años. Por su parte, se aprecia que fueron 7 los países de elaboración de los estudios, distribuidos de la siguiente manera: Estados Unidos (4 estudios), Reino Unido (3 estudios), España (3 estudios), Brasil (3 estudios), Canadá (2 estudios), Francia (1 estudio) y Alemania (1 estudio). La metodología de todas las investigaciones incluidas es de ensayos controlados aleatorizados (ECA). En la mayoría se incluyeron intervenciones únicas de TCC comparadas con un grupo de control de intervención estándar en TB; sin embargo, en 5 estudios se aprecia una TCC adjunta a otras intervenciones como psicoeducación (PE), terapia enfocada en la familia (FFT), terapia interpersonal y ritmo social (IPSRT), e incluida en un tratamiento psicosocial intensivo (IPT) en 2 de estos estudios.

Los diagnósticos de TB I y TB II se tomaron en cuenta en 14 investigaciones, mientras que 3 solo incluyeron a pacientes que tenían TB I.

En 12 estudios las pacientes mujeres superaban a los varones, mientras que en solo 2 predominaban estos; en uno la distribución de sexos fue igualitaria y en otro no estaba claro debido a que no se detallaba en el contenido del artículo.

En cuanto a la intervención realizada, el número de sesiones varió de 8 a 30, con una duración total de 45-120 min. En 11 estudios se realizó TCC en modalidad individual, mientras que en 6 la modalidad fue grupal. En todos los 17 estudios las intervenciones en TCC única y adjunta se llevó a cabo con un profesional certificado.

Variables primarias

Síntomas depresivos y manía

En 15 de los estudios se evaluaron el nivel de depresión y la gravedad de la manía; en 2, solamente el nivel de depresión (Stange, 2013; Miklowitz, 2007). Por otro lado, en cuanto a la efectividad en los grupos de TCC, todos los estudios muestran mejorías en las puntuaciones de los instrumentos aplicados para nivel de depresión y gravedad de la manía, pero 9 de los 17 estudios no muestran significación estadística en la valoración clínica tras el tratamiento. En 4 de los 17 estudios se

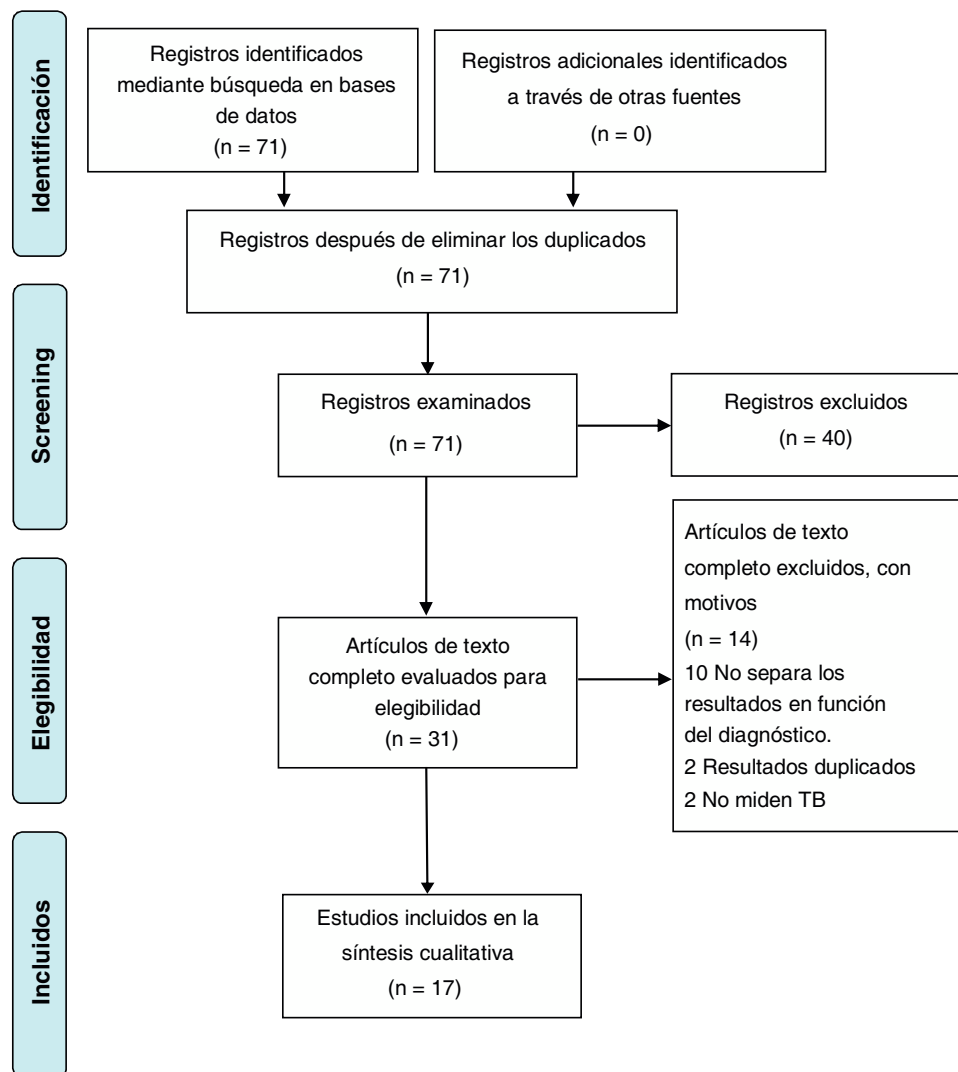


Figura 1 – Diagrama PRISMA que ilustra el proceso de selección de artículos de la revisión sistemática. Registros identificados mediante búsqueda en bases de datos (n = 71).

muestra significación estadística en ambas variables (Parrikh, 2013; Costa, 2012; Costa, 2011; Gonzalez-Isasi, 2010). En 2 de los 17, se muestra significación parcializada, en uno lo es para manía pero no para depresión y en el otro, viceversa.

Variables secundarias

Funcionalidad

En 8 de los estudios se observa que la funcionalidad mejora (Harvey, 2015; Jones, 2015; Parrikh, 2013; Meyer, 2012; Gonzalez-Isasi, 2010; Zaretsky, 2008; Miklowitz, 2007; Lam, 2000); sin embargo, solo en 1 de estos hay significación estadística (Parrikh, 2013). En muchos de estos estudios se mide además la calidad de vida y la inadaptación, por lo que se especifica que su valoración es distinta de la funcionalidad. Los instrumentos de evaluación de la funcionalidad fueron variados: DAS, PSP, GAF, SDS, GAS y LIFE-RIFT.

Recaídas y recurrencias

En 6 de los 17 estudios (Harvey, 2015; Gonzalez-Isasi, 2014; Meyer, 2012; Gonzalez-Isasi, 2010; Gonzalez-Isasi, 2010; Scott, 2006) se evalúan los índices de recaída/recurrencia medidos en número de hospitalizaciones o empeoramiento clínico, en los que existen disminución de estos valores; sin embargo, solamente en 1 hubo significación estadística (González-Isasi, 2010). En 3 de los estudios se considera recaída el empeoramiento clínico durante el curso de la evolución y seguimiento según los puntos en el tiempo establecidos, mientras que las recurrencias al seguimiento se entienden cuando ya se ha logrado mejoría clínica significativa y el descenso clínico lleva a hospitalizaciones. La medición de esta variable fue objetiva y tangible, cuantificada como episodios, por lo que no requirió puntuaciones psicométricas longitudinales, lo que explica que ese criterio no sea compartido por todos los autores.

Nivel de ansiedad

En 4 de los estudios la TCC, comparada con el tratamiento habitual, logró reducir los niveles de ansiedad y significa-

Tabla 1 – Características de los estudios seleccionados

Estudio (autor, año)	País	Intervención (experimental frente a control)	Diseño	Tamaño muestral	Características de intervención	Variables e instrumentos de evaluación	Resultados y significación
Harvey ¹⁴ (2015)	Estados Unidos	TCC/PE	ECA	N = 58 Completo (E/C), 30/28 Media de edad, 36,6 años Varones/mujeres, 22/36 TB I, 58	N.º de sesiones, 8 Duración del tratamiento, 50-60 min Tamaño grupal (personas): individual Terapeuta TCC: profesional certificado	Índice de recaídas (episodios) Insomnio (ISI, SD-SE, PSQI) Nivel de depresión (IDS-C) Gravedad de la manía (YMRS) Funcionalidad (SDS) Puntos de tiempo evaluados (meses): postratamiento, 6 meses de seguimiento	Índice de recaídas NSE Insomnio SE Nivel de depresión NSE Gravedad de la manía SE Funcionalidad NSE Nivel de depresión NSE
Jones ¹⁵ (2015)	Reino Unido	TCC/TU	ECA	N = 67 Completo (E/C), 33/34 Media de edad, 36,6 años Varones/mujeres, 0/67 TB I, 53 TB II, 14	N.º de sesiones, 24 Duración del tratamiento, 45-60 min Tamaño grupal (personas): individual Terapeuta TCC: profesional de salud mental	Nivel de depresión (HRDS) Gravedad de la manía (MAS) Funcionalidad social (PSP) Calidad de vida (QoLBD) Puntos de tiempo evaluados: postratamiento, 6 y 12 meses	Gravedad de la manía SE Funcionalidad NSE Calidad de vida NSE Recaída NSE
Gonzalez-Isasi ¹⁶ (2014)	España	TCC + PE + F/F	ECA	N = 40 Completo (E/C), 20/20 Media de edad, 41,3 años Varones/mujeres, 21/19 TB I/II, 40 TB refractario	N.º de sesiones, 20 Duración del tratamiento, 90 min Tamaño grupal (personas), 10 Terapeuta TCC: profesional certificado	Recaída Nivel de depresión (BDI) Gravedad de la manía (YMRS) Nivel de ansiedad (STAI-S) Escala de inadaptación (IS) Puntos de tiempo evaluados: 6, 12 y 60 meses	Nivel de depresión SE Gravedad de la manía NSE Nivel de ansiedad SE Inadaptación SE

Tabla 1 – (continuación)								
Estudio (autor, año)	País	Intervención (experimental frente a control)	Diseño	Tamaño muestral	Características de intervención	Variables e instrumentos de evaluación	Resultados y significación	
Parrikh ¹⁷ (2013)	Canadá	TCC/PE	ECA	N = 119 Completo (E/C), No Media de edad, 42,3 años Varones/mujeres, 49/70 TB I, 87 TB II, 32	N.º de sesiones, 20 Duración del tratamiento, 50 min Tamaño grupal (personas): individual Terapeuta TCC: no se aclara	Nivel de depresión (HRDS) Gravedad de la manía (CARS-M) Funcionalidad (GAF) Puntos de tiempo evaluados: postratamiento, 18 y 72 meses	Nivel de depresión	SE
Stange ¹⁸ (2013)	Estados Unidos	TCC + IPSRT + FFT/TU	ECA	N = 106 Completo (E/C), 31/44 Media de edad, 39,6 años Varones/mujeres, 41/65 TB I, 64 TB II, 42	N.º de sesiones, 30 Duración del tratamiento, 50 min Tamaño grupal (personas): individual Terapeuta TCC: profesional certificado	Nivel de depresión (CMF, ASQ) Puntos de tiempo evaluados: postratamiento	Gravedad de la manía Funcionalidad Nivel de depresión	SE SE NSE
Docteur ¹⁹ (2013)	Francia	TCC + F/F	ECA	N = 73 Completo (E/C), 53/20 Media de edad, 45,24 años Varones/mujeres, 28/45 TB I, 73	N.º de sesiones: no se aclara Duración del tratamiento: no se aclara Tamaño grupal (personas): individual Terapeuta TCC: no se aclara	Nivel de depresión (HDRS) Gravedad de la manía (MRS) Nivel de ansiedad (HARS) Puntos de tiempo evaluados: postratamiento, 6, 12 meses de seguimiento	Nivel de depresión	SE
Meyer ²⁰ (2012)	Alemania	TCC/TU	ECA	N = 76 Completo (E/C), 38/38 Media de edad, 44 años Varones/mujeres, 38/38 TB I, 38 TB II, 38	N.º de sesiones, 20 Duración del tratamiento, 50-60 min Tamaño grupal (personas): individual Terapeuta TCC: terapeuta certificado	Índice de recurrencia Nivel de depresión (BDI) Gravedad de la manía (SRMI) Funcionalidad (GAS) Puntos de tiempo evaluados: postratamiento	Gravedad de la manía Nivel de ansiedad Recurrencia	NSE SE NSE
							Nivel de depresión Gravedad de la manía Funcionalidad	NSE NSE NSE

Tabla 1 – (continuación)

Estudio (autor, año)	País	Intervención (experimental frente a control)	Diseño	Tamaño muestral	Características de intervención	VARIABLES e instrumentos de evaluación	Resultados y significación
Costa ²¹ (2012)	Brasil	TCC/TU	ECA	N = 39 Completo (E/C), 27/12 Media de edad, 41,5 años Varones/mujeres, 12/25 TB I/II, 39	N.º de sesiones, 14 Duración del tratamiento, 120 min Tamaño grupal (personas): grupo Terapeuta TCC: terapeuta certificado	Nivel de depresión (BDI) Gravedad de la manía (YMRS) Calidad de vida (SF-36) Puntos de tiempo evaluados: 7, 14 meses	Nivel de depresión SE Gravedad de la manía SE Calidad de vida SE Nivel de depresión SE
Costa ²² (2011)	Brasil	TCC/TU	ECA	N = 41 Completo (E/C), 27/12 Media de edad, 40,5 años Varones/mujeres, 12/25 TB I, 35 TB II, 6	N.º de sesiones, 14 Duración del tratamiento, 120 min Tamaño grupal (personas): grupo Terapeuta TCC: terapeuta certificado	Nivel de depresión (BDI) Gravedad de la manía (BHS) Nivel de ansiedad (BAI) Puntos de tiempo evaluados: 7, 14 meses	Gravedad de la manía SE Nivel de ansiedad SE Nivel de depresión NSE
Gomes ²³ (2011)	Brasil	TCC/TU	ECA	N = 50 Completo (E/C), 25/22 Media de edad, 38 años Varones/mujeres, 12/38 TB I, 38 TB II, 12	N.º de sesiones, 18 Duración del tratamiento, 90 min Tamaño grupal (personas): 4,4 Terapeuta TCC: terapeuta certificado	Nivel de depresión (HDRS) Gravedad de la manía (YMRS) Puntos de tiempo evaluados: postratamiento, 6 meses	Gravedad de la manía NSE Recaída SE
Gonzalez-Isasi ²⁴ (2010)	España	TCC + PE + F/F	ECA	N = 40 Completo (E/C), 20/20 Media de edad, 41,3 años Varones/mujeres, 21/19 TB I/II, 40	N.º de sesiones, 20 Duración del tratamiento, 90 min Tamaño grupal (personas): 10 Terapeuta TCC: profesional certificado	Recaída Nivel de depresión (BDI) Gravedad de la manía (YMRS) Nivel de ansiedad (STAI-S) Puntos de tiempo evaluados: postratamiento, 6, 12 meses de seguimiento	Nivel de depresión SE Gravedad de la manía SE Nivel de ansiedad SE

Tabla 1 – (continuación)

Estudio (autor, año)	País	Intervención (experimental frente a control)	Diseño	Tamaño muestral	Características de intervención	Variables e instrumentos de evaluación	Resultados y significación
Gonzalez-Isasi ²⁵ (2010)	España	TCC/SC	ECA	N = 20 Completo (E/C), 20/20 Media de edad, 38,5 años Varones/mujeres, 6/14 TB I/II, 40	Nº de sesiones, 13 Duración del tratamiento, 90 min Tamaño grupal (personas): 10 Terapeuta TCC: profesional certificado	Recaída Nivel de depresión (BDI) Gravedad de la manía (YMRS) Funcionalidad (GAF) Puntos de tiempo evaluados: postratamiento, 6, 12 meses de seguimiento	Recaída NSE Nivel de depresión Gravedad de la manía Funcionalidad NSE NSE NSE
Zaretsky ²⁶ (2008)	Canadá	TCC/PE	ECA	N = 79 Completo (E/C), 29/24 Media de edad, 40,7 años Varones/mujeres, no se aclara TB I, 52 TB II, 27	N.º de sesiones, 14 Duración del tratamiento: no se aclara Tamaño grupal (personas): individual Terapeuta TCC: profesional certificado	Nivel de depresión (HDRS) Gravedad de la manía (CARS-M) Funcionalidad (DAS) Puntos de tiempo evaluados: 2, 6, 12 meses	Nivel de depresión NSE Gravedad de la manía Funcionalidad NSE Nivel de depresión NSE
Miklowitz ²⁷ (2007)	Estados Unidos	TCC(TPI)/CC	ECA	N = 152 Completo (E/C), 84/68 Media de edad, 41,1 años Varones/mujeres, 64/88 TB I, 105 TB II, 47	N.º de sesiones, 30 Duración del tratamiento, 60 min Tamaño grupal (personas): individual Terapeuta TCC: no se aclara	Nivel de depresión (MADRS) Funcionalidad (LIFE-RIFT) Puntos de tiempo evaluados: 3, 6 y 9 meses	Nivel de depresión NSE Funcionalidad NSE Nivel de depresión NSE
Miklowitz ²⁸ (2007)	Estados Unidos	TCC(TPI)/CC	ECA	N = 293 Completo (E/C), 163/130 Media de edad, 40,1 años Varones/mujeres, 120/173 TB I, 197 TB II, 90 TB-NE, 5	N.º de sesiones, 30 Duración del tratamiento, 50 min Tamaño grupal (personas): individual Terapeuta TCC: profesional certificado	Nivel de depresión (MADRS) Gravedad de la manía (YMRS) Puntos de tiempo evaluados: 12 meses	Funcionalidad NSE Nivel de depresión NSE Gravedad de la manía NSE

Tabla 1 – (continuación)

Estudio (autor, año)	País	Intervención (experimental frente a control)	Diseño	Tamaño muestral	Características de intervención	Variables e instrumentos de evaluación	Resultados y significación	
Scott ²⁹ (2006)	Reino Unido	TCC/SC	ECA	N = 253 Completo (E/C), 127/126 Media de edad, 41,2 años Varones/mujeres, 89/164 TB I, 238 TB II, 15	N.º de sesiones, 22 Duración del tratamiento: no se aclara Tamaño grupal (personas): individual Terapeuta TCC: profesional certificado	Índice de recurrencia (episodios) Nivel de depresión (LIFE II) Gravedad de la manía (LIFE II) Puntos de tiempo evaluados: 6, 12 y 18 meses	Recurrencia Nivel de depresión Gravedad de la manía Nivel de depresión	NSE NSE NSE
Lam ³⁰ (2000)	Reino Unido	TCC/TU	ECA	N = 25 Completo (E/C), 12/11 Media de edad, 39 años Varones/mujeres, 12/13 TB I, 25	N.º de sesiones, 12-20 Duración del tratamiento: no se aclara Tamaño grupal (personas): individual Terapeuta TCC: profesional certificado	Nivel de depresión (BDI, BHS, HDRS) Gravedad de la manía (MRS) Funcionalidad (SPS) Puntos de tiempo evaluados: 6 y 12 meses	Gravedad de la manía Funcionalidad	NSE NSE

ASQ: Attributional Style Questionnaire; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI: Beck's Depression Index; BHS: Beck Hopelessness Scale; CARS-M: Clinician-Administered Rating Scale for Mania; CMF: Clinical Monitoring Form; DAS: Disfunctional Attitude Scale; ECA: ensayo clínico aleatorizado; FFT: Family-Focused Treatment; GAF: Global Assessment of Functioning; GAS: Global Assessment Scale; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression; IDS-C: Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating; IPSRT: Interpersonal and Social Rhythm Therapy; IS: Misadjustment Scale; ISI: Insomnia Severity Index; LIFE II: Longitudinal Interval Follow-up Evaluation; LIFE-RIFT: Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation-Range of Impaired Functioning Tool; MAS: Bech-Rafaelsen Mania Scale; NS: No significativo; PE: psicoeducación; PSP: Personal and Social Functioning Scale; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index; QoL BD: Brief Quality of Life in Bipolar Disorder Questionnaire; SDS: Sheehan Disability Scale; SD-SE: Sleep diary sleep efficiency; SE: significación estadística; SRMI: Self Rating Mania Inventory; STAI-S: State Trait Anxiety Inventory; TCC: terapia cognitivo-conductual; TU: tratamiento usual; YMRS: Young Mania Rating Scale.

ción estadística aplicando los instrumentos STAI-S, HARS, BAI (Gonzalez-Isasi, 2014; Docteur, 2013; Costa, 2011; Gonzalez-Isasi, 2010). Los instrumentos son variados. No se especifica la fase afectiva predominante de los pacientes ni si se trata de TB I o II. Esto es importante, ya que la ansiedad se presenta con mucha más intensidad en estados maniacos y en estados subsindrómicos.

Insomnio

Solamente en 1 estudio (Harvey, 2015) en el que se compararon TCC y PE, se lograron reducciones significativas de la gravedad del insomnio a los 6 meses del tratamiento utilizando los instrumentos ISI, SD-SE, PSQI. Si bien es cierto que el insomnio se midió solo en 1 estudio con distintos instrumentos, obtuvo diferencias significativas con el tratamiento del TB I coincidiendo con mejoría en los niveles depresión, ansiedad y manía. No se especifica el estado predominante de los pacientes en el momento de la medición, lo cual sería importante, ya que el insomnio se considera un síntoma cardinal de manía/hipomanía y los niveles de depresión se miden simultáneamente.

Discusión

En la presente revisión se analizan 17 ECA que compararon los resultados de tratamiento mediante TCC sola o adyuvante a farmacoterapia con el tratamiento habitual para pacientes con diagnóstico de TB. Se evaluaron variables principales como recaída/recurrencia, nivel de depresión, gravedad de la manía, nivel de ansiedad, insomnio y funcionalidad. No se ha determinado con claridad el papel de los antidepresivos como influyente en los resultados de efectividad.

La TCC influyó positivamente en los resultados de los niveles de depresión y manía, considerados en 15 estudios de nuestra revisión. En todos ellos, a pesar de las mejorías en las puntuaciones, finalmente solo 6 mostraron significación estadística de mejoría clínica en TB I y II. Estos hallazgos coinciden con los de Chiang³¹: a pesar de incluir estudios de aplicación de TCC sola y adyuvante a otros tratamientos para el TB, el metanálisis indica un tamaño del efecto leve-moderado en la disminución del índice de recaídas y síntomas maniaco-depresivos, sobre todo en pacientes con TB I. Los instrumentos de evaluación fueron variados, lo que resta claridad al resultado final pero es útil para comparar nuestros hallazgos. Oud et al.³³, en su revisión sistemática, señalan que la TCC reduce síntomas depresivos y maniacos, readmisiones hospitalarias y recaídas, coincidiendo también con nuestro estudio. Por otro lado, Chatterton et al.³² concluyen que tanto la TCC sola como combinada con PE no generan reducciones significativas de síntomas depresivos en ninguno de sus estudios, a pesar de medirse puntuaciones de escalas en distintos momentos del postratamiento. Sin embargo, la PE sola, además de la combinación con TCC, presenta reducción significativa de síntomas maniacos asociada a falta de adherencia al tratamiento y menor riesgo relativo. A lo largo de los 12 estudios de PE de Chatterton et al., las variables estudiadas son pocas y diferentes, por lo que no existe claridad en el motivo de los resultados diferentes de los de la TCC. Estos autores finalmente señalan que la combinación de ambos tratamientos ofrece mejores

resultados globales, al igual que Costa et al.³⁴, que incluyen en sus hallazgos una mejor calidad de vida, además de reducir síntomas depresivos y maniacos. Ye et al.¹¹ presentan resultados que demuestran que la TCC reduce significativamente la gravedad de los síntomas maniacos y las recaídas, a diferencia de los síntomas depresivos, en distintos puntos temporales de medición.

La funcionalidad como variable secundaria muestra mejoría clínica con la TCC, pero no en todos los estudios hay significación estadística. Como en las demás variables, los instrumentos psicométricos fueron distintos y resulta confusa la operacionalización que se da a la funcionalidad, ya que podría considerarse así la calidad de vida y la inadaptación, por lo que se ha tratado de separar y evitar sesgos al momento del análisis. La mejoría de las puntuaciones de la funcionalidad en nuestro estudio coinciden con los niveles de depresión y gravedad de la manía, tanto en TB I como en TB II. Estos hallazgos son compatibles con Chatterton et al., que consideran que la coincidencia de la mejoría de la manía y la funcionalidad global tanto con la TCC sola como en combinación indica una eficacia creciente en el tiempo con más beneficios en los pacientes con TB I.

El nivel de ansiedad y el insomnio fueron variables poco estudiadas y mucho menos discutidas en las revisiones sistemáticas previas, puesto que los resultados reflejan las reducciones significativas en manía, depresión, número de recaídas y funcionalidad. Es probable que esto se deba a que existen escasas revisiones y metanálisis que incluyan estudios basados en variables secundarias y se considera que la ansiedad y el insomnio subyacen a las mediciones de depresión y ansiedad. Estas diferencias no se discuten en otros estudios.

Las limitaciones radican en la heterogeneidad de las muestras de participantes en los estudios incluidos y la escasa cantidad de estudios realizados hasta la fecha que comparen solamente la TCC con el tratamiento estándar psicofarmacológico y la combinación de ambos. Durante la búsqueda de información, se observó que otras revisiones sistemáticas y metanálisis incluyen intervenciones que no siguen la base de la TCC pura como MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*), CT (*Cognitive Therapy*) y PE, y se pierde la objetividad y la calidad del estudio, lo que sesga nuestros resultados. Se requiere ampliar la cantidad de ECA con un número mayor de participantes.

Conclusiones

Se considera que la TCC sola o complementaria para pacientes con TB presenta resultados prometedores después del tratamiento y durante el seguimiento. Los beneficios incluyen niveles reducidos de depresión y manía, menor número de recaídas y recurrencias y mayores niveles de funcionamiento psicosocial. Estudios adicionales deberían investigar estrategias óptimas de selección de pacientes para maximizar los beneficios de la TCC complementaria.

Financiación

El autor declara autofinanciamiento.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

Agradecimiento especial por la asesoría del presente estudio al Dr. Nelson Andrade de la Universidad Alcalá de Henares, Madrid, España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1995;30:279-92.
2. Yildiz A, Ruiz P, Nemeroff C. *The Bipolar Book: History*. En: *Neurobiology and Treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2015.
3. Green MF. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67, e12-e12.
4. Carvalho A, Vieta E. *The treatment of bipolar disorder: integrative clinical strategies and future directions*. Oxford: Oxford University Press; 2017.
5. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom*. 2009;78(5):285-97. doi: 10.1159/000228249.
6. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*. 2006 Feb;163(2):217-24. doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.217.
7. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386:743-800.
8. Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N, Duffy S, Geddes JR. Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2008;192:5-11.
9. Thase ME, Kingdon D, Turkington D. The promise of cognitive behavior therapy for treatment of severe mental disorders: a review of recent developments. *World Psychiatry*. 2014;13:244-50.
10. Miklowitz DJ. An update on the role of psychotherapy in the management of bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2006;8:498-503.
11. Ye BY, Jiang ZY, Li X, Cao B, Cao LP, Lin Y, et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016 Aug;70(8):351-61. doi: 10.1111/pcn.12399.
12. Szentagotai A, David D. The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:66-72.
13. Moher D, Shamseer L, Clarke M, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015;4:1.
14. Harvey AG, Soehner AM, Kaplan KA, Hein K, Lee J, Kanady J, et al. Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder: a pilot randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2015 Jun;83(3):564-77. doi: 10.1037/a0038655.
15. Jones SH, Smith G, Mulligan LD, Lobban F, Law H, Dunn G, et al. Recovery-focused cognitive-behavioural therapy for recent-onset bipolar disorder: randomised controlled pilot trial. *Br J Psychiatry*. 2015 Jan;206(1):58-66. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141259.
16. González Isasi A, Echeburúa E, Limiñana JM, González-Pinto A. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: a 5-year controlled clinical trial. *Eur Psychiatry*. 2014;29:134-41.
17. Parikh SV, Hawke LD, Zaretsky A, et al. Psychosocial interventions for bipolar disorder and coping style modification: similar clinical outcomes, similar mechanisms? *Canadian Journal of psychiatry*. *Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2013 Aug;58(8):482-486. DOI: 10.1177/070674371305800807.
18. Stange JP, Sylvia LG, da Silva Magalhães PV, Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, et al. Extreme attributions predict the course of bipolar depression: results from the STEP-BD randomized controlled trial of psychosocial treatment. *J Clin Psychiatry*. 2013 Mar;74(3):249-55. doi: 10.4088/JCP.12m08019.
19. Docteur A, Mirabel-Sarron C, Guelfi JD, Rouillon F, Gorwood P. The role of CBT in explicit memory bias in bipolar I patients. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2013;44:307-11.
20. Meyer TD, Hautzinger M. Cognitive behaviour therapy and supportive therapy for bipolar disorders: relapse rates for treatment period and 2-year follow-up. *Psychol Med*. 2012;42:1429-39.
21. Costa RT, Cheniaux E, Rangé BP, Versiani M, Nardi AE. Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. *Braz J Med Biol Res*. 2012;45:862-8.
22. Costa RT, Cheniaux E, Rosaes PA, Carvalho MR, Freire RC, Versiani M, et al. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. *Braz J Psychiatry*. 2011 Jun;33(2):144-9. doi: 10.1590/s1516-44462011000200009.
23. Gomes BC, Abreu LN, Brietzke E, Caetano SC, Kleinman A, Nery FG, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder. *Psychother Psychosom*. 2011;80(3):144-50. doi: 10.1159/000320738.
24. González-Isasi A, Echeburúa E, Limiñana JM, González-Pinto A. How effective is a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder? A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2010;126:80-7.
25. González-Isasi A, Echeburúa E, Mosquera F, Ibáñez B, Aizpuru F, González-Pinto A. Long-term efficacy of a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder: a pilot study. *Psychiatry Res*. 2010;176(2-3):161-5. doi: 10.1016/j.psychres.2008.06.047.
26. Zaretsky A, Lancee W, Miller C, Harris A, Parikh S. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry*. 2008;53:441-8.
27. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS, et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164(9):1340-7. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07020311.
28. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(4):419-26. doi: 10.1001/archpsyc.64.4.419.
29. Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent

- bipolar disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006;188:313-20. doi: 10.1192/bjp.188.4.313.
30. Lam DH, Bright J, Jones SH, Hayward P, Schuck N, Chisholm D et al. Cognitive therapy for bipolar illness: a pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*. 2000 Oct;24(5):503-520. <https://doi.org/10.1023/A:1005557911051>.
 31. Chiang KJ, Tsai JC, Liu D, Lin CH, Chiu HL, Chou K-R. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2017;12:e0176849.
 32. Mary Lou Chatterton ML, Stockings E, Berk M, Barendregt J, Carter R, Mihalopoulos C. Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017:1-9.
 33. Oud M, May-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, Morriss R, et al. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;208(3):213-22. doi: 10.1192/bjp.bp.114.157123.
 34. da Costa R, Rangé B, Malagris N, Sardinha A, Carvalho R, Nardi AE. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. *Expert Rev Neurother*. 2010;10:1089-99.