



Uso de criterios y guías clínicas en la creación de una unidad de trastornos del ánimo

Use of criteria and clinical guidelines in the creation of a mood disorders unit

Lister Rosset^{a,✉}, Rodrigo Erazo^a, Rodrigo Nieto^{a,b}, Crisitán Fuentes^a, Pablo Curivil^a

^a Departamento de Psiquiatría Adultos, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 31 12 2019.

Aceptado: 26 02 2020.

Palabras clave:

Trastornos del ánimo, depresión, bipolaridad, salud mental, tratamiento farmacológico, psicoterapia, remisión sintomática, recuperación funcional.

Key words:

Mood disorders, depression, bipolar, mental health, pharmacological treatment, psychotherapy, symptomatic remission, functional recovery.

RESUMEN

Los trastornos del ánimo (uni o bipolares) constituyen un significativo problema de salud pública, tanto por su alta prevalencia como por el elevado índice de discapacidad que generan.

El presente artículo aborda el problema de la resistencia a tratamiento como también las estrategias y guías clínicas para el manejo de los cuadros de mayor complejidad. Se analizan los aportes de la terapia farmacológica, de la psicoterapia y de las terapias somáticas no farmacológicas, intentando un enfoque integrativo.

El equipo multidisciplinario de la Unidad de Trastornos del Ánimo del Departamento de Psiquiatría de Clínica Las Condes busca aplicar un modelo integrativo con una mirada amplia, con el objetivo de encontrar el mejor manejo para cada paciente, orientado no solo a la remisión sintomática sino también a la recuperación funcional (autonomía, calidad de vínculos, etc.), para incidir de este modo en la calidad de vida global de los pacientes.

SUMMARY

Affective disorders (uni- or bipolar) represent a significant public health issue, due both to its high prevalence as well as the high index of disability that they generate.

This article addresses the problem of treatment resistance, as well the use of clinical guidelines and strategies for the treatment of more complex cases. We analyze the contributions of pharmacological treatments, psychotherapy and non-pharmacological somatic therapies, from an integrative point of view.

The multidisciplinary team of Mood Disorders Unit at Clínica Las Condes Psychiatry Department seeks to apply a broad-view integrative model with the aim of finding the better management strategy for each patient. Our objectives are both symptomatic remission and functional recovery (autonomy, quality of affective bonds, etc.), in order to make a difference on the patients' overall quality of life.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: lrossel@clc.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.003>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

Los trastornos del ánimo representan un importante desafío de salud pública. Actualmente se registra un aumento epidemiológico creciente y sostenido de los trastornos depresivos en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se sitúa como una de las primeras causas de discapacidad, con los consiguientes costos directos e indirectos asociados a la cronicidad e invalidez generadas¹⁻³. La relación entre depresión y suicidio también se encuentra bien establecida. Pese a que este fenómeno social ha sido abordado por diversos programas de manejo y prevención, estos no han logrado revertir su alta prevalencia, principalmente en las poblaciones adolescentes y de adultos mayores.

Los estresores psicosociales pueden jugar un rol importante para gatillar un episodio anímico, muchos de ellos asociados al estilo de vida contemporáneo. Entre las nuevas variables psicosociales podemos mencionar el aumento en la expectativa de vida, el aislamiento social, la baja calidad de los vínculos y la alta competitividad, todo lo cual deriva en una elevada exposición al estrés sostenido, adquiriendo éste un carácter "tóxico"⁴. El agotamiento psíquico (*burnout*) es considerado una patología de carácter epidémico, asociada al estilo de vida actual.

Las instituciones de salud son las llamadas a abordar estas patologías, inicialmente en el nivel de atención primaria y luego, en el ámbito de la atención secundaria y terciaria, donde se resuelven los casos más complejos. Al respecto, y en relación con la eficacia de la terapéutica actual, es necesario comentar que, en la investigación clínica de nivel primario, el reporte de remisión informada mediante tratamientos de primera línea no excede de 50% a 60% de los casos⁵, lo que abre la necesidad de resolver una amplia zona de refractariedad y/o de resistencia terapéutica⁶.

Clínica Las Condes es un hospital privado de Santiago de Chile con casi 40 años de existencia y que cuenta con todas las especialidades de la medicina, incluido un Departamento de Psiquiatría de adultos, y uno de niños y adolescentes. La creciente especialización tanto de la medicina en general como de la psiquiatría en particular ha conducido a la creación de equipos y unidades dedicados a tareas cada vez más específicas. Así, a partir de la formación de un área de hospitalización de pacientes con patología de salud mental dentro de la clínica (hacia fines del año 2018), se pensó en la conveniencia de contar con un equipo especializado en la atención y tratamiento de pacientes portadores de trastornos del ánimo complejos, grupo actualmente conformado por cuatro psiquiatras y un psicólogo clínico y que coincide con los autores de este artículo.

La tarea central de este equipo ha sido la realización de reuniones clínicas semanales de análisis de casos complejos,

a menudo referidos por otros miembros del departamento. Junto con ello, este grupo ha debatido acerca de la necesidad de contar con protocolos que permitan unificar criterios respecto de la resolución terapéutica, tanto farmacológica como psicoterapéutica, de los casos ingresados para estudio, y ha cotejado diferentes opciones de guías clínicas y criterios con el fin de incorporarlos a las tareas propuestas. El énfasis principal ha estado puesto en los problemas de resistencia terapéutica y en los síntomas residuales, característicos de muchos cuadros anímicos y que se convierten en un severo problema de salud y calidad de vida de nuestros pacientes.

Ante la persistencia de resistencia terapéutica, el estudio *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D - del National Institute for Mental Health, Estados Unidos, 2006)*⁵, sugirió los abordajes referidos a continuación, en secuencias de intervenciones de complejidad creciente. Estas se sintetizan en:

- Optimización (dosis adecuadas, tiempos de tratamiento de duración suficiente).
- Cambios farmacológicos.
- Combinación de fármacos antidepresivos.
- Potenciación terapéutica (incorporación de fármacos pertenecientes a otras familias farmacológicas, siendo hoy principal el rol de los moduladores de ánimo y de los antipsicóticos atípicos).

Sin embargo, considerando no solo las variantes biológicas, sino también las particularidades de los estresores psicosociales que pueden afectar de forma distinta a cada paciente, resulta necesario abordar de forma integral la complejidad de factores que inciden en un cuadro depresivo. Para esto es necesario ampliar el espectro de la mirada clínica, para generar propuestas de tratamiento que incluyan intervenciones farmacológicas en secuencias preestablecidas y bien estudiadas, pero que también incluyan terapias psicológicas específicas, y cuando corresponda algunas terapias somáticas no farmacológicas.

Una unidad clínica que busque dar cuenta de esta complejidad a nivel de un hospital público o de una clínica privada es, por consiguiente, un lugar que trabaja desde una mirada de amplio espectro sobre el paciente⁷, poniendo especial atención hacia lo siguiente:

- 1) Revisión y reconfirmación de diagnóstico.
- 2) Evaluación de la existencia de comorbilidades, tanto de patologías somáticas (enfermedades médicas, trastornos orgánico-cerebrales, etc.) como también la presencia de otras patologías psiquiátricas agregadas (por ejemplo, trastorno por abuso de sustancias, desórdenes de la personalidad, etc.).
- 3) Adherencia a los tratamientos indicados (evaluación de la aceptabilidad y cumplimiento de las terapias farmacológicas

ensayadas).

4) Necesidad de realizar estudios diagnósticos complementarios (psicometrías, imágenes, tests farmacogenéticos), obviamente incluyendo también interconsultas a otras especialidades de la medicina.

5) Evaluación del rol de factores ambientales y/o biográficos en la génesis y mantención del cuadro clínico (disfunciones familiares, de pareja, violencia intrafamiliar, experiencias actuales y/o o tempranas traumáticas, etc.).

6) Foco en el rol de lo terapéutico en la aparición (post tratamiento o asociado a este) de disfunciones médicas, cognitivas, emocionales o conductuales (por ejemplo, anhedonia, cambio de patrones conductuales, anestesia emocional, desgano vital, etc.).

Para orientar las estrategias de manejo, distintas organizaciones de psiquiatras a nivel mundial han desarrollado consensos basados en la revisión de la evidencia disponible a la fecha. Estas recomendaciones se han publicado en el formato de "guías clínicas", que permiten acceder a conclusiones unificadas de las experiencias de distintos centros de tratamiento.

RECOMENDACIONES DE GUÍAS CLÍNICAS PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

En esta sección revisaremos una síntesis de lo sugerido en las guías de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)⁸, de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (WFSBP)⁹⁻¹¹, del Colegio Internacional de Neuro-Psicofarmacología (CINP)¹²⁻¹⁴ y de la *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT)* desarrollada en conjunto con la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares (ISBD)¹⁵. Se abordan por separado las intervenciones correspondientes a la fase aguda y aquellas correspondientes a terapias de mantención. Las recomendaciones para la fase aguda se subdividen a su vez en dos, distinguiendo el manejo de un episodio maniaco (o mixto) del manejo de un episodio depresivo.

1. Tratamiento de la fase aguda

1.1 Tratamiento del episodio maniaco (o mixto)

Durante los últimos años se ha considerado como tratamiento farmacológico de primera línea para episodios maníacos o mixtos más graves al carbonato de litio o al ácido valproico, en combinación con un antipsicótico. Y para pacientes menos severos, la monoterapia con litio, ácido valproico, o un antipsicótico (APA, 2010)⁸. Para los episodios mixtos, el uso del ácido valproico puede ser preferido sobre el de litio, mientras que éste último suele preferirse en caso de manías eufóricas. Las alternativas incluyen la carbamazepina u oxcarbazepina en lugar de carbonato de litio o ácido valproico.

De acuerdo con las guías clínicas de CINP 2017¹⁴, se debe iniciar tratamiento idealmente en monoterapia con ácido valproico, risperidona, quetiapina, aripiprazol, asenapina, cariprazina o paliperidona. Deberá tomarse en cuenta la presencia previa de síntomas psicóticos. Si el paciente ya está en tratamiento con uno de estos fármacos, se puede empezar por optimizar la dosis de la medicación, pero también cabe la sustitución por otro de esta lista. Alternativamente, se pueden utilizar carbonato de litio, carbamazepina, olanzapina, ziprasidona, o haloperidol. En caso necesario, puede considerarse la combinación de algunos de estos fármacos, especialmente de ácido valproico o carbonato de litio, con algunos antipsicóticos (de preferencia olanzapina, aripiprazol, asenapina o haloperidol). Naturalmente, si el paciente está tomando antidepresivos, estos han de discontinuarse de forma adecuada.

Por su parte, las guías clínicas de CANMAT/ISBD 2018¹⁵ proponen un algoritmo jerárquico de tratamiento, según el cual las alternativas terapéuticas se ordenan tanto por eficacia como por su tolerabilidad y los riesgos potenciales, aun cuando los tratantes coinciden con lo propuesto por el CINP¹⁴ y sugieren escoger en el siguiente orden, según el perfil del paciente: litio, quetiapina, divalproato, asenapina, paliperidona, risperidona y cariprazina, en primera línea. Como siguiente posibilidad, sugieren las combinaciones litio - divalproato, con antipsicóticos atípicos. La olanzapina aparece recién en tercera línea debido a sus riesgos metabólicos. Se han definido recomendaciones específicas para distintos perfiles de pacientes¹⁵, lo que se detalla en la Tabla 1.

La terapia electroconvulsiva (ECT) mantiene su utilidad terapéutica en los pacientes con manía severa o resistente al tratamiento (WFSBP 2009⁹, APA 2010⁸, CINP 2017¹⁴, CANMAT/ISBD 2018¹⁵).

1.2 Tratamiento del episodio depresivo

En los últimos años, y según sea la guía clínica empleada, se han considerado para el tratamiento farmacológico de primera línea de la depresión bipolar medicamentos como el carbonato de litio y la lamotrigina (APA 2010)⁸, o antipsicóticos como la quetiapina (WFSBP 2010)¹⁰.

Las guías clínicas más recientes (CINP 2017 y Canmat 2018)^{14,15} recomiendan quetiapina o lurasidona como opciones de primera línea. De acuerdo con estas guías como alternativas se pueden utilizar la olanzapina, ya sea en monoterapia o en modalidad de combinación con fluoxetina, o la combinación litio con lamotrigina. Se incluyen entre las intervenciones de segunda línea la posibilidad de agregar antidepresivos, de preferencia ISRS como fluoxetina o escitalopram, en vez de paroxetina o bupropion, previamente considerados recomendables y con menor riesgo de viraje (CINP 2017)¹⁴.

Tabla 1. Elementos clínicos para la elección de tratamiento en paciente con episodio maniaco

Necesidad de respuesta rápida	Se recomienda la combinación de litio o divalproato con antipsicóticos atípicos. La misma estrategia se recomienda en pacientes con antecedente de respuesta parcial a monoterapia.
Síntomas psicóticos	Un 50% de los pacientes maniacos presenta síntomas psicóticos. Entre los tratamientos de primera línea, ninguno presenta mayor eficacia. De la misma manera, los tratamientos combinados de litio o divalproato con un antipsicótico tampoco mostrarían ventajas entre ellos. En pacientes con síntomas psicóticos no congruentes con el ánimo se recomienda usar tratamientos combinados. En pacientes esquizoafectivos se sugiere el uso de un antipsicótico atípico en monoterapia o combinado.
Síntomas ansiosos	Los síntomas ansiosos son predictores de mal pronóstico, mayor severidad, mayor tiempo para lograr remisión, y mayor efecto secundario de fármacos. Si bien ningún medicamento ha mostrado superioridad, se recomienda el uso de divalproato, quetiapina, olanzapina y carbamazepina.
Síntomas mixtos	Un 10 a 30% de pacientes presentará síntomas depresivos. Esto es un marcador de gravedad, peor pronóstico y mayor riesgo suicida. La combinación de divalproato con antipsicóticos atípicos es de utilidad, y de estos últimos han mostrado eficacia olanzapina, asenapina, aripiprazol y ziprasidona.
Ciclos rápidos	Se sugiere revisar la función tiroidea, suspender el uso de sustancias, estimulantes y antidepresivos. Aun cuando no hay evidencia suficiente para recomendar algún fármaco específico, se sugiere seleccionar según la respuesta en etapa aguda y de mantención. La combinación de tres estabilizadores no sería superior a utilizar 2 estabilizadores.
Patrón estacional	No existe una recomendación específica.

Se piensa que la probabilidad de que el tratamiento con anti-depresivos precipite un viraje hacia un episodio hipomaniaco resulta mayor en pacientes con depresión bipolar I, que en pacientes con depresión bipolar II. Por lo tanto, los médicos pueden optar por recomendar antes el tratamiento antidepresivo en aquellos pacientes con trastorno bipolar II (APA 2010)⁸.

Manteniendo el algoritmo jerárquico de elección de tratamiento, las guías clínicas CANMAT/ISBD 2018¹⁵ recomiendan los siguientes fármacos en primera línea: quetiapina, lurasidona + litio o divalproato, litio, lamotrigina, lurasidona en monoterapia y lamotrigina como adyuvante para pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I. En segunda línea, quedan: divalproato, ISRS o bupropión, cariprazina y la formulación olanzapina-fluoxetina. Para el tratamiento de la depresión bipolar tipo II, sólo se recomienda como primera línea la quetiapina. Aquí también se han definido recomendaciones específicas para distintos perfiles de pacientes¹⁵, lo que se detalla en la Tabla 2.

En pacientes con inanición, con amenaza a la vida, intento o riesgo de suicidio o psicosis, la terapia electroconvulsiva (TEC) o electroshock también se mantiene como una alternativa elegible (WFSBP 2010¹⁰, APA 2010⁸, CINP 2017¹⁴, CANMAT/ISBD 2018¹⁵). Cabe agregar en depresiones mayores resistentes la posibilidad del uso de ketamina, cuyos protocolos se encuentran en revisión.

2. Tratamiento de Mantención

Una vez manejado y estabilizado el cuadro agudo, es clave definir un adecuado tratamiento de mantención. En efecto, después de la remisión de un episodio agudo, los pacientes pueden permanecer con un riesgo mayor de presentar un nuevo episodio que quienes no hayan enfrentado una fase aguda. Este riesgo de recaída sería particularmente alto durante los primeros 6 meses de tratamiento. De hecho, se ha visto que los pacientes tratados tienen un riesgo de recaída de 19% a 25%, mientras que los pacientes con placebo muestran un 23% a 40% de recaídas en un año¹⁴.

Entre los factores de riesgo para recaídas¹⁴, podemos mencionar:

- Inicio precoz de la enfermedad.
- Síntomas psicóticos.
- Ciclos rápidos.
- Ansiedad comórbida.
- Trastornos por uso de sustancias.

Por otra parte, se han descrito como factores protectores el adecuado soporte psicosocial y el disponer de parte del paciente suficientes habilidades para la reducción del estrés.

Se debe asimismo agregar que la duración de los intervalos libres de síntomas es inversamente proporcional al número de

Tabla 2. Elementos clínicos para la elección de tratamiento en pacientes con episodio depresivo bipolar

Necesidad de respuesta rápida	Se recomienda lurasidona o quetiapina, dado que pueden mostrar respuesta clínica dentro de la primera semana. Aun cuando la terapia electroconvulsiva (ECT) se recomienda como segunda línea de tratamiento, podría utilizarse antes en pacientes en que es crucial una rápida respuesta.
Síntomas ansiosos	Los síntomas ansiosos son predictores de persistencia de la sintomatología depresiva y de ideación suicida. Se recomiendan como tratamiento quetiapina, olanzapina y lurasidona. El divalproato, risperidona y lamotrigina tendrían un efecto limitado sobre estos síntomas.
Síntomas melancólicos	Si bien no hay evidencia específica para este perfil de síntomas, la experiencia clínica sugiere que la ECT es muy efectiva para estos pacientes.
Síntomas atípicos	Si bien existe alguna evidencia para el uso de tranilcipromina en depresión bipolar anérgica, dado el riesgo de viraje, solo debiera utilizarse en compañía de litio/divalproato o un antipsicótico atípico.
Síntomas psicóticos	Existe poca evidencia que compare la eficacia de los distintos tratamientos. La experiencia clínica sugiere el uso de antipsicóticos y ECT.
Síntomas mixtos	Muchos pacientes bipolares deprimidos presentan síntomas maníacos subsindromales. Esto conlleva una mayor severidad del cuadro y mayor riesgo de abuso de sustancias. En estos casos se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos como lurasidona, asenapina y la combinación de olanzapina con fluoxetina, aun cuando el uso de antidepresivos no está recomendado.
Ciclos rápidos	Se sugiere revisar la función tiroidea, suspender el uso de sustancias, estimulantes y antidepresivos. Aun cuando no hay evidencia suficiente para recomendar algún fármaco específico, se sugiere seleccionar según la respuesta en etapa aguda y de mantención como litio, divalproato, olanzapina y quetiapina. Por el contrario, lamotrigina no sería superior a placebo en esta población.
Patrón estacional	No existe una recomendación específica.
Respuesta a tratamientos previos	En pacientes que han tenido buena respuesta a antidepresivos, sin historia de viraje, pueden ser útiles en el tratamiento.

episodios previos. Por lo tanto, un tratamiento adecuado considerará en primer lugar no solo prevenir nuevos episodios, sino igualmente reducir la posibilidad de complicaciones (mayor cronicidad, mayor invalidez), y recuperar la funcionalidad¹⁴.

Puede haber síntomas subsindromales y déficits cognitivos que interfieran con el funcionamiento de la persona, los que deberán ser abordados en el tratamiento de mantención. Los síntomas subsindromales, incluyendo los déficits cognitivos, están causalmente relacionados con un curso progresivo de la enfermedad. De este modo en los objetivos actuales de un tratamiento a largo plazo deben integrar no sólo la prevención de nuevos episodios clínicamente significativos, sino además la minimización de los síntomas subsindromales y del deterioro cognitivo¹⁴.

Después de un episodio maníaco se recomienda un esquema farmacológico de mantención. Aunque hay proporcionalmente menos estudios en pacientes con trastorno bipolar II, que con

trastorno bipolar I, la consideración de tratamiento de mantención para esta forma de la enfermedad está fuertemente establecida. Los medicamentos con la mejor evidencia empírica en apoyo de su uso en un tratamiento de mantención son el litio y el ácido valproico. Las posibles alternativas incluyen lamotrigina, quetiapina, carbamazepina u oxcarbazepina. Si uno de estos medicamentos se utilizó para lograr la remisión de la depresión más reciente o episodio maníaco, generalmente se debe continuar con el mismo. Las sesiones de mantenimiento de TEC también pueden considerarse para pacientes cuyo episodio agudo respondió eficazmente a este tratamiento¹⁴.

En aquellos pacientes que recibieron un medicamento antipsicótico como tratamiento de un episodio agudo anterior, debe reevaluarse la necesidad de seguir indicando el fármaco antipsicótico al entrar en la fase de mantención del tratamiento. En términos generales, los antipsicóticos deben ser descontinuados, considerando la necesidad de mantener un esquema de tratamiento que no exponga al paciente a posibles efectos

colaterales si esto no está justificado por un beneficio clínico claro. Sin embargo, pueden mantenerse en caso de que sean necesarios para el control de síntomas psicóticos persistentes o a modo de profilaxis ante la recurrencia de psicosis. Si bien la terapia de mantención con antipsicóticos atípicos es una posibilidad, todavía no hay pruebas definitivas de que su eficacia en el tratamiento de mantención sea comparable a la de moduladores del ánimo, tales como el litio o el valproato¹⁴.

POSIBILIDAD DE TERAPIAS SOMÁTICAS NO FARMACOLÓGICAS

Así como desde tiempos antiguos y de modo empírico la terapia electroconvulsiva ha permitido manejar la severidad y la refractariedad, otros sistemas de neuromodulación han aparecido en el horizonte terapéutico.

La estimulación magnética transcraneal (TMS) ha sido aprobada por la FDA. Durante el tratamiento se realizan sesiones diarias de treinta a sesenta minutos, generalmente a lo largo de un mes de duración.

Hasta hoy este procedimiento se encuentra limitado al tratamiento de la sintomatología depresiva. Adicionalmente pudiéramos mencionar la estimulación cerebral profunda (DBS). Sin embargo, ésta aún debe ser considerada una estrategia emergente en depresión resistente.

ROL DE LA PSICOTERAPIA Y OTRAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

La psicoterapia y la psicoeducación juegan igualmente un rol esencial en el manejo clínico, tanto en trastornos depresivos mayores (TDM) como más específicamente en el espectro bipolar. La integración de farmacoterapia, psicoterapia y psicoeducación juega un papel relevante en el logro de la adherencia al tratamiento, en la prevención de recaídas, así como en el manejo de las eventuales complicaciones de la patología.

Dada la heterogeneidad y amplitud en la presentación clínica de los trastornos del ánimo, se requieren efectuar distinciones clínicas para integrar de un modo flexible a las distintas formas de intervención psicoterapéutica. La psicoterapia puede ser de mayor aplicabilidad en los periodos inter-críticos de las fases maníacas o depresivas, permitiendo al paciente una mejor adaptación a su medio, así como en el nivel del bienestar subjetivo.

Las intervenciones psicoeducativas, el apoyo psicoterapéutico y las intervenciones familiares, apuntan a incrementar el repertorio emocional y conductual necesario para los pacientes

de curso crónico, dado el gran impacto interpersonal y social asociado. A continuación, abordaremos estas terapias.

Psicoeducación

En el trastorno bipolar el objetivo central de la psicoeducación es el logro de una mejor adherencia al tratamiento, reduciendo de ese modo la tasa de recaídas y hospitalizaciones. Promueve la calidad de vida por medio del mejoramiento de hábitos de vida cotidiana, de la higiene del sueño y de la reducción del estigma. Asimismo, muestra logros en relación con la calidad de los vínculos familiares, permitiendo tanto al paciente como a su familia detectar y actuar ante signos tempranos de descompensaciones clínicas. El manejo psicoeducativo grupal para trastornos bipolares tipo I y II ha sido descrito por el Programa de trastornos bipolares de Barcelona, y demuestra, en seguimientos de dos años de observación, que logró reducir descompensaciones¹⁶.

Psicoterapia en Trastornos del Ánimo

En los pacientes de mayor complejidad clínica, es importante considerar la psicoterapia como intervención desde la primera línea, y frecuentemente en asociación a psicofármacos. En bipolaridad las guías sugieren que las intervenciones psicoterapéuticas sean realizadas en períodos inter-críticos o en períodos de remisión sintomática. Sin embargo, en casos seleccionados, pensamos que la psicoterapia de apoyo puede ser de utilidad en el período agudo, especialmente cuando los conflictos psicosociales tienen relación con la aparición o mantención de la sintomatología. La revisión de las guías CANMAT sobre psicoterapia individual en Trastorno Depresivo Mayor recomienda como primera elección las siguientes modalidades¹⁷.

Terapia cognitivo conductual (CBT)

Instaurado inicialmente a través de los trabajos de Aaron Beck, las intervenciones apuntan prioritariamente a “la triada cognitiva de la depresión”, que incluye una visión negativa sobre sí mismo, una visión negativa sobre el mundo, y una visión negativa sobre el futuro. Se abordan de esta forma los patrones disfuncionales de pensamiento, que representan un rol en la mantención de la sintomatología depresiva¹⁸.

Terapia interpersonal (IPT)

La psicoterapia se focaliza en el nivel vincular y de relaciones sociales del paciente. Es de especial utilidad ante eventos adversos de vida tales como duelos y transiciones o disputas de roles sociales¹⁹.

Tanto la terapia cognitivo conductual como la terapia interpersonal han logrado sistematizar sus intervenciones en manuales. Ello ha permitido evaluar la eficacia clínica, y a la vez la comparación con farmacoterapia. Se debiera agregar a las psicoterapias mencionadas, las psicoterapias cognitivas de nuevo orden

como el Sistema de Psicoterapia de Análisis cognitivo-conductual (o CBASP). De igual modo, la terapia conductual dialéctica (DBT) ha desarrollado modalidades de tratamiento para pacientes con alta residualidad sintomática, o en las depresiones de curso crónico²⁰.

CONCLUSIONES

A lo largo de este artículo se describen intervenciones en los casos de mayor complejidad clínica y/o de resistencia terapéutica. Si bien la propuesta de integración de diferentes modalidades terapéuticas está establecida en las guías clínicas, éstas deben ser aplicadas conservando la adecuada flexibilidad de

modo de abordar las singularidades y particularidades de cada paciente.

En el proceso de gestar una unidad de casos complejos, la mirada de amplio espectro y el pluralismo técnico constituyen una regla general. El equipo requiere estructurarse como grupo multidisciplinario y con perspectivas de mediano y largo plazo.

Se debe hacer especial énfasis en mantener la doble mirada de remisión sintomática y de rehabilitación funcional, de modo que la eficacia del tratamiento se extienda hacia la mejoría en la calidad de vida global de los pacientes.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés en la realización de este manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Spijker J, Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110(3):208-14.
- Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004;184: 386-392.
- Murray CJL, Lopez AD, editors. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study*. Murray CJ, Lopez AD Science. 1996; 274(5288):740-3.) Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
- Loriot M. A sociological stance on fatigue and tiredness: Social inequalities, norms and representations. *Neurophysiol Clin*. 2017 Apr;47 (2): 87-94.
- Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1905-17.
- Nemeroff CB. Prevalence and management of treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 (8):17-25.
- Vieta E. The package of care for patients with bipolar depression. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 (5):34-9.
- American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision)*. *Am J Psychiatry*. 2010;159(4):1-50.
- Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania. *World J Biol Psychiatry*. 2009;10:85-116.
- Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11:81-109.
- Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2013;14:154-219.
- Fountoulakis KN, Young A, Yatham L, Grunze H, Vieta E. The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 1: Background and Methods of the Development of Guidelines. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2017;20(2):98-120.
- Fountoulakis KN, Yatham L, Grunze H, Vieta E, Young A. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 2: Review, Grading of the Evidence, and a Precise Algorithm. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2017;20(29):121-179.
- Fountoulakis KN, Grunze H, Vieta E, Young A, Yatham L (2016) The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) treatment guidelines for Bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), part 3: The clinical guidelines. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2017;20(20):180-195.
- Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018; 20(2):97-170.
- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(4):402-7.
- Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B. CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. *Psychological Treatments*. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):524-39.

18. Aaron T Beck, A John Rush, Brian F Shaw, Gary Emery. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979. Allen NB. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002; 36(2):275-8.
19. Markowitz JC, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy: principles and applications*. *World Psychiatry*. 2004;3(3):136-9.
20. Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. *Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial*. *Behav Res Ther*. 2014; 59:40-51.