



**Efectividad de las intervenciones psicosociales en el Trastorno Bipolar: una revisión
sistemática**

Santiago Isaza Blandón

Manuela Navarro Marín

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo y Psicóloga

Asesora

Maryoris Elena Zapata Zabala, Doctora (PhD) en Psicología

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2022

Cita	(Isaza Blandón & Navarro Marín, 2022)
Referencia	Isaza Blandón, S., & Navarro Marín, M. (2022). <i>Efectividad de las intervenciones psicosociales en el Trastorno Bipolar: una revisión sistemática</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decana: Alba Nelly Gómez García.

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

A Astrid Restrepo, por creer.

Agradecimientos

Ha sido para nosotros un honor contar con el apoyo y la guía de nuestra asesora Maryoris Zapata.

Siglas, acrónimos y abreviaturas

ACT	Acceptance and Commitment Therapy (Terapia de Aceptación y Compromiso)
APA	American Psychiatric Association
BA	Behavioural Activation (Activación Conductual)
CAPE	Culturally Adaptive Psychoeducation (Psicoeducación adaptada culturalmente)
CAT	Cognitive Analytic Therapy (Terapia Cognitivo Analítica)
CBT	Cognitive Behavioural Therapy (Terapia Cognitivo Conductual)
CFT	Compassion Focused Therapy (Terapia enfocada en la compasión)
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CRT	Cognitive Remediation Therapy (Terapia de remediación cognitiva)
DBT	Dialectical Behaviour Therapy (Terapia Dialéctico Conductual)
DSM	Statistical Manual of Mental Disorders
EWS	Early Warning Signs (Signos tempranos de alerta)
FFT	(Family Focused Therapy (Terapia enfocada en la familia)
FR	Functional Remediation (Remediación funcional)
GPC	Guía de práctica clínica
GPE	Group Psychoeducation (psicoeducación grupal)
IPSRT	Interpersonal and Social Rhythm Therapy (Terapia Interpersonal y del Ritmo Social).
MBCT	Mindfulness Based Cognitive Therapy (Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness)
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction (Reducción del estrés basado en Mindfulness)
MCT	Metacognitive Training (Entrenamiento Metacognitivo)
MI	Motivational Interview (Entrevista motivacional)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PE	Psicoeducación
PER	Positive Emotional Regulation (Regulación emocional positiva)
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder (Trastorno de estrés post traumático)
QoL.BD	Quality of Life in Bipolar Disorders (Escala de calidad de vida en Trastornos Bipolares)
RCT	Randomised controlled trial (ensayo clínico aleatorizado).
SAS	Social Adjustment Scale (Escala de ajuste social)
SCIT	Social Cognition and Interaction Training (Entrenamiento en interacciones y cognición social).
TAB	Trastorno Afectivo Bipolar
TAU	Treatment As Usual (Tratamiento usual)
TB	Trastorno Bipolar
TB-2	Trastorno Bipolar tipo 2
TB-I	Trastorno Bipolar tipo I
TB-N.E.	Trastorno Bipolar No Especificado

Resumen

Antecedentes: con este estudio se exploran las intervenciones psicosociales que demuestran mayor efectividad para el Trastorno Bipolar. **Metodología:** se realizó una revisión sistemática de seis bases de datos (PubMed, EBSCOhost, Scopus, JSTOR, Web of Science y SmartCat de la Universidad de Groningen) con diez palabras clave, publicadas entre el 2016 y el 2020, siguiendo los lineamientos PRISMA. En población adulta, sin muestras mixtas ni comorbilidades. **Resultados:** de 1347 registros obtenidos, se identificaron 635 únicos, 18 fueron incluidos. Se hallaron diversas intervenciones con beneficios: en sintomatología, recidivas, funcionamiento social y cognitivo, además de otros efectos positivos en la vida de las personas y otros desenlaces. **Discusión:** se sintetizan los resultados principales y sus posibles beneficios clínicos, así como posibles investigaciones futuras y otras intervenciones prometedoras. **Limitaciones:** algunos estudios no tenían grupo control, la diferencia de idiomas que no permitieron la revisión de ciertos artículos y no se realizó un análisis estadístico.

Palabras clave: intervención psicosocial, Trastorno Bipolar, psicoterapia, revisión sistemática

Abstract

Background: This study explored the psychosocial interventions that have shown effectiveness in the treatment of Bipolar Disorders. **Methods:** A systematic review was done with six databases (PubMed, EBSCOhost, Scopus, JSTOR, Web of Science and SmartCat Groningen's University), using ten keywords, including articles published between 2016 and 2020, following PRISMA guidelines. On adults, without comorbidities nor mixed samples. **Results:** Initially, 1357 records were identified, 635 of which were unique, and 18 were included by exclusion and inclusion criteria. Different interventions were found with varied benefits on symptoms, relapses, social and cognitive performance, and other positive outcomes. **Discussion:** Main results were synthesized and possible clinical benefits are discussed, future research is proposed and other interventions that seem promising are mentioned. **Limitations:** Lack of control groups in some studies, publications in different languages than Spanish or English weren't included, and a statistical analysis was not made.

Keywords: Psychosocial intervention, Bipolar Disorder, psychotherapy, review article,

Introducción

El Trastorno Bipolar (TB) o Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), pertenece a la categoría de los trastornos del estado de ánimo, caracterizado por la presencia de períodos variantes de depresión y manía o hipomanía; dependiendo de la intensidad y duración de los síntomas se pueden definir dos tipos: Trastorno Bipolar Tipo I (TB-I) y Tipo II (TB-II), respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2000; American Psychiatric Association, 2013).

Los criterios clínicos para definir el TB son descritos en los manuales diagnósticos CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000) y DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), ambos concuerdan en que se caracteriza por al menos un episodio depresivo mayor, además de un episodio maníaco (TB-I) o hipomaníaco (TB-II). Se entiende como episodio depresivo un humor bajo junto a disminución de la energía y la actividad con una duración mínima de 2 semanas; los episodios hipo/maníaco se identifican por un humor elevado, un aumento de la energía y la actividad, que se da de forma anormal y clínicamente significativa durante al menos 4 días consecutivos para la hipomanía y mínimo una semana para el caso de la manía, esta última presenta una mayor afectación a la funcionalidad en el día a día de la persona.

En ambos manuales se presentan leves variaciones a nivel taxonómico, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) incluye la diferenciación entre tipos I y II, a diferencia de su contraparte que no hace esta distinción. Además, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000) propone un diagnóstico para personas que presentan únicamente episodios hipo/maníacos, mientras que el DSM-5 solo tiene criterios para el TB propiamente. Otras diferencias son más a nivel terminológico y de comunicación entre clínicos (Kaltenboeck et al., 2016).

Epidemiología

La Iniciativa Mundial de Encuestas de Salud Mental (WMHSI) de la OMS halló en sus estudios que, en promedio, la prevalencia de vida para el espectro del TB es del 1,9% (Kessler et al., 2018). La incidencia es de aproximadamente 2,4% (TB-I = 0,6%; TB-II = 0,4%; otras formas subclínicas del TB = 1,4%; (García-Blanco et al., 2014). En Latinoamérica, la Organización Panamericana de la Salud (2017) estimó, en 2013, una prevalencia anual para los trastornos mentales en las Américas entre 18,7% y 24,2%, y para los trastornos afectivos entre el 7,0% y

8,7%. Asimismo, se estima que solo 10% de las personas con TB reciben algún tipo de tratamiento en los servicios de salud mental (hospital o unidad psiquiátrica, o establecimiento ambulatorio; Organización Panamericana de la Salud, 2016).

En Colombia, la cuarta Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) halló que la prevalencia de vida de los trastornos mentales es del 9,1% (hombres 8,2% y mujeres 10,1%), sin embargo, la información sobre los trastornos afectivos es poco precisa, por lo que la confiabilidad de estos datos puede verse reducida; a pesar de esto, el componente genético de la enfermedad es de suma importancia y ha de ser tenido en cuenta, pues cerca del 50% de los pacientes con TB tienen historia familiar de esta enfermedad (Belmaker, 2004). Por su parte, la incidencia es difícil de establecer, debido a que el diagnóstico suele formalizarse años después, debido al lento desarrollo que caracteriza a estos trastornos (Ministerio de Salud, 2016).

Otro factor que afecta los datos epidemiológicos es el subdiagnóstico de esta condición, particularmente porque la sintomatología de la hipomanía suele ser desestimada causando un retraso en el inicio del tratamiento (Saito-Tanji et al., 2016), lo que puede ser perjudicial, entre otras cosas, por los riesgos de suicidio debido al desconocimiento de la enfermedad vivida (Asensio Aguerri et al., 2019) y las desventajas de ocultar este tipo de trastornos (Weisz et al., 2016). No obstante, se busca empezar a resolver estos asuntos en la nueva CIE-11; el cambio de definición permitió diagnosticar más claramente el TB-II (Angst et al., 2020), y esto debería concederle un diagnóstico de TB a pacientes que aún no lo reciben y reducir aquellos que están siendo tratados para TB sin tenerlo (Sharma, 2019).

Efectos

En Colombia, se tiene un conocimiento reducido de este trastorno, lo que representa complicaciones más profundas en el estilo de vida, pues las personas con enfermedades mentales tienden a ser víctimas de estigmatización y discriminación, siendo más propensos a la vulneración de sus derechos y encontrando más dificultades para acceder a los servicios de salud, además de otros obstáculos al intentar acceder al trabajo o a la educación (Ministerio de Salud, 2016). También, no es posible determinar el costo-eficacia de diferentes intervenciones y atenciones a enfermedades mentales pues no hay disponible suficiente información debido a la falta de estudios o ensayos de favorabilidad y de seguridad (Moreno-Londoño et al., 2020).

La estigmatización es uno de los problemas con mayor incidencia al hablar de trastornos mentales, generando consecuencias como la normalización de los síntomas y la falta de búsqueda de atención especializada, este ocultamiento reduce el acceso a redes de apoyo y al afrontamiento de la condición (Weisz et al., 2016). Además, el TB se ha asociado a un aumento en los intentos de suicidio (Aparicio Castillo et al., 2020); tanto el TB-I como el TB-II son padecimientos crónicos y, en muchos de los casos, incapacitantes, entendiendo que el Tipo II no es una versión más leve, sino que su funcionamiento se da a diferentes niveles (Asensio Aguerri et al., 2019).

Tratamiento

Diferentes intervenciones psicosociales son propuestas en las GPC y manuales de los gobiernos de España (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012) y de México (Córdova et al., 2009), son las únicas en español. En las de la APA (Hirschfeld et al., 2002, 2010) y del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) de Reino Unido (2020), además de las rutas propuestas por el Mental Health GAP (Organización Mundial de la Salud, 2011, 2018) y, por la guía de la *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) y la *International Society for Bipolar Disorders* (ISBD) en su quinta versión (Yatham et al., 2018), entre estas propuestas se encuentran las siguientes:

Tabla 1
Recomendaciones de las diferentes guías de práctica clínica

Intervención psicosocial/psicoterapia	Guía dónde es recomendado
Terapia Cognitivo-Conductual (CBT)	OMS-OPS mhGAP v1 (2011); v2 (2017); México (2009); España (2012); APA (2002, 2010); NICE-UK (2020); Canadá (2018)
Psicoeducación (PE)	OMS-OPS mhGAP v1 (2011); v2 (2017); España (2012); APA (2002, 2010); Canadá (2018)
Terapia Enfocada en la Familia (FFT)	OMS-OPS mhGAP v2 (2017); México (2009); España (2012); Canadá (2018)
Terapia Interpersonal y de Ritmo Social (IPSRT)	México (2009); España (2012); APA (2002, 2010); Canadá (2018)
Psicoterapia Interpersonal (IPT)	OMS-OPS mhGAP v1 (2011); v2 (2017); NICE-UK (2020)
Terapia de Activación Conductual (BA)	OMS-OPS mhGAP v1 (2011); v2 (2017)
Terapia de Resolución de Problemas	OMS-OPS mhGAP v1 (2011); v2 (2017)
Capacitación en Técnicas de Relajación / Relajación progresiva	OMS-OPS mhGAP v1 (2011); v2 (2017)
Psicoterapia individual	México (2009)

Terapia conductual de parejas (BCT)	NICE-UK (2020)
Apoyo de pares en el mantenimiento de la fase	Canadá (2018)
Requieren más evidencia: <ul style="list-style-type: none"> ● Intervención de familia/cuidador ● Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) ● Terapia Cognitiva Basada en el <i>Mindfulness</i> (MBCT) 	Canadá (2018)

En este estudio se indaga por el estado de la evidencia clínica de diversas intervenciones psicosociales para el tratamiento y manejo del TB, se realizó una revisión sistemática de las investigaciones publicadas durante 5 años (2016 - 2020), donde se identificaron aquellos tratamientos que evidenciaron ser efectivos en el manejo de la enfermedad y que han probado ayudar a los individuos con TB, al tiempo que se reconoce el rumbo que está tomando este campo y se busca atender a la escasez de publicaciones en español y la falta de GPC en Colombia.

1. Metodología

Las revisiones sistemáticas son el método investigativo estándar para la síntesis de la evidencia disponible en áreas de la salud por su rigor metodológico, requieren criterios de elegibilidad y un protocolo de aplicación asociado, reduciendo los sesgos de identificación, selección y recopilación de los estudios. En esta investigación se siguieron las recomendaciones de los lineamientos PRISMA (Page et al., 2021) cuyas características clave son: objetivos claros con una metodología reproducible; una búsqueda sistemática que intenta identificar todos los estudios que cumplan con los criterios de elegibilidad; una valoración (*assessment*) de la validez de los resultados; y una presentación y síntesis sistemática de sus características (Moher et al., 2015).

En esta investigación se realizó una búsqueda en PubMed, EBSCOhost, Scopus, JSTOR, Web of Science y en el buscador SmartCat de la Universidad de Groningen; se descartaron las bases de datos de Cochrane Library Plus por estar incluida en PubMed y en Scopus; Medline por estar incluida en Web of Science; APA PsycINFO por estar incluida en EBSCOhost; y ScienceDirect por estar incluida en Scopus. El proceso de revisión de las bases de datos finalizó el 9 enero de 2021.

Para el rastreo en las 6 bases de datos seleccionadas se realizó búsqueda de diez combinaciones de palabras clave diferentes, de la siguiente manera: “Trastorno bipolar” AND

“Tratamiento psicológico” OR “Tratamiento psicosocial” OR “Intervención psicológica” OR “Intervención psicosocial” OR “Psicoterapia”; “Bipolar disorder” AND “psychotherapy” OR “psychological intervention” OR “psychological treatment” OR “psychosocial treatment” OR “psychosocial intervention”.

El proceso de aplicación de criterios de inclusión se llevó a cabo de manera independiente. En los casos donde había dudas sobre la pertinencia, se realizaban discusiones al respecto y, de no llegar a un acuerdo, se acudía a la asesora temática para una tercera opinión y nutrir así de manera sistemática la selección. Seguidamente, cada investigador realizó la síntesis de los artículos incluyendo información pertinente como: tipo de intervención, número de participantes, modalidad de intervención (RCT, con/sin control, etc.), protocolo de intervención (número de sesiones, individuos por grupos, contenidos tratados etc.), resultados principales, resumen de la discusión y las limitaciones; luego, esta información era contrastada por el otro investigador, agregando información de ser necesario.

Criterios de inclusión

Se incluyeron artículos que (i) trabajaban con personas adultas, mayores de 18 años, (ii) con diagnóstico de TB-I o TB-II según DSM-IV-TR, DSM-5 o CIE-10, (iii) en una modalidad interventora de naturaleza psicosocial, (iv) que estén escritos en inglés o español y (v) que hayan sido publicados entre enero de 2016 y diciembre de 2020. Fueron tenidos en cuenta los casos en que (vi) la muestra del artículo incluyera TB-N.E. (No Especificado), junto a TB-I y II.

Criterios de exclusión

Se excluyeron artículos que (i) trabajen con personas menores de edad, (ii) o geriátricas únicamente, (iii) sin diagnóstico de TB-I o TB-II, (iii) con comorbilidades o (iv) en fase aguda o episodio activo, así como (v) si la muestra incluye personas con otros trastornos del humor, de la personalidad o psicóticos. Igualmente, fueron excluidas (vi) las investigaciones no interventoras, así como (vii) los estudios de caso, revisiones sistemáticas, históricas, tesis doctorales, consensos de expertos, reseñas, congresos y libros, artículos de opinión, editoriales o revisiones bibliográficas o teóricas.

2. Resultados

Selección de estudios

Se hallaron 7747 artículos a los que se les realizó un primer filtro con la revisión de los títulos, 1347 fueron seleccionados, se descartaron los duplicados, lo que generó una base de 635 registros únicos. Luego, se aplicó un segundo filtro, la lectura de *abstracts*, con el que fueron descartados 549 artículos. Finalmente, se procedió a la revisión de elegibilidad del texto completo de los 86 artículos restantes a los que se les aplicaron tanto criterios de inclusión como de exclusión, siendo excluidos 68 y quedando incluidos para la revisión 18 artículos. Los registros excluidos fueron descartados por: tener una muestra mixta, es decir, TB junto a otros trastornos (n=41); incluir sujetos con historial significativo de trauma y/o diagnóstico de Trastorno de Estrés Post-traumático (n=13); no excluir sujetos que se encontraban en episodios maníacos o depresivos en el momento de la intervención (n=6); tener un enfoque hacia el cuidador más que al paciente (n=5); o a la familia, o al núcleo familiar en general, más que en el paciente (n=3).

Resultados de los estudios

Es posible hacer una categorización general a las diferentes intervenciones psicosociales que son estudiadas como tratamiento para el TB. Inicialmente, podemos hablar de los tratamientos estandarizados, con un cuerpo de evidencia que los respalda y que están incluidos en diferentes GPC para el manejo de este trastorno. Luego, están aquellas intervenciones que están siendo exploradas y su efectividad siendo determinada para el manejo del TB, sus diferentes etapas o en la mejoría de sus síntomas residuales; algunos de estos tratamientos aún están recogiendo evidencia a favor de su uso, desde estudios piloto hasta unos primeros ensayos clínicos aleatorizados (RCT), aunque también se encontraron estudios prospectivos y propuestas de RCT, que no fueron incluidos en esta investigación.

Tratamientos estandarizados

Las diferentes GPC recogen desde estudios de caso hasta RCT y meta-análisis, en favor de algunas intervenciones psicosociales que se han estructurado alrededor del TB y que, generalmente, incluyen: la Psicoeducación (PE) y la Psicoeducación Grupal (GPE), la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT), la Terapia Enfocada en la Familia (FFT), la Terapia Interpersonal y de Ritmo Social (IPSRT) y el apoyo de pares, estas intervenciones tienen evidencia de su efectividad en el

mantenimiento de la fase eufímica, y confirmando lo encontrado como antecedentes de esta revisión al haber mostrado ser más efectivas que el tratamiento usual (TAU, por sus siglas en inglés), entendido comúnmente como un acompañamiento por el médico de cabecera o psiquiatra (Yatham et al., 2018).

Terapia Interpersonal y de Ritmo Social (IPSRT)

Desarrollada para atender a los mecanismos de recaída del TB como la vulnerabilidad biológica, la no-adherencia al medicamento, los ritmos sociales interrumpidos y los eventos vitales importantes para el paciente, además de las relaciones interpersonales que mantiene. En un ensayo de efectividad (Crowe et al., 2020) se dividió la muestra (n=88) en grupo experimental (IPSRT; n=43) y grupo control (TAU; n=45), y solo encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la Escala de Ajuste Social (SAS) en los dominios de Fricción, Actividades sociales y de ocio, Parental, y Comportamiento interpersonal; no hubo mayores diferencias en calidad de vida (QoL.BD), sin embargo, las tasas de readmisiones a centros de salud fueron significativamente más bajas en el grupo experimental que en el control (14% vs. 40%, respectivamente). En el seguimiento a 18 meses, no hubo diferencias en las recaídas de los pacientes, pero hubo mejoras en el funcionamiento de los individuos que atendieron a la IPSRT.

Psicoeducación individual (PE)

Para un estudio de efectividad (Husain et al., 2017) se evaluó un programa de PE adaptado culturalmente (CaPE, por sus siglas en inglés), no solo la implementación sino también el contenido. Los participantes (n=34) fueron asignados a 12 sesiones semanales individuales de 60 minutos de CaPE más TAU (n=18) y el grupo control recibió solamente TAU (n=16). Hubo una retención del 80% en el seguimiento del TAU y 100% del grupo CaPE asistió a las 12 sesiones, la satisfacción fue alta en comparación con el control, además hubo mejoras en la adherencia al medicamento, conocimiento y actitud hacia el TB, también en las medidas de calidad de vida y reducción en la sintomatología en comparación con el TAU. Para la adaptación cultural, la intervención se realizó en Pakistán, y sus hallazgos son importantes: la decisión de realizar PE se debió al estigma que se tiene sobre la enfermedad mental en la sociedad pakistaní, por lo que hubiese podido afectar el enganche de los participantes si se realizaba GPE; otro factor en la adaptación del contenido fue el uso de terminología más vernácula, con modismos, historias e

imágenes folclóricas, además de enseñanzas religiosas relevantes para los participantes para asegurar una mejor comprensión, evitando el lenguaje técnico. En cuanto a las limitaciones, se menciona una muestra pequeña, un único centro y la falta de un control activo, será necesario realizar investigaciones atendiendo a estos factores y teniendo en cuenta otros posibles factores de confusión, como la medicación.

Se han explorado el uso de aplicaciones y de juegos serios (*serious games*) con fines educativos, aplicaciones computarizadas e interactivas con un objetivo retador, divertidas de usar, incorporan puntuaciones y entrenan habilidades, conocimientos y actitudes en los usuarios, y pueden ser usadas en el mundo real (Maurin et al., 2020). En esta investigación, tanto el grupo experimental (n=20) como el grupo control (TAU; n=21) completaron un programa de PE de 4 meses (12 sesiones de 90 minutos), al grupo experimental se adicionó un mes de la aplicación BIPOLIFE durante un mes. El resultado inicial demostró aumento en la adherencia a la medicación y mejora en la actitud hacia la farmacología en comparación al grupo control. Como limitaciones se identifican algunos inconvenientes con la aplicación y una muestra pequeña, por lo que es necesario realizar más investigaciones relacionadas con este tipo de intervenciones.

Psicoeducación grupal (GPE)

Es una modalidad que busca reducir costos manteniendo adecuados niveles de efectividad, se hallaron varios estudios relacionados. En un estudio de efectividad de 8 sesiones de GPE por 4 semanas con 24 pacientes (divididos en grupo experimental y control) donde se instruyó a los pacientes sobre el TB y su etiología, sus episodios, las necesidades de tratamiento y opciones terapéuticas, el conocimiento de los posibles efectos secundarios de la medicación, detección de recaídas y qué hacer cuando se detecta un pródromo (Faridhosseini et al., 2017). Durante los 6 meses de seguimiento, el número de recaídas y hospitalizaciones disminuyó notablemente en el grupo intervenido, además, la adherencia al tratamiento se incrementó. Los resultados fueron prometedores a pesar de que la población fue pequeña por criterios de inclusión muy específicos.

En otro estudio realizado con grupos de 7 a 11 personas durante 3 meses, se realizaron 10 sesiones suplementadas con ejercicios entre estas; no hubo enmascaramiento ni grupo control (Etain et al., 2018). Se completaron valoraciones sobre sus síntomas, su conocimiento sobre el TB, la adherencia a la medicación y percepción de la enfermedad pre- (n=156) y post-intervención (n=103). Se pudo observar una mejoría significativa en el funcionamiento social y una tendencia a

mejor autoestima; hubo cambios positivos en la adherencia al medicamento, conocimiento sobre el TB y percepción de la enfermedad, pero solo esta última mostró relación con el funcionamiento de los individuos. Los 53 participantes que no completaron el tratamiento mostraron una mayor percepción negativa de la enfermedad de base y solamente 4 tuvieron recidivas. Se identificaron limitaciones importantes en el estudio: un enfoque de corte más subjetivo y de tiempo reducido, un monitoreo menos intenso y basado en autorreportajes, la falta de una evaluación formal de comorbilidades y un seguimiento corto (12 semanas), esto último destaca porque la PE tarda en traducir conocimientos en habilidades. Sin embargo, esta investigación manejó criterios de inclusión y exclusión más representativos de la población con TB e identificó la importancia de otras variables como mediadoras del efecto de la PE, que usualmente no son clínicas como la percepción de la enfermedad,

En un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico de una intervención polifacética los pacientes fueron distribuidos entre grupo experimental (n=136) y control con TAU (n=134) en 10 centros (Pakpour et al., 2017). El primer grupo recibió 5 sesiones de MI y PE junto a sus familias, enfocándose en el compromiso de uno de sus parientes. En los primeros 6 meses se encontraron cambios en los puntajes de adherencia al medicamento, siendo significativamente mayores en el grupo experimental, quienes también demostraron una reducción de sintomatología. Además, el autorreporte de la adherencia al medicamento mediaba el efecto de la intervención en los niveles de estabilizantes del humor en sangre y esta adherencia mediaba el efecto de la intervención en la calidad de vida, evidenciando mejoras, así como las medidas de intención y creencias sobre la medicina, el control conductual percibido, la *automaticity* (actuación automática, un componente clave de los hábitos), la planeación de la acción y del afrontamiento y reducción de las reacciones adversas en el seguimiento a los 6 meses. Dentro de las limitaciones se reconoce que el rol que juega la familia y sus miembros tiene un factor cultural importante que variaría dependiendo del contexto.

En otro RCT multicéntrico con evaluador ciego se investigó la efectividad de un protocolo de 60 semanas. Consistió en 6 semanas iniciales de PE con módulos predefinidos (definiciones, síntomas, curso, tratamiento y causas de la enfermedad, signos tempranos de recidivas y manteniéndose saludable), seguidas de un subsecuente uso diario de un programa estructurado de autoevaluación computarizado (*ChronoRecord*) para el grupo experimental (n=39), versus 6 semanas iniciales de *counseling* grupal de apoyo no estructurado seguidas de autorreportes en

computador (desestructurados a manera de diario) para el control (n=34); los grupos estaban integrados por 5 a 10 personas y las sesiones duraban 90 minutos, tanto la autoevaluación como los autorreportes se realizaron durante 54 semanas, además, todos los sujetos recibieron TAU (Petzold et al., 2019). Había muchas similitudes sociodemográficas entre los grupos, aunque el control había recibido más psicoterapia individual previamente que el experimental (85.3% vs. 64.1%). Durante 2 años, en el grupo experimental hubo 41 episodios anímicos comparados con 27 en el control, pero no alcanzaron una significancia estadística, tampoco lo hizo el tiempo hasta la recidiva, de la misma manera, no hubo cambios destacables en los grupos en diferentes momentos con relación a los síntomas anímicos, calidad de vida, expectativas de autoeficacia o implicación percibida en el cuidado. Por lo tanto, seis semanas de GPE seguidas de automonitoreo con *ChronoRecord* por 54 semanas puede que no sea superior a reuniones grupales seguidas de un autorreporte desestructurado de la misma duración.

Tratamientos en exploración

Constantemente se están explorando nuevas y diferentes formas de intervención en psicoterapia, algunas diseñadas originalmente para otras problemáticas se han utilizado para el TB, mostrando una efectividad prometedora y yendo más allá de las GPC.

Terapia de Remediación Funcional (FR) y de Remediación Cognitiva (CRT)

En un RCT multicentro con evaluador ciego se investigó la eficacia de la Remediación Funcional (FR), que entrena habilidades neurocognitivas (atención, memoria y funciones ejecutivas) y el aumento del funcionamiento diario (Bonnin et al., 2016). Los participantes (n=239) se dividieron en 3 grupos, de los que 172 completaron el seguimiento: en el primer grupo (n=54) se usaron ejercicios de FR, 21 sesiones semanales de 90 minutos cada una; en el segundo (n=60) se brindó PE con la misma duración, donde se instruyó sobre conciencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento, identificación de pródromos y regularidad del estilo de vida; el último (n=58) fue intervenido con TAU. No hubo diferencias significativas en los grupos en cuanto a número de recidivas, pero se encontró que la FR tiene efectos a 6 meses en el ámbito ocupacional, relaciones interpersonales y en la autonomía, además de la memoria verbal, aunque a un año solamente se mantuvo de manera significativa la mejoría en autonomía. La PE comenzó a mostrar

mejoras en los pacientes a partir de un año. En las limitaciones se identificó una muestra pequeña y un seguimiento corto.

En un estudio piloto de FR mixto (individual y grupal) se buscó evaluar su efectividad para el manejo de la reducción del funcionamiento cognitivo, cuya prevalencia de entre 40% y 60% de los pacientes con TB, especialmente con TB-I, pues estas disfunciones cognitivas tienen efecto moderado a grande en los dominios de función ejecutiva, memoria verbal, atención y velocidad de procesamiento, produciendo desenlaces funcionales negativos independientemente de los estados de humor (Zyto et al., 2016). El programa incluyó participantes (n=12) diagnosticados con TB-I y sus cuidadores, se realizaron 6 sesiones de cada modalidad, además se utilizaron técnicas de CBT cuando se consideró necesario para facilitar la implementación de estrategias cognitivas y la inclusión de los cuidadores se enfocó en psicoeducar. Los resultados indican un alto grado de satisfacción y baja deserción (n=1), se registraron mejoras significativas en áreas de autonomía y funcionamiento ocupacional. En conclusión, esta breve intervención ofrece un acercamiento más personalizado de la FR y muestra ser factible, tener aceptación entre los pacientes y cuidadores y ofrecer mejoras en el funcionamiento de pacientes con TB-I. Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentran: que fue realizado con una muestra pequeña y sin grupo control, además de que es posible que las respuestas hayan sido tendenciosas debido a la relación terapéutica con el calificador, se presentó la particularidad de que fueron pacientes altamente motivados, lo que reduce la capacidad de generalización ya que no todos los pacientes tienen un buen enganche con las intervenciones psicosociales y no hubo control a los cambios en medicación.

La Terapia de Remediación Cognitiva (CRT) puede beneficiar a pacientes con TB-I y II que pueden experimentar dificultades y deterioros en el dominio cognitivo debido a la cronicidad de la enfermedad y su sintomatología, por lo que se vuelve un contribuyente importante en la discapacidad general. La remediación cognitiva en Bipolaridad (CRiB, por sus siglas en inglés) pretende determinar si un programa de CRT establecido es factible y aceptable para personas con TB, para esto se realizó un ensayo aleatorizado de prueba de concepto de 12 semanas con esta terapia, parcialmente computarizado (programa CIRCuiTS), con principales resultados registrados en la semana 13 y en el seguimiento al tercer mes en la semana 25 (Strawbridge et al., 2020). Sesenta pacientes fueron reclutados y aleatorizados en CRT (n=29) y TAU (n=31), hubo una deserción de 2 y 5 participantes, respectivamente, y el grupo experimental indicó satisfacción con el tratamiento, lo que indica aceptabilidad alta. El grupo de CRT mostró mayores mejoras que el

control en los siguientes dominios: coeficiente intelectual, memoria de trabajo, función ejecutiva, funcionamiento psicosocial y logro de metas. En todas las sesiones se usaron acercamientos remediacionales compensatorios (basados en estrategias) y elementos de remediación restaurativa (“simulacro y práctica” de tareas cognitivas), combinado a una flexibilidad de formato (en persona, teléfono y sesiones de práctica individuales) según las necesidades del paciente. El compromiso objetivo fueron 3 sesiones por semana, incluyendo por lo menos 1 sesión guiada a la semana, con un objetivo total de 20 a 30 horas. En las limitaciones se menciona una muestra pequeña, aunque hubo efectos importantes en cognición y funcionamiento que duraron hasta 3 meses después de terminar la intervención.

Intervenciones a través de Internet

Un ensayo de factibilidad investigó la adición de un programa de automanejo a través de internet (The Bipolar Toolkit) al TAU, sin grupo control y con apoyo de los especialistas de los centros durante 10 semanas (Enrique et al., 2020). Los pacientes (n=15; n=9 en post) indicaron altos niveles de satisfacción con mejoras significativas en percepciones de recuperación personal, sin cambios significativos en calidad de vida o severidad de los síntomas. Los clínicos encontraron la intervención útil y fácil de usar, con información pertinente, aunque debido a su carga laboral no les fue posible ofrecer más revisiones a los pacientes, por lo que se deben tener en cuenta los factores de implementación para asegurar el uso apropiado. En los módulos se incluyó información sobre diferentes ámbitos del TB, la relación del paciente con el trastorno, aspectos interpersonales, además de los hábitos de sueño y ritmos circadianos. Una muestra más grande con grupo control se vuelve necesaria para definir con mayor claridad la efectividad y los efectos, además profundizar en la aceptabilidad de aquellos que abandonaron el estudio (n=6), puesto que solo tener en cuenta a los que terminaron puede afectar los resultados.

En un RCT de 3 ramas se evaluó *MoodSwing 2.0*, una plataforma que permite una intervención autoguiada, el objetivo fue comparar dos brazos interventivos con uno de control, los participantes (n=340) fueron divididos en: (1) foro de apoyo de pares (n=102), (2) foro con módulos de tratamiento (n=102) y (3) foro, módulos de tratamiento y herramientas en CBT (n=100), todos en adición al TAU y se hicieron mediciones al inicio, a los 3, 6, 9 y 12 meses (Gliddon et al., 2019). Hubo 5 módulos psicoeducativos ofrecidos cada 2 semanas y uno de apoyo a los 3, 6 y 9 meses, también, las herramientas de CBT se ofrecieron con los 5 módulos iniciales, solo para el grupo 3.

Los resultados muestran mejoría significativa en los síntomas de depresión, que usualmente es de difícil intervención a través de la farmacoterapia en el TB, y una mayor adherencia en pacientes que ya presentaban esta sintomatología, más no hubo cambios evidentes relativos a la manía entre los grupos.

Un RCT que evaluó la factibilidad y aceptabilidad de una intervención en línea a partir de la adaptación de un manual de prevención de recidivas (ERPonline) en adición al TAU, con grupo control (Lobban et al., 2017). Se llevó a cabo durante 48 semanas (n=96), con el objetivo de ayudar a las personas a identificar y manejar sus detonantes y signos tempranos de alerta (EWS, siglas en inglés), trabajar con cambios emocionales y desarrollar mecanismos y estrategias de afrontamiento para estos casos. El estudio tuvo 4 módulos de trabajo: *Getting started* o inicio; *Key modules* o fundamentos (registro de estados de ánimo, eventos de vida significativos e identificación de detonantes), *Specific moods* o ánimos específicos (EWS para estados de ánimo elevados y bajos y estrategias de afrontamiento) y *Wrapping things up* o asuntos finales (herramientas de mantenimiento del bienestar), cada uno de ellos incluía información, sugerencias de estrategias de afrontamiento y ejemplos de caso para interactuar en el sitio. Sus resultados fueron favorables con una recidiva de solo 15 personas, mucho menor de lo esperado (alrededor del 50%), sin embargo, no hubo mejoras significativas en humor y funcionamiento, además no se realizaron pruebas de significancia estadística. Se sugiere mayor personalización de la plataforma y sospechan que puede ser más efectivo en personas que no han tenido tratamientos exitosos previamente.

Nuevas terapias cognitivas

En un RCT piloto (n=18) se evaluó la factibilidad, seguridad, utilidad y efectividad de la Terapia Cognitivo Analítica (CAT) versus un grupo control de TAU (n=9). Fueron 24 sesiones semanales individuales de 50 minutos y 4 sesiones de seguimiento a 1, 2, 3 y 6 meses post-intervención (Evans et al., 2017). El tratamiento se divide en tres etapas: Reformulación (sesiones 1 a 6), se realizan reformulaciones narrativas y diagramáticas del TB, resignificar experiencias, identificar recreaciones (*reenactments*) que pudiesen romper la alianza terapéutica, al mapeo de los autoestados del TB y sus formas de proceder asociadas, se le denomina reformulación diagramática secuencial (SDRs). La segunda etapa, Reconocimiento (sesiones 6 a 12), dirigido al automonitoreo de los autoestados y de las formas de proceder problemáticas que fueron identificadas en la primera etapa para mejorar la conciencia de las dinámicas relacionales creando y manteniendo autoestados

del TB. La etapa final (sesiones 12 a 24), Revisión, centrada en el cambio y en el desarrollo colaborativo de “salidas”, que fueron etiquetadas en el SDR y practicadas como tareas entre sesiones (p.e. experimentar con activación conductual cuando se detectaba un humor bajo). Las sesiones de seguimiento consistieron en revisar el progreso del paciente, además de reforzar y visitar las “salidas” desarrolladas durante la terapia. CAT mostró ser una psicoterapia segura, factible y útil para el TB en el cuidado de rutina, siendo el hallazgo más importante el consistente reconocimiento de patrones por parte de los pacientes dentro de sus variaciones de humor, además de mantener una buena adherencia y menores cambios de ánimo en los seguimientos (6 y 12 meses post-intervención).

Un estudio piloto investigó el entrenamiento metacognitivo (MCT, por sus siglas en inglés) grupal (sin grupo control), un acercamiento interactivo y estructurado que interviene los sesgos y patrones cognitivos, la cognición social y la regulación del autoestima, integrando elementos de la psicoeducación, la terapia cognitiva y el mindfulness (Haffner et al., 2018). Los sujetos (n=34) recibieron 8 sesiones semanales de 60 a 90 minutos en grupos de 3 a 10 participantes, donde fueron trabajados módulos de: introducción al *mindfulness*; la rumiación y la taquipsiquia; estilos atribucionales; pensamiento y razonamiento I y II; empatizar I y II; cambiando creencias; y autoestima. Hubo mejoras globales en el funcionamiento psicosocial, especialmente en los dominios de independencia, funcionamiento cognitivo, ocupacional e interpersonal, en calidad de vida solo hubo mejoría en el aspecto de salud física, sin embargo, esta variable tiende a mostrar cambios a largo plazo. Sigue siendo necesario un seguimiento más extenso, así como una muestra más grande con grupo control para evaluar, por un lado, el mantenimiento de los resultados en el tiempo y, por otro, identificar con mayor certeza si las mejoras son debido al MCT.

Este estudio exploró la efectividad del Entrenamiento en interacción y cognición social (SCIT) en los síntomas clínicos y el funcionamiento de pacientes con TB parcialmente en remisión; la intervención fue originalmente desarrollada para mejorar la cognición y el funcionamiento social en individuos con esquizofrenia (Zhang et al., 2019). Los participantes (n=74) fueron asignados aleatoriamente en SCIT (n=35) o PE (n=39; control), ambos grupos tuvieron una intervención semanal de 2 horas durante 8 semanas, recibiendo una batería neuropsicológica de base y a las 8 semanas. El SCIT consistió en una versión modificada, de un programa de 9 semanas que había mostrado factibilidad y efectividad en pacientes con trastorno de personalidad esquizotípica, para este estudio se cambió la primera sesión por una introducción general al SCIT, pero los contenidos

de las siguientes 8 semanas se mantuvieron para asegurar la relevancia del programa; las fases fueron: entender las emociones (3 sesiones), sesgos cognitivos sociales (3 sesiones) e integración (2 sesiones). Mientras que PE consistió en: consciencia de la enfermedad (1 sesión), adherencia al tratamiento (2 sesiones), detección de signos de alerta (2 sesiones), evitación del uso inadecuado de sustancias (1 sesión) y regularidad del estilo de vida (2 sesiones). Hubo una mayores mejoras en los dominios de funcionamiento psicosocial (autonomía, funcionamiento ocupacional y cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y tiempo de ocio) en el grupo SCIT; además, mostró mejoras en los síntomas depresivos y maníacos indicando efectividad para la reducción de los síntomas clínicos. Las limitaciones de este estudio incluyeron: insuficiente control de la medicación (no hubo TAU sin PE), la reducción en síntomas clínicos fue baja y, debido a que la intervención es breve, puede haber reducido la significatividad clínica, finalmente, SCIT duró 8 semanas únicamente y los hallazgos no pueden predecir desenlaces a largo plazo.

Otros tipos de intervención

En un RCT guiado por protocolo para evaluar la factibilidad y efectividad de tratamientos grupales para pacientes con TB (n=68) en contraste con el TAU (Lin et al., 2020); los sujetos fueron evaluados durante un año según: condición del estado de ánimo, adherencia a los medicamentos, ideación suicida y calidad de vida, y seguimientos cada tres meses por 1 año. El grupo experimental (n=38) recibió TAU y 12 sesiones semanales de 90 minutos con refuerzo trimestral del programa MAPS: monitoreo de ánimo y actividades (M), evaluación de pródromos (A), prevención de recaídas (P), y SMART: el establecimiento de metas específicas (S), medibles (M), alcanzables (A), realistas (R) y enmarcadas en el tiempo (T). En el proceso también se usaron libros y cuadernos de actividades para fortalecer la adquisición de habilidades, la promoción de la autoeficacia y el desarrollo de relaciones efectivas paciente-proveedor del servicio. Los resultados demostraron diferencias significativas entre los grupos evaluados, incluyendo el alcance de eutimia, la reducción de síntomas depresivos y el mejoramiento de la calidad de vida; no se registraron cambios en la adherencia a los medicamentos, a sintomatología de hipo/manía o la ideación suicida. Sin embargo, la muestra fue de un solo centro asistencial, el grupo control tuvo una muestra mayor de mujeres, además de que se desconocen las causas de mejora en el grupo control.

En un ensayo abierto de prueba de concepto se exploró el aprendizaje de la comprensión afectiva para una vida emocional enriquecida (LAUREL, por sus siglas en inglés) a 16 personas

diagnosticadas con TB, 12 de las cuales completaron las citas de seguimiento y asistieron a la mayoría de los grupos (87.96%), además de reportar la práctica de las habilidades, en promedio, 16 veces por semana (Painter et al., 2019). Esta intervención consiste en usar un enfoque en regulación emocional positiva (PER) o la habilidad de modular la aparición, naturaleza y curso de emociones positivas, lo que podría ayudar a las personas con TB a experimentar afectos positivos durante los períodos de remisión sin el riesgo de tener recidivas o episodios anímicos, esta intervención fue creada para ayudar a mejorar la desregulación emocional en TB que ocurre incluso en períodos de remisión. Este estudio se realizó de manera telefónica durante 4 semanas, donde se trabajó en la incorporación de habilidades para incrementar el afecto positivo (usando gratitud, fortaleza personal, actos de amabilidad y el imaginar el mejor yo posible) para pacientes dados de alta recientemente. De las 10 habilidades introducidas durante la intervención, los participantes reportaron practicar la identificación diaria de eventos positivos, *savoring* (saborear las comidas a profundidad y disfrutarlas), *mindfulness* y el establecimiento de metas alcanzables más a menudo. No se detectaron diferencias significativas en síntomas de manía luego de la intervención PER, finalmente, los participantes reportaron mejoras en varias áreas asociadas con el bienestar post-intervención, incluyendo, *mindfulness*, *reappraisal* y autocompasión. Limitaciones: fue una prueba de concepto para establecer el marco teórico y apoyo preliminar para la utilización del PER en TB por lo que la muestra es pequeña y el seguimiento fue corto, además que LAUREL complementó planes de intervención que variaban según las necesidades específicas de los pacientes, también hay que considerar que los sujetos estaban en remisión y no en episodio activo, siendo una muestra homogénea étnicamente y relativamente de alto funcionamiento, importante tener en cuenta la dificultad de programar citas grupales versus individuales.

3. Discusión

Inicialmente, las intervenciones seleccionadas en este estudio tuvieron diferentes medidas de efectividad, lo que significó una dificultad en la investigación, ya que no hay variables estandarizadas en este aspecto, pero algunas de carácter clínico tienden a estar presente más frecuentemente (por ejemplo, hospitalizaciones y puntajes de pruebas de sintomatología), a continuación se presentan las variables identificadas que mostraron cambios con significancia estadística en los estudios seleccionados:

- Reducción de readmisiones y hospitalizaciones: IPSRT (Crowe et al., 2020) y GPE (Faridhosseini et al., 2017).
- Reducción de recaídas: GPE (Faridhosseini et al., 2017) y *ERPonline* (Lobban et al., 2017).
- Aumento del funcionamiento/ajuste psicosocial: IPSRT (Crowe et al., 2020), GPE (Etain et al., 2018), FR (Bonnin et al., 2016; Zyto et al., 2016), RCT (Strawbridge et al., 2020), MCT (Haffner et al., 2018) y SCIT (Zhang et al., 2019).
- Aumento del conocimiento sobre el TB: PE (Husain et al., 2017) y GPE (Etain et al., 2018).
- Aumento de la adherencia al tratamiento: PE (Husain et al., 2017), *Bipolife* (Maurin et al., 2020), GPE (Etain et al., 2018; Faridhosseini et al., 2017; Pakpour et al., 2017), *MoodSwings 2.0* (Gliddon et al., 2019) y CAT (Evans et al., 2017).
- Aumento de la actitud positiva: PE (Husain et al., 2017), *Bipolife* (Maurin et al., 2020), GPE (Etain et al., 2018), Entrevista Motivacional (Pakpour et al., 2017).
- Reducción de la sintomatología: PE (Husain et al., 2017), GPE (Pakpour et al., 2017), *MoodSwings 2.0* (Gliddon et al., 2019), CAT (Evans et al., 2017), SCIT (Zhang et al., 2019), MAPS+SMART (Lin et al., 2020).
- Aumento en la calidad de vida: PE (Husain et al., 2017), GPE (Pakpour et al., 2017), MCT (Haffner et al., 2018), MAPS+SMART (Lin et al., 2020) y LAUREL (Painter et al., 2019).
- Otros cambios reportados incluyen: aumento en el desempeño cognitivo con la RCT (Strawbridge et al., 2020); en la autoestima con la GPE (Etain et al., 2018); en la percepción de recuperación individual con *The Bipolar Toolkit* (Enrique et al., 2020); en el reconocimiento de patrones de variación emocional con la CAT (Evans et al., 2017); y en el bienestar y la experiencia de emociones positivas con LAUREL (Painter et al., 2019).

La PE sigue siendo el tratamiento más utilizado y esencial en la intervención del trastorno y sus síntomas, destacando que puede ser fácilmente adicionada al TAU y ahora se está explorando su impacto en formatos grupales, de forma que se pueda reducir costos (Camacho et al., 2017) y mantener buenos niveles de efectividad (Etain et al., 2018; Faridhosseini et al., 2017; Pakpour et al., 2017; Petzold et al., 2019). Además, se halló que la PE adaptada al medio, o como trabajo conjunto con otro tipo de intervenciones digitales y análogas, pueden reforzar la adherencia al

tratamiento, reducir los síntomas clínicos y mejorar la calidad de vida (Husain et al., 2017; Lin et al., 2020; Maurin et al., 2020; Pakpour et al., 2017). La segunda intervención estandarizada de la cual se pudieron hallar investigaciones fue la Terapia de Interpersonal y del Ritmo social (Crowe et al., 2020), que mostró una reducción en hospitalizaciones y un mayor funcionamiento social en las personas.

Se hallaron diferentes abordajes en exploración, entre ellos, la Remediación Funcional, diseñada para mejorar el funcionamiento de los pacientes, mostró resultados importantes en esas variables, especialmente cuando se trata de los campos autonomía, ocupacional e interpersonal (Bonnin et al., 2016; Zyto et al., 2016). Otra terapia rehabilitativa identificada fue la Remediación Cognitiva (Strawbridge et al., 2020), enfocada en el mejoramiento del funcionamiento social y cognitivo de las personas con TB, que tienden a mantener afectaciones en estos ámbitos afectando su calidad de vida y capacidad ocupacional (Duarte et al., 2016). La FR y CRT parecen indicar que la reserva cognitiva y el entrenamiento de habilidades para la vida diaria y para el afrontamiento de síntomas permiten a las personas con TB obtener y mantener los recursos necesarios para el funcionamiento social y ocupacional además del mantenimiento de la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la reducción de las recaídas (Lin et al., 2020). También se menciona que la FR tiene impactos positivos sobre la memoria verbal (Bonnin et al., 2016) que, junto al control inhibitorio, son 2 variables que han mostrado predecir los desenlaces funcionales de los individuos con TB (Solé et al., 2020). Otras consideraciones interesantes en este campo incluyen la identificación del perfil de funcionamiento, alto, medio o bajo, para personalizar la intervención con FR (Solé et al., 2018).

Por otra parte, desde el enfoque cognitivo, la Terapia Cognitivo Analítica (CAT; Evans et al., 2017) y la Metacognición (Haffner et al., 2018) se presentan como nuevas modalidades psicoterapéuticas que buscan establecer la efectividad de estos paradigmas de intervención para el TB desde acercamientos más eclécticos e integradores, de manera que se puedan adquirir nuevas habilidades y formas de afrontamiento al tiempo que se trabaja en aspectos como el *self* y las relaciones objetales. Estas intervenciones mostraron mejoras en diferentes aspectos de los pacientes con TB, incluyendo la calidad de vida, el funcionamiento psicosocial y en la adherencia al medicamento, además, la CAT mostró un mayor reconocimiento de patrones en las variaciones del humor y una reducción en los cambios de ánimo, mejorando el autoconocimiento de los

individuos sobre sí mismos y su enfermedad de forma que puedan ser más conscientes de detonadores, estresantes y pródromos.

Es importante reconocer el aspecto emocional de la persona, pues las emociones positivas pueden llegar a convertirse en detonantes de episodios hipo/maníacos; sin embargo, con intervenciones enfocadas en el reconocimiento de estos afectos positivos y la adquisición de técnicas de regulación emocional se ha encontrado que es posible un aumento en el bienestar de la persona y de la experiencia de emociones positivas sin aumentar el riesgo de recidivas (Painter et al., 2019). Se hace interesante entonces más investigaciones relacionadas con el componente de regulación emocional, la Self-Regulation Therapy (Miller, 2017) mostró efectividad en un estudio de caso de PTSD, que se muestra prometedora en el manejo de síntomas de disregulación del sistema nervioso autónomo, pero que será necesario investigar a mayor profundidad pues este trastorno es una comorbilidad común del TB.

Las intervenciones digitales identificadas mostraban un enfoque al autorreporte y al automonitoreo (Enrique et al., 2020; Lobban et al., 2017), para asegurar que estas actividades sean realizadas de manera que sea beneficioso para el paciente se hace necesario un componente de PE para su adecuado desarrollo, aportando más evidencia a la importancia de esta intervención estandarizada en el abordaje terapéutico del TB, en algunos casos incluyendo formación y adquisición de habilidades, a través de modelos de CBT (Gliddon et al., 2019). Hay que reconocer las dificultades que aún existen por superar para poder hacer de este tipo de intervenciones factibles, teniendo en cuenta que aún son coadyuvantes más que intervenciones propiamente dichas. Aunque existen investigaciones sobre las modalidades de teleasistencia prometedoras para pacientes que no pueden asistir presencialmente (Depp et al., 2019; Roesler, 2017).

La investigación de Petzold (2019) no arrojó diferencias significativas, pues entre los resultados de sus grupos estudiados (GPE + autorreporte vs. *Counseling* grupal + *journaling*), indicando que a veces un acompañamiento grupal sin estructurar con un pequeño componente de *journaling* puede ser tan efectivo como una GPE estructurada breve, con componentes de automonitoreo. El artículo de Etain (2018) fue incluido en esta revisión sistemática a pesar de no tener una evaluación formal de comorbilidades, debido al rigor metodológico que demostraron, especialmente en sus limitaciones. También propuso el uso de la FR para reducir la deserción por bajos niveles de funcionamiento del paciente y la Entrevista motivacional (MI) para mediar la variable percepción de la enfermedad que tiene efectos sobre la efectividad, esta última fue usada

por Pakpour (2017) y mostró efectos positivos que deberán ser investigados para corroborar su efectividad.

Cabe destacar que, para el contexto colombiano, el estudio de Husain et al. (2017) es pertinente debido a las condiciones de Pakistán, en relación al manejo de la salud mental, donde hay altas tasas de analfabetismo, condiciones socioeconómicas pobres, poca educación sobre la salud y la enfermedad mental, además de cuestiones culturales que direccionan las afecciones mentales hacia el estigma público. Esta investigación de un programa de PE adaptado a la cultura puede facilitar los procesos de educación y reducción de estigma en los sectores del país y en las comunidades donde hay mayor resistencia a la discusión de los trastornos mentales.

A pesar de no pertenecer a la selección de artículos, se destacan las investigaciones en terapias contextuales cognitivo-conductuales (Guiomar et al., 2017; Ruivo Ventura Martins et al., 2017) como lo son: la Terapia cognitiva (MBCT) y la de Reducción del estrés (MBSR) basadas en el *Mindfulness* (Hanssen, Boele, et al., 2020; Hanssen, van der Horst, et al., 2020), las terapias basadas en la Aceptación (ACT), incluyendo formatos grupales (Pankowski et al., 2017), la Terapia Enfocada en la Compasión (CFT), la Dialéctico-Conductual (DBT; Landes et al., 2017) y la Metacognitiva (MCT), que parecen mostrar resultados prometedores para los pacientes con TB. Por otro lado, otras de las intervenciones halladas con un creciente estudio y que salieron de nuestra base de datos debido a criterios de exclusión, son otras terapias basadas en el *Mindfulness* (Guiomar et al., 2017; Hanssen, Boele, et al., 2020; Mostowik & Cyranka, 2018; Perlini et al., 2020; Potes et al., 2018; Weber et al., 2017) y la meditación (Pandya, 2019; Weber et al., 2017), que muestran promesa como intervenciones costo-efectivas identificadas como resultado de esta revisión, con resultados positivos incluso en episodios activos y que vale la pena mencionar en este estudio por las implicaciones que puedan tener en el futuro del tratamiento del TB.

En cuanto a los criterios de valoración de efectividad del tratamiento, la adherencia al medicamento es una de las variables más comunes y se relaciona con la calidad de vida, la percepción de los medicamentos y, a su vez, con mejores desenlaces clínicos y funcionales, por lo tanto hay que considerar la Entrevista Motivacional (MI) que pueden aumentar la actitud positiva hacia la enfermedad (Pakpour et al., 2017), así como a una mayor autoeficacia y un locus de control interno (Marrero et al., 2020), también a una reducción de la coerción y a un aumento de la cooperación y la autonomía del paciente (Danzer & Rieger, 2016). Existen otras intervenciones

que pueden ayudar en el aumento de la adherencia como parece ser el caso de la musicoterapia grupal (Castilla-Puentes, 2019) que deberán ser investigadas.

Finalmente, la definición de efectividad (D'Elia et al., 2021) se ha ampliado en algunas investigaciones, yendo más allá de los desenlaces clínicos (reducción de recaídas, mayor adherencia al medicamento, número de hospitalizaciones), sino también a los desenlaces personales del paciente (mayor funcionamiento social y cognitivo, mayor autonomía, mayor calidad de vida, mejor autoeficacia, etc.).

Luego de revisar los hallazgos de este estudio se considera necesaria la investigación a mayor escala de temas relacionados con la intervención del TB, principalmente en población de habla hispana, debido a que intervenciones efectivas y que se adapten a las necesidades de la actualidad y nuevas corrientes psicológicas aún son muy escasas, además de que apenas se está haciendo un acercamiento estructurado y riguroso para evaluar su factibilidad y efectividad como intervención para este trastorno, y por ello se desconoce su verdadero impacto para cuestiones relacionadas con las políticas públicas, salud mental y estilo de vida de diversos territorios. De esta manera, se considera que esta actualización en la investigación de la efectividad de diferentes tratamientos para esta enfermedad abre las puertas para la profundización en esta área del conocimiento y promoción de la creación de guías de práctica clínica contextualizadas para cada población, ofreciendo una variedad de intervenciones más allá de la farmacoterapia, que puede resultar insuficiente para los desenlaces más personales de cada individuo (como su autonomía, funcionamiento social y cognitivo, entre otros.), más allá de los clínicos por sí solos, como el número de recidivas, la sintomatología y el nivel de funcionamiento global.

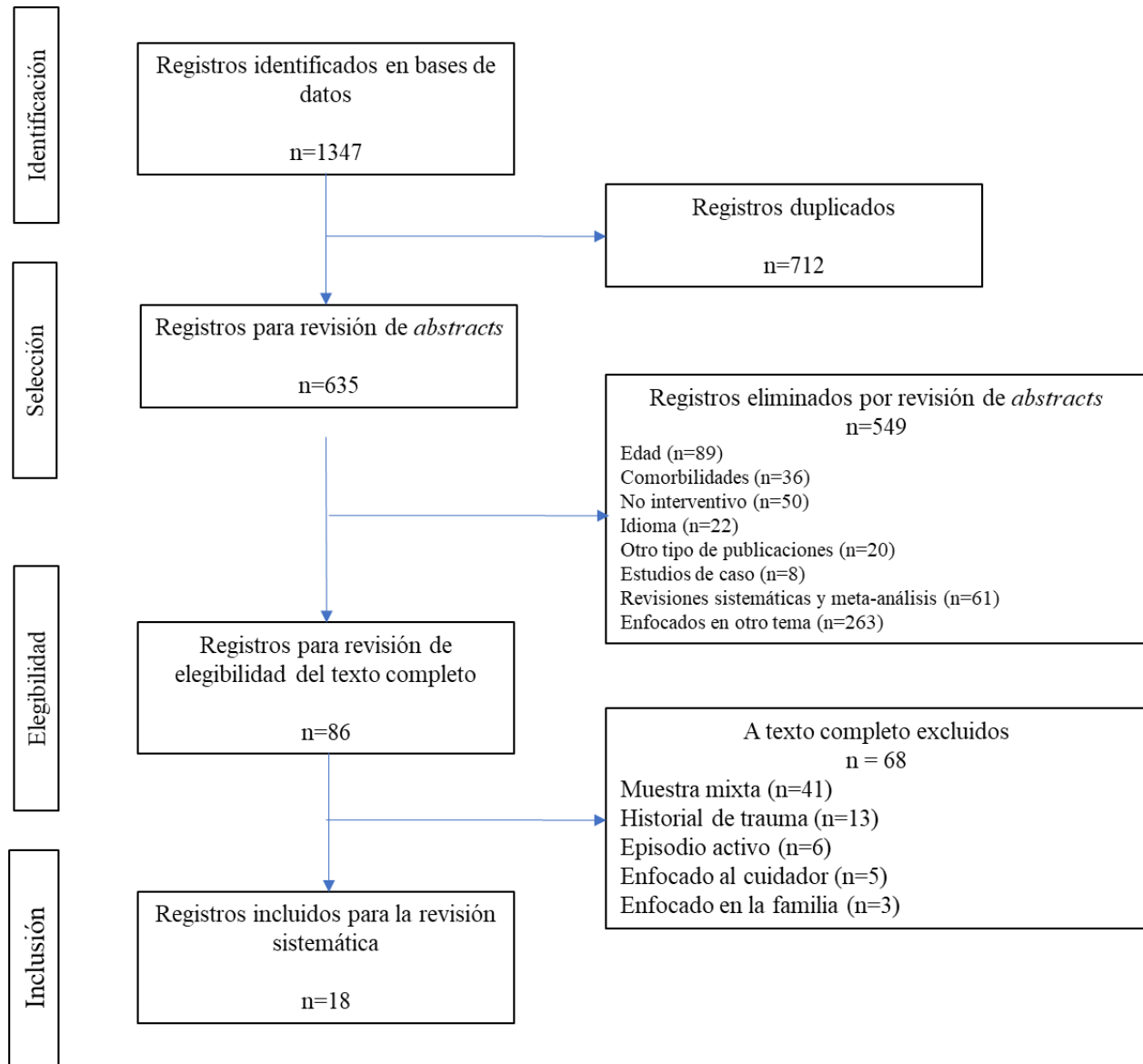
Limitaciones

Varios de los tratamientos estudiados no incluyeron grupo control de referencia, lo que indica la necesidad de estudios más amplios y estrictos para aclarar el impacto de las intervenciones. No se realizó una valoración estadística del riesgo de sesgos en los estudios seleccionados ni intervalos de confianza, aunque se mantuvo un proceso riguroso en los procesos de síntesis para asegurar la confiabilidad de la información reportada, de manera que pueda servir de guía para futuras investigaciones y metaanálisis de este tipo de intervenciones. Algunos de los artículos encontrados estaban escritos en idiomas que no permitían su lectura, lo que conllevó a descartar artículos cuyos abstracts se mostraban promisorios. También, la falta de unificación en

las variables estandarizadas para el análisis de la efectividad de los estudios puede dificultar la realización de análisis de mayor profundidad sobre esta valoración.

Figura 1

Flujograma PRISMA



Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
- Angst, J., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2020). Bipolar disorders in ICD-11: Current status and strengths. *International Journal of Bipolar Disorders*, 8(1), 4–8. <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0165-9>
- Aparicio Castillo, Y. A., Blandón Rodríguez, A. M., & Chaves Torres, N. M. (2020). Alta prevalencia de dos o más intentos de suicidio asociados con ideación suicida y enfermedad mental en Colombia en 2016. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.001>
- Asensio Aguerri, L., Mata Saenz, B., Nuevo Fernández, L., Segura Escobar, E., & Muñoz Martínez, V. (2019). Relación de las variables clínicas, evolutivas y pronósticas de los subtipos de trastorno bipolar tipo I y II. *Psiquiatría Biológica*, 26(1), 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2018.11.006>
- Belmaker, R. H. (2004). Bipolar disorder. *The New England Journal of Medicine*, 351(5), 476–486. <https://doi.org/10.1056/NEJMra035354>
- Bonnin, C. M., Torrent, C., Arango, C., Amann, B. L., Sole, B., Gonzalez-Pinto, A., Crespo, J. M., Tabares-Seisdedos, R., Reinares, M., Ayuso-Mateos, J. L., Garcia-Portilla, M. P., Ibanez, A., Salamero, M., Vieta, E., Martinez-Aran, A., & Gr, C. F. R. (2016). Functional remediation in bipolar disorder: 1-year follow-up of neurocognitive and functional outcome. En *British Journal of Psychiatry* (Vol. 208, Número 1, pp. 87–93). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162123>
- Camacho, E. M., Ntais, D., Jones, S., Riste, L., Morriss, R., Lobban, F., & Davies, L. M. (2017). Cost-effectiveness of structured group psychoeducation versus unstructured group support for bipolar disorder: Results from a multi-centre pragmatic randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 211, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.005>
- Castilla-Puentes, R. C. (2019). Efectos de la musicoterapia grupal en la adherencia a los psicotrópicos en adultos con trastornos psicóticos. *Group Music Therapy Effects on Adherence to Psychotropics in Adults with Psychotic Disorders.*, 65(1), 54–64.
- Córdova, A., Platas, E., Rodríguez, D., Torres, L., & Zamora, M. (2009). *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar*. Secretaría de Salud.

- Crowe, M., Porter, R., Inder, M., Carlyle, D., Luty, S., Lacey, C., & Frampton, C. (2020). Clinical Effectiveness Trial of Adjunctive Interpersonal and Social Rhythm Therapy for Patients With Bipolar Disorder. *American Journal of Psychotherapy*, *73*(3), 107–114. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190035>
- Danzer, G., & Rieger, S. M. (2016). Improving medication adherence for severely mentally ill adults by decreasing coercion and increasing cooperation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *80*(1), 30–48. <https://doi.org/10.1521/bumc.2016.80.1.30>
- D’Elia, A., Orsini, O., Sanger, S., Hillmer, A., Sanger, N., Panesar, B., Rodrigues, M., Kapczinski, F., Thabane, L., & Samaan, Z. (2021). Identifying patient-important outcomes for treatment of bipolar disorder: A systematic review protocol. *BMJ Open*, *11*(12), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050453>
- Depp, C. A., Perivoliotis, D., Holden, J., Dorr, J., & Granholm, E. L. (2019). Single-Session Mobile-Augmented Intervention in Serious Mental Illness: A Three-Arm Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Bulletin*, *45*(4), 752–762. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby135>
- Duarte, W., Becerra, R., & Cruise, K. (2016). The relationship between neurocognitive functioning and occupational functioning in bipolar disorder: A literature review. *Europe’s Journal of Psychology*, *12*(4), 659–678. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.909>
- Enrique, A., Duffy, D., Lawler, K., Richards, D., & Jones, S. (2020). An internet-delivered self-management programme for bipolar disorder in mental health services in Ireland: Results and learnings from a feasibility trial. En *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2480>
- Etain, B., Scott, J., Cochet, B., Bellivier, F., Boudebese, C., Drancourt, N., Lauer, S., Dusser, I., Yon, L., Fouques, D., Richard, J. R., Lajnef, M., Leboyer, M., & Henry, C. (2018). A study of the real-world effectiveness of group psychoeducation for bipolar disorders: Is change in illness perception a key mediator of benefit? *Journal of Affective Disorders*, *227*, 713–720. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.072>
- Evans, M., Kellett, S., Heyland, S., Hall, J., & Majid, S. (2017). Cognitive Analytic Therapy for Bipolar Disorder: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(1), 22–35. <https://doi.org/10.1002/cpp.2065>

- Faridhosseini, F., Baniyasi, M., Fayyazi Bordbar, M. R., Pourgholami, M., Ahrari, S., & Asgharipour, N. (2017). Effectiveness of Psychoeducational Group Training on Quality of Life and Recurrence of Patients with Bipolar Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry, 12*(1), 21–28.
- García-Blanco, A. C., Sierra, P., & Livianos, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica, 21*(3), 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.07.004>
- Gliddon, E., Cosgrove, V., Berk, L., Lauder, S., Mohebbi, M., Grimm, D., Dodd, S., Coulson, C., Raju, K., Suppes, T., & Berk, M. (2019). A randomized controlled trial of MoodSwings 2.0: An internet-based self-management program for bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 21*(1), 28–39. <https://doi.org/10.1111/bdi.12669>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar* (Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría.). UAH / AEN.
- Guiomar, R., Martins, M. J., & Castilho, P. (2017). Uncovering the effects of mindfulness training for impulsivity and affective dysregulation-related disorders. *Advances in Psychology Research, 132*.
- Haffner, P., Quinlivan, E., Fiebig, J., Sondergeld, L.-M., Strasser, E. S., Adli, M., Moritz, S., & Stamm, T. J. (2018). Improving functional outcome in bipolar disorder: A pilot study on metacognitive training. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(1), 50–58. <https://doi.org/10.1002/cpp.2124>
- Hanssen, I., Boele, M., van der Horst, N., Lochmann van Bennekom, M., Regeer, E., & Speckens, A. (2020). The Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for People with Bipolar Disorder: A Qualitative Study. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01551-y>
- Hanssen, I., van der Horst, N., Boele, M., van Bennekom, M., Regeer, E., & Speckens, A. (2020). The feasibility of mindfulness-based cognitive therapy for people with bipolar disorder: A qualitative study. En *International Journal of Bipolar Disorders* (Vol. 8, Número 1). <https://doi.org/10.1186/s40345-020-00197-y>
- Hirschfeld, R. M. A., Bowden, C. L., Gitlin, M. J., Keck, P. E., Suppes, T., Thase, M. E., & Perlis, R. H. (2002). *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder, second*

- edition. (p. 634). American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1531>
- Hirschfeld, R. M. A., Bowden, C. L., Gitlin, M. J., Keck, P. E., Suppes, T., Thase, M. E., Wagner, K. D., & Perlis, R. H. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder* (Second). American Psychiatric Association.
- Husain, M. I., Chaudhry, I. B., Rahman, R. R., Hamirani, M. M., Mehmood, N., Haddad, P. M., Hodsoll, J., Young, A. H., Naeem, F., & Husain, N. (2017). Pilot study of a culturally adapted psychoeducation (CaPE) intervention for bipolar disorder in Pakistan. En *International Journal of Bipolar Disorders* (Vol. 5, pp. 1–9).
<https://doi.org/10.1186/s40345-017-0074-8>
- Kaltenboeck, A., Winkler, D., & Kasper, S. (2016). Bipolar and related disorders in DSM-5 and ICD-10 Bipolar and related disorders in DSM-5 and ICD-10. *CNS Spectrums*, 1–6.
<https://doi.org/10.1017/S1092852916000079>
- Kessler, R. C., Karam, E. G., Lee, S., Bunting, B., & Nierenberg, A. A. (2018). Bipolar spectrum disorder. En *Mental disorders around the world: Facts and figures from the WHO World Mental Health Surveys*. (pp. 57–78). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781316336168.005>
- Landes, S. J., Rodriguez, A. L., Smith, B. N., Matthieu, M. M., Trent, L. R., Kemp, J., & Thompson, C. (2017). Barriers, facilitators, and benefits of implementation of dialectical behavior therapy in routine care: Results from a national program evaluation survey in the Veterans Health Administration. *Translational Behavioral Medicine*, 7(4), 832–844.
<https://doi.org/10.1007/s13142-017-0465-5>
- Lin, C.-J., Huang, Y.-H., Huang, K.-Y., Wu, S.-I., Chang, Y.-H., Yeh, H.-M., Chang, C.-H., Lin, I. C., Huang, H.-C., Sun, F.-J., Berk, M., & Liu, S.-I. (2020). A Randomized Controlled Trial of Transcultural Validation of Group-Based Psychosocial Intervention for Patients with Bipolar Disorder. En *Psychiatry Research* (Vol. 290).
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113139>
- Lobban, F., Dodd, A. L., Sawczuk, A. P., Asar, O., Dagnan, D., Diggle, P. J., Griffiths, M., Honary, M., Knowles, D., Long, R., Morriss, R., Parker, R., & Jones, S. (2017). Assessing Feasibility and Acceptability of Web-Based Enhanced Relapse Prevention for Bipolar

- Disorder (ERPonline): A Randomized Controlled Trial. En *Journal of Medical Internet Research* (Vol. 19, Número 3). <https://doi.org/10.2196/jmir.7008>
- Marrero, R. J., Fumero, A., de Miguel, A., & Penate, W. (2020). Psychological factors involved in psychopharmacological medication adherence in mental health patients: A systematic review. En *Patient Education and Counseling* (Vol. 103, Número 10, pp. 2116–2131). <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.030>
- Maurin, K. D., Girod, C., Consolini, J. L., Belzeaux, R., Etain, B., Cochet, B., Leboyer, M., Genty, C., Gamon, L., Picot, M. C., Courtet, P., & Olié, D. E. (2020). Use of a serious game to strengthen medication adherence in euthymic patients with bipolar disorder following a psychoeducational programme: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 262, 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.008>
- Miller, T. (2017). Return to work program efficacy with Self-Regulation Therapy (SRT®): Case study with complex trauma and concurrent disorders. En *Journal of complementary & integrative medicine* (Vol. 14, Número 3). <https://doi.org/10.1515/jcim-2016-0011>
- Ministerio de Salud. (2016). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015: Tomo 1*.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & Group, P.-P. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Moreno-Londoño, H. A., Cudris-Torres, L., & Aponte-Guitérrez, N. (2020). Análisis de costo del tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en Colombia Cost analysis of the treatment of the disorders of the state of animo in Colombia. *Archivos Venezolanos De Farmacología Y Terapéutica*, 39(3), 304–308.
- Mostowik, J., & Cyranka, K. (2018). New trends in psychotherapy. The role of time perspective in mental health and practiced therapeutic interventions. *Psychoterapia*, 184(1), 17–29.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Bipolar disorder: Assessment and management*. NICE.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2011). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. En *Guía de Intervención mhGAP*. OPS. <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 2. En *Guía de Intervención mhGAP versión 2.0*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Atlas regional de salud mental de las américas: Diciembre 2015*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Painter, J. M., Mote, J., Peckham, A. D., Lee, E. H., Campellone, T. R., Pearlstein, J. G., Morgan, S., Kring, A. M., Johnson, S. L., & Moskowitz, J. T. (2019). A positive emotion regulation intervention for bipolar I disorder: Treatment development and initial outcomes. *General Hospital Psychiatry*, 61, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.07.013>
- Pakpour, A. H., Modabbernia, A., Lin, C. Y., Saffari, M., Asl, M. A., & Webb, T. L. (2017). Promoting medication adherence among patients with bipolar disorder: A multicenter randomized controlled trial of a multifaceted intervention. En *Psychological Medicine* (Vol. 47, Número 14, pp. 2528–2539). <https://doi.org/10.1017/s003329171700109x>
- Pandya, S. P. (2019). Meditation for treating adults with bipolar disorder II: A multi-city study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(2), 252–261. <https://doi.org/10.1002/cpp.2347>
- Pankowski, S., Adler, M., Andersson, G., Lindefors, N., & Svanborg, C. (2017). Group acceptance and commitment therapy (ACT) for bipolar disorder and co-existing anxiety—An open

- pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(2), 114–128. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1231218>
- Perlini, C., Bellani, M., Rossetti, M. G., Rossin, G., Zovetti, N., Rossi, A., Bressi, C., Piccolo, L. D., & Brambilla, P. (2020). Mindfulness-based interventions in the early phase of affective and non-affective psychoses: Special Section on “Translational and Neuroscience Studies in Affective Disorders” Section Editor, Maria Nobile MD, PhD. *Journal of Affective Disorders*, 263, 747–753. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.011>
- Petzold, J., Mayer-Pelinski, R., Pilhatsch, M., Luthe, S., Barth, T., Bauer, M., & Severus, E. (2019). Short group psychoeducation followed by daily electronic self-monitoring in the long-term treatment of bipolar disorders: A multicenter, rater-blind, randomized controlled trial. En *International Journal of Bipolar Disorders* (Vol. 7, Número 1). <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0158-8>
- Potes, A., Souza, G., Nikolitch, K., Penheiro, R., Moussa, Y., Jarvis, E., Looper, K., & Rej, S. (2018). Mindfulness in severe and persistent mental illness: A systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(4), 253–261. <https://doi.org/10.1080/13651501.2018.1433857>
- Roesler, C. (2017). Tele-analysis: The use of media technology in psychotherapy and its impact on the therapeutic relationship. *Journal of Analytical Psychology*, 62(3), 372–394.
- Ruivo Ventura Martins, M. J., Castilho, P., Carvalho, C. B., Pereira, A. T., Santos, V., Gumley, A., & de Macedo, A. F. (2017). Contextual Cognitive-Behavioral Therapies Across the Psychosis Continuum A Review of Evidence for Schizophrenia, Schizoaffective and Bipolar Disorders. En *European Psychologist* (Vol. 22, Número 2, pp. 83–100). <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000283>
- Saito-Tanji, Y., Tsujimoto, E., Taketani, R., Yamamoto, A., & Ono, H. (2016). Effectiveness of Simple Individual Psychoeducation for Bipolar II Disorder. *Case Reports in Psychiatry*, 2016, 1–4. <https://doi.org/10.1155/2016/6062801>
- Sharma, A. (2019). Hypomania: A clinician’s perspective. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 35, 137. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_46_18
- Solé, B., Bonnin, C. M., Jiménez, E., Torrent, C., Torres, I., Varo, C., Valls, E., Montejo, L., Gómez-Ocaña, C., Tomioka, Y., Vieta, E., Martínez-Aran, A., & Reinares, M. (2018). Heterogeneity of functional outcomes in patients with bipolar disorder: A cluster-analytic

- approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(6), 516–527.
<https://doi.org/10.1111/acps.12871>
- Solé, B., Bonnín, C. M., Radua, J., Montejo, L., Hogg, B., Jimenez, E., Reinares, M., Valls, E., Varo, C., Pacchiarotti, I., Vieta, E., & Torrent, C. (2020). Long-term outcome predictors after functional remediation in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine*.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720001968>
- Strawbridge, R., Tsapekos, D., Hodsoll, J., Mantingh, T., Yalin, N., McCrone, P., Boadu, J., Macritchie, K., Cella, M., Reeder, C., Fish, J., Wykes, T., & Young, A. H. (2020). Cognitive remediation therapy for patients with bipolar disorder: A randomised proof-of-concept trial. *En Bipolar Disorders*. <https://doi.org/10.1111/bdi.12968>
- Weber, B., Sala, L., Gex-Fabry, M., Docteur, A., Gorwood, P., Cordera, P., Bondolfi, G., Jermann, F., Aubry, J.-M., & Mirabel-Sarron, C. (2017). Self-Reported Long-Term Benefits of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with Bipolar Disorder. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 23(7), 534–540.
<https://doi.org/10.1089/acm.2016.0427>
- Weisz, B. M., Quinn, D. M., & Williams, M. K. (2016). Out and healthy: Being more “out” about a concealable stigmatized identity may boost the health benefits of social support. *Journal of Health Psychology*, 21(12), 1–10. <https://doi.org/10.1177/1359105315589392>
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O’Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., ... Berk, M. (2018). 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 Disorders*, 20(2), 97–170.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
- Zhang, Y., Ma, X., Liang, S., Yu, W., He, Q., Zhang, J., & Bian, Y. (2019). Social cognition and interaction training (SCIT) for partially remitted patients with bipolar disorder in China. *Psychiatry Research*, 274, 377–382. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.002>
- Zyto, S., Jabben, N., Schulte, P. F. J., Regeer, B. J., & Kupka, R. W. (2016). A pilot study of a combined group and individual functional remediation program for patients with bipolar I

disorder. *Journal of Affective Disorders*, 194, 9–15.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.029>