

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y PSICOLOGÍA
CLÍNICA**



TRABAJO DE FIN DE GRADO

**TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS DEL
TRASTORNO BIPOLAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**EMPIRICALLY SUPPORTED PSYCHOLOGICAL TREATMENTS FOR
BIPOLAR DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW**

SUPERVISORA: ANA FERNÁNDEZ-ALBA LUENGO

MICAELA FERNANDA MERINO HENRÍQUEZ

GRADO EN PSICOLOGÍA

CURSO 2023-2024

CONVOCATORIA DE JUNIO

CALIFICACIÓN: MATRÍCULA DE HONOR



DECLARACION DE NO PLAGIO

D. / Dña Micaela Fernanda Merino Henríquez con NIF..... 51024539M ...
estudiante del Grado de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, curso 2023- 2024
como autor/a de este documento académico, titulado:

Tratamientos psicológicos empíricamente validados del Trastorno Bipolar: una revisión sistemática ...

.....
presentado como Trabajo Fin de Grado, para la obtención del título correspondiente, cuyo
director es: Ana Fernández-Alba Luengo.....

DECLARO QUE:

Este trabajo es original, inédito, y no ha sido presentado anteriormente, de modo parcial o total, con cualquier otro fin, que no he copiado, que no he utilizado citas integrales e ilustraciones diversas, sacadas de cualquier obra, artículo, memoria, o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de ningún tipo de información, escrita u oral, no autorizada.

Soy plenamente consciente de que el hecho de transgredir estos principios puede ser objeto de sanciones universitarias y de persecución legal de acuerdo a la legislación vigente.

En Somosaguas , a 30 de mayo de ~~201~~
2024

Fdo:

Esta DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD debe ser insertada en primera página de todos los Trabajos Fin de Grado conducentes a la obtención del Título de Graduado en Psicología

Resumen

El trastorno bipolar (TB) es un trastorno caracterizado por la presencia de episodios alternantes de manía, hipomanía o depresión que puede causar interferencia y deterioro significativo en la vida de las personas que lo padecen. Se ha hecho visible la necesidad de implementar tratamientos psicológicos complementarios a los fármacos habituales. En esta revisión sistemática, a través de la evaluación de 14 ensayos clínicos, se contrasta la eficacia 5 tratamientos psicológicos: Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Mindfulness, Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), Terapia con Enfoque Integrador/Mixto (TI) y Terapia Enfocada en la Recuperación (CT-R), con medidas de 5 constructos de relevancia clínica: severidad de la sintomatología, funcionamiento, calidad de vida, recaídas y hospitalizaciones y recuperaciones. Se evidencia la eficacia de todas las intervenciones para aspectos clínicos específicos, y una eficacia general más elevada en la TI, seguido de la TDC y la CT-R.

Palabras clave: trastorno bipolar, tratamientos psicológicos, tratamientos empíricamente validados, revisión sistemática, eficacia.

Abstract

Bipolar disorder (BD) is a disorder characterized by the presence of alternating episodes of mania, hypomania or depression that can cause significant interference and clinical decay in the lives of people who have it. The need to implement psychological treatments complementary to the usual pharmacological interventions has become visible. In this systematic review, through the evaluation of 14 clinical trials, the efficacy of 5 psychological treatments is contrasted: Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Mindfulness, Dialectical-Behavioral Therapy (DBT) and Integrative/Mixed Psychotherapy (IP), through measures of 4 constructs of clinical relevance: severity of symptomatology, functioning, quality of life, relapses and hospitalizations and recoveries. Evidence of efficacy was obtained on all interventions for specific clinical aspects, and a higher general efficacy in IP, followed by DBT and CT-R.

Keywords: bipolar disorder, psychological treatments, empirically validated treatments, systematic review, efficacy.

Índice

1. Introducción.....	7
2. Marco teórico.....	9
2.1. Sistemas de clasificación y definición de los episodios.....	9
2.2. Subtipos de trastorno bipolar.....	10
2.3. Modelos psicopatológicos del trastorno bipolar y factores de riesgo.....	12
2.4. Tratamientos del trastorno bipolar.....	14
3. Metodología.....	18
3.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	18
3.2. Procedimiento de búsqueda.....	20
3.2.1. Búsqueda electrónica.....	20
3.3. Selección.....	20
4. Resultados.....	23
4.1. Descripción general de los estudios.....	23
4.1.1. Objetivo.....	23
4.1.2. Diseño.....	23
4.1.3. Participantes.....	24
4.1.4. Variables dependientes.....	27
4.1.5. Variables independientes.....	28
4.2. Análisis de los resultados.....	29
4.2.1. Resultados generales.....	30
4.2.2. Tasas de abandono.....	31
4.2.3. Resultados según diseño: control y no control.....	32
4.2.4. Resultados según medidas post y medidas de seguimiento.....	33
4.2.5. Resultados según tratamiento.....	33

5. Discusión.....	38
5.1. Conclusiones.....	38
5.2. Análisis clínico y recomendaciones.....	40
5.3. Limitaciones y perspectivas futuras.....	42
6. Referencias.....	45
7. Anexos.....	48
7.1. Anexo 1: Operadores y filtros utilizados en la búsqueda de artículos en las bases de datos y resultados obtenidos por base de datos y tratamiento.....	48
7.2. Anexo 2: Artículos preseleccionados descartados y motivo de descarte...	50
7.3. Anexo 3: Listado de artículos seleccionados.....	53
7.4. Anexo 4: Resumen de estudios sobre tratamiento del TB con Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....	55
7.5. Anexo 5: Resumen de estudios sobre tratamiento del TB con Mindfulness.....	57
7.6. Anexo 6: Resumen de estudios sobre tratamiento del TB con Terapia Dialéctico-Conductual (TDC).....	59
7.7. Anexo 7: Resumen de estudios sobre tratamiento del TB con Terapia con enfoque integrador/mixto (TI).....	61
7.8. Anexo 8: Resumen de estudios sobre tratamiento del TB con Terapia enfocada en la recuperación (CT-R).....	63
7.9. Anexo 9: Especificación de medidas de las Variables Dependientes: constructos, instrumentos de medida y estudios que las utilizan.....	64
7.10. Anexo 10: Resumen de contenido de tratamientos mencionados en los estudios revisados.....	67

1. Introducción

Históricamente, el tratamiento del trastorno bipolar se ha basado en el uso de psicofármacos estabilizadores que, aunque han demostrado ser de utilidad en la estabilización y mantenimiento de la eutimia de pacientes con trastorno bipolar, no han sido capaces de abordar satisfactoriamente otros aspectos de relevancia clínica que el tratamiento psicológico sí puede mejorar. No obstante, y a pesar de conocer las bondades del tratamiento psicológico, la mayoría de pacientes con este diagnóstico no reciben tratamiento psicológico complementario a los fármacos de uso habitual (Barbato et al., 2016; Sylvia et al., 2015; citado en Reinares et al., 2021).

Alrededor del 2,4% de la población mundial presenta este trastorno, cuyo curso se asocia con recaídas frecuentes, problemas en el funcionamiento, altas tasas de mortalidad prematura por suicidio y es una de las principales causas de discapacidad en el mundo (Belloch et al., 2020).

En España, la prevalencia de este trastorno es de un 7,2‰ de los usuarios de atención primaria del sistema nacional de salud, existiendo diferencias entre género: en los hombres se alcanza la eutimia a partir de los 60 años, y en las mujeres la sintomatología se agrava progresivamente hasta los 84 años (SGIS, 2021), lo que ilustra la cronicidad de este trastorno y su escasa tendencia a la estabilización hasta edades más avanzadas.

Consecuentemente, surge la necesidad y el interés por evaluar la eficacia de diversos tratamientos psicológicos enfocados en la mejora del impacto negativo que el trastorno bipolar puede tener en la vida de los pacientes. En esta revisión sistemática, a través de la evaluación de 14 ensayos clínicos, se han contrastado 5 tratamientos psicológicos con eficacia previamente reconocida o que se encuentran en fase experimental: Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Mindfulness, Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), Terapia con Enfoque Integrador/Mixto (TI) y Terapia Enfocada en la Recuperación

(CT-R). La evaluación de la eficacia de estos tratamientos se ha realizado esperando contrastar la obtención de diferencias significativas favorables para los participantes de los ensayos clínicos en sus grupos experimentales, mediante medidas de 5 constructos de relevancia: severidad de la sintomatología, funcionamiento, calidad de vida, recaídas y hospitalizaciones y recuperaciones.

2. Marco teórico

El Trastorno Bipolar (TB) se define como un trastorno crónico del estado del ánimo, caracterizado por episodios de manía o hipomanía, alternados por otras fases de depresión, además de períodos de estabilidad clínica (eutimia). También se pueden dar episodios mixtos, en los que se presentan simultáneamente síntomas de las dos polaridades o se alternan muy rápidamente (OMS, 2021). Este trastorno se asocia con frecuentes recaídas, problemas de funcionamiento, altas tasas de mortalidad prematura por suicidio y es una de las principales causas de discapacidad en el mundo (Belloch et al., 2020).

Se estima que un 2,4% de la población mundial presenta TB y suele comenzar a presentar sintomatología al comienzo de la edad adulta, aunque su diagnóstico suele ser tardío, generando un peor pronóstico (Altamura et al., 2015 citado en Reinares et al., 2021). El TB tiene un elevado riesgo de comorbilidad con abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y, en menor medida, trastornos de la conducta alimentaria (Power, 2013).

2.1. Sistemas de clasificación y definición de los episodios

A la hora de definir qué síntomas en concreto componen cada tipo de episodio, existen 2 sistemas de clasificación diagnóstica principales: la CIE-11 (OMS, 2021), un sistema abierto de la Organización Mundial de la Salud que incluye criterios diagnósticos para trastornos mentales y otros problemas de salud, y el DSM-5 (APA, 2013), un manual diagnóstico de trastornos mentales creado por la asociación de psiquiatría americana. En estas dos guías se incluyen criterios diagnósticos de cada tipo de episodio del TB. En la Tabla 1 se puede encontrar la definición de estos episodios, así como las diferencias criteriosales entre los dos sistemas de clasificación mencionados anteriormente.

Tabla 1

Definición de los episodios que componen al Trastorno Bipolar y sus diferencias según los sistemas de clasificación DSM-5 y CIE-11

Definición del episodio	Diferencias DSM-5 y CIE-11 específicas al episodio	Diferencias DSM-5 y CIE-11 comunes
<p>Manía:</p> <p>estado anímico elevado extremo, de al menos 1 semana de duración, caracterizado por irritabilidad, expansividad o euforia, así como un aumento de la actividad o de la energía. A este estado le acompañan otra sintomatología como el aumento de la autoestima, habla rápida, disminución de la necesidad de dormir, fuga de ideas, impulsividad, distracción y labilidad afectiva</p>	<p>DSM-5 incluye la posibilidad de cursar con síntomas psicóticos, y especifica 2 criterios adicionales: aumento de la actividad dirigida a un objetivo o participar en exceso en actividades que pueden resultar dolorosas.</p>	<p>Según el DSM-5 es necesario el cumplimiento de un mínimo de criterios diagnósticos, mientras que la CIE-11 aporta una descripción general a la que ceñirse, sin criterios específicos mínimos que evaluar.</p>
<p>Hipomanía:</p> <p>Elevación duradera del estado de ánimo, de la energía o irritabilidad, de algunos días de duración, que se acompaña de aumento de la autoestima, de la conversación, del ritmo de pensamiento, impulsividad, disminución del sueño y distracción, y se diferencian de un episodio de manía en que no son lo suficientemente graves como para deteriorar significativamente el funcionamiento de la persona.</p>	<p>DSM-5 especifica una duración mínima de 4 días y 2 criterios adicionales: aumento de la actividad dirigida a un objetivo o participar en exceso en actividades que pueden resultar dolorosas.</p>	
<p>Depresión:</p> <p>Período de estado de ánimo disminuido, así como una reducción del interés en las actividades del día a día, durante al menos 2 semanas, que se rodea de otra sintomatología como agitación o retraso psicomotor, sentimientos de culpa inapropiados, cambios en el apetito y en el sueño, sensación de desesperanza, dificultad de concentración y presencia de ideación suicida</p>	<p>No existen diferencias específicas para el diagnóstico de este episodio.</p>	

Nota. Tabla con una caracterización breve de los episodios que componen al Trastorno Bipolar y sus diferencias según los sistemas de clasificación DSM-5 y CIE-11. Elaboración propia en base a APA (2013) y OMS (2021).

2.2. Subtipos de trastorno bipolar

Dentro de los dos sistemas de clasificación mencionados anteriormente, se encuentran diversos subtipos de TB. En la Tabla 2 se observan los episodios que componen cada subtipo de trastorno, dentro del TB, y sus diferencias según los sistemas de clasificación DSM-5 y CIE-11.

Tabla 2

Episodios que componen cada subtipo de trastorno dentro del TB y sus diferencias según los sistemas de clasificación DSM-5 y CIE-11

Subtipo de trastorno	Diferencias DSM-5 y CIE-11 específicas al episodio	Diferencias DSM-5 y CIE-11 comunes
Trastorno Bipolar Tipo I (TBI)	Al menos 1 episodio de manía, siendo este el único criterio estrictamente necesario para su diagnóstico. Los episodios de hipomanía, depresión o mixto pueden estar presentes, pero no son necesarios para diagnosticar este tipo de trastorno. Existe posibilidad de cursar con sintomatología psicótica.	Según el DSM-5 es necesario el cumplimiento de un mínimo de criterios diagnósticos, mientras que la CIE-11 aporta una descripción general a la que ceñirse, sin criterios específicos mínimos que evaluar.
Trastorno Bipolar Tipo II (TBII)	Existencia de al menos un episodio hipomaniaco previo y un episodio depresivo.	
Trastorno ciclotímico	Presencia, durante al menos 2 años, de síntomas hipomaniacos y síntomas depresivos alternantes que no cumplen criterios para un episodio.	
Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado	Se utilizan cuando no existe cumplimiento de suficientes criterios para asignar otra de las etiquetas diagnósticas anteriores.	
Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado	Se utilizan cuando no existe cumplimiento de suficientes criterios para asignar otra de las etiquetas diagnósticas anteriores.	
Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos	Cumple criterios de TB, pero su origen es debido a una sustancia o medicamento.	
Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica	Cumple criterios de TB, pero su origen es debido a otra afección médica.	

Nota. Tabla resumen de los episodios que componen cada subtipo de trastorno dentro del TB y sus diferencias según los sistemas de clasificación DSM-5 y CIE-11. Elaboración propia en base a APA (2013) y OMS (2021).

2.3. Modelos psicopatológicos del trastorno bipolar y factores de riesgo

A lo largo de la historia, se ha conceptualizado el TB de formas diferentes acordes a los conocimientos sobre psicopatología de la época. En la Tabla 3 se puede observar un resumen de la evolución del concepto de este trastorno.

Tabla 3

Evolución histórica del concepto de TB

Autor	Novedad
Areteo de Capadocia (s. I)	Primera diferenciación entre la manía (exceso de bilis amarilla) y la melancolía (exceso de bilis negra)
Falret (1851) y Baillarger (1854)	Concepto moderno de TB como entidad separada de la depresión.
Kraepelin (1883)	TB unido a la depresión en <i>locura maniaco-depresiva</i> dentro del grupo de la psicosis.
Karl Leonhard (1957)	Separación de los términos unipolares de bipolares.
Angst, Perris y Winokur (1960)	Diferencias clínicas entre trastornos bipolares y unipolares.
Depue y Monroe (1978)	Se incluye la distinción entre TBI y TBII.
DSM-IV (APA, 1994)	Primer reconocimiento en sistema de clasificación del TBI y TBII

Nota. Tabla resumen de la evolución histórica del concepto de TB. Elaboración propia a partir de Belloch et al. (2020).

Actualmente, los modelos psicopatológicos que pretenden explicar el origen del TB se centran principalmente en explicaciones de interacción entre factores biológicos y psicosociales. En cuanto a la genética, se hipotetiza que el TB se hereda y manifiesta siguiendo el modelo del umbral de susceptibilidad: solo se expresa cuando hay una “acumulación” suficiente de factores de vulnerabilidad en ciertos individuos (Mellerup, Moller, Koefoed, 2012; citado en Reinares et al., 2021). Se conoce que existe entre un 40% y un 70% de concordancia entre gemelos monocigóticos y que los familiares de primer grado de personas con TB tienen un 10% de riesgo adicional de desarrollarlo (Belloch et al., 2020). También se ha encontrado que existen marcadores genéticos y

copias de genes poco comunes asociados a una mayor probabilidad de desarrollar este trastorno, que también son indicadores de riesgo del desarrollo de otros trastornos mentales como la depresión o la esquizofrenia (Gordovez et al., 2020). En general, la mayoría de estudios centrados en conocer el componente fisiológico del TB proponen su origen en alteraciones del sistema límbico, específicamente de los neurotransmisores excitatorios serotonina, dopamina y noradrenalina; y otros como GABA, acetilcolina y glutamato (Reinares et al., 2021).

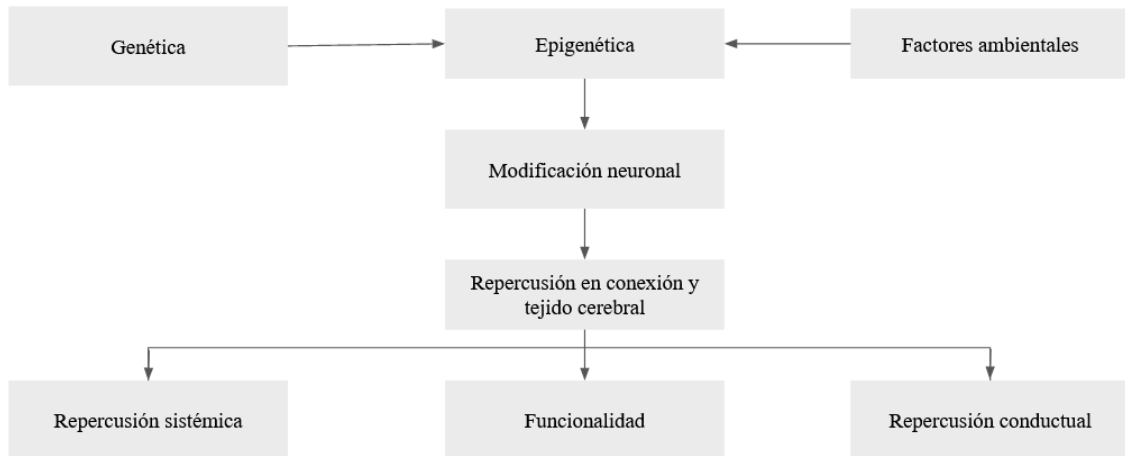
En cuanto a la influencia ambiental en el desarrollo de TB, intervienen factores prenatales como estrés y complicaciones en el embarazo, o la presencia de anticuerpos de *Toxoplasma gondii* en la madre, y factores postnatales como situaciones vitales estresantes (por ejemplo: abusos, maltrato infantil, pérdida de un progenitor a una edad temprana, evento estresante 6 meses previos a la aparición de síntomas, suicidio de un familiar directo, pérdida de trabajo, divorcio o desarrollo de psicosis postparto), desarrollo de trauma complejo y abuso de sustancias, especialmente de cannabis. Todas estas variables pueden afectar no solo el desarrollo de la enfermedad, sino a su curso y evolución (Rowland et al., 2018).

Dada la elevada implicación de los factores genéticos y el amplio abanico de factores ambientales que se ven inmiscuidos en el desarrollo, curso y evolución del TB, la hipótesis de origen más aceptada es la de interacción entre estos dos tipos de elementos, que serían los responsables, a través de mecanismos epigenéticos, de la aparición del TB. No obstante, no se conoce con exactitud este origen, por lo que es necesario profundizar en la investigación de este aspecto (Belloch et al., 2020).

En la Figura 1 se puede observar un resumen de la hipótesis de origen del TB más aceptada: interacción genes x ambiente.

Figura 1

Esquema resumen de la hipótesis de explicación del TB más aceptada: interacción genes x ambiente



Nota. Esquema resumen de la hipótesis de explicación del TB más aceptada: interacción genes x ambiente. Adaptado de Belloch et al. (2020).

2.4. Tratamientos del trastorno bipolar

Históricamente y en la actualidad, el tratamiento del TB ha tenido un componente importante de uso de psicofármacos tanto para regular los cambios entre episodios anímicos, como para mantenimiento de la eutimia durante el curso posterior del trastorno. Los fármacos indicados comúnmente para este trastorno son los estabilizadores, como antipsicóticos atípicos, litio o valproato, acompañados de antidepresivos en casos concretos (NICE, 2023).

Más recientemente, se ha determinado la importancia del uso de tratamientos psicológicos complementarios para abordar aspectos del TB que la medicación sola no es capaz de mejorar (como la adherencia a la medicación, el autoestigma o el manejo del estrés). No obstante, la mayoría de pacientes con TB no recibe tratamiento psicológico complementario a los psicofármacos (Barbato et al., 2016; Sylvia et al., 2015; citado en Reinares et al., 2021).

Según la División 12 de la APA (2022), actualmente existen cinco tratamientos con evidencia empírica modesta o fuerte para el tratamiento del TB: la terapia cognitivo-conductual, la terapia enfocada en la familia, la terapia interpersonal y de ritmos sociales, la intervención psicoeducativa y el cuidado sistemático. Todas estas en sus versiones diseñadas específicamente para el trastorno en cuestión.

No obstante, en los últimos años se ha incrementado el interés por evaluar la eficacia y la eficiencia de otro tipo de intervenciones psicológicas distintas a las que se encuentran en las guías de práctica clínica ya establecidas. Consecuentemente, esta revisión sistemática se centra en la evaluación de las siguientes intervenciones psicológicas adaptadas al TB, tanto con eficacia previamente observada, como en fase preliminar:

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): esta es la intervención más utilizada para el tratamiento psicológico del TB, mostrando una eficacia moderada y centrándose en la identificación y modificación de creencias y actitudes disfuncionales, así como de pensamientos automáticos negativos y conductas desadaptativas asociadas. Además, el modelo de TCC para TB tiene en cuenta aspectos distintivos del trastorno como la desregulación emocional, déficits en solución de problemas o la importancia de la estabilidad de los ritmos circadianos (Power, 2013).

Mindfulness: las intervenciones de mindfulness han mostrado eficacia en la reducción de síntomas ansiosos mediante el uso de la capacidad de mantener el foco atencional en el presente, sin juzgar lo que hay en él. Consiste en centrarse en la observación del momento, con sus sensaciones y pensamientos relacionados, antes que en la reacción inmediata a lo que sucede (Vieta Pascual et al., 2014). Existen dos corrientes dentro de las intervenciones de mindfulness: las centradas en la reducción del estrés de

Kabat-Zinn (1990), y las de Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness de Segal, Williams y Teasdale (2001) (Reinares et al., 2021).

Terapia con enfoque integrador/mixto (TI): el abordaje terapéutico integrador se plantea como una fusión de técnicas pertenecientes a diferentes intervenciones, preferiblemente con algún grado de validez empírica, con el fin de poder abarcar una mayor amplitud de objetivos terapéuticos adaptados a cada paciente, que más allá de incluir aspectos básicos como la disminución de la sintomatología, busca otros fines como mejorar la calidad de vida e incrementar el bienestar, implicando, además, menores costes (Reinares et al., 2021).

Terapia Dialéctico-Conductual (TDC): creada en torno a principios de modificación conductual y de la terapia de aceptación, y con el objetivo de tratar a pacientes con ideación suicida crónica y autolisis, la TDC ha sido adaptada a numerosos trastornos y, dado su componente esencial de intervención en regulación emocional, ha sido aplicada a pacientes con TB. Sus ejes principales son la mejora de las habilidades de afrontamiento del paciente, incrementar la motivación al cambio, promover la generalización de respuestas adaptativas al entorno y reestructurar el entorno para mejorar su disposición frente al tratamiento. Estos objetivos se alcanzan con terapia individual y grupal, así como seguimiento entre sesiones (Chesin & Stanley, 2013).

Terapia Centrada en la Recuperación (CT-R): originada con el fin de tratar problemas de motivación en pacientes con sintomatología negativa a través de la reestructuración de creencias desadaptativas, basándose en la terapia cognitiva de Beck, la CT-R es una intervención que tiene como objetivo desarrollar un empoderamiento, una resiliencia y la recuperación en personas con trastorno mental grave, mediante al cambio a modos de vida más adaptativos, el desarrollo de metas significativas y en la realización de

actividades relevantes en la vida personal de las personas que los acerquen a su idea de vida deseada (Beck, 2019).

3. Metodología

El objetivo de esta revisión sistemática es analizar los resultados de tratamientos psicológicos empíricamente validados del Trastorno Bipolar (TB), con el fin de establecer una posible comparación entre ellos. Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos relevantes para la Psicología: PsycInfo, Medline y PubMed.

La búsqueda se ha realizado entre los meses de octubre y noviembre de 2023, y abarca los últimos 10 años, de 2013 a 2023.

3.1. Criterios de inclusión y exclusión

En la Tabla 4 se recogen los criterios de inclusión tenidos en cuenta a la hora de realizar la selección de artículos para esta revisión sistemática.

Tabla 4

Criterios de inclusión en la búsqueda

Diagnóstico referido	Trastorno Bipolar, en cualquiera de sus formas, sin pautar preferencia por la existencia o no de polaridades predominantes, sintomatología subclínica, remisión o número de recaídas.
Tratamientos referidos	Terapia cognitivo conductual (TCC), terapia enfocada en la recuperación (CT-R), mindfulness, terapia con enfoque integrador/mixto (TI) y terapia dialéctico-conductual (TDC). Intervenciones de múltiples sesiones. No se han incluido estudios que evalúen el uso de tratamiento farmacológico, aunque se parte de la base de que en la muestra de los estudios a valorar este tipo de tratamiento está presente.
Año de publicación	2013-2023.
Tipo de estudio (metodología)	Ensayos aleatorizados con control, ensayos clínicos, estudios empíricos y estudios cuantitativos. Ensayos tanto con grupo control, como con medidas pre-post de los tratamientos.
Idioma de publicación	Inglés, español.
Participantes	Adultos mayores de 18 años.
Resultados	Sintomatología y/o recurrencia y/o hospitalizaciones y/o recuperaciones y/o calidad de vida y/o funcionamiento.

Nota. Tabla con criterios de inclusión de estudios para la búsqueda sistemática. Elaboración propia.

En la Tabla 5 se recogen los criterios de exclusión tenidos en cuenta a la hora de realizar la selección de artículos para esta revisión sistemática.

Tabla 5

Criterios de exclusión en la búsqueda

id.	Criterio de exclusión
CE1	Artículos no coherentes con los filtros utilizados (edad, idioma, año de publicación, metodología de estudio distintas)
CE2	Estudios que ofrecen solo datos cualitativos.
CE3	Estudios centrados en tratamientos de trastorno bipolar y comorbilidades (ej. trastorno bipolar y alcoholismo, tabaquismo, hipertensión, ansiedad...)
CE4	Protocolos de intervención que no contengan asociado ningún dato analizable.
CE5	Estudios centrados en pacientes en riesgo de tener TB o que presentan sintomatología subclínica sin diagnóstico previo de TB.
CE6	Resultados que hagan alusión a cualquier otro trastorno, y no al TB.
CE7	Resultados que hagan alusión a cualquier otro tratamiento distinto a los que son tema de esta revisión (TCC, Mindfulness, TDC, CT-R, TI).
CE8	Estudios centrados en intervención para rehabilitación cognitiva (neuropsicológica) y no para aspectos cognitivo-conductuales-afectivos.
CE9	Programas de prevención del TB.
CE10	Estudios centrados en la revisión, fiabilidad o validez de escalas, índices o cualquier otra medida de sintomatología y/o recuperación del TB.
CE11	Programas de intervención centrados en los familiares, cuidadores o acompañantes de personas con TB.
CE12	Estudios centrados en técnicas específicas dentro del paradigma de cada tipo de terapia, no considerando el efecto de la terapia en totalidad (ej. meditación en mindfulness, entrenamiento en interpretación de sesgos en TCC), o en un aspecto específico de toda la terapia (ej. solo impacto negativo)
CE13	Estudios de análisis de factibilidad, aceptabilidad, costos-beneficios, etc.
CE14	Estudios que tengan como principales o únicos resultados medidas de resultados no compatibles con el resto de artículos, y que no permiten comparación (ej. medidas fisiológicas, estigma o adherencia a la medicación).
CE15	De encontrar un estudio con una muestra de participantes heterogénea en cuanto a diagnóstico psiquiátrico, se ha excluido al no ser posible aislar los resultados de los pacientes con diagnóstico de TB, así como de sus controles.
CE16	Artículos que adelanten resultados de un estudio cuya totalidad se encuentren disponibles en otro artículo posterior disponible.

Nota. Tabla con criterios de exclusión para la búsqueda sistemática con identificadores. Elaboración propia.

3.2. Procedimiento de búsqueda

Se han realizado búsquedas electrónicas separadas para cada uno de los tratamientos a considerar en el orden: terapia cognitivo conductual, terapia enfocada en la recuperación, mindfulness, terapia con enfoque integrador/mixto y terapia dialéctico-conductual. Se han tenido en cuenta los siguientes filtros y restricciones de la búsqueda (se incluyen los operadores de búsqueda definidos en el ANEXO 1):

- Año de publicación: 2013-2023.
- Tipo de estudio: Randomized Controlled Trial, Clinical Trial, Empirical Study, Quantitative Study.
- Idioma de publicación: English, Spanish.
- Edad de la muestra: Adulthood (18+ years) o 19+ years.

3.2.1. Búsqueda electrónica

La búsqueda se ha realizado con los mismos criterios y el mismo tipo de limitaciones de forma separada dentro de cada una de las bases de datos y para cada uno de los tipos de tratamiento, buscando primero en PsycInfo, seguido de Medline, continuando por PubMed. Se ha realizado la selección de igual manera y siguiendo los mismos criterios.

3.3. Selección

A la hora de realizar la selección de artículos se ha seguido el procedimiento:

1. Identificación: realización de búsquedas separadas en las bases de datos enunciadas, para todos los tratamientos a considerar. La relación de búsqueda, resultados, duplicados y artículos preseleccionados por base de datos y tratamiento se puede ver en el ANEXO 1.
2. Selección: tras realizar cada búsqueda por separado, se ha procedido a hacer un descarte inicial de cada uno de los artículos en cuyo título se pudiera observar

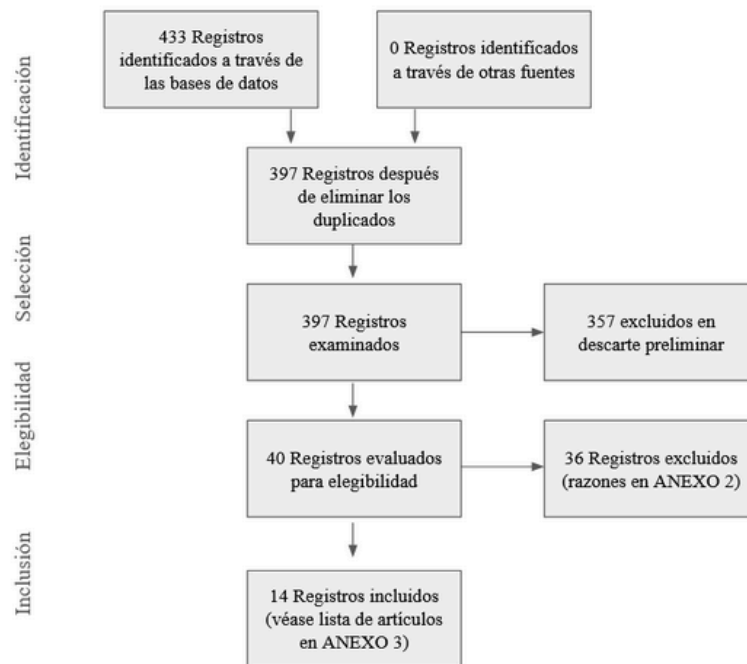
que el estudio referido no hacía alusión a ninguno de los criterios de inclusión, o referenciaba directamente alguno de los criterios de exclusión.

- a. El motivo más frecuente de descarte en este paso fue el de artículos no referidos al diagnóstico de trastorno bipolar, sino a otros, así como no referidos a los tratamientos a tener en cuenta en esta revisión.
 - b. La relación entre resultados y artículos descartados preliminarmente, se puede observar en el ANEXO 1.
3. Elegibilidad: los artículos que a primera vista cumplieran con los criterios de inclusión se han preseleccionado con el fin de valorarlos en mayor profundidad y decidir o no su inclusión en la revisión. Esta preselección ha sido de un total de 40 artículos. La relación entre artículos descartados y motivo de exclusión se puede consultar en el ANEXO 2.
4. Inclusión: tras valorar en detalle los artículos preseleccionados, en contraste con los criterios de inclusión y exclusión, se ha realizado una selección final de 14 artículos que cumplen en totalidad con los criterios de inclusión y no son objeto de exclusión. La lista de artículos seleccionados se puede consultar en el ANEXO 3.

En la Figura 2 se puede observar un diagrama resumen de este procedimiento.

Figura 2

Diagrama de flujo resumen de los pasos seguidos en la búsqueda de artículos para la revisión sistemática



Nota. Diagrama de flujo resumen de los pasos seguidos en la búsqueda de artículos para la revisión sistemática. Elaboración propia.

4. Resultados

4.1. Descripción general de los estudios

4.1.1. Objetivo

De los estudios seleccionados, 5 tienen por objetivo la evaluación de la eficacia del tratamiento (Henken et al., 2020; van den Berg et al., 2023; Perich et al., 2013; Camardese et al., 2018; Valls et al., 2021), 5 evalúan la aceptabilidad y viabilidad de la intervención (Eisner et al., 2017; Van Dijk et al., 2013; González Isasi et al., 2014; Jones H. et al., 2015; Tyler et al., 2022), 3 evalúan efectos del uso del tratamiento en diferentes medidas concretas (Bos et al., 2014; Murray et al., 2021; Ashfari et al., 2020) y 1 es un análisis secundario de un estudio de eficacia que selecciona a una submuestra del estudio principal (Scott. et al., 2022).

4.1.2. Diseño

Todos los estudios seleccionados son ensayos clínicos que cuentan con medidas pre-post relacionadas de las variables dependientes, tras la aplicación de alguno de los tratamientos. De estos estudios, 5 no cuentan con medidas de seguimiento (Bos et al., 2014; Ashfari et al., 2020; Van Dijk et al., 2013; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015). Los 9 artículos restantes cuentan con medidas de seguimiento que varían entre una única medida los 3 meses (Eisner et al., 2017) o de varias medidas de seguimiento que va desde los 2 meses (Henken et al., 2020) hasta los 5 años (González Isasi et al., 2014).

El diseño de los estudios se diferencia principalmente en el uso de grupos control, así como de aleatorización en la asignación de participantes a esos grupos. De los 14 estudios, 4 son ensayos clínicos sin control (Henken et al., 2020; Bos et al., 2014; Eisner et al., 2017; Camardese et al., 2018) y 10 son ensayos clínicos con control

aleatorizados (Scott. et al., 2022; van den Berg et al., 2023; Murray et al., 2021; Perich et al., 2013; Ashfari et al., 2020; Van Dijk et al., 2013; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015; Tyler et al., 2022), de los cuales 5 son estudios ciegos (Scott. et al., 2022; Murray et al., 2021; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015).

De los 10 ensayos clínicos con control enunciados anteriormente, los grupos control han sido de tratamiento habitual (TH) en 7 ocasiones (Scott. et al., 2022; Perich et al., 2013; Ashfari et al., 2020; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015; Tyler et al., 2022), de psicoeducación (PE) en 2 estudios (van den Berg et al., 2023; Murray et al., 2021) y de lista de espera en 1 estudio (Van Dijk et al., 2013).

4.1.3. Participantes

El tamaño de la muestra de los estudios seleccionados varía de entre los 24 participantes (Henken et al., 2020) a los 302 participantes (Murray et al., 2021). Solo 5 de los estudios superan el total de 92 participantes (Scott. et al., 2022; Bos et al., 2014, Murray et al., 2021; Perich et al., 2013; Valls et al., 2021), teniendo el resto una cifra igual o inferior a 67 participantes (Henken et al., 2020; van den Berg et al., 2023; Ashfari et al., 2020, Eisner et al., 2017; Van Dijk et al., 2013; Camardese et al., 2018; González Isasi et al., 2014; Jones H. et al., 2015; Tyler et al., 2022).

En cuanto al género de los participantes, todos los estudios tienen más de 50% de mujeres, a excepción de 3 estudios: 2 de ellos tienen una mayoría de hombres (González Isasi et al., 2014 y Valls et al., 2021) y 1 tiene una cantidad igual de hombres y mujeres (Camardese et al., 2018).

La media de edad de los participantes suele estar dentro de la década de los 40 años. Las medias de edad más bajas son de 36 y 38 años (Ashfari et al., 2020 y Jones H. et al.,

2015) y la más alta de 66, dado que en un estudio en particular se selecciona a una muestra de mayores de 60 años (Tyler et al., 2022). Se desconoce esta información en 1 estudio (Perich et al., 2013).

Los participantes de los 14 estudios cumplen con diagnóstico DSM-5, DSM-IV o DSM-IV-TR de algún subtipo de trastorno bipolar. En 10 estudios, la mayoría de participantes cumplen criterios para trastorno bipolar tipo I (Henken et al., 2020; Scott et al., 2022; Murray et al., 2021; Perich et al., 2013; Camardese et al., 2018; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015; Tyler et al., 2022), habiendo 2 estudios de ellos donde el 100% de los pacientes presenta este subtipo de trastorno bipolar (Eisner et al., 2017; González Isasi et al., 2014). En 3 estudios la distribución de los diagnósticos de trastorno bipolar es diferente: 2 tienen una mayoría de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tipo II (Ashfari et al., 2020 y Van Dijk et al., 2013) y 1 tiene un número igual de pacientes que cumplen cada diagnóstico (van den Berg et al., 2023). En cuanto a otros diagnósticos, Murray et al. (2021) especifica un 3% de trastorno bipolar no especificado y un 49% de participantes con ciclado rápido, lo que dota a su muestra de características distintivas frente al resto de estudios.

En cuanto al historial de suicidio y de hospitalizaciones previas, sin distinguir motivos, 9 estudios (Henken et al., 2020; van den Berg et al., 2023; Perich et al., 2013; Ashfari et al., 2020; Eisner et al., 2017; Van Dijk et al., 2013; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021; Murray et al., 2021) evalúan el número de estos dos fenómenos en sus participantes, siendo el de suicidio de entre un 32% y un 60% (Valls et al., 2021; Murray et al., 2021, respectivamente), y el de hospitalizaciones vitales entre un 1 y 5,5 número de veces (van den Berg et al., 2023 y Eisner et al., 2017; respectivamente).

Un total de 6 de los artículos revisados hacen referencia a la presencia de comorbilidades: 3 especifican un abuso de sustancias que va desde el 5% al 52% (Scott

et al., 2022; Murray et al., 2021; Van Dijk et al., 2013), 2 especifican ansiedad comórbida en entre el 25% y el 69% de los participantes (Perich et al., 2013; Van Dijk et al., 2013), y 2 nombran la presencia de entre 33% y 44% de comorbilidades no especificadas (Ashfari et al., 2020 y Eisner et al., 2017).

De los estudios seleccionados, 9 hacen referencia a episodios vitales del trastorno, ya sea de episodios en general (Murray et al., 2021; Perich et al., 2013; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015) o de episodios específicos de manía, hipomanía o depresión (Henken et al., 2020; Scott. et al., 2022; van den Berg et al., 2023; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015). La media de episodios vitales del trastorno, en general, es de entre 8 (Valls et al., 2021) y 88,9 (Murray et al., 2021) episodios. La media de episodios vitales de manía/hipomanía varía entre 1,14 (Valls et al., 2021) y 5,52 (Henken et al., 2020) episodios, y de depresión entre 2,3 (Henken et al., 2020) y 7,5 (Scott. et al., 2022) episodios vitales.

En cuanto a la media de edad de diagnóstico del trastorno o de inicio de la sintomatología, tomada en cuenta en 7 estudios (Henken et al., 2020; Ashfari et al., 2020, Eisner et al., 2017; Van Dijk et al., 2013; González Isasi et al., 2014; Jones H. et al., 2015; Tyler et al., 2022), la más frecuente está dentro de la década de los 30 años, siendo la media de edad de diagnóstico más baja de 23 años (Ashfari et al., 2020), y la más alta de 49 años (Tyler et al., 2022). La media de edad de un primer episodio o de aparición de sintomatología del trastorno más baja es de 15,74 años (Eisner et al., 2017), y la más alta de 30,05 años (González Isasi et al., 2014). En 4 estudios (van den Berg et al., 2023; Murray et al., 2021; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021) se tiene en cuenta, en lugar de la media de edad de diagnóstico, la media del tiempo transcurrido desde el diagnóstico o desde el primer episodio anímico, siendo la más

corta de 6,7 años (van den Berg et al., 2023), y la más larga de 24,1 años (Murray et al., 2021).

Por último, en cuanto a las características de los participantes, 3 estudios admiten intencionadamente a personas con sintomatología presente: de depresión clínica, generales del trastorno o subclínicos (Camardese et al., 2018; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021), estando los porcentajes de prevalencia de estos participantes entre un 50% (Camardese et al., 2018) y un 75% (González Isasi et al., 2014). Otros estudios restringen un número determinado de episodios vitales mínimos, llegando a ser necesario un mínimo de >10 episodios vitales (Murray et al., 2021), o un número determinado de entre 1 o 2 episodios, durante los últimos 12-18 meses anteriores al tratamiento (Henken et al., 2020, Scott. et al., 2022; Perich et al., 2013) o ausencia de síntomas en las últimas 4 semanas-3 meses anteriores al tratamiento (Tyler et al., 2022; Valls et al., 2021; respectivamente). De las anteriores características de los participantes a tratar, se desconocen datos de Bos et al. (2014).

4.1.4. Variables Dependientes

Todos los estudios, a excepción de 1 (Scott et al., 2022), incluyen una evaluación de la presencia y/o severidad de la sintomatología, ya sea en forma de síntomas psicológicos como depresión, manía y síntomas somáticos o inestabilidad afectiva.

Dentro de otras posibles medidas de sintomatología, 1 estudio (van den Berg et al., 2023) evalúa medidas de desesperanza y labilidad afectiva. Del total de artículos, sólo 2 estudios (Henken et al., 2020; Perich et al., 2013) evalúan las actitudes disfuncionales de los pacientes.

En la mayoría de artículos, en concreto 10 estudios (Henken et al., 2020; van den Berg et al., 2023; Ashfari et al., 2020; Eisner et al., 2017; Van Dijk et al., 2013; Camardese et

al., 2018; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015; Tyler et al., 2022), se incluyen medidas de funcionamiento, tanto generales como de funcionamiento clínico, psicosocial o laboral; de los cuales, 1 estudio (Henken et al., 2020) contiene medidas de autoeficacia percibida.

Del total de artículos seleccionados, 5 (Henken et al., 2020; Bos et al., 2014; Murray et al., 2021; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015.) presentan una evaluación de la calidad de vida de los pacientes antes y después del tratamiento.

La mayoría de los estudios (8) evalúa las recaídas, ya sea medido en número de recaídas (Scott et al., 2022, Murray et al., 2021; Perich et al., 2013; Camardese et al., 2018; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021) o por tiempo en recaer (Scott et al., 2022; Jones H. et al., 2015; Tyler et al., 2022). De estos últimos, 1 estudio (Scott et al., 2022) evalúa la recuperación de la depresión y 2 (Jones H. et al., 2015 y Tyler et al., 2022) de recuperación general autopercebida.

En el ANEXO 9 se recogen los instrumentos de evaluación con los que se miden las distintas variables dependientes.

4.1.5. Variables independientes

Un total de 14 artículos fueron revisados para esta revisión sistemática de tratamientos empíricamente validados del trastorno bipolar (TB). De los 14 artículos seleccionados, 3 estudian efectos de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (Henken et al., 2020; Scott et al., 2022 y van den Berg et al., 2023), 3 del Mindfulness (Bos et al., 2014; Murray et al., 2021 y Perich et al., 2013), 3 de la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) (Ashfari et al., 2020; Eisner et al., 2017 y Van Dijk et al., 2013), 3 de Terapia con Enfoque Integrador/Mixto (TI) (Camardese et al., 2018; González Isasi et al., 2014 y Valls et al.,

2021) y 2 de Terapia Enfocada en la Recuperación (CT-R) (Jones H. et al., 2015 y Tyler et al., 2022).

De los estudios de TCC, 2 realizan una intervención grupal de 10 sesiones de 1h y de 12 sesiones de 2h (Henken et al., 2020 y van den Berg et al., 2023; respectivamente) y 1 realiza una intervención individual con 20 sesiones (Scott et al., 2022).

De los estudios de Mindfulness, 2 (Bos et al., 2014 y Perich et al., 2013) realizan intervenciones grupales con sesiones semanales de alrededor de 2h de duración, siendo de estos programas de 8 sesiones (Bos et al., 2014). 1 de ellos realiza intervenciones individuales online durante 5 semanas (Murray et al., 2021).

Los 3 estudios de TDC implementan el mismo protocolo de intervención de Van Dijk et al. (2013), realizando intervenciones grupales semanales de 12 semanas de duración, teniendo las sesiones una duración de 90 minutos en 2 estudios (Ashfari et al., 2020 y Van Dijk et al., 2013), y de 105 minutos en otro (Eisner et al., 2017).

La intervención de los estudios de TI varía de entre 12 sesiones grupales durante 3 meses (Valls et al., 2021) y 26 sesiones grupales durante 4 meses (Camardese et al., 2018). La duración de las sesiones es de entre 1,5h y 2h (Camardese et al., 2018 y González Isasi et al., 2014; respectivamente)

De los estudios de CT-R, solo se tiene información descriptiva de la intervención en Jones H. et al. (2015), que emplea intervenciones individuales de 18h en total durante un período de 6 meses.

Una descripción tanto de los tratamientos experimentales como de los de los grupos control puede encontrarse en el ANEXO 10.

4.2. Análisis de los resultados

Dada la variedad de medidas de las variables dependientes en los estudios seleccionados, se tendrán en cuenta aquellas que hagan referencia a los 4 constructos principales que se pretenden evaluar en esta revisión sistemática: severidad de la sintomatología, funcionamiento (general, clínico, psicosocial y laboral), recaídas, hospitalizaciones y recuperación, y calidad de vida. Es necesario tener en cuenta que todas estas variables son consideradas en suficientes artículos como para realizar una comparación entre tratamientos, menos “calidad de vida”, que se valora en solo 5 estudios de los seleccionados, pero que se ha optado por incluir dado que es uno de los constructos considerados relevantes.

Las medidas de bienestar psicológico, autoeficacia percibida, desesperanza, labilidad afectiva y actitudes disfuncionales, aunque pueden ser relevantes en la valoración general de la eficacia de los tratamientos, no serán tenidas en cuenta debido a que un bajo número de estudios las evalúan, no siendo posible realizar comparaciones entre los tratamientos.

4.2.1. Resultados generales

Severidad de la sintomatología

Del total de 14 estudios tenidos en cuenta en esta revisión sistemática, 10 presentan diferencias significativas a favor del uso del tratamiento indicando mejoras en la severidad de la sintomatología, ya sea en sintomatología general y/o regulación emocional (van den Berg et al., 2023; Eisner et al., 2017), depresión y/o somatizaciones (Henken et al., 2020; van den Berg et al., 2023; Ashfari et al., 2020; Van Dijk et al., 2013; Camardese et al., 2018; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021), manía (Ashfari et al., 2020; González Isasi et al., 2014; Tyler et al., 2022) u otra sintomatología asociada (Perich et al., 2013; González Isasi et al., 2014).

Funcionamiento

De los 14 estudios, 8 muestran diferencias significativas en el funcionamiento de los pacientes a favor del uso de las intervenciones con una mejora en este constructo, específicamente en funcionamiento psicosocial (Henken et al., 2020; González Isasi et al., 2014; Tyler et al., 2022), funcionamiento clínico (Ashfari et al., 2020; Eisner et al., 2017; Van Dijk et al., 2013; Camardese et al., 2018) y ocupacional (Valls et al., 2021).

Recaídas, hospitalizaciones y recuperaciones

7 de los estudios tenidos en cuenta han encontrado diferencias significativas en medidas de recaídas, hospitalizaciones y recuperaciones a favor del uso de la intervención. En cuanto al número de recaídas, se observan reducciones significativas en todos ellos tanto en medidas pre-post, como en contrastes con el grupo control (Scott. et al., 2022; Murray et al., 2021; Perich et al., 2013; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015 y Tyler et al., 2022). Uno de ellos observa también diferencias en el tiempo en recaer (Scott. et al., 2022) y 2 valoran un incremento de la recuperación autopercebida tras el tratamiento (Jones H. et al., 2015 y Tyler et al., 2022).

Calidad de vida

Del total, 1 único estudio observa diferencias positivas significativas en la calidad de vida de los pacientes tras la intervención (Bos et al., 2014).

4.2.2. Tasas de abandono

Todos menos 1 estudio (Scott. et al., 2022) proporcionan información sobre las tasas de abandono durante el tratamiento experimental. Estas tasas de abandono varían desde un

0% (González Isasi et al., 2014) a un 33% (Bos et al., 2014) en medidas post; y entre un 8% y un 18% (Tyler et al., 2022) en medias de seguimiento. En 1 estudio de los que especifican diferencias entre grupos (Perich et al., 2013), las tasas de abandono han sido menores para el grupo experimental (20%) que para el grupo control (38%). En 3 de estos estudios (Murray et al., 2021; Ashfari et al., 2020; Valls et al., 2021), la tasa de abandono es mayor para el grupo experimental, variando de entre un 14% (Ashfari et al., 2020) a un 41% (Valls et al., 2021), que para el grupo control, que va desde un 7% (Ashfari et al., 2020) a un 22% (Valls et al., 2021) de participantes. En 1 estudio, las tasas de abandono son iguales para ambos grupos (Van Dijk et al., 2013).

4.2.3. Resultados según diseño: control y no control

De los 4 ensayos clínicos sin control, se observan diferencias significativas positivas a favor del uso de las intervenciones en la severidad de la sintomatología y en el funcionamiento en 3 de ellos (Henken et al., 2020; Camardese et al., 2018; Eisner et al., 2017), y de calidad de vida en 1 de ellos (Bos et al., 2014).

De los 10 ensayos clínicos controlados, se observan diferencias significativas positivas a favor del uso de las intervenciones en severidad de la sintomatología en 7 de ellos (van den Berg et al., 2023; Ashfari et al., 2020; Van Dijk et al., 2013; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021; Tyler et al., 2022; Perich et al., 2013), en funcionamiento en 5 de ellos (González Isasi et al., 2014; Tyler et al., 2022; Ashfari et al., 2020; Van Dijk et al., 2013; Valls et al., 2021). En cuanto a las recaídas, hospitalizaciones y recuperación, se observan estas diferencias en 7 estudios controlados (Scott. et al., 2022; Murray et al., 2021; Perich et al., 2013; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015 y Tyler et al., 2022).

4.2.4. Resultados según medidas post y medidas de seguimiento

De los 5 estudios que no cuentan con medidas de seguimiento, 3 han mostrado diferencias significativas a favor del uso de las intervenciones en severidad de la sintomatología y en el funcionamiento (Ashfari et al., 2020; Van Dijk et al., 2013; Valls et al., 2021), 2 en las recaídas, recuperaciones y hospitalizaciones (Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015) y 1 en la calidad de vida (Bos et al., 2014).

De los 9 estudios que cuentan con medidas de seguimiento, 7 muestran diferencias significativas positivas para los pacientes en el seguimiento tras la intervención en la severidad de la sintomatología (Henken et al., 2020; Camardese et al., 2018; Eisner et al., 2017; van den Berg et al., 2023; González Isasi et al., 2014; Tyler et al., 2022; Perich et al., 2013), 5 en el funcionamiento de los pacientes (Henken et al., 2020; Camardese et al., 2018; Eisner et al., 2017; González Isasi et al., 2014; Tyler et al., 2022), y 6 en las recaídas, recuperaciones y hospitalizaciones (Scott. et al., 2022; Murray et al., 2021; Perich et al., 2013; González Isasi et al., 2014; Jones H. et al., 2015 y Tyler et al., 2022).

4.2.5. Resultados según tratamiento

Severidad de la sintomatología

Dentro de los 3 estudios pertenecientes a la TCC, 2 de ellos (Henken et al., 2020 y van den Berg et al., 2023) observan diferencias significativas en la severidad de la sintomatología a favor del uso de esta terapia, específicamente en el incremento de pacientes eutímicos, en la reducción de sintomatología depresiva y somatizaciones (Henken et al., 2020), de la sintomatología episódica general (van den Berg et al., 2023), y en una disminución de la inestabilidad anímica (van den Berg et al., 2023).

Uno de los estudios de Mindfulness observa una reducción significativa en sintomatología de estrés en pacientes del grupo experimental (Perich et al., 2013).

Todos los estudios que evalúan TDC han mostrado diferencias significativas en las medidas de severidad de la sintomatología, tanto en medidas de manía (Ashfari et al., 2020), como de depresión (Ashfari et al., 2020; Van Dijk et al., 2013) y regulación emocional (Eisner et al., 2017).

En cuanto a la TI, todos los estudios seleccionados muestran diferencias significativas en la severidad de la sintomatología que presentan los pacientes, a favor del uso de esta terapia, específicamente en depresión (Camardese et al., 2018; González Isasi et al., 2014; Valls et al., 2021), ansiedad (González Isasi et al., 2014) y manía (González Isasi et al., 2014).

Dentro de los estudios de CT-R, uno de ellos observa una mejora en la severidad de sintomatología de manía en pacientes del grupo experimental (Tyler et al., 2022).

En resumen, todos los tratamientos objeto de esta revisión sistemática han observado, al menos en un estudio, diferencias significativas en severidad de la sintomatología asociada al trastorno bipolar a favor del uso del tratamiento. El tratamiento que mayor presencia de diferencias significativas en este constructo ha tenido es la TDC (Ashfari et al., 2020; Eisner et al., 2017 y Van Dijk et al., 2013), con 12 sesiones grupales semanales, y la TI (Camardese et al., 2018; González Isasi et al., 2014 y Valls et al., 2021), en forma grupal y con entre 12 (Valls et al., 2021) y 26 (Camardese et al., 2018) sesiones semanales de duración. A estos tratamientos, les sigue la TCC, con 2 estudios que presenten diferencias significativas con intervenciones grupales de entre 10 y 12 sesiones semanales (Henken et al., 2020 y van den Berg et al., 2023, respectivamente), y la CT-R (Tyler et al., 2022) y Mindfulness con sesiones grupales (Perich et al., 2013),

con 1 único estudio que presente diferencias significativas para cada tratamiento en este constructo.

Funcionamiento

Dentro de los 3 estudios seleccionados pertenecientes a la TCC, 1 de ellos observa diferencias significativas en el funcionamiento psicosocial a favor del uso de esta terapia (Henken et al., 2020).

Todos los estudios correspondientes a la TDC muestran una diferencia significativa en funcionamiento a favor del uso de este tratamiento en pacientes con trastorno bipolar (Ashfari et al., 2020; Eisner et al., 2017; y Van Dijk et al., 2013).

Los estudios referentes a la TI contemplan diferencias significativas a favor del uso de este tipo de intervenciones en pacientes con trastorno bipolar, en medidas de funcionamiento clínico (Camardese et al., 2018), psicosocial (González Isasi et al., 2014) y ocupacional (Valls et al., 2021).

Dentro de los estudios que utilizan CT-R, uno de ellos observa una mejora en el funcionamiento social de los pacientes del grupo experimental (Tyler et al., 2022).

En cuanto al funcionamiento de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, el tipo de tratamiento que más diferencias significativas presenta a favor del grupo experimental es la TDC, con diferencias en todos los estudios revisados (Ashfari et al., 2020; Eisner et al., 2017 y Van Dijk et al., 2013). De la TI, 1 de ellos no presentaba medidas de funcionamiento, pero el resto de estudios que sí las presentaban observan diferencias significativas (Camardese et al., 2018 y González Isasi et al., 2014). Del CT-R y la TCC, un estudio de cada tipo de tratamiento observa diferencias significativas

en el funcionamiento (Tyler et al., 2022 y Henken et al., 2020). Los estudios de Mindfulness no tienen en cuenta este constructo.

Recaídas, hospitalizaciones y recuperaciones

Uno de los estudios referentes a la TCC (Scott. et al., 2022) presenta diferencias significativas en cuanto al número de recaídas y el tiempo en recuperación, siendo menor el tiempo en recuperarse y mayor el el tiempo en recaer del grupo de TCC, así como menos prevalente las recaídas en el grupo experimental (53%, frente a un 60% en el control) y más frecuente la recuperación (91% en TCC, frente al 82% del grupo control).

De los estudios referentes al tratamiento con Mindfulness, 2 de ellos (Murray et al., 2021 y Perich et al., 2013) observan recaídas de entre el 56,5% y el 59% en el grupo experimental.

Dos de los estudios de TI muestran una reducción significativa en el número de recaídas en el grupo experimental (González Isasi et al., 2014 y Valls et al., 2021).

Los estudios de CT-R (Jones H. et al., 2015 y Tyler et al., 2022) observan una disminución significativa de las recaídas, del tiempo en recaer, y un incremento de la recuperación autopercebida de los pacientes del grupo experimental, a favor del uso de este tipo de intervención.

Dentro de los estudios revisados, 2 de los de Mindfulness (Murray et al., 2021 y Perich et al., 2013), 2 de los de TI (González Isasi et al., 2014 y Valls et al., 2021) y 2 de los de CT-R (Jones H. et al., 2015 y Tyler et al., 2022) muestran en sus resultados diferencias significativas a favor del uso del tratamiento en cuanto a las recaídas y las recuperaciones. Esto se da en solo uno de los estudios de TCC con intervención

individual (Scott. et al., 2022). En los estudios de la TDC no se tiene en cuenta a este constructo.

Calidad de vida

De los 3 estudios relativos al Mindfulness, 1 intervención grupal observa cambios positivos significativos en la calidad de vida de los participantes (Bos et al., 2014). El resto de estudios revisados, de incluir medidas de calidad de vida (Henken et al., 2020 y Jones H. et al., 2015), no presentan diferencias significativas.

5. Discusión

5.1. Conclusiones

Tras haber valorado los resultados obtenidos en esta revisión sistemática cuyo objetivo principal es analizar los resultados de tratamientos psicológicos empíricamente validados del Trastorno Bipolar (TB), con el fin de establecer una posible comparación entre ellos, se ha podido evaluar la eficacia de los tratamientos de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Mindfulness, Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), Terapia con Enfoque Integrador/Mixto (TI) y Terapia Enfocada en la Recuperación (CT-R). Esta evaluación se ha hecho a través de 5 variables independientes: severidad de la sintomatología, funcionamiento, recaídas, hospitalizaciones y recuperaciones; y calidad de vida.

A la hora de determinar la eficacia de un tratamiento, la capacidad de una intervención de mostrar resultados esperados en un ambiente controlado, Chambless & Hollon (1998) proponen una serie de criterios que ayudan a hacer una clasificación de las intervenciones según las características de los estudios que las evalúan. Estos criterios y los estudios de esta revisión que los cumplen se resumen en la Tabla 6.

Tabla 6

Criterios de eficacia de un tratamiento según Chambless & Hollon (1998) y estudios que los cumplen.

	Criterio	Otros requisitos	Estudios que cumplen con criterios de diseño y de resultados*
Tratamiento bien establecido	2 estudios en los que el tratamiento a evaluar es igual o superior que otro tratamiento, fármaco o placebo. o 9 o más estudios n=1 en los que el resultado sea superior a fármaco, placebo u otro tratamiento.	Con manual de tratamiento publicado (replicación). Características de la muestra especificadas. Dos investigaciones del mismo protocolo por grupos independientes.	TI: González Isasi et al. (2014), Valls et al. (2021). TDC: Ashfari et al. (2020). CT-R: Jones H. et al. (2015), Tyler et al. (2022).

Tabla 6

Criterios de eficacia de un tratamiento según Chambless & Hollon (1998) y estudios que los cumplen. (cont.)

Tratamiento probablemente eficaz	2 estudios en los que el tratamiento a evaluar es igual o superior al grupo con control de lista de espera. o 3-8 estudios n=1 en los que el resultado sea superior a fármaco, placebo u otro tratamiento.	Con manual de tratamiento publicado (replicación). Características de la muestra especificadas. Dos investigaciones del mismo protocolo por grupos independientes.	TDC: Van Dijk et al. (2013). (control: lista de espera)
Tratamiento experimental	Solo medidas pre-post. Medidas post superiores a las pre.		TI: Camardese et al. (2018). TDC: Eisner et al. (2017).

Nota. Tabla resumen de los criterios de eficacia de un tratamiento y estudios de esta revisión sistemática que los cumplen. Elaboración propia a partir de Chambless & Hollon (1998), citado en López et al., 2002.

** Los resultados que muestran diferencias significativas según cada criterio varían según constructo y estudio.*

Tras observar los resultados de la revisión, los tratamientos con diferencias significativas a favor de su uso en pacientes con trastorno bipolar que se mantienen tanto en medidas post como en medidas de seguimiento y en una mayoría de constructos son la Terapia con enfoque Integrador/mixto y la Terapia Dialéctico Conductual. Tras estas 2 terapias se pueden incluir, según presencia de diferencias significativas en los constructos considerados, a la Terapia Cognitivo Conductual, seguida de la Terapia Enfocada en la Recuperación y el Mindfulness.

Al poner en relación el cumplimiento de criterios de Chambless & Hollon (1998) y la cantidad de diferencias significativas por constructo para cada tratamiento, es posible concluir que la intervención de TI es la que muestra empíricamente una mayor eficacia para el tratamiento del TB, según los estudios considerados en esta revisión sistemática, además de la CT-R (con menos diferencias significativas pero que cumple criterios para tratamiento bien establecido). Luego de esta intervención, a pesar de no cumplir criterios para tratamiento bien establecido pero dados sus efectos positivos en los

pacientes participantes, se encuentra la TDC en mejora de las variables dependientes consideradas, seguido de la TCC y Mindfulness, que presentan menores diferencias significativas en los constructos evaluados. No obstante, es relevante considerar que las intervenciones de CT-R incluidas en esta revisión están orientadas a adultos mayores, por lo que sus resultados podrían ser menos generalizables que los de las intervenciones de TDC, pudiendo este último tratamiento ser de mayor utilidad o eficacia para una población más amplia que la CT-R.

Es importante reconocer que aunque la TCC en esta revisión no cumpla con criterios de eficacia dados los estudios disponibles, ya ha sido reconocida como una intervención eficaz en ocasiones anteriores. Cabe destacar que los principales protocolos de intervención de TCC que han mostrado eficacia en otros estudios han implementado, además de técnicas propias de la TCC, estrategias de regulación de los ritmos circadianos y de la consecución extrema de metas durante las fases de manía (APA, 2022). Estas estrategias distintivas no se incluyen dentro de las intervenciones de TCC que son parte de esta revisión sistemática, lo que puede explicar la presente falta de evidencias de eficacia de este tratamiento. También es necesario tener en cuenta que los estudios de TDC considerados en esta revisión sistemática hacen replicaciones del mismo protocolo, con algunas variaciones de diseño e igualmente mostrando cambios beneficiosos tras la intervención en los 3 estudios evaluados.

A pesar de no mostrar una eficacia que sobrepase la de las terapias con mayor evidencia a favor de su uso (TI y CT-R/TDC), todas las intervenciones pueden resultar eficaces o de utilidad para el tratamiento de aspectos específicos dentro del cuadro clínico de pacientes con diagnóstico de TB.

A continuación, se detallan los aspectos clínicos específicos para los que puede resultar recomendable utilizar cada intervención.

5.2. Análisis clínico y recomendaciones

Los tratamientos de TI, en sus versiones grupales de entre 12 y 26 sesiones con entre 1,5 y 2h de duración:

- Se muestran eficaces para reducir la severidad de la sintomatología, específicamente en casos de ansiedad y depresión.
- Son eficaces en la mejora del funcionamiento general, clínico, psicosocial y ocupacional de los pacientes que reciben este tratamiento.
- Son de utilidad en la disminución de las recaídas.
- Presentan bajas tasas de abandono, llegando a ser incluso del 0%.

Los tratamientos de TDC, grupales y con 12 sesiones de entre 90 y 105 minutos:

- Se muestran eficaces para reducir la severidad de la sintomatología, independientemente de su polaridad.
- Son eficaces en la mejora del funcionamiento general, clínico y psicosocial de los pacientes que reciben este tratamiento.
- Tienen bajas tasas de abandono, llegando a ser la más baja del 7%.

Los tratamientos de CT-R orientados a pacientes de edades avanzadas:

- Pueden ser útiles en la reducción de la sintomatología de manía de los pacientes.
- Pueden ser de importancia en la mejora del funcionamiento.
- Disminuyen las recaídas, incrementan el tiempo en recaer y aumentan la recuperación autopercebida.

Los tratamientos de TCC, en su versión grupal y con entre 10 y 12 sesiones de entre 1 y 2h de duración:

- Son eficaces en la disminución de la severidad de la sintomatología.
- Pueden ser útiles en la mejora del funcionamiento social.

- En su versión individual y con una intervención de 20 sesiones, disminuye las recaídas e incrementa el tiempo en recaer.
- Tienen bajas tasas de abandono.

Los tratamientos de Mindfulness, en sus versiones grupales con intervenciones de 8 sesiones con 2h de duración:

- No parecen generar mayores diferencias en la severidad de la sintomatología de los participantes, salvo en la reducción del estrés.
- Pueden, en su versión presencial, incrementar la calidad de vida de los pacientes.

En general, los tratamientos grupales (la mayoría de tratamientos evaluados en esta revisión sistemática), presentan más diferencias significativas en los constructos tenidos en cuenta que los tratamientos individuales.

No es posible realizar una comparación adecuada de los tratamientos presenciales frente a los tratamientos online dada la minoría de estudios con intervención online, no obstante, el único tratamiento online no obtuvo diferencias significativas a favor de su uso en la mayoría de constructos a evaluar, mientras que los tratamientos presenciales (que son la mayoría de los tratamientos evaluados en esta revisión sistemática) sí presentan más diferencias significativas a favor de su uso.

5.3. Limitaciones y perspectivas futuras

A la hora de realizar esta revisión sistemática, se han determinado las siguientes limitaciones en los estudios que han sido objeto de análisis, que deberán ser tenidas en cuenta en la interpretación de los resultados y las conclusiones que aquí se presentan:

- Los tamaños de muestra de los estudios, aunque muy variados, son reducidos en muchas ocasiones y dificultan poder determinar hasta qué punto los resultados observados son representativos de la población de la que se extraen los sujetos.

- Las características de los participantes y los cuadros clínicos, aunque describen a sujetos con algún diagnóstico de trastorno bipolar, son variados y no se profundiza en qué características personales, sociales o contextuales, así como especificaciones diagnósticas (ej. ciclado rápido o comorbilidades) pueden influir en los resultados de cada intervención, así como en cuáles de estos factores se pueden beneficiar de cada tipo de tratamiento. Es necesario investigar estos aspectos en mayor profundidad.
- Puede ser de relevancia profundizar en otras variables de la intervención que son de influencia en los resultados, como el estilo del terapeuta, las técnicas específicas utilizadas o la alianza terapéutica.
- Se desconoce el por qué de las diferencias en las tasas de abandono entre tratamientos, y resulta interesante evaluar un estudio de TI, que ha llegado a tener un 0% de abandono. Determinar los factores que han influido en este resultado puede ser beneficioso para futuras intervenciones de este y otros tipos de tratamientos psicológicos.
- Para poder hacer conclusiones con mayor peso, es necesario incluir en futuras revisiones a estudios de TDC que incluyan un análisis de recaídas, recuperaciones y hospitalizaciones, ya que en los estudios revisados no se contemplan.
- Sólo 5 de los estudios (Henken et al., 2020; Bos et al., 2014; Murray et al., 2021; Valls et al., 2021; Jones H. et al., 2015) presentan medidas de calidad de vida. Es oportuno incluir evaluaciones de este constructo en más estudios de eficacia de distintos tipos de tratamiento psicológico para el trastorno bipolar.
- Otras variables a tener en cuenta en futuras revisiones sistemáticas que pueden ayudar a caracterizar de mejor manera el impacto de cada intervención en los

participantes y a definir su utilidad clínica son las tasas de suicidio pre-post, el autoestigma o la adherencia al tratamiento tanto psicológico como farmacológico.

- Dado que en todos los estudios se ha descartado a participantes con ideación suicida o con sintomatología psicótica actual, es relevante valorar tratamientos psicológicos que puedan ser beneficiosos en poblaciones con estas características de elevado riesgo.
- Un análisis de eficiencia de las intervenciones podría complementar a los resultados obtenidos en esta revisión y facilitar la comparación y decisión de qué terapia usar en la práctica clínica habitual.

En cuanto a las limitaciones encontradas durante la realización de esta revisión sistemática, se observa la dificultad de encontrar una mayor variedad de estudios relacionados con intervenciones como la TDC, la TI o la CT-R. Específicamente en esta última, solo ha sido posible incluir a 2 estudios que cumplan criterios de inclusión, mientras que del resto de intervenciones se han incluido 3 estudios, lo que genera un desequilibrio en la cantidad de información disponible a la hora de realizar comparaciones entre tratamientos. Además, es necesario tener en cuenta que, de ampliar los criterios temporales de selección de estudios, sería posible conseguir una mayor cantidad de réplicas de protocolos para los tratamientos de, por ejemplo, la TCC. Esto podría generar diferencias a la hora de determinar el cumplimiento de criterios de eficacia, encontrar cambios significativos en los constructos seleccionados y generar una comparación final entre tratamientos que tenga por resultado otra jerarquía distinta a la que aquí se presenta.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5ta ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association (APA). (2022). *Treatments: Society of clinical psychology*. Society of Clinical Psychology. Division 12 of the American Psychological Association. https://div12.org/treatments/?sfm_related_diagnosis=8153
- Beck, A. T. (2019, 7 marzo). *What is recovery-oriented cognitive therapy (CT-R)?*. Beck Institute. <https://beckinstitute.org/blog/what-is-recovery-oriented-cognitive-therapy-ct-r/>
- Belloch, A; Sandín, B., & Ramos, F. (2020). Trastornos Bipolares. En *Manual de psicopatología*. (3ª ed., Vol. II., pp. 233-256) McGraw-Hill, España. ISBN: 9788448617608.
- Chesin, M. S., & Stanley, B. H. (2013). Dialectical behavior therapy for mood disorders. En *Clinical handbook for the management of mood disorders*. (pp. 280–288). Cambridge University Press. <https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1017/CBO9781139175869.021>
- Gordovez, F.J.A., & McMahon, F.J. (2020). The genetics of bipolar disorder. En *Mol Psychiatry* (Vol. 25, pp. 544-559) <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0634-7>
- López, A. B., Grau, E. G., & Escolano, A. F. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 477-502.

NICE. (2023). *Recommendations: Bipolar disorder: Assessment and management: Guidance.*

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/Recommendations#care-for-adults-children-and-young-people-across-all-phases-of-bipolar-disorder>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)* <https://icd.who.int/browse11>.

Power, M. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for Bipolar Affective Disorders. En *The Wiley-Blackwell Handbook of Mood Disorders* (2ª ed., pp. 361-381). Wiley-Blackwell.

Reinares, M., Martínez-Arán, A., & Vieta, E. (2021). Introducción al Trastorno Bipolar, Tratamientos psicológicos complementarios a la farmacoterapia en adultos con trastorno bipolar y Fundamentos de un Abordaje Psicoterapéutico Integral del Trastorno Bipolar. En *Psicoterapia en el trastorno bipolar: Un Abordaje Integral* (pp. 4–33). Editorial Médica Panamericana.

Rowland, TA., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. En *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251-269. doi:10.1177/2045125318769235

Subdirección General de Información Sanitaria (SGIS). (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. Ministerio de Sanidad

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Vieta Pascual, E., Pacchiarotti, I., & Benabarre, A. (2014). *Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar (3ª ed.)*. Médica Panamericana.

ANEXO 1: Operadores y filtros utilizados en la búsqueda de artículos en las bases de datos y resultados obtenidos por base de datos y tratamiento

ANEXO 1.1

Operadores y filtros utilizados en la búsqueda de artículos en las bases de datos

Tratamiento	Operadores de búsqueda	Filtros
Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	bipolar disorder or bipolar i or bipolar ii or manic depression or bipolar affective disorder or bipolar depression AND cognitive behavioral therapy or cbt or cognitive behavioural therapy	
Mindfulness	bipolar disorder or bipolar i or bipolar ii or manic depression or bipolar affective disorder or bipolar depression AND mindfulness based stress reduction or mindfulness or mbsr or mindfulness intervention	Clinical Trial, Clinical controlled Trial, Randomized
Terapia centrada en la recuperación (CT-R)	bipolar disorder or bipolar i or bipolar ii or manic depression or bipolar affective disorder or bipolar depression AND recovery-focused therapy or recovery-focused intervention or CT-R	Controlled Trial, Quantitative study, Empirical study, 2013-2023 y/o in the last 10 years, English, Spanish, Adulthood (18 yrs & older) y/o Adult: 19+ years.
Terapia dialéctico-conductual (TDC)	bipolar disorder or bipolar i or bipolar ii or manic depression or bipolar affective disorder or bipolar depression AND dialectical behavior therapy or dbt or dialectical behaviour therapy	
Terapia con enfoque integrador/mixto (TI)	bipolar disorder or bipolar i or bipolar ii or manic depression or bipolar affective disorder or bipolar depression AND integrative therapy approach or integrative psychotherapy or integrative intervention	

ANEXO 1.2

Resultados obtenidos por base de datos y tratamiento

Tratamiento	Base de datos	Resultados
Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	PsycInfo	134 resultados, 14 posibles. 120 descarte preliminar.
	Medline	63 resultados, 10 posibles, 4 duplicados. 53 descarte preliminar.
	PubMed	95 resultados, 14 posibles, 6 duplicados. 81 descarte preliminar.
Mindfulness	PsycInfo	42 resultados, 6 posibles, 5 duplicados. 34 descarte preliminar.
	Medline	16 resultados, 8 posibles, 8 duplicados. 8 descarte preliminar.
	PubMed	14 resultados, 6 posibles, 5 duplicados. 8 descarte preliminar.
Terapia centrada en la recuperación (CT-R)	PsycInfo	6 resultados, 4 posibles, 1 duplicado. 1 descarte preliminar.
	Medline	4 resultados, 3 posibles, 3 duplicados. 1 descarte preliminar.
	PubMed	4 resultados, 4 posibles, 4 duplicados.
Terapia dialéctico-conductual (TDC)	PsycInfo	11 resultados, 5 posibles. 6 descarte preliminar.
	Medline	1 resultado, 1 posible, 1 duplicado.
	PubMed	1 resultado, 0 posibles. 1 descarte preliminar.
Terapia con enfoque integrador/mixto (TI)	PsycInfo	No hay resultados posibles.
	Medline	No hay resultados.
	PubMed	42 resultados, 2 posibles. 40 descarte preliminar.

ANEXO 2

Artículos preseleccionados descartados y motivo de descarte

id.	Referencia	Criterio de exclusión
AD1	Chan, Sunny & Tse, Samson & Chung, K. & Yu, Chong Ho & Chung, Raymond & Lo, Herman Hay Ming. (2019). The effect of a brief mindfulness-based intervention on personal recovery in people with bipolar disorder: a randomized controlled trial (study protocol). <i>BMC Psychiatry</i> , 19. 10.1186/s12888-019-2242-0.	CE4
AD2	Cotton, S. M., Berk, M., Jackson, H., Murray, G., Filia, K., Hasty, M., Chanen, A., Davey, C., Nelson, B., Ratheesh, A., & MacNeil, C. (2019). Improving functional outcomes in early-stage bipolar disorder: The protocol for the REsearch into COgnitive and behavioural VERsatility trial. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> , 13(6), 1470–1479. https://doi.org/10.1111/eip.12797	CE4
AD3	Çuhadar, D., & Çam, M. O. (2014). Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. <i>Archives of psychiatric nursing</i> , 28(1), 62–66. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.008	CE7, CE14
AD4	Docteur, A., Gorwood, P., Mirabel-Sarron, C., Kaya Lefèvre, H., Sala, L., & Duriez, P. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy efficacy in reducing physiological response to emotional stimuli in patients with bipolar I disorder and the intermediate role of cognitive reactivity. <i>Journal of clinical psychology</i> , 77(11), 2442–2454. https://doi.org/10.1002/jclp.23243	CE14
AD5	Elliott, A. L., Watson, S., Dodgson, G., Cohen-Tovée, E., & Ling, J. (2021). Changing practice: Assessing attitudes toward a NICE-informed collaborative treatment pathway for bipolar disorder. <i>BJPsych Open</i> , 7. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.22	CE13
AD6	Evans, M., Kellett, S., Heyland, S., Hall, J., & Majid, S. (2017). Cognitive Analytic Therapy for Bipolar Disorder: A Pilot Randomized Controlled Trial. <i>Clinical psychology & psychotherapy</i> , 24(1), 22–35. https://doi.org/10.1002/cpp.2065	CE7
AD7	Fletcher, K., Foley, F., Thomas, N., Michalak, E., Berk, L., Berk, M., Bowe, S., Cotton, S., Engel, L., Johnson, S. L., Jones, S., Kyrios, M., Lapsley, S., Mihalopoulos, C., Perich, T., & Murray, G. (2018). Web-based intervention to improve quality of life in late stage bipolar disorder (ORBIT): randomised controlled trial protocol. <i>BMC psychiatry</i> , 18(1), 221. https://doi.org/10.1186	CE4
AD8	Goldbach, N., Reif, A., Preuss, H., Erhart, M., Zabel, K., Windmann, S., & Oertel, V. (2023). A randomized trial of group therapy for resource activation for patients with affective disorder. <i>Journal of Psychotherapy Integration</i> , 33(1), 1–19. https://doi.org/10.1037/int0000274	CE7
AD9	Gomes, B. C., Rocca, C. C., Belizario, G. O., de B F Fernandes, F., Valois, I., Olmo, G. C., Fachin, R. V. P., Farhat, L. C., & Lafer, B. (2019). Cognitive behavioral rehabilitation for bipolar disorder patients: A randomized controlled trial. <i>Bipolar disorders</i> , 21(7), 621–633. https://doi.org/10.1111/bdi.12784	CE7

AD10	Haffner, P., Quinlivan, E., Fiebig, J., Sondergeld, L., Strasser, E. S., Adli, M., Moritz, S., & Stamm, T. J. (2018). Improving functional outcome in bipolar disorder: A pilot study on metacognitive training. <i>Clinical Psychology & Psychotherapy</i> , 25(1), 50–58. https://doi.org/10.1002/cpp.2124	CE7
AD11	Hanssen, I., Huijbers, M. J., Lochmann-van Bennekom, M. W. H., Regeer, E. J., Stevens, A. W. M. M., Evers, S. M. A. A., Wensing, M., Kupka, R. W., & Speckens, A. E. M. (2019). Study protocol of a multicenter randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy and treatment as usual in bipolar disorder. <i>BMC psychiatry</i> , 19(1), 130. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2115-6	CE4
AD12	Hanssen, I., Scheepbouwer, V., Huijbers, M., Regeer, E., Lochmann van Bennekom, M., Kupka, R., & Speckens, A. (2021). Adverse or therapeutic? A mixed-methods study investigating adverse effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in bipolar disorder. <i>PLoS one</i> , 16(11), e0259167. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259167	CE12
AD13	Howells, F. M., Rauch, H. G. L., Ives-Deliperi, V. L., Horn, N. R., & Stein, D. J. (2014). Mindfulness based cognitive therapy may improve emotional processing in bipolar disorder: Pilot ERP and HRV study. <i>Metabolic Brain Disease</i> , 29(2), 367–375. https://doi.org/10.1007/s11011-013-9462-7	CE14
AD14	Jensen, S. B., Dalum, H. S., Korsbek, L., Hjorthøj, C., Mikkelsen, J. H., Thomsen, K., Kistrup, K., Olander, M., Lindschou, J., Mueser, K. T., Nordentoft, M., & Eplov, L. F. (2019). Illness management and recovery: one-year follow-up of a randomized controlled trial in Danish community mental health centers: long-term effects on clinical and personal recovery. <i>BMC Psychiatry</i> , 19(1), 65. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2048-0	CE7
AD15	Lauder, S., Chester, A., Castle, D., Dodd, S., Gliddon, E., Berk, L., Chamberlain, J., Klein, B., Gilbert, M., Austin, D. W., & Berk, M. (2015). A randomized head to head trial of MoodSwings.net.au: an Internet based self-help program for bipolar disorder. <i>Journal of affective disorders</i> , 171, 13–21. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.008	CE7
AD16	Lahera, G., Bayón, C., Fe Bravo-Ortiz, M., Rodríguez-Vega, B., Barbeito, S., Sáenz, M., Avedillo, C., Villanueva, R., Ugarte, A., González-Pinto, A., & de Dios, C. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy versus psychoeducational intervention in bipolar outpatients with sub-threshold depressive symptoms: a randomized controlled trial. <i>BMC psychiatry</i> , 14, 215. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0215-x	CE4
AD17	Lenz, G., Berg, A., Breit-Gabauer, B., Lorenz-Demelbauer, S., Stampfer, I., Aigner, M., Freidl, M., Ossege, M., & Schaffer, M. (2016). Cognitive-psychoeducative therapy compared to bibliotherapy in bipolar disorder: A controlled group therapy study. <i>Verhaltenstherapie</i> , 26(2), 92–98. https://doi.org/10.1159/000446937	CE1
AD18	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. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 262, 182–188. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.008	CE7
AD19	Murray, G., Leitan, N. D., Berk, M., Thomas, N., Michalak, E., Berk, L., Johnson, S. L., Jones, S., Perich, T., Allen, N. B., & Kyrios, M. (2015). Online mindfulness-based intervention for	CE16

	late-stage bipolar disorder: pilot evidence for feasibility and effectiveness. <i>Journal of affective disorders</i> , 178, 46–51. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.024	
AD20	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. <i>General hospital psychiatry</i> , 61, 96–103. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.07.013	CE7
AD21	Pakpour, A. H., Modabbernia, A., Lin, C.-Y., Saffari, M., Ahmadzad Asl, M., & Webb, T. L. (2017). Promoting medication adherence among patients with bipolar disorder: a multicenter randomized controlled trial of a multifaceted intervention. <i>Psychological Medicine</i> , 47(14), 2528–2539. https://doi.org/10.1017/S003329171700109X	CE14
AD22	Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., & Ball, J. R. (2013). The association between meditation practice and treatment outcome in Mindfulness-based Cognitive Therapy for bipolar disorder. <i>Behaviour research and therapy</i> , 51(7), 338–343. https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.006	CE12
AD23	Popovic, D., Reinares, M., Scott, J., Nivoli, A., Murru, A., Pacchiarotti, I., Vieta, E., & Colom, F. (2013). Polarity index of psychological interventions in maintenance treatment of bipolar disorder. <i>Psychotherapy and psychosomatics</i> , 82(5), 292–298. https://doi.org/10.1159/000348447	CE10
AD24	So, S. H., Mak, A. D., Chan, P., Lo, C. C., Na, S., Leung, M. H., Ng, I. H., Chau, A. K. C., & Lee, S. (2021). Efficacy of Phase 1 of Life Goals Programme on symptom reduction and mood stability for bipolar disorder. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 281, 949–957. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.019	CE7
AD25	Van Meter, A., Stoddard, J., Penton-Voak, I., & Munafò, M. R. (2021). Interpretation bias training for bipolar disorder: A randomized controlled trial. <i>Journal of affective disorders</i> , 282, 876–884. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.162	CE12
AD26	Zhou, T., Dang, W., Ma, Y., Hu, C., Wang, N., Zhang, G., Wang, G., Shi, C., Zhang, H., Guo, B., Zhou, S., Feng, L., Geng, S., Tong, Y., Tang, G., He, Z., Zhen, L., & Yu, X. (2018). Clinical efficacy, onset time and safety of bright light therapy in acute bipolar depression as an adjunctive therapy: A randomized controlled trial. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 227, 90–96. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.038	CE7

ANEXO 3

Listado de artículos seleccionados

id.	Referencia
AS1	Afshari, B., Omidi, A., & Ahmadvand, A. (2020). Effects of dialectical behavior therapy on executive functions, emotion regulation, and mindfulness in bipolar disorder. <i>Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy</i> , 50(2), 123–131. https://doi.org/10.1007/s10879-019-09442-7
AS2	Bos, E. H., Merea, R., van den Brink, E., Sanderman, R., & Bartels-Velthuis, A. A. (2014). Mindfulness training in a heterogeneous psychiatric sample: outcome evaluation and comparison of different diagnostic groups. <i>Journal of clinical psychology</i> , 70(1), 60–71. https://doi.org/10.1002/jclp.22008
AS3	Camardese, G., Vasale, M., D'Alessandris, L., Mazza, M., Serrani, R., Travagliati, F., Walstra, C., Zaninotto, L., Leone, B., Di Nicola, M., Franza, R., Marano, G., Rinaldi, L., & Janiri, L. (2018). A Mixed Program of Psychoeducational and Psychological Rehabilitation for Patients With Bipolar Disorder in a Day Hospital Setting. <i>The Journal of nervous and mental disease</i> , 206(4), 290–295. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000795
AS4	Eisner, L., Eddie, D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A. A., & Deckersbach, T. (2017). Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. <i>Behavior therapy</i> , 48(4), 557–566. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.006
AS5	González Isasi, A., Echeburúa, E., Limiñana, J. M., & González-Pinto, A. (2014). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: a 5-year controlled clinical trial. <i>European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists</i> , 29(3), 134–141. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.11.002
AS6	Henken, H. T., Kupka, R. W., Draisma, S., Lobbetael, J., van den Berg, K., Demacker, S. M. A., & Regeer, E. J. (2020). A cognitive behavioural group therapy for bipolar disorder using daily mood monitoring. <i>Behavioural and cognitive psychotherapy</i> , 48(5), 515–529. https://doi.org/10.1017/S1352465820000259
AS7	Jones, S. H., Smith, G., Mulligan, L. D., Lobban, F., Law, H., Dunn, G., Welford, M., Kelly, J., Mulligan, J., & Morrison, A. P. (2015). Recovery-focused cognitive-behavioural therapy for recent-onset bipolar disorder: randomised controlled pilot trial. <i>The British journal of psychiatry : the journal of mental science</i> , 206(1), 58–66. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.141259
AS8	Murray, G., Thomas, N., Michalak, E. E., Jones, S. H., Lapsley, S., Bowe, S. J., Foley, F., Fletcher, K., Perich, T., Johnson, S. L., Cotton, S., Berk, L., Mihalopoulos, C., Kyrios, M., & Berk, M. (2021). Mindfulness-based online intervention to improve quality of life in late-stage bipolar disorder: A randomized clinical trial. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> , 89(10), 830–844. https://doi.org/10.1037/ccp0000684
AS9	Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. R., & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> , 127(5), 333–343. https://doi.org/10.1111/acps.12033
AS10	Scott J, Bentall R, Kinderman P, Morriss R. (2022). Is cognitive behaviour therapy applicable to individuals diagnosed with bipolar depression or suboptimal mood stabilizer treatment: a secondary analysis of a large pragmatic effectiveness trial. <i>Int J Bipolar Disord</i> . 2022 May 3;10(1):13. doi: 10.1186/s40345-022-00259-3. PMID: 35501581; PMCID: PMC9061901.
AS11	Tyler, E., Lobban, F., Sutton, C., Hadarag, B., Johnson, S., Depp, C., Duncan, D., & Jones, S. H. (2022). A pilot randomised controlled trial to assess the feasibility and acceptability of recovery-focused therapy for older adults with bipolar disorder. <i>BJPsych open</i> , 8(6), e191. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.582
AS12	Valls, È., Bonnín, C. M., Torres, I., Brat, M., Prime-Tous, M., Morilla, I., Segú, X., Solé, B., Torrent, C., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., & Sánchez-Moreno, J. (2021). Efficacy of an integrative approach for bipolar disorder: preliminary results from a randomized controlled trial. <i>Psychological medicine</i> , 52(16), 1–12. Advance online publication. https://doi.org/10.1017/S0033291721001057

AS13 van den Berg, K. C., Hendrickson, A. T., Hales, S. A., Voncken, M., & Keijsers, G. P. J. (2023). Comparing the effectiveness of imagery focussed cognitive therapy to group psychoeducation for patients with bipolar disorder: A randomised trial. *Journal of affective disorders*, 320, 691–700. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.160>

AS14 Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 145(3), 386–393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.054>

ANEXO 4

Resumen de estudios sobre tratamiento del TB con Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Autor (año)	Objetivo	Diseño	Participantes	VD	VI	Resultados
Henken, et al. (2020)	Estimar la eficacia de una TCC grupal relativamente breve como intervención para el TB, en conjunto con Tratamiento Habitual (TH) según protocolos holandeses.	Ensayo clínico. Medidas: pre-post relacionadas. Seguimiento: 2 y 12 meses.	n=24 18 mujeres y 6 hombres. Media de edad = 46 años. Diagnóstico DSM-IV: TBI n=14 TBII n=9 Media episodios (hipo)manía/vital = 5,52 Media hospitalizaciones manía/vital = 1,61 Media episodios depresión/vital = 2,3 Edad media inicio síntomas (hipo)manía = 26,39 Edad media inicio síntomas depresión = 18,34 Al menos 1 episodio afectivo en los últimos 18 meses.	Severidad síntomas psicológicos y somáticos: (NIMH LCM) (ánimo y severidad) ASRM-NL IDS-SR BSI Actitudes disfuncionales: DAS-A-NL Autoeficacia percibida: PM Funcionamiento psicosocial: PM FAST-NL-P Calidad de vida: WHOQOL-BREF	Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) grupal Descripción: con autorregistros de ánimo diarios. 10 sesiones grupales de 2h con opción a una sesión "booster" post.	Severidad síntomas psicológicos y somáticos: Pre: 40% con depresión leve/moderada y poca o alguna dificultad de funcionamiento. Post: 50% eutímicos. Diferencias significativas en favor de TCC: Tras 12 meses: - BSI Total - BSI Depresión - BSI Psicoticismo Post y 2 meses: - BSI Somatización Funcionamiento psicosocial: Diferencias significativas en favor de TCC: Post: - FAST-NL-P total - FAST-NL-P Psychological health Tasas de abandono: 5% antes de empezar. 17% tras 12 meses de seguimiento 30% en sesión booster.
Scott, et al. (2022)	Análisis secundario de un estudio previo centrado en pacientes que fueron reclutados durante el curso de un episodio depresivo mayor o que reciben dosis subóptimas/ninguna dosis de fármacos estabilizadores del ánimo.	Ensayo multicentro (5 centros), pragmático, aleatorizado, controlado de TCC comparada con tratamiento habitual en TB. Seguimiento: a ciegas, más de 18 meses.	n=106 (muestra original n=253) Mayoría de mujeres (61-74%), minoría hombres (26-39%) Media de edad = 40 Diagnóstico DSM-IV: TBI: n=65 TBII: n=2 5-52% abuso de sustancias. Media (hipo)manía y mixtos/vital: TH=3-5, TCC=2,9-4. Media depresión/vital: TH=3,8-7,5, TCC=4-8. Al menos dos episodios anímicos, de los cuales 1 dentro de los últimos 12 meses	Recuperación depresión: HRSD ≤ 8 por 8 semanas consecutivas Recaídas: Inicio de un episodio clínico de TB de cualquier polaridad que cumpla criterios DSM-IV	Terapia Cognitivo Conductual (TCC) Descripción: 20 sesiones en el transcurso de 6 meses. Posibilidad de dos sesiones "booster". Grupo experimental TCC n=53, de los cuales: DSM-IV Episodio depresivo mayor: n=34 Tratamiento farmacológico subóptimo: n=19 Grupo control TH: n=53	Recaídas y recuperación: Grupo episodio depresivo mayor: Recuperación: 86%. TCC= 91%, TH=82%. TH presenta tiempo de recuperación más largo. Grupo tratamiento farmacológico subóptimo: Recaída en seguimiento: 64%. TCC=53%, TH=60%. Tiempo para recaída mayor en TCC. Tasa de abandono: no se especifica
van den Berg et al. (2023)	Comparar la eficacia de un tratamiento Psicoeducativo (PE)	Ensayo clínico aleatorizado de grupos paralelos.	n=62 Mayoría mujeres (53,3-62,5%), minoría hombres (37,5-46,7%)	Inestabilidad anímica: NIMHLCM Niveles generales de depresión,	Terapia Cognitivo Conductual basada en imágenes (ImCT)	Inestabilidad anímica: Diferencias significativas a favor de de ImCT: medidas pre-post-seguimiento.

ANEXO 4

Resumen de estudios sobre tratamiento del TB con Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

con un nuevo tipo de intervención cognitivo conductual centrado en la modificación de cogniciones basadas en imágenes maladaptativas (TCC basada en imágenes: ImCT).	Medidas: diarias y semanales, pre y post, 4 semanas. Seguimiento: 16 semanas (4, 8, 8 semanas). Grupos: PE o ImCT.	Media de edad: ImCT=46,5, PE=42,73 Diagnóstico DSM-5: TBI n=46,9-53,3% TBII n=46,7-53,1% Años desde diagnóstico=6,7-11,2 Media hospitalizaciones/vital=1-1,6 Mayoría de episodios depresivos/vital = 0-4 Mayoría de episodios manía/vital= 0-4.	ansiedad y manía: ASRM QIDS-SR BAI Funcionamiento general, desesperanza y labilidad afectiva: ALS-18 Life-Rift BHS	Descripción: 12 sesiones de 1h Control: Psicoeducación (PE): 6 sesiones grupales de 2h. PE: 6 sesiones de 2h de PE grupal.	Niveles generales de ansiedad, depresión y manía: Diferencias significativas a favor de uso de ImCT en medidas pre-post-seguimiento (QIDS-SR, BAI). Manía: pierde significación en el seguimiento. Funcionamiento general, desesperanza y labilidad afectiva: Diferencias significativas a favor de uso de ImCT en labilidad afectiva y desesperanza en las dos medidas (BHS, ALS-18) Tasas de abandono: bajas en ambos grupos.
--	--	--	---	--	---

Nota: National Institute of Mental Health Life Chart Methodology (NIMHLCM) (Denicoff et al., 2000; Leverich and Post, 1998), The Altman Self-Rating Mania Scale-NL (ASRM-NL) (Altman et al., 1997), The Inventory of Depressive Symptoms-Self Report (IDS-SR) (Rush et al., 1996), The Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1975; Derogatis and Melisaratos, 1983), The Dysfunctional Attitude Scale-A-NL (DAS-A-NL) (Weismann, 1979; Weismann and Beck, 1978), The Pearlin Mastery Scale (PM) (Pearlin and Schooler, 1978), The Functioning Assessment Short Test-NL-P (FAST-NL-P) (Rosa et al., 2007), The World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF (WHOQOL-BREF) (The WHOQOL Group, 1996), Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Self-report (QIDS-SR) (Rush et al., 2003), Beck Anxiety Inventory (BAI) (Osman et al., 1993), Affect Lability Score Short Version (ALS-18) (Oliver and Simons, 2004), Longitudinal Interval Follow up Evaluation – Range of Impaired Functioning Tool (Life-Rift) (Leon et al., 1999), Beck Hopelessness Scale (BHS) (Beck et al., 1997).

ANEXO 5

Resumen de estudios sobre tratamiento del TB con Mindfulness

Autor (año)	Objetivo	Diseño	Participantes	VD	VI	Resultados
Bos et al. (2014)	Examinar medidas después de entrenamiento en mindfulness de una población psiquiátrica ambulatoria heterogénea y comparar medidas entre diferentes grupos diagnósticos.	Ensayo clínico. Medidas: Pre-post repetidas.	n=143 Grupos diagnósticos: trastorno bipolar (I o II, n=42) , trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno de adaptación, otros trastornos.	Severidad sintomatología: SSL Calidad de vida: WHOQOL-Bref	Mindfulness based stress reduction (MBSR) combinado con Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) Descripción: 8 sesiones semanales de 2,5 horas y un retiro silencioso entre sesiones 6 y 7. Grupos de 12 a 16 participantes.	Diferencias significativas en calidad de vida: WHOQOL-Bref: - Salud física - Salud psicológica - Relaciones sociales - Entorno: no hay mejora - Total: no hay mejora Tasa de abandono: 33%
Murray et al. (2021)	Contrastar la hipótesis de que, para personas con ≥ 10 episodios de TB, una intervención online breve de mindfulness (ORBIT 2.0) mejora la calidad de vida en relación con una intervención psicoeducativa.	Ensayo clínico aleatorizado con grupo control. Prospectivo, grupos paralelos, ciego, de superioridad, pragmático. Medidas: pre, post. Seguimiento: 3 y 6 meses.	n=302 Mayoría de mujeres (69%), minoría de hombres (31%) Media de edad = 44,5 (18-65 años) Diagnóstico DSM-IV: TBI = 82% TBII = 15% TB no especificado = 3% Media episodios/vital = 88,9 Años desde primer episodio (hipo)maníaco = 24,1 Ciclado rápido = 49% Historial familiar TB = 53% Intento de suicidio previo = 60% Abuso de sustancias = 7% (OH) y 8% (otros). Historial de ≥ 10 episodios de TB.	Calidad de vida: Brief QoL.BD Severidad sintomatología: MADRS QIDS-SR DASS-21 Recaída: Prevalencia de recaída en algún episodio diagnóstico DSM-IV.	Mindfulness (ORBIT 2.0) Descripción: programa de 5 semanas con tratamiento habitual continuado. n=152. Control: Psicoeducación (PE): n=150.	Recaída: Durante el seguimiento la mayoría de participantes experimentó una recaída: ORBIT 2.0= 56,5% PE=60,3% Tasas de abandono: 17,9% del total (20,4% de ORBIT 2.0 y 15,3% PE. Diferencia significativa)
Perich et al. (2013)	Comparar la eficacia de TCC basada en mindfulness (MBCT) con tratamiento habitual (TH) con TH solo en pacientes con TB con un período de seguimiento de 12 meses.	Ensayo clínico aleatorizado con grupo control. Diseño 2x6 factores mixtos. Seguimiento: 3, 6, 9 y 12 meses.	n= 92 Mayoría de mujeres (65%), minoría de hombres (35%) Mayoría de número de episodios/vital = 12 o más Mayoría hospitalizaciones previas/vital = 1-3 Diagnóstico DSM-IV: TBI = 56% TBII = 44% Trastorno de ansiedad comórbido = 69% Tratamiento con estabilizadores durante la duración del ensayo. Al menos un episodio anímico en los últimos 18 meses Al menos 3 episodios anímicos en la historia del trastorno.	Recaídas tras 12 meses: Episodio depresivo, maníaco o hipomaníaco según criterios DSM-IV. Severidad sintomatología: MADRS YMRS Otra sintomatología: DASS STAI Actitudes disfuncionales: DAS-24	Terapia cognitivo conductual basada en mindfulness (MBCT). Descripción: sesiones grupales (8 personas) semanales de 2-2,5h de duración. n=48. Control: Tratamiento habitual (TH). n=47.	Recaídas tras 12 meses: (Hipo)manía: 59% Depresión: 59% Otra sintomatología: Diferencias significativas en favor del uso de MBCT: DASS: reducción significativa en subescala stress. STAI: reducción significativa en STAI-estado y STAI-rasgo. Actitudes disfuncionales: Interacciones significativas con tiempo en favor del uso de MBCT: DAS-24 – dependency subscale DAS-24 – achievement subscale Tasas de abandono: 30% del total (20% del grupo MBCT y 38% del grupo TH).

Nota: Short Symptom List (SSL) (Lange & Appelo, 2007), The World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF (WHOQOL-BREF) (The WHOQOL Group, 1996), Quality of Life in Bipolar Disorder (QoL.BD; Michalak & Murray, 2010), Montgomery–Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery & Asberg, 1979), Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Self-report (QIDS-SR) (Rush et al., 2003), Depression anxiety stress scales (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1993), Young Mania Rating Scale (YMRS) (Young et al., 1978), State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1983), Dysfunctional Attitudes Scale 24 (DAS-24) (Weissman, 1975)

ANEXO 6

Resumen de estudios sobre tratamiento del TB con Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)

Autor (año)	Objetivo	Diseño	Participantes	VD	VI	Resultados
Ashfari et al. (2020)	Evaluar el efecto de una TDC adaptada para TB en gestión emocional, funciones ejecutivas y mindfulness.	Estudio aleatorizado con control.	n=60 Mayoría mujeres (53%), minoría de hombres (47%) Media de edad = 36 Diagnóstico DSM-IV: TBI= 8/30 TBII= 22/30 Edad media de diagnóstico = 23 Media de hospitalizaciones previas/vital = 3 Edad media de primera hospitalización = 18 Comorbilidades = 33,3% Terapia psicológica previa = 53,2%	Severidad sintomatología: YMRS BDI-II Funcionamiento: DERS	Terapia dialéctico conductual (TDC) Descripción: 12 sesiones grupales (8 personas) de 90 minutos de TDC. Grupo experimental: TH + TDC n=30 Grupo control: TH n=30	Severidad sintomatología: Efectos significativos para tiempo y para interacción tiempo x condición a favor del uso de TDC. YMRS (sintomatología). Efectos significativos para tiempo, condición y tiempo x condición a favor del uso de TDC: BDI-II (sintomatología) DERS (funcionamiento) Tasas de abandono: 10% del total (14% del grupo experimental y 7% del grupo control. No hay diferencias significativas).
Eisner et al. (2017)	Explorar la viabilidad y efectividad de una intervención breve de TDC en adultos con TB con síntomas anímicos residuales.	Ensayo abierto. Medidas: repetidas pre-post. Seguimiento: 3 meses.	n=37 Mayoría de mujeres (n=27), minoría hombres (n=10) Media de edad = 41,3 Diagnóstico DSM-IV: TBI = 100% Media edad primer episodio depresivo = 15,74 Media edad primer episodio manía = 23,86 Tratamiento psiquiátrico por más de 10 años. Media de hospitalizaciones/vital = 5,5 Comorbilidades = 0,44	Severidad sintomatología: HAM-D YMRS ERS Funcionamiento: DERS DTS Bienestar psicológico: PWB	Terapia Dialéctico Conductual (TDC) Descripción: 12 semanas de sesiones grupales de 105 minutos de TDC con mindfulness (4 sesiones), regulación emocional (4 sesiones) y estrategias de tolerancia al estrés (4 sesiones).	Efectos significativos en tiempo y pre-post a favor del uso de TDC: ERS (sintomatología) DERS (funcionamiento) DTS (funcionamiento) PWB (bienestar psicológico) Tasas de abandono: 24% no completó el tratamiento De los que completaron el tratamiento: 4% no participó en la evaluación post, y otro 4% no completó el seguimiento a 3 meses.
Van Dijk et al. (2013)	Evaluar la viabilidad y efectividad de una TDC basada en habilidades y psicoeducación haciendo énfasis en prácticas mindfulness, en pacientes con TB en eutimia, depresión o hipomanía.	Ensayo aleatorizado con control. Medidas: pre-post.	n=26, secundario n=75. Mayoría de mujeres (75%), minoría de hombres (25%) Media de edad =40,2 Media de edad de diagnóstico = 36,1 Edad de primer episodio depresivo = mayoría <16 años. Edad de primer episodio manía = mayoría > 25 años. Media hospitalizaciones/vital = 1,4 Diagnóstico previo: TBI = 42% TBII = 58% Comorbilidad con ansiedad = 25% Comorbilidad TDAH = 17% Abuso de alcohol = 25%	Severidad sintomatología: BDI-II Funcionamiento: ACS	Terapia Dialéctico Conductual (TDC) Descripción: 12 sesiones semanales de 90 minutos de TDC con habilidades de mindfulness y psicoeducación general de TB. n=13 Análisis secundario n=56 Control: lista de espera n=13.	Severidad sintomatología: BDI: diferencias significativas post a favor del uso de TDC en reducción de sintomatología depresiva. Análisis secundarios (n=75): diferencias significativas pre-post en grupo experimental para las dos escalas (BDI-II y ACS) y todas sus subescalas a favor del uso de TDC. Tasas de abandono: 7% del total (0,7% de cada uno de los grupos).

Nota: Young Mania Rating Scale (YMRS) (Young et al., 1978), Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck et al., 1996), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) (Hamilton, 1960), Emotion Reactivity Scale (ERS) (Nock et al., 2008), Distress Tolerance Scale (DTS) (Simons & Gaher, 2005), Psychological Well-Being Scale (PWB) (Ryff & Keyes, 1995), The affective control scale (ACS) (Williams et al., 1997).

ANEXO 7

Resumen de estudios sobre tratamiento del TB con Terapia con enfoque integrador/mixto (TI)

Autor (año)	Objetivo	Diseño	Participantes	VD	VI	Resultados
Camardese et al. (2018)	Evaluar la eficacia de un programa mixto de psicoeducación y rehabilitación psicológica en pacientes con TB en un contexto de hospital de día.	Estudio clínico. Medidas: pre-post relacionadas. Seguimiento: 6 y 12 meses.	n=37 Mujeres 50%, hombres 50% Eutímicos = 15 Deprimidos = 15 Media de edad = 46,1 (18-65) Diagnóstico DSM-IV-TR: TBI = 15 TBII = 14	Severidad sintomatología: YMRS 21-HDRS HARS Funcionamiento clínico: CD-RISC Recaídas: Diferencia pre-post de número de episodios.	Tratamiento mixto de psicoeducación y rehabilitación psicológica Descripción: 26 sesiones grupales (n=6 o 7) de 2 horas de duración, 2 veces a la semana, durante 4 meses. 3 entrevistas individuales para establecer la historia clínica y los parámetros psicométricos básicos.	Severidad sintomatología: Diferencias significativas a favor del uso del tratamiento en depresión (21-HDRS). Funcionamiento clínico: Diferencias significativas en resiliencia (CD-RISC) a favor del uso del tratamiento.. Recaídas: Disminución significativa del número de episodios (n pre=17, n post= 6) Tasa de abandono: 18% (n=7)
González Isasi et al. (2014)	Evaluar la efectividad de un programa psicológico para pacientes con trastorno bipolar refractario, teniendo en cuenta síntomas afectivos globales y adaptación a la vida diaria como indicador de fallo/éxito terapéutico, en un estudio de seguimiento de 5 años de un tratamiento de TCC, PE y fármacos, frente a TH.	Ensayo ciego aleatorizado con control. Medidas: repetidas pre-post. Seguimiento: 6 meses, 12 meses y 5 años.	n=40 Mayoría de hombres (52,5%), minoría de mujeres (47,4%) Media de edad = 41,3 (18-65) Media de edad inicio síntomas = 30,05 Media duración del trastorno = 13,68 Media número de episodios/vital = 10,75 Media hospitalizaciones/vital = 2,18 Presencia de síntomas actual = 75% Diagnóstico DSM-IV-TR de TB I desde por lo menos 2 años. Pacientes eutímicos o con síntomas subclínicos al inicio del tratamiento. Pacientes que no reciben psicoterapia.	Severidad sintomatología: BDI YMRS STAI-S Funcionamiento social-ocupacional: IS Recaídas: nº de hospitalizaciones	Tratamiento mixto de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Psicoeducación (PE) y Psicofármacos: Descripción: 20 sesiones grupales (n=10) semanales de 1,5 horas. n=20. Control: TH. n=20.	Recaídas: reducción significativa a los 12 meses en grupo experimental. Tras 5 años se mantiene la tendencia, pero no significativamente. Severidad sintomatología: Diferencias significativas en grupo experimental en favor del uso del tratamiento mixto: Depresión (BDI) y ansiedad (STAI-S): seguimiento, 6 meses, 12 meses y 5 años. Manía (YMRS): post, 6 meses, 12 meses y 5 años. Sintomatología afectiva persistente y funcionamiento ocupacional (IS): Tras 5 años: 88,9% del grupo control y 20% del grupo experimental: síntomas afectivos persistentes y dificultades en el funcionamiento social u ocupacional. Tasa de abandono: 0% del total.
Valls et al. (2021)	Evaluar la eficacia de un tratamiento nuevo con enfoque integrador en pacientes con TB, que incluye psicoeducación, mindfulness y remediación funcional.	Ensayo aleatorizado con control, grupos paralelos, ciego. Medidas: pre-post.	n=94 Mayoría hombres (57,1%), minoría mujeres (42,9%) Media de edad = 47,61 (18-65) Media de años con enfermedad = 21,6 Media episodios/vital = 8 Media episodios depresivos/vital = 4,64 Media episodios manía/vital = 1,14 Media episodios hipomanía/vital = 2,25 Media hospitalizaciones/vital = 1,29 Diagnóstico DSM-5: TBI = 53,6%	Severidad de los síntomas: HDRS HAM-A YMRS Calidad de vida: WHO-5 Funcionamiento psicosocial: FAST Recaídas y hospitalizaciones:	Tratamiento integrador con Psicoeducación (PE), mindfulness y rehabilitación funcional. Descripción: 12 sesiones semanales grupales a lo largo de 3 meses. 4 grupos de intervención de entre 10 y 14 participantes. Grupo experimental: TI y TH (n=28). Grupo control: TH (n=37).	Severidad de los síntomas: Diferencia significativa en grupo TI: mejora de sintomatología depresiva (HDRS). Funcionamiento psicosocial: Interacción tiempo x tratamiento en grupo TI a favor del uso de la intervención (FAST). Tasas de abandono: 31% del total (41% del grupo experimental, 22% del grupo control).

TBI = 46,4%
Intentos de suicidio previos = 32,1%
Historia familiar de trastorno afectivo =
76,9%
Presencia de eutimia o síntomas
subclínicos
No episodios anímicos en los 3 meses
anteriores al reclutamiento.

Número de recaídas y
hospitalizaciones.

Nota: Young Mania Rating Scale (YMRS) (Young et al., 1978), 21-item Hamilton Depression Rating Scale (21-HDRS) (Hamilton, 1960), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) (Hamilton, 1959), ConnorDavidson Resilience scale (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003), Beck's Depression Index (BDI) (Vázquez, 1997), State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1983), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (Hamilton, 1960), WHO (Five) Well-being Index (WHO-5) (WHO, 2004), Functioning Assessment Short Test (FAST) (Rosa et al., 2007), Misadjustment Scale (IS) (Echeburúa et al., 2000).

ANEXO 8

Resumen de estudios sobre tratamiento del TB con Terapia enfocada en la recuperación (CT-R)

Autor (año)	Objetivo	Diseño	Participantes	VD	VI	Resultados
Jones H. et al. (2015)	Evaluar la viabilidad y efectividad de una nueva intervención: CT-R diseñada en colaboración con individuos con TB con comienzo reciente, hecha con la intención de mejorar la recuperación clínica y personal.	Ensayo único, ciego, aleatorizado y con control.	n=67. Mayoría de mujeres (75,8%), minoría de hombres (24,2%) Media de edad: 38,3 (18-65) Media de edad de diagnóstico = 35,9 Diagnóstico DSM-IV (inicio en últimos 5 años): TBI = 72,7% TBII = 27,3% Media episodios/vital = mayoría >6 (57,6%) Media episodios depresivos/vital = mayoría 0-13 (81,8%) Media episodios manía/vital = 0-20 (100%)	Tiempo a recaídas: SCID-LIFE Severidad sintomatología: HDRS MAS BDI-II ISS. Subescalas: activation (ISS-A) y wellbeing (ISS-W) Recuperación autopercibida: BRQ Calidad de vida: QoL.BD Funcionamiento social: PSP	Terapia Enfocada en la Recuperación (CT-R) Descripción: 18h de CT-R a lo largo de 6 meses, tanto en domicilio del paciente como en hospitales. Sesiones de 45-60 minutos de duración. Grupo experimental: CT-R y TH. n=33. Grupo control: TH. n=34	Diferencias significativa a favor del uso de CT-R: Recuperación autopercibida (BRQ). Tiempo de recaídas: 20 en TH, 12 en CT-R. Diferencia significativa tanto en general, como por tipo de episodio. Tiempo de recaída también menor en CT-R. Tasa de abandono: 22% del total
Tyler. et al. (2022)	Evaluar la aceptabilidad y viabilidad de una CT-R en la recuperación en adultos mayores con TB.	Diseño paralelo, dos cohortes, aleatorizado y con control. Medidas observador: 2, 24, 36 y 48 semanas. Medidas auto-reportes: 24 y 48 semanas.	n=39. Mayoría de mujeres (53%), minoría de hombres (47%). Media de edad = 66 (>60 años) Diagnóstico SCID-5-RV: TBI = 79% TBII = 21% Media edad de diagnóstico = 49 No episodio anímico en las últimas 4 semanas.	Severidad sintomatología: HDRS MAS Tiempo en recaer: SCID-LIFE Recuperación autopercibida: BRQ Funcionamiento social y laboral: PSP	RfT-OA: Terapia basada en la recuperación - Adultos Mayores. n=19. Control: TH. n=20.	Diferencias significativas a favor de RfT-OA: MAS (48 semanas) (severidad sintomatología). Recaídas. PSP (24 semanas) (funcionamiento social). Tasas de abandono: 8% a las 24 semanas. 18% a las 48 semanas.

Nota: Modified Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation (SCID-LIFE) (Keller et al., 1978), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (Hamilton, 1960), Bech-Rafaelsen Mania Scale (MAS) (Bech et al., 1978), Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck et al., 1996), Internal States Scale (ISS) (Bauer et al., 1991), Bipolar Recovery Questionnaire (BRQ) (Jones et al., 2013), Quality of Life in Bipolar Disorder (QoL.BD; Michalak & Murray, 2010), Personal and Social Functioning Scale (PSP) (Morosini et al., 2000).

ANEXO 9

Especificación de medidas de las Variables Dependientes: constructos, instrumentos de medida y estudios que las utilizan

Constructo	Medida	Estudio
Severidad sintomatología: general	QIDS-SR (Rush et al., 2003).	van den Berg et al. (2023), Murray et al. (2021)
	SSL (Lange & Appelo, 2007)	Bos et al. (2014)
Severidad sintomatología: inestabilidad anímica, regulación emocional, reactividad emocional y labilidad afectiva.	NIMHLCM (Denicoff et al., 2000)	van den Berg et al. (2023)
	ERS (Nock et al., 2008)	Eisner et al. (2017)
	ALS-18 (Oliver and Simons, 2004)	van den Berg et al. (2023)
Severidad sintomatología: depresión y desesperanza	BSI (Derogatis, 1975)	Henken et al. (2020)
	BDI-II (Beck et al., 1996)	Ashfari et al. (2020), Jones H. et al. (2015), Van Dijk et al. (2013)
	BDI (Vázquez, 1997)	González Isasi et al. (2014)
	HDRS (Hamilton, 1960)	Camardese et al. (2018); Valls et al. (2021); Jones H. et al. (2015); Tyler et al. (2022)
	IDS-SR (Rush et al., 1996)	Henken et al. (2020)
	HAM-D y HAM-A (Hamilton, 1960)	Eisner et al. (2017), Valls et al. (2021)
	BHS (Beck et al., 1997)	van den Berg et al. (2023)
Severidad de sintomatología: manía	YMRS (Young et al., 1978)	Ashfari et al. (2020), González Isasi et al. (2014), Perich et al. (2013), Eisner et al. (2017), Camardese et al. (2018), Valls et al. (2021)
	MAS (Bech et al., 1978)	Tyler et al. (2022), Jones H. et al. (2015)
	ASRM (Altman et al., 1997)	Henken et al. (2020), van den Berg et al. (2023)
	MADRS (Montgomery & Asberg, 1979)	Murray et al. (2021), Perich et al. (2013)

Severidad de sintomatología: estrés y ansiedad	DASS (Lovibond & Lovibond, 1993)	Perich et al. (2013), Murray et al. (2021)
	BAI (Osman et al., 1993)	van den Berg et al. (2023)
	HARS (Hamilton, 1959)	Camardese et al. (2018)
	ISS (Bauer et al., 1991)	Jones H. et al. (2015)
	STAI (Spielberger, 1983)	Perich et al. (2013), González Isasi et al. (2014), Camardese et al. (2018)
Severidad sintomatología: actitudes disfuncionales y autoeficacia percibida	DAS-A-NL (Weismann, 1979)	Henken et al. (2020)
	DAS-24 (Weissman, 1975)	Perich et al. (2013)
	PM (Pearlin and Schooler, 1978)	Henken et al. (2020)
Funcionamiento: general	Life-Rift (Leon et al., 1999)	van den Berg et al. (2023)
Funcionamiento: psicosocial	PM (Pearlin and Schooler, 1978)	Henken et al. (2020)
	FAST (Rosa et al., 2007)	Henken et al. (2020), Valls et al. (2021)
	IS (Echeburúa et al., 2000)	Camardese et al. (2018)
	PSP (Morosini et al., 2000)	Jones H. et al. (2015), Tyler et al. (2022)
Funcionamiento: clínico	DERS (Gratz & Roemer, 2004)	Ashfari et al. (2020), Eisner et al. (2017)
	ACS (Williams et al., 1997)	Van Dijk et al. (2013)
	DTS (Simons & Gaher, 2005)	Eisner et al. (2017)
	CD-RISC (Connor & Davidson, 2003)	Camardese et al. (2018)
Calidad de vida	WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1996)	Henken et al. (2020), Bos et al. (2014)
	QoL.BD (Michalak & Murray, 2010)	Murray et al. (2021), Jones H. et al. (2015)
	WHO-5 (WHO, 2004)	Valls et al. (2021)

Recaídas y recuperación: tiempo en recaer	SCID-LIFE (Keller et al., 1978)	Jones H. et al. (2015), Tyler et al. (2022)
Recaídas y recuperación: recuperación autopercebida	BRQ (Jones et al., 2013)	Jones H. et al. (2015), Tyler et al. (2022)
Bienestar psicológico	PWB (Ryff & Keyes, 1995)	Eisner et al. (2017)

ANEXO 10

Resumen de contenido de tratamientos mencionados en los estudios revisados

Tratamiento	Contenido
Tratamiento habitual (Henken et al., 2020)	Tratamiento con psicofármacos y cuidado sistemático del paciente.
TCC (Henken et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none">- Monitorización y ser más conscientes de los cambios anímicos y factores precipitantes.- Hacerse familiar con los síntomas de depresión y de manía.- Reconocer los cambios de pensamiento y conducta que anteceden a un episodio depresivo o maniaco, y como el ánimo influye en el pensamiento y la conducta.- Distinguir entre cambios de ánimo “normales” y “bipolares”.- hacerse consciente de y cambiar creencias y actitudes disfuncionales.- Ganar percepción de autoeficacia sobre el trastorno.
TCC (Scott et al., 2022)	Terapia basada principalmente en el modelo de Beck, con un abordaje similar al descrito para otros trastornos mentales graves, con elementos específicos añadidos con el objetivo de tratar elementos problema clave del TB, así como para prevenir las recaídas. Por lo tanto, el modelo incluye estrategias para disminuir síntomas depresivos graves, inestabilidad anímica y mejora de la adherencia a la medicación.
TCC basada en imágenes (ImCT) (van den Berg et al., 2023)	<ul style="list-style-type: none">- Evaluación: identificar imágenes problemáticas.- Tratamiento: intervenciones metacognitivas de imágenes, reestructuración de imágenes, promoción de imágenes positivas y tareas de competición de imágenes.- Consolidación
Mindfulness (Bos et al., 2014)	Formato del programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) de Jon Kabat-Zinn (1990) unido a aspectos de terapia cognitiva basada en mindfulness que son más específicos para trabajar habilidades relevantes en el tratamiento de la depresión, como el desvincularse de pensamientos depresógenos, así como lidiar de manera constructiva con cogniciones negativas y pensamientos autocríticos. Las sesiones incluyen: uno o más ejercicios formales del mindfulness (meditación, yoga, escaneo del cuerpo), discusiones grupales de la experiencia de estas prácticas, psicoeducación sobre las interacciones mente-cuerpo, respuestas automáticas vs. respuestas conscientes al estrés, comunicación y tiempo relativo a tareas.
ORBIT 2.0 Mindfulness (Murray et al., 2021)	Mindfulness, vivir conscientemente, autocompasión, navegar los síntomas bipolares, consolidación de contenido con <i>coach</i> * online. *Coaches: estudiantes de psicología supervisados completando doctorado en clínica.
Psicoeducación (Murray et al., 2021)	Trastorno Bipolar y tú, tratamientos, conociendo los signos, mantenerse bien, consolidación de contenido con

	<p><i>coach*</i> online.</p> <p>*<i>Coaches</i>: estudiantes de psicología supervisados completando doctorado en clínica.</p>
Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) (Perich et al., 2013)	Adaptación del programa de MBCT de 8 semanas de Segal et al. Meditación mindfulness semanal y terapia cognitiva para sintomatología depresiva incluyendo psicoeducación. Información adaptada sobre prevención de recaídas y educación sobre TB, (hipo)manía y ansiedad. Información sobre abordaje de sintomatología maniaca. Se tratan temas como las causas, tratamientos disponibles y síntomas comunes del TB.
Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) (Van Dijk et al., 2013; Eisner et al., 2017; Ashfari et al., 2020)	Psicoeducación sobre TB, farmacoterapia, importancia del autocuidado, habilidades de manejo del estrés, regulación emocional, habilidades sociales. Uso de coterapeuta para seguimiento de tareas para casa. Protocolo de Van Dijk et al. (2013).
Tratamiento mixto de psicoeducación y rehabilitación psicológica (Camardese et al., 2018)	El tratamiento se compone por aspectos del marco psicodinámico, interpersonal y cognitivo-conductual. PE: presentación, TB y causas, síntomas, curso y pronóstico, riesgo de abuso de psicoactivos, farmacoterapia, identificación de pródromos, gestión de síntomas de un nuevo episodio, higiene del sueño y estilo de vida, impacto del estrés, solución de problemas, fin. Rehabilitación: mejorar aceptación del trastorno, manejo de problemas impersonales, reforzar adherencia a fármacos, prevenir recaídas, gestionar recaídas, promover mejoras en calidad de vida.
Tratamiento mixto de TCC, PE y psicofármacos (González Isasi et al., 2014)	TCC, PE y Fármacos: psicoeducación sobre TB, explicación de la relación entre pensamientos, actividades, sensaciones físicas y ánimo; identificación de síntomas. Entrenamiento en estrategias de manejo de la ansiedad, hábitos de higiene del sueño, planificación de actividades agradables, reestructuración cognitiva. Prevención de recaídas, solución de problemas, autoestima, entrenamiento en habilidades sociales.
TI con mindfulness, PE y remediación funcional (Valls et al., 2021)	Psicoeducación para pacientes, combinado con una sesión para familias, complementado con aspectos relacionados con un estilo de vida saludable, entrenamiento en mindfulness y estrategias para la mejora cognitiva y funcional.
Terapia Cognitiva basada en la Recuperación (CT-R) (Jones H et al., 2015)	Introducción a la recuperación, recolección de información sobre ánimo y funcionamiento actual e histórico, significado y relevancia del diagnóstico, identificación de metas basadas en recuperación, establecimiento de relaciones entre experiencia animica y progreso a la recuperación, identificación y explicación de técnicas de TCC para facilitar afrontamiento, consideración de aspectos más amplios del funcionamiento, desarrollo y completar recuperación, compartir lecciones de terapia con interesados. Principal diferencia con TCC: flexibilidad en fijación de metas y elección de técnicas, no centrándose solamente en prevención de recaídas. Trabajo con estigma.
Terapia Cognitiva basada en la Recuperación (CT-R) (Tyler et al., 2022)	Identificación de metas personales significativas que ayuden a vivir bien en conjunto con el TB. Metas no predeterminadas para tener un enfoque clínico, sino de relevancia personal para el paciente.