



**UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS**

**Maestría en Psicología Clínica**

**Eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para  
atenuar la sintomatología maníaca en adultos ecuatorianos  
con trastorno bipolar tipo I**

**Autora**

**Martha Lucía Aguirre Céspedes**

**Docente**

**Carlos Burneo Garcés, PhD.**



## Resumen

**Introducción.** El Trastorno Afectivo Bipolar es definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) como una afección clínica caracterizada por la alternancia entre episodios depresivos y maníacos/hipomaníacos. El tratamiento habitual de este trastorno es farmacológico y, de modo complementario, psicológico. En efecto, el diseño de alternativas psicoterapéuticas eficaces para tratar el Trastorno Afectivo Bipolar sigue en desarrollo. Destacan por ejemplo, aquellas denominadas “de tercera generación”, entre las que sobresale la Terapia Dialéctico Conductual, en la cual se enfocará este trabajo. **Justificación.** En el Ecuador, un 17% de pacientes ingresados en hospitales de salud mental corresponde a personas con trastornos del ánimo. Por otro lado, en consulta externa, una cuarta parte de los pacientes atendidos padece Trastorno Bipolar (TB) (OPS, 2017). Los episodios maníacos tienen un impacto disruptivo y muchas veces, consecuencias negativas en la vida social, laboral o familiar del paciente. **Objetivo.** El proyecto se propone estudiar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual como una herramienta complementaria para atenuar la sintomatología de episodios maníacos en personas adultas con un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar tipo I. **Metodología.** La investigación tendrá un enfoque metodológico, al tratarse de un diseño experimental, específicamente un ensayo clínico controlado, que contará con 100 personas adultas de la ciudad de Quito con un diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I. **Resultados esperados.** Se espera que la Terapia Dialéctico Conductual muestre un grado razonable de eficacia en la reducción de los síntomas de episodios maníacos en usuarios con Trastorno Bipolar Tipo I.

**Palabras clave:** Terapia de tercera generación, Terapia Dialéctica Conductual, Trastorno Bipolar, Síntomas maníacos.



## Abstract

**Introduction.** Bipolar Affective Disorder is defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) as a clinical condition characterized by alternating depressive and manic/hypomanic episodes. The usual treatment for this disorder is pharmacological and, in a complementary way, psychological. As a matter of fact, the design of effective psychotherapeutic alternatives is under development. Those known as of “third generation” are highlighted, among which Dialectical Behavioral Therapy stands out, and will be the focus of this work. **Justification.** In Ecuador, 17% of patients admitted to mental health hospitals correspond to people with mood disorders, and in outpatient clinics, a quarter of the patients treated suffer from Bipolar Disorder (BD) (PAHO, 2017). Manic episodes have a disruptive impact and often negative consequences on the patient's social, work or family life. **Objective.** The project aims to study the effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy as a complementary tool to mitigate the symptoms of manic episodes in adults with a diagnosis of Bipolar Affective Disorder Type I. **Methodology.** The methodological approach of the research will have an experimental design, specifically a controlled clinical trial, which will include 100 adults from the city of Quito with a diagnosis of Bipolar Disorder Type I. **Expected results.** It is expected that Dialectical Behavior Therapy will show a reasonable degree of effectiveness in reducing the symptoms of manic episodes in users with Bipolar Disorder Type I.

**Keywords:** Third generation therapy, Dialectical Behavioral Therapy, Bipolar Disorder, Manic symptoms.



## Índice de contenidos

<b>1. Introducción</b>	<b>6</b>
<b>2. Justificación y relevancia del tema</b>	<b>10</b>
<b>3. Pregunta de investigación</b>	<b>13</b>
<b>4. Objetivos</b>	<b>13</b>
<b>5. Marco teórico</b>	<b>14</b>
<b>6. Marco metodológico</b>	<b>22</b>
<b>7. Resultados esperados</b>	<b>35</b>
<b>8. Propuesta de intervención en psicología clínica</b>	<b>36</b>
<b>8.1. Nivel de Intervención</b>	<b>37</b>
<b>8.2. Fundamentación</b>	<b>38</b>
<b>8.3. Descripción de la Propuesta</b>	<b>42</b>
<b>8.4. Objetivos de la intervención</b>	<b>43</b>
<b>8.5. Población objetivo</b>	<b>43</b>
<b>8.6. Actividades de intervención</b>	<b>44</b>
<b>8.7. Recursos necesarios para implementar la intervención</b>	<b>46</b>
<b>8.8. Plan de evaluación de la intervención</b>	<b>47</b>
<b>8.9. Viabilidad</b>	<b>48</b>
<b>9. Discusión, conclusiones y recomendaciones</b>	<b>49</b>
<b>9.1. Implicaciones de los resultados esperados para la investigación y la práctica clínica</b>	<b>51</b>
<b>9.2. Fortalezas y limitaciones de la propuesta de investigación y de la propuesta de intervención</b>	<b>53</b>
<b>9.3. Conclusiones generales tras desarrollar la propuesta de investigación y la propuesta de intervención</b>	<b>55</b>
<b>10. Referencias</b>	<b>57</b>



## Índice de tablas

<b>Tabla 1. Planificación de actividades de la propuesta de investigación</b>	<b>29</b>
<b>Tabla 2. Planificación de actividades de la propuesta de planificación</b>	<b>44</b>



## **1. INTRODUCCIÓN**

### **Contextualización**

Dentro del campo de la Ciencia de la Salud Mental, se define un trastorno mental como una afección clínica que se caracteriza por un patrón significativo de comportamiento, pensamiento o emoción que provoca malestar o deterioro en el funcionamiento personal, social o laboral del individuo (Maj et al., 2017). Estos trastornos a menudo involucran síntomas que son inusuales en comparación con el funcionamiento típico del ser humano.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta edición (DSM-5, 2014), y la Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11, 2022), ambos desarrollados por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), son referencias fundamentales para la clasificación y diagnóstico de trastornos mentales. Estos documentos proporcionan definiciones detalladas de una amplia gama de trastornos, junto con criterios específicos para su diagnóstico.

Según el DSM-5, los trastornos bipolares se caracterizan por la presencia de episodios de manía y depresión, que pueden alternarse entre sí, aunque en muchos pacientes uno predomina sobre el otro. Aunque no se conoce con exactitud su causa, se ha sugerido la influencia de factores genéticos, cambios en las concentraciones de neurotransmisores cerebrales y ciertos elementos psicológicos (APA, 2014).

Estos trastornos bipolares incluyen el trastorno bipolar I, bipolar II y ciclotímico, así como el trastorno bipolar inducido por medicamentos, drogas o una condición médica. Según el DSM-5, el Trastorno Bipolar Tipo I es considerado una expresión moderna del trastorno maníaco-depresivo clásico y se define por la presencia de al menos un episodio maníaco completo, que



interrumpe la función social y laboral normal, además de episodios depresivos. Este trastorno afecta por igual a hombres y mujeres (APA, 2014).

El diagnóstico de trastorno bipolar II requiere al menos un episodio de hipomanía y un episodio de depresión mayor previa o actual, sin antecedentes de un episodio de manía. Por último, el diagnóstico de trastorno ciclotímico, según el DSM-5, es un trastorno psiquiátrico persistente y de inicio temprano, caracterizado por una alternancia de síntomas de depresión atenuada (distimia) e hipomanía tanto espontáneas como reactivas (Perugi et al., 2017).

El propósito de esta investigación es evaluar la eficacia de las terapias de tercera generación, que representan una evolución en el campo de la psicoterapia debido a su enfoque en la aceptación, la atención plena y el cambio conductual. La investigación busca ampliar las opciones de tratamiento psicológico para el trastorno bipolar tipo I, con un énfasis particular en los episodios maníacos, ya que esta fase suele presentar la mayoría de los síntomas y sus consecuencias.

### **Planteamiento del problema**

Cada persona con un diagnóstico de bipolaridad es única en términos de sintomatología, ya sea durante episodios depresivos o maníacos, así como en términos de sensibilidad y respuesta a diferentes enfoques terapéuticos. En el caso de episodios de manía, estos pueden ser perjudiciales para su calidad de vida por tener un impacto severo en cada aspecto biológico, físico y social de los pacientes en general. La posibilidad de identificar si algunos enfoques desencadenan síntomas maníacos podría evitar que los pacientes atraviesen episodios de manía y futuras recaídas. Al contrario, si gracias a la respuesta de los pacientes a ciertas técnicas de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) se puede utilizar para atenuar la sintomatología maníaca, los profesionales



podrían adaptar y personalizar el enfoque terapéutico para minimizar los riesgos potenciales del episodio.

El tratamiento del TB requiere un enfoque integral que aborde tanto los síntomas maníacos como los depresivos. Si la TDC puede tener un impacto positivo o negativo en los síntomas maníacos, es importante saberlo con el fin de desarrollar estrategias terapéuticas que equilibren los riesgos y beneficios.

Identificar la utilidad de la TDC para atenuar la sintomatología maníaca en consultantes adultos con TB es crucial para garantizar que los enfoques terapéuticos sean seguros y efectivos. Esto permitirá a los profesionales de la salud mental adaptar las intervenciones terapéuticas de manera individualizada para cada paciente y prevenir posibles desencadenantes de episodios maníacos.

### **Breve revisión de la Literatura**

Los episodios maníacos son comunes en el TB, aunque su prevalencia puede variar según el subtipo y la población estudiada. Factores genéticos, neurobiológicos y ambientales contribuyen al riesgo de experimentarlos, y pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y su funcionalidad a largo plazo. Según el DSM-5, una persona con manía, muestra un estado de ánimo eufórico o irritable, o ambos, y un aumento de energía o actividad y una participación excesiva en actividades que no son placenteras necesariamente, sólo que tengan “un alto potencial de consecuencias dolorosas (APA, 2014).

El Trastorno Bipolar (TB) afecta a más del 1% de la población mundial (Arrieta, 2019). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) esto es más de 60 millones de personas, constituyendo una de las enfermedades más comunes, severas y persistentes (Ramírez et al., 2020). En Ecuador, 5 de cada 100 presentan Trastorno Bipolar, y aun cuando es una enfermedad



persistente son los episodios depresivos los cuales son rápidamente identificados, mientras que los episodios hipomaníacos o maníacos corren el riesgo de no ser identificados a tiempo.

El TB tiende a ser recurrente, y los pacientes con episodios maníacos tienen un mayor riesgo de experimentarlos a futuro (Romo, 2015). Es así, que el tratamiento de estos episodios es esencial para estabilizar el estado de ánimo de los pacientes, reducir los síntomas y prevenir posibles complicaciones. Los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo como el litio, antipsicóticos atípicos o anticonvulsivos se consideran en un tratamiento farmacológico. (Cerecedo et al., 2006).

El tratamiento para el TB que tiene como fin estabilizar su estado de ánimo, reducir síntomas y prevenir sus complicaciones, comprende medicamentos estabilizadores, antipsicóticos, etc. acompañado de psicoterapia.

Las terapias de tercera generación ofrecen herramientas que podrían mejorar los resultados en el tratamiento de los episodios maníacos o hipomaníacos del TB tipo I. Expertos (Rego y Krakower citado en Black y Penn, 2022) incluso aseguran que pueden estabilizar al consultante y dotarlo de herramientas cognitivas y comportamentales necesarias para estar conscientes de los desencadenantes y cómo manejarlos.

Es importante destacar que el tratamiento de los episodios maníacos es altamente individualizado. La elección de la terapia dependerá de la gravedad de los síntomas, la respuesta previa al tratamiento y las preferencias del paciente. Además, el seguimiento y la colaboración entre el consultante, su familia y el equipo de tratamiento son fundamentales para lograr una gestión exitosa de la enfermedad bipolar.

Entender el efecto de las terapias de tercera generación, específicamente la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en la reducción de síntomas durante episodios maníacos, permitirá



establecer si posee o no las características, recursos y estudios suficientes para ser tomada en cuenta como una opción de tratamiento.

## **2. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL TEMA**

La tasa de incidencia del Trastorno Bipolar tipo I se encuentra en un rango de aproximadamente 0.8% a 1.6%, mientras que el Trastorno Bipolar Tipo II tiene una tasa de incidencia de alrededor del 0.5% en la población adulta. Estos trastornos generalmente comienzan alrededor de los 21 años, siendo más comunes en personas de 14 a 24 años. También se observa que el primer episodio suele ocurrir a una edad temprana, incluso en personas mayores de 60 años, con una tasa de incidencia del 0.34%. En términos de género, los hombres son más propensos a experimentar un primer episodio maníaco, mientras que el TB Tipo II es más común en mujeres. No se observa una diferencia significativa en la incidencia de TB tipo I según el género. Es importante recordar que estas tasas son estimaciones generales y pueden variar en diferentes contextos y poblaciones. (NIMH, 2023).

Según un informe de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) sobre salud mental en 2014, en Ecuador, de todos los pacientes ingresados en los cinco hospitales de salud mental, el 17% corresponde a trastornos del ánimo. En consulta externa, el 25.7% de las personas atendidas padecen de TB, siendo más predominante en varones menores de 17 años (OPS, 2017).

El Protocolo terapéutico para el trastorno bipolar del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, explica que, aunque puede ser identificado en el nivel primario, pero debe ser tratado en el nivel secundario y terciario que, en el país, se refiere a Servicios de Salud Mental en Hospital General y Hospital Psiquiátrico (MSPE, 2017).

Como se señala en el presente marco teórico, existe un acuerdo general en que las personas con un diagnóstico de TB se caracterizan por cambios entre un estado de ánimo positivo excesivo



y un estado de ánimo extremadamente bajo. En el Ecuador, incluso las personas que sólo experimentan episodios de manía se incluyen también en la categoría de Trastorno Bipolar (MSPE, 2017).

Los episodios maníacos pueden interrumpir significativamente la vida social, laboral y familiar de la persona con un diagnóstico de bipolaridad, incluso en algunos casos, los episodios pueden volverse tan intensos que el paciente necesita ser hospitalizado para su propia seguridad y estabilidad; Los síntomas pueden ser tratados con medicamentos y terapias adecuadas, y cuanto antes se abordan, más efectiva puede ser la gestión de los síntomas y la prevención de una escalada más severa.

Es así, que la importancia de un tratamiento adecuado y su intervención durante un episodio maníaco permitiría tomar medidas de precaución y cuidado personal y comunitario, que logre minimizar el impacto negativo en su cotidianidad y las consecuencias con respecto a sus relaciones familiares, profesionales, etc. y mejoraría las posibilidades de una respuesta positiva al tratamiento en general.

La Comisión de Salud Mental de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios contempla en su “Tratamiento y Consejo Psicosocial”, a la Psicoeducación, tanto para las personas que no están en un episodio agudo como para sus familiares; Métodos para monitorear el estado de ánimo; Mantener ciclos de sueño regular; Prevención de recaídas, que deben estar en manos de los cuidadores usualmente y cambios en estilo de vida, entre otras (MSPE, 2014).

Tal y como se menciona en la introducción, la psicoterapia busca ayudar a las personas con un diagnóstico con procesos y herramientas, las cuales incluyen; conciencia mental, tolerancia, integración y transformación, entre otras. Aumentando así las habilidades biopsicosociales de las personas para adaptarse a eventos internos y externos cambiantes (Gilbert, 2010). Pero en esta



Guía de Intervención, no es posible identificar qué tipo de psicoterapia se recomienda para los pacientes.

De esta manera, se convierte en un buen ejemplo que demuestra que, a pesar de la gravedad del Trastorno Bipolar tipo I y sus consecuencias en aspectos biológicos, psicológicos y sociales, tanto para las personas diagnosticadas como para sus círculos familiares y comunitarios, y del conocimiento general sobre la importancia de un tratamiento médico complementado con terapia psicológica, se ha identificado la falta de literatura o investigaciones con resultados verificables sobre la psicoterapia, y específicamente sobre las alternativas a esta, como las terapias de tercera generación, así como la carencia de cifras actualizadas sobre las personas con trastorno bipolar. Estas son las justificaciones para llevar a cabo esta investigación.

Las terapias de tercera generación como la Terapia Dialéctica Conductual (TDC); abordan estos problemas a través de una psicoeducación basada en la evolución, integrando una gama de intervenciones estándar basadas en evidencia, como prácticas centradas en el cuerpo, atención plena, reevaluación cognitiva, visualización/imágenes, entrenamiento en empatía, validación, desarrollo de conciencia y tolerancia emocional y prácticas y ensayos de exposición al comportamiento. Estos procesos, a su vez, desarrollan la capacidad de las personas para calmarse, tranquilizarse y alentarse a sí mismas y pueden transformar el sentido de identidad de las personas. (Eisner, 2017)

El objetivo de la presente investigación es, por lo tanto, estudiar la Terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento de personas con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, explorar su viabilidad y en particular, su utilidad para atenuar los episodios maníacos/hipomaníacos presentes en el mismo.



### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Con base en lo mencionado en apartados anteriores, y dada la importancia de encontrar alternativas psicoterapéuticas que obtengan mejores resultados en el tratamiento del Trastorno Bipolar tipo I, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para atenuar la sintomatología maníaca en adultos ecuatorianos con trastorno bipolar tipo I?

### **4. OBJETIVOS**

En esta investigación, se han establecido una serie de objetivos específicos que se relacionan con el objetivo general de estudiar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en adultos diagnosticados con trastorno bipolar tipo I que experimentan episodios maníacos. Cada uno de estos objetivos se centra en aspectos fundamentales del estudio, que van desde la selección de participantes y la aplicación de la TDC hasta la recopilación y el análisis de datos.

#### **Objetivo general**

Estudiar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para atenuar la sintomatología maníaca en adultos ecuatorianos con Trastorno Bipolar tipo I.

#### **Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas y clínicas de una muestra de pacientes ecuatorianos con Trastorno Bipolar tipo I.
- Valorar la sintomatología maníaca en una muestra de pacientes ecuatorianos con Trastorno Bipolar tipo I.
- Aplicar la Terapia Dialéctica Conductual a una muestra de pacientes ecuatorianos con Trastorno Bipolar tipo I.



- Analizar la intensidad de los síntomas maníacos de la muestra de pacientes ecuatorianos con Trastorno Bipolar tipo I que han sido sometidos a Terapia Dialéctica Conductual.

## **5. MARCO TEÓRICO**

El presente marco teórico proporciona una base conceptual y teórica que permite comprender mejor la naturaleza de la enfermedad, las estrategias de diagnóstico y tratamiento más efectivas.

A través de la investigación y la comprensión de la etiología, clasificación, diagnóstico, manifestaciones clínicas y el impacto en la calidad de vida, podemos avanzar en la atención y el manejo de esta enfermedad compleja.

### **Trastorno Bipolar**

El Trastorno Bipolar (TB) se define como un trastorno de la regulación del estado de ánimo, que a su vez se puede describir como la tendencia a experimentar un conjunto específico de emociones durante un período prolongado. El estado de ánimo fluctúa entre la inmediatez de la emoción y la estabilidad del temperamento, y estos dos elementos buscan ofrecer una explicación para el comportamiento que se sitúa en un nivel intermedio entre las respuestas emocionales inmediatas y la conducta intencional planificada (Vargas et al., 2020).

Las emociones suelen surgir en respuesta a situaciones específicas y su duración es generalmente breve; por lo general, son reacciones a circunstancias ambientales concretas. Por otro lado, el temperamento se considera un rasgo constante en lugar de un estado transitorio. En contraste, el estado de ánimo no está necesariamente relacionado con una situación específica, aunque puede verse influenciado por ella; refleja el nivel de reactividad emocional general de un individuo y su orientación motivacional más allá de un contexto ambiental particular. El



temperamento es parte de la esencia del individuo y tiende a mantenerse estable a lo largo de la vida del individuo (Fox et al., 2018).

El TB está clasificado como una enfermedad mental en los sistemas de clasificación diagnóstica DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y CIE 11 (Clasificación Internacional de Enfermedades). En estas clasificaciones, el TB se considera una condición crónica o episódica en la que las personas experimentan cambios extremos de humor, alternando entre episodios de manía y depresión, o en algunos casos, una combinación de ambos.

Tanto el CIE 11 (OMS, 2022) como el DSM-5 (APA, 2014) buscan la armonización de los diagnósticos de los trastornos mentales y han introducido cambios en la forma en que se diagnostica y clasifica el TB, incluyendo la consideración de parámetros dimensionales y estados subumbrales en el espectro bipolar.

### **Los Estados de Ánimo del Trastorno Bipolar**

La clasificación de los estados de ánimo del TB se realiza principalmente mediante los sistemas de clasificación CIE 11 (OMS, 2019) y DSM V (APA, 2014). Estos sistemas tienen como objetivo proporcionar pautas y criterios claros para el diagnóstico de los trastornos mentales, incluido el TB.

Según el CIE 11 (OMS, 2019) y DSM-5 (APA, 2014), las personas con TB experimentan cambios extremos en el estado de ánimo, alternando entre episodios de manía y depresión, o una combinación de ambos. La manía se caracteriza por un estado de ánimo elevado, eufórico o irritable, con un aumento en la energía, disminución de la necesidad de dormir, pensamientos acelerados, comportamiento impulsivo y una sensación de grandiosidad. La depresión, por otro lado, se caracteriza por una profunda tristeza, falta de interés o placer en actividades, cambios en el apetito y el sueño, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad y pensamientos suicidas. Los



episodios mixtos son una manifestación particular del TB en la que una persona experimenta síntomas característicos tanto de la manía como de la depresión al mismo tiempo o en rápida alternancia; durante un episodio mixto, el individuo puede sentirse emocionalmente abatido y deprimido, al mismo tiempo que experimenta un aumento de la energía, agitación y otros síntomas típicos de la manía.

El TB se manifiesta en diversos tipos; cuando el consultante ha experimentado al menos un episodio maníaco, se le diagnostica Trastorno Bipolar tipo I. Por otro lado, si solo ha experimentado episodios depresivos mayores y algún episodio hipomaníaco, se le clasifica como Trastorno Bipolar Tipo II. Si los episodios hipomaníacos y depresivos no cumplen con los criterios de tiempo y duración, se etiqueta como Trastorno Bipolar No Especificado. Por último, aquellos consultantes que muestran síntomas depresivos e hipomaníacos sin cumplir los criterios anteriores son diagnosticados con Trastorno Ciclotímico. Además, existe una variante que depende de la rapidez con la que se transita de la depresión a la manía, conocida como cicladores rápidos (Vargas et al., 2020).

### **Criterios para el Diagnóstico de Síntomas del Trastorno Bipolar Tipo I**

Un episodio maníaco se caracteriza por un período claramente distinguible de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, así como un aumento anormal y sostenido de la actividad o energía dirigida hacia un objetivo específico. Este episodio debe durar al menos 1 semana y estar presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se requiere hospitalización). Según el DSM-5, un episodio maníaco puede haber ocurrido antes y después de episodios hipomaníacos o depresivos mayores.



Durante este período de alteración del estado de ánimo y aumento de energía o actividad, deben estar presentes 3 o más de los siguientes síntomas (o 4 si el estado de ánimo es exclusivamente irritable) en un grado significativo, representando un cambio notorio del comportamiento habitual; aumento de la autoestima o grandiosidad, reducción de la necesidad de dormir (por ejemplo, sentirse descansado después de solo 3 horas de sueño), mayor habla de lo habitual o presión para seguir hablando, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se aceleran, distractibilidad (es decir, atención atraída con mayor facilidad hacia estímulos externos sin importancia o irrelevantes), aumento de la actividad dirigida a objetivos (ya sea social, laboral, educativa o sexual), agitación psicomotora (actividades sin propósito específico), participación excesiva en actividades con alto potencial de consecuencias negativas, como compras impulsivas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales sin sentido (Scott et al., 2018).

Cuando el trastorno del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social u ocupacional, o para requerir hospitalización con el fin de evitar daños a sí mismos o a otros, y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento u otro tratamiento) ni a otra afección médica (McIntyre, 2018).

Es importante destacar que un episodio maníaco completo que se manifieste durante el tratamiento antidepresivo (por ejemplo, debido a la medicación o terapia electroconvulsiva) pero que persista en un nivel completamente sindrómico más allá del efecto fisiológico del tratamiento es suficiente evidencia para el diagnóstico de un episodio maníaco y, por lo tanto, de un trastorno bipolar I (McIntyre, 2018).



## **Disociación entre Depresión y Manía**

Los mecanismos subyacentes que conducen a la manía difieren significativamente de aquellos que desencadenan la depresión. Para comprender mejor los rasgos de personalidad que aumentan la predisposición al TB, es útil dividirlos en dos dimensiones distintas; la predisposición a la depresión y la predisposición a la manía (Murray, 2007). Esto se debe a que las personas pueden tener una vulnerabilidad a la depresión y a la manía que no están relacionadas entre sí.

La combinación de ambas dimensiones podría dar lugar a una amplia gama de posibilidades y dinámicas diferentes en la enfermedad. Esto podría incluir a personas con TB que nunca experimentan depresión, así como a aquellos con TB tipo I, TB tipo II, e incluso algunos trastornos depresivos unipolares, como propone Goodwin (2007).

Independientemente de estas especulaciones, es crucial para este estudio distinguir entre los mecanismos que desencadenan la manía y los que están involucrados en la depresión.

## **La Manía y La Activación**

Los episodios maníacos, hipomaníacos o la combinación de síntomas depresivos en episodios mixtos son elementos esenciales para definir el Trastorno Bipolar (TB), ya que este trastorno no puede manifestarse sin la presencia de síntomas maníacos. Tanto en el CIE-11 (OMS, 2019) como en el DSM-5 (APA, 2014), las dos principales clasificaciones de enfermedades mentales, se observa una evolución en la definición de manía e hipomanía. Desde la CIE-10, se ha requerido que la "alteración del humor" venga acompañada de un "aumento de vitalidad". En el caso del DSM, esta característica se ha mantenido en su última versión, donde la manía se define como un "período claramente definido de un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, junto con un aumento inusual y persistente de la actividad o energía dirigida hacia un objetivo" (APA, 2014). Según estas clasificaciones, el estado de ánimo anormal y el aumento de



la actividad o energía son los dos elementos fundamentales que definen la manía y, por lo tanto, el TB.

Además de estos pilares, ambas clasificaciones presentan otros criterios adicionales, como alteraciones en el sueño, dificultad para mantener la atención, aceleración del pensamiento, impulsividad, aumento de la actividad motora, mayor expresión verbal y elevada autoestima (grandiosidad).

Es importante destacar que, a pesar de la importancia de la "activación" en el diagnóstico de la manía, no existe un consenso universal sobre su definición precisa (Scott et al., 2018). Sin embargo, su relevancia en la manía es ampliamente aceptada intuitivamente. Además, un episodio maníaco sin explicaciones alternativas, como el consumo de sustancias tóxicas o la presencia de neoplasias, es suficiente para el diagnóstico del TB. En este sentido, la sintomatología maníaca se considera el núcleo del TB, al menos según las definiciones oficiales, mientras que la depresión se percibe como un síndrome concomitante.

El concepto de activación se relaciona con otros términos, como hiperactividad, impulsividad, activación conductual, actividad psicomotora o actividad orientada a objetivos. La aceleración del pensamiento, la logorrea y el aumento de la actividad motora también pueden considerarse aspectos de la activación. Por otro lado, la activación está vinculada a algunas alteraciones del sueño, como la disminución de la necesidad de dormir (Goodwin & Jameson, 2007).

Otros síntomas, como la falta de atención, dificultades cognitivas, impulsividad, disforia o síntomas psicóticos, no se agrupan fácilmente bajo la categoría de "actividad". De manera similar, la grandiosidad o la aparición de emociones sin un desencadenante ambiental, como alegría, ira o agresividad, no se asocian de manera inmediata a la activación.



La dimensión actividad/inhibición es un concepto clave para comprender el TB, dado su estrecho vínculo con la sintomatología maníaca (Ortiz, 2018). Desde una perspectiva diferente, el estado de ánimo se puede analizar como una combinación de dos dimensiones principales: activación e intensidad emocional, situando a la persona en un estado de alta actividad o inhibición, y de placer o malestar (Fox et al., 2018). En la manía, generalmente se observa un aumento en la actividad, que puede manifestarse en ocasiones como disforia o placer.

Dada la importancia de la activación en el TB, Koukopoulos (2006) sugiere que la manía es un fenómeno primario, mientras que la depresión es secundaria a episodios maníacos o hipomaníacos previos. Este autor también sugiere que algunos estados de excitación o hipertimia que a menudo se confunden con temperamento son equivalentes a la hipomanía, lo que se alinea con las ideas de Akiskal (2007). Resulta interesante cómo este concepto amplio de la manía se asemeja al concepto de activación descrito anteriormente.

### **Terapia Dialéctica Conductual (TDC)**

Las Terapias de Tercera Generación (TTG) para el trastorno bipolar integran enfoques conductuales y cognitivos, centrándose en comprender y tratar el sufrimiento humano y lograr una vida más significativa y con propósito. A diferencia de las terapias de primera generación, que se enfocaban en el cambio de comportamiento, y las terapias de segunda generación, que se centran en reestructurar patrones cognitivos, las TTG integran percepciones, emociones, pensamientos y comportamientos. Se enfatiza la importancia del contexto individual y se busca el desarrollo de habilidades para el manejo efectivo de las experiencias internas. Estas terapias no se centran en el contenido o la frecuencia de los procesos, sino en la regulación y función de las experiencias internas en relación con el contexto (Yatham, 2002).



La Terapia Dialéctica Conductual (TDC), desarrollada por la psicóloga Marsha Linehan en 1993, es un enfoque terapéutico basado en la evidencia que combina elementos de terapia cognitivo-conductual con prácticas de mindfulness y técnicas de regulación emocional. Este enfoque se ha diseñado especialmente para el tratamiento de trastornos emocionales y de regulación emocional, como el trastorno límite de la personalidad (TLP) y otros trastornos relacionados (Black & Penn, 2022).

La TDC se basa en una comprensión profunda de los problemas emocionales y de regulación emocional, reconociendo que las personas que experimentan estos trastornos a menudo luchan con la intensidad de sus emociones, la impulsividad, la inestabilidad en las relaciones y la autolesión (Linehan, 1993). La terapia se desarrolla sobre la base de una serie de componentes clave, que incluyen el fomento de la práctica de la atención plena (mindfulness) para aumentar la conciencia de las emociones, pensamientos y sensaciones físicas en el momento presente. Esta habilidad permite a las personas distanciarse de sus emociones y responder de manera más reflexiva en lugar de reaccionar impulsivamente. Además, se centra en el desarrollo de habilidades de regulación emocional, incluyendo estrategias para reducir la intensidad emocional y tolerar el malestar emocional sin recurrir a comportamientos autodestructivos.

La TDC también enseña una serie de habilidades específicas para abordar los problemas emocionales y de conducta, como la comunicación efectiva, la resolución de conflictos, la tolerancia a la frustración y la toma de decisiones, y lo hace en un formato estructurado y práctico. Esta terapia se implementa a menudo en un formato que combina la terapia individual con sesiones de grupo, donde los pacientes pueden practicar las habilidades aprendidas en un entorno de apoyo. En última instancia, la TDC se basa en la validación de las experiencias y emociones de los



pacientes, al tiempo que promueve el compromiso con el cambio y la responsabilidad personal (Linehan, 1993).

La efectividad de la TDC ha sido respaldada por estudios de investigación, como el realizado por Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & Lindenboim, N. en 2006, que compara la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual con otros enfoques terapéuticos en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad y comportamientos suicidas. Otro estudio revelador es el realizado por Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. en 2007, que revisa la evidencia existente sobre la efectividad de la TDC en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Además, se ha utilizado con éxito en el tratamiento de una variedad de trastornos, incluyendo el trastorno límite de la personalidad, la depresión, la ansiedad y la autolesión. La Terapia Dialéctica Conductual se ha convertido en una intervención terapéutica fundamental para abordar los desafíos emocionales y de regulación emocional en la práctica clínica.

## **6. MARCO METODOLÓGICO**

El presente marco metodológico se enfoca en proporcionar una visión detallada de la metodología que será empleada en la investigación destinada a evaluar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) como un enfoque terapéutico para atenuar la sintomatología maníaca en adultos ecuatorianos diagnosticados con trastorno bipolar tipo I. Este estudio representa un esfuerzo riguroso y sistemático para abordar una cuestión crítica en la atención de la salud mental, que es la necesidad de desarrollar terapias personalizadas y efectivas para individuos que enfrentan la complejidad de los episodios maníacos en el contexto del trastorno bipolar. En este marco metodológico, se describirán en detalle los procedimientos de investigación, la selección de participantes, la recopilación de datos, el análisis estadístico y las estrategias que se utilizarán para



evaluar la eficacia de la TDC en esta población específica, contribuyendo así al avance del conocimiento en la práctica de la salud mental en Ecuador.

### **Enfoque**

El enfoque metodológico es un diseño de investigación experimental, específicamente un ensayo clínico controlado aleatorio.

### **Alcance**

El alcance de esta investigación se limitará a adultos ecuatorianos diagnosticados con trastorno bipolar tipo I; la cual se llevará a cabo en la ciudad de Quito en Ecuador. Además, se centrará en la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) como la intervención principal. Por otro lado, se incluirá una descripción de las variables específicas que se medirán y analizarán, como la sintomatología maníaca, las variables sociodemográficas, las mediciones de salud mental, etc.

### **Diseño**

Se llevará a cabo un ensayo clínico controlado aleatorio, en el cual los participantes serán asignados aleatoriamente a dos grupos: uno que recibirá Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y otro que recibirá un tratamiento de control o placebo.

### **Contexto**

Esta investigación se llevará a cabo en la ciudad de Quito, a través del contacto con los centros de salud pública del Ministerios de Salud del Ecuador, tomando como referencia a cuatro de ellos ubicados en el sur, centro, norte y valles. Así mismo, en grupos de apoyo mutuo a personas con bipolaridad en la ciudad de Quito.



## **Participantes y muestreo**

Se realizará un reclutamiento de adultos ecuatorianos diagnosticados con trastorno bipolar tipo I que cumplan con los criterios de inclusión. Los participantes serán evaluados previamente para determinar la gravedad de la sintomatología maníaca y otros factores relevantes. El muestreo se realizará por conveniencia y los participantes estarán conformados por 100 personas, de las cuales 50 serán parte del grupo experimental y las otras 50 del grupo de control.

## **Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión abarcan a adultos mayores de 18 años que residan en la ciudad de Quito, que cuenten con un diagnóstico de Trastorno Bipolar Tipo I y que hayan aceptado y firmado el consentimiento por escrito. Además, se requiere que no tengan registros de ausencias durante el tratamiento. En cuanto a los criterios de exclusión, se considerarán todas las personas que no cumplan con los criterios de inclusión, así como aquellos que no completen el tratamiento en su totalidad.

## **Instrumentos**

La evaluación de episodios maníacos en el trastorno bipolar generalmente implica el uso de escalas y cuestionarios específicos diseñados para medir la gravedad de los síntomas maníacos. A continuación, se explica el protocolo de evaluación elegido.

**Entrevista clínica.** Se llevará a cabo una entrevista clínica que se caracterizará por utilizar preguntas cerradas, lo que significa que se formularán preguntas específicas con opciones de respuesta limitadas. Estas preguntas abarcarán una variedad de datos relevantes que contribuirán a obtener un perfil completo del paciente. Entre los aspectos que se explorarán se incluyen; edad, nacionalidad, lugar de residencia, género, fecha de diagnóstico del Trastorno Bipolar, tipo de tratamiento psiquiátrico y/o psicológico.



Esta entrevista clínica se llevará a cabo con sensibilidad y respeto hacia el paciente, garantizando la confidencialidad de la información proporcionada. Los datos recopilados ayudarán a comprender mejor la situación del paciente y su condición en la actualidad.

**"Escala de Evaluación de Manía de Altman Self-Rating" (*The Altman Self-Rating Mania Scale, ASRM; Altman, 1997*).** La Escala de autoevaluación de manía de Altman (ASRM) es una escala de cinco ítems que evalúa el estado de ánimo, la confianza en uno mismo, los trastornos del sueño, el habla y el nivel de actividad durante una semana. Fue desarrollado en 1997 por el Dr. Edward Altman y su equipo para detectar la presencia y gravedad de síntomas hipomaníacos/maníacos. El ASRM tiene buena validez en el entorno hospitalario, su lugar de origen, para detectar la presencia y/o clasificar la gravedad de los síntomas maníacos. Aunque la brevedad puede ser una ventaja, la escala cubre menos síntomas que otras escalas del trastorno bipolar.

La ASRM demostró una consistencia interna adecuada y validez concurrente en comparación con la Escala de calificación de la manía de Young (YMRS) y la Escala de calificación de la manía administrada por un médico. Cabe señalar que ambos estudios de validación publicados para el ASRM fueron realizados por el mismo grupo de investigación. Independientemente, se ha demostrado que la escala demuestra correlaciones esperadas con constructos psicológicos relacionados con la manía, como la mala regulación de las emociones positivas.

Con el tiempo, se ha adoptado en la población ambulatoria y puede ser útil como instrumento de detección para facilitar el diagnóstico o ayudar a identificar a las personas que necesitan tratamiento o ajustes en la medicación; sin embargo, por sí solo no es suficiente para un



diagnóstico de trastorno bipolar según el DSM-V. La ASRM por sí sola no cubre todos los criterios diagnósticos para un diagnóstico.

El ASRM con una puntuación de corte de detección de 5,5 ha mostrado una combinación óptima de sensibilidad y especificidad (85% y 86%, respectivamente). La ASRM es una escala de autoevaluación útil para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas en la mayoría de los pacientes maníacos leves y muchos moderadamente maníacos. Es importante tener en cuenta que si utiliza el ASRM como herramienta de detección, los falsos positivos pueden incluir trastorno delirante, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la personalidad. Una prueba negativa simplemente reduce la probabilidad de un trastorno bipolar, pero los falsos negativos son comunes, ya que aproximadamente el 50% de los pacientes no recuerdan, fingen o no tienen idea de los estados maníacos o hipomaníacos. Utilice su criterio clínico para obtener garantías que confirmen lo que se informa en el cuestionario (Altman, 1997).

En entornos ambulatorios, el ASRM puede utilizarse como herramienta psicoeducativa para ayudar a los pacientes a reconocer y controlar sus propios síntomas. Puede usarse de manera confiable como una medida de eficacia de autoinforme para pacientes que reciben tratamiento clínico o usarse en combinación con escalas de depresión de autoevaluación para evaluar estados mixtos de manía y depresión (Altman, 1997).

**“Escala de Calificación de Manía de Young” (*Young's Mania Rating Scale, YMRS; Young et al., 2000*).** La Escala de Calificación de Manía de Young (YMRS) fue desarrollada por Thomas R. E. Young y sus colegas en 1978. Esta escala consta de 11 ítems que son evaluados por un entrevistador, permitiendo la incorporación de información de otras fuentes. Cada ítem ofrece cinco niveles de gravedad claramente definidos, con un énfasis especial en cuatro de ellos: irritabilidad, habla, contenido del pensamiento y comportamiento disruptivo/agresivo, los cuales



cuentan con una doble ponderación. La YMRS se fundamenta en la Escala de Calificación de Hamilton para la Depresión (HAM-D) y es ampliamente utilizada como la medida estandarizada principal en ensayos clínicos que abordan la manía aguda en pacientes con trastorno bipolar.

En términos de propiedades psicométricas, la YMRS se administra de forma ideal por evaluadores con experiencia clínica. La confiabilidad entre evaluadores, según informan los autores, se considera adecuada, con un coeficiente de 0,93 para la puntuación total y un rango variable de 0,67 a 0,95 para los elementos individuales. Se ha llevado a cabo una validación que incluye la comparación con calificaciones globales concurrentes y con otras escalas de calificación de manía (Young et al., 2000).

El tiempo estimado para completar la YMRS es de aproximadamente 15 minutos. Aunque esta escala no se utiliza con fines de diagnóstico, es una herramienta valiosa para la evaluación cuantitativa de los síntomas maníacos en pacientes con trastorno bipolar, y es ampliamente empleada en la investigación clínica y estudios relacionados con la manía.

### **Procedimiento**

El procedimiento se llevará a cabo de manera cuidadosa y ética. Para ello, se obtendrá la aprobación de un comité de ética de investigación que cumplirá con todas las regulaciones éticas y legales aplicables. Antes de realizar cualquier prueba o entrevista, se llevará a cabo un proceso de consentimiento informado en el que se explicará claramente el propósito del estudio, su duración, los procedimientos involucrados y cualquier riesgo potencial. Los participantes deberán estar dispuestos a participar de forma voluntaria y comprender completamente su participación.

El grupo de intervención recibirá sesiones de Terapia Dialéctica Conductual (TDC) siguiendo un protocolo estandarizado. Por otro lado, el grupo de control recibirá un tratamiento de



control o un placebo que simulará la intervención real en términos de duración y contacto con el terapeuta.

Para la aplicación de las escalas, se seguirán las instrucciones proporcionadas en las mismas y se cumplirán los protocolos adecuados para evitar sesgos en la recopilación de datos. En el caso de la encuesta cerrada, se realizará a cada participante siguiendo un guión predefinido y registrando las respuestas en la herramienta de formularios de Google Chrome. Es importante destacar que un profesional competente será siempre el encargado de administrar estos instrumentos.

La confidencialidad de los participantes se mantendrá en todo momento, y se respetarán sus derechos y su privacidad.

Una vez obtenida la información, se procederá al registro de datos, que se almacenará y organizará de manera segura para garantizar la confidencialidad e integridad de la información recopilada. Luego, se llevará a cabo el análisis estadístico y cualitativo necesario para responder a la pregunta de investigación. La interpretación de los resultados permitirá arrojar luz sobre los objetivos de la investigación, considerando cualquier hallazgo relevante.

Finalmente, se generará un informe completo de la investigación, que incluirá detalles sobre la metodología utilizada, los resultados obtenidos y las conclusiones. La difusión de los resultados se realizará de manera ética y apropiada, ya sea a través de publicaciones académicas, conferencias o informes relevantes. Este proceso se llevará a cabo con el más alto nivel de integridad y respeto por los derechos de los participantes, siguiendo todas las regulaciones éticas y legales pertinentes.



### **Análisis de datos**

Se procesarán los datos sociodemográficos mediante análisis descriptivos, y se aplicará la prueba T de Student, para comparar entre grupos control y experimental, antes y después del ensayo clínico, las puntuaciones medidas obtenidas en las medidas de sintomatología aplicadas. También se aplicará la d de Cohen para identificar el tamaño de efecto de la aplicación de la TDC en el grupo experimental.

### **Planificación de actividades por cada objetivo específico**

La presente investigación se lleva a cabo con el propósito de abordar de manera sistemática y rigurosa los objetivos específicos que nos guiarán a lo largo de este estudio. Cada objetivo se enfoca en aspectos clave de esta investigación, destinados a evaluar la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en el manejo de la sintomatología maníaca en adultos diagnosticados con trastorno bipolar tipo I. A través de una cuidadosa planificación de actividades, las cuales permitirán explorar en profundidad la eficacia de la TDC en este contexto particular.

#### **Tabla 1.**

*Planificación de actividades de la propuesta de investigación*

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Actividades por Objetivo</b>	<b>Inicio</b>	<b>Fin</b>
<b>O.1:</b> Identificar las características sociodemográficas y clínicas de una muestra de pacientes ecuatorianos con Trastorno Bipolar tipo I.	A.1.1. Reclutamiento de participantes.	M0	M0+2
	A.1.2. Obtención del consentimiento informado.	M1	M1+1

	A.1.3. Aplicar los instrumentos de evaluación.	M3	M3+3
<b>O.2:</b> Valorar la sintomatología maníaca en una muestra de pacientes ecuatorianos con Trastorno Bipolar tipo I.	A.1.4. Recopilación de datos relevantes.	M6	M6+1
	A.1.5. Interpretación de resultados y redacción de informes y publicación.	M7	M7+3
<b>O.3:</b> Aplicar la Terapia Dialéctica Conductual a una muestra de pacientes ecuatorianos con Trastorno Bipolar tipo I.	A.1.6. Seguimiento a mediano plazo para evaluar la efectividad.	M7	M7+6
<b>O.4:</b> Analizar la intensidad de los síntomas maníacos de la muestra de pacientes ecuatorianos con Trastorno Bipolar tipo I que han sido sometidos a Terapia Dialéctica Conductual.	A.1.7. Aplicar los instrumentos de evaluación.	M13	M13
	A.1.8. Interpretación de resultados y redacción de informes y publicación.	M13	M13+1

Nota. O = Objetivo; A = Actividad; M = Mes

### Reflexividad de los investigadores

A medida que avance la investigación, es posible que surjan problemas o dificultades que requieran ajustes en la metodología. Esto podría ocurrir, por ejemplo, si ciertos procedimientos de recopilación de datos no funcionan como se esperaba. Del mismo modo, a medida que se adquiera



una comprensión más profunda del tema a lo largo del progreso de la investigación, se podrían ajustar o refinar los objetivos de investigación para abordar preguntas más específicas o relevantes.

En otra línea, es importante considerar que podría ser necesario adaptar los criterios de selección de participantes o la estrategia de reclutamiento en caso de dificultades para encontrar participantes adecuados. Además, si los datos iniciales o los resultados apuntan en una dirección inesperada o más prometedora, se podría flexibilizar o cambiar el enfoque de la investigación en consecuencia.

La disponibilidad de recursos financieros, de tiempo y de personal puede variar durante el proceso de investigación, lo que requerirá ajustes en función de los recursos disponibles sin comprometer la calidad del estudio.

Conforme la investigación avance, se tornará necesario cuestionar y reevaluar las suposiciones iniciales. Si surgen dilemas éticos o cuestiones regulatorias, se adaptará el enfoque de la investigación para abordar estos problemas de manera ética y legal.

La colaboración con otros investigadores y la búsqueda de supervisión por parte de colegas o profesionales en el campo de la salud mental pueden ser de gran ayuda para mantener un enfoque objetivo y equilibrado. La retroalimentación de otros puede resultar valiosa para mitigar posibles sesgos no deseados.

### **Posicionamiento del investigador**

Es fundamental tener en cuenta diversos aspectos clave en el papel de investigador principal. Esto abarca desde la planificación, la toma de decisiones, la gestión de recursos hasta la supervisión del equipo de investigación, incluyendo la formulación de preguntas de investigación, la determinación de la metodología y la selección de las herramientas de evaluación.



En el desarrollo de la investigación, es posible que sea necesario redactar propuestas de subvenciones y presentarlas ante agencias de financiamiento. Asimismo, será crucial administrar los recursos del proyecto, lo que implica asignar fondos, gestionar el tiempo y supervisar al personal de investigación.

La recopilación de datos, así como el análisis y la divulgación de resultados, desempeñarán un papel fundamental en la interpretación de los mismos. Se garantizará que el estudio se realice en conformidad con los principios éticos y se obtenga el consentimiento informado de los participantes.

Dado que la investigadora ha sido diagnosticada con trastorno bipolar, es consciente de la posibilidad de sesgos personales. Por lo tanto, se asegurará de que la investigación se realice de manera imparcial. Es importante ser transparente sobre su experiencia con el trastorno bipolar y cómo esto podría influir en la investigación. Considerar este diagnóstico en su rol de investigador principal es esencial para llevar a cabo una investigación sólida y ética. Aunque su experiencia personal puede aportar una valiosa perspectiva a la investigación y mejorar la comprensión del trastorno bipolar y su tratamiento, también es necesario ser consciente de posibles sesgos personales y abordarlos adecuadamente.

### **Reflexión sobre la intersubjetividad**

A medida que se lleven a cabo las entrevistas o sesiones de TDC, se fomentará un intercambio de conocimientos con los participantes, lo que implica una comprensión mutua y un diálogo enriquecedor. Esto conlleva el reconocimiento y el respeto de las diversas experiencias de las personas con trastorno bipolar tipo I y cómo experimentan la TDC.

Esta reflexión también incluye un análisis de las propias experiencias y suposiciones que pueden influir en la investigación, lo cual es especialmente relevante en este estudio debido a que



la investigadora tiene un diagnóstico de trastorno bipolar. Esto puede afectar las interacciones con los participantes y la interpretación de los datos. Por lo tanto, es necesario ser flexible y estar dispuesto a ajustar las propias ideas a medida que se adquiera una comprensión más profunda de las experiencias de los participantes.

De manera similar, la creación de un entorno en el que los participantes se sientan escuchados y valorados facilitará la revelación de sus experiencias personales. Esto es esencial para comprender de manera profunda y significativa las experiencias de los participantes con trastorno bipolar tipo I y su respuesta a la TDC.

### **Estrategias para promover la reflexividad**

Para promover la reflexividad en esta investigación, se implementarán diversas estrategias. En primer lugar, se realizará una autoevaluación de las creencias, valores y suposiciones personales, cuestionando cómo estas influencias pueden afectar el enfoque y la interpretación de los datos. Además, se mantendrá un diario reflexivo en el que se registrarán pensamientos, emociones y observaciones relacionados con el proceso de investigación, lo que ayudará a identificar patrones y sesgos personales.

El trabajo en equipo desempeñará un papel fundamental, ya que la discusión de ideas y enfoques con colegas y otros miembros del equipo de investigación permitirá obtener retroalimentación y diversidad de perspectivas para enriquecer la comprensión del tema. Además, se utilizarán entrevistas reflexivas y se formará un grupo de reflexión con otros investigadores o expertos en el campo para discutir cuestiones éticas, posibles sesgos y desafíos metodológicos, proporcionando así una visión externa y objetiva.



En el caso de que la investigación involucre a participantes de diferentes orígenes culturales, se tendrán en cuenta las diferencias culturales y cómo estas pueden influir en la percepción y respuesta de los participantes.

Todas estas estrategias están destinadas a fomentar un enfoque reflexivo y a mejorar la calidad de la investigación.

### **Consideraciones éticas**

Para abordar las consideraciones éticas en esta investigación, se implementarán diversas medidas. En primer lugar, se obtendrá el consentimiento informado de los participantes, en el cual se explicarán de manera clara los objetivos de la investigación, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios, así como el derecho de los participantes a retirarse en cualquier momento. La privacidad y la confidencialidad de la información se garantizarán mediante el uso de códigos o seudónimos en lugar de identificadores personales.

Se tomará especial cuidado para asegurar que la participación en la investigación no ponga en peligro la salud física o emocional de los participantes. Asimismo, se dará prioridad a la diversidad cultural, social y de género de los participantes, procurando que los métodos y preguntas sean respetuosos e inclusivos.

Es importante destacar que se mantendrá total transparencia en cuanto a cualquier conflicto de intereses relacionado con la investigación, como posibles vínculos financieros con la industria farmacéutica o instituciones afines.

La participación de los voluntarios se llevará a cabo de manera libre y sin coerción, y tendrán el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sufrir consecuencias negativas. Estas consideraciones éticas son fundamentales para asegurar que la investigación se conduzca de manera ética y respetuosa, protegiendo los derechos y la dignidad de los participantes.



## **Viabilidad**

La viabilidad de esta investigación puede ser un desafío, pero con la planificación adecuada, el acceso a recursos y un equipo comprometido, es posible llevar a cabo un estudio significativo sobre este tema. Se considera que los adultos con trastorno bipolar tipo I serán accesibles para el estudio, ya que la selección de los participantes se basará en la conveniencia.

Los recursos financieros necesarios para las encuestas, incluyendo una grabadora y movilización, se obtendrán. Las baterías requeridas serán proporcionadas por colegas en la profesión. Además, se contará con la colaboración de Centros de Salud y grupos de autoayuda relacionados con el trastorno bipolar. La duración del estudio se estima en aproximadamente 14 meses, dependiendo de la disponibilidad de los entrevistados y el tiempo necesario para el análisis de datos y conclusiones. También se establecerán colaboraciones y se aprovecharán las redes con otros investigadores, centros de tratamiento y expertos en el campo de la salud mental para fortalecer el estudio.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Existe un acuerdo general en que las personas con un diagnóstico de Trastorno Bipolar (TB) se caracterizan por cambios entre un estado de ánimo positivo excesivo y un estado de ánimo bajo, asociado con un comportamiento vigorizado y desmovilizado, y una autoevaluación positiva y negativa.

Muchas psicoterapias buscan ayudar a los clientes con procesos comunes que incluyen; conciencia mental, diferenciación, tolerancia, integración y transformación, que aumentan las habilidades biopsicosociales de las personas para adaptarse a eventos internos y externos cambiantes (Gilbert, 2010). Todo esto facilita una flexibilidad psicofisiológica contextualmente apropiada. Además, se basan unos en otros; por ejemplo, la conciencia facilita la diferenciación de



motivos, deseos, emociones o creencias, y la diferenciación aumenta la conciencia. La diferenciación apoya la tolerancia y la tolerancia apoya la apertura para explorar y diferenciar procesos dentro de la vida mental interna de uno.

Las terapias de tercera generación, en especial la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) como se destaca en este documento, abordan estos problemas mediante una psicoeducación evolutiva que integra una variedad de intervenciones respaldadas por evidencia. Estas intervenciones incluyen prácticas centradas en el cuerpo, atención plena, reevaluación cognitiva, visualización/imágenes, entrenamiento en empatía, validación, desarrollo de conciencia y tolerancia emocional, así como prácticas y ensayos de exposición al comportamiento. Estos procesos, a su vez, fortalecen la capacidad de las personas para autorregularse y transformar su sentido de identidad.

El propósito de esta investigación es obtener resultados que demuestren una reducción en la sintomatología de los episodios maníacos en pacientes con trastorno bipolar mediante el uso de la TDC. A través de este enfoque, se plantea la hipótesis de que, si las personas logran comprender la naturaleza de su "cerebro complicado" y cómo los motivos influyen en la mente, y reconocieran el valor de cambiar de un enfoque tradicional a una orientación motivacional centrada en la TDC, esto podría tener un impacto significativo en su afrontamiento de los problemas. En particular, la TDC se vislumbra como una herramienta psicoterapéutica contemporánea que podría utilizarse de manera efectiva.

## **8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Los resultados de la investigación sobre la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para mitigar la sintomatología maníaca en adultos ecuatorianos con trastorno bipolar tipo I



poseen múltiples utilidades significativas tanto en el ámbito de la psicología clínica como en la atención de la salud mental.

Entre las utilidades más destacadas de esta intervención se encuentra la posibilidad de desarrollar una Guía para la toma de decisiones clínicas en el tratamiento del trastorno bipolar tipo I en Ecuador mediante la Terapia Dialéctica Conductual (TDC). Esto proporcionaría a los psicólogos clínicos y psiquiatras la información necesaria para tomar decisiones fundamentadas en cuanto al tratamiento de pacientes con trastorno bipolar tipo I en Ecuador. Si se demuestra que la TDC es efectiva, podría integrarse como una opción terapéutica adicional en el amplio espectro de recursos terapéuticos. Asimismo, este trabajo científico podría estimular la realización de futuras investigaciones y ensayos clínicos que enriquezcan, confirmen o desafíen la información existente sobre esta terapia. Esto ampliaría su aplicabilidad y permitiría su uso en diversos grupos poblacionales y contextos sociales.

Los resultados de esta investigación sobre la eficacia de la TDC en adultos ecuatorianos con trastorno bipolar tipo I tienen el potencial de influir positivamente en la práctica clínica, mejorar la atención a los pacientes y enriquecer el conocimiento general sobre el tratamiento de esta condición en un contexto cultural específico.

### **8.1. Nivel de Intervención**

Este trabajo de investigación se define principalmente como una estrategia de promoción, en este contexto, se pueden sugerir ciertas prácticas o comportamientos en la comunidad médica y de investigación. A través de estas propuestas, se promueve la adopción de enfoques basados en evidencia, la toma de decisiones informadas y el avance del conocimiento científico en el campo de la atención médica y la investigación.



## **8.2. Fundamentación**

### **8.2.1. La Terapia Dialéctica Conductual como potencial tratamiento para el Tratamiento del Trastorno Bipolar**

Se han identificado estrategias efectivas para el control de los síntomas del trastorno bipolar, tales como ciertos enfoques de terapia cognitiva, medicamentos destinados a estabilizar el estado de ánimo y diversas técnicas de autoayuda. No obstante, para aquellas personas que no han obtenido resultados satisfactorios a través de las opciones terapéuticas convencionales, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) podría ser considerada como parte integral del tratamiento, debido a su enfoque en la desregulación emocional, caracterizada a menudo por una intensidad emocional extrema con una recuperación emocional lenta en personas con trastorno bipolar tipo I.

Un estudio reciente se enfocó en individuos con trastorno bipolar que participaron en un programa de habilidades de TDC en grupo durante 12 semanas, y se encontró que el 88% de los participantes informaron haber experimentado beneficios (Eisner et al., 2017). El estudio evaluó la viabilidad de enseñar estas habilidades a adultos con síntomas residuales del trastorno bipolar y analizó los cambios en su estado de ánimo y bienestar a lo largo del tratamiento, incluyendo un seguimiento a los tres meses tras su conclusión.

Los resultados de esta investigación ofrecen pruebas continuas de la viabilidad de impartir capacitación en habilidades de TDC en un formato grupal. La mayoría de los participantes (88%) que completaron este programa expresaron altos niveles de satisfacción y reportaron beneficios (Eisner et al., 2017). Las mediciones de depresión y manía, realizadas por profesionales de la salud a cargo, se mantuvieron estables desde antes hasta después del tratamiento. La dificultad para lograr reducciones significativas en la depresión podría atribuirse a los bajos niveles de depresión



en el inicio del estudio. Del mismo modo, se observaron efectos mínimos en las mediciones de la manía, según mencionaron los médicos.

Los bajos niveles de síntomas depresivos y maníacos al inicio del estudio se explican por la exclusión de los participantes que estaban experimentando un episodio maníaco o depresivo mayor. Cabe destacar que, para los participantes que continuaron el tratamiento, los síntomas de manía se mantuvieron bajos hasta el final del tratamiento y durante los tres meses de seguimiento. Esto sugiere que el entrenamiento de habilidades grupales de TDC podría haber contribuido a prevenir la recurrencia de síntomas maníacos en estos participantes (Van Meter et al., 2016).

Además, el estudio midió la adquisición de habilidades correspondientes a los módulos impartidos en las sesiones grupales de TDC. Los participantes experimentaron mejoras significativas en la atención plena y la tolerancia a la angustia, y notaron una mejora en su capacidad de regulación emocional y reducción de la reactividad emocional desde antes hasta después del tratamiento. Estas mejoras se mantuvieron en aquellos que completaron las sesiones, lo que concuerda con hallazgos previos relacionados con la aplicación de la TDC al trastorno límite de la personalidad (Kleindienst et al., 2008; Van den Bosch et al., 2005).

La enseñanza de habilidades para la regulación efectiva de las emociones puede contribuir a una mayor sensación de control sobre el entorno. Sin embargo, los cambios en la tolerancia al malestar no se correlacionaron con cambios en las mediciones del estado de ánimo o bienestar. En conjunto, estos resultados brindan evidencia preliminar de que los objetivos centrales del tratamiento de la TDC pueden ser adquiridos por pacientes con trastorno bipolar y resultar beneficiosos para mejorar el estado de ánimo, bienestar y funcionamiento psicosocial (Deckersbach et al., 2012; Williams et al., 2008).



Estos hallazgos se encuentran en línea con un creciente cuerpo de evidencia de ensayos tanto aleatorios como no aleatorios, que respaldan la efectividad del entrenamiento de habilidades grupales de TDC en adultos diagnosticados con depresión y ansiedad (Neacsiu et al., 2014).

No obstante, es importante destacar que este estudio presentó varias limitaciones. Se trató de un estudio abierto, lo que impide atribuir de manera concluyente los efectos observados únicamente a la TDC. La falta de un grupo de control aleatorio dificulta la identificación precisa de los factores responsables de los resultados obtenidos, ya sea la TDC, la medicación, la terapia individual, el curso natural del trastorno bipolar o elementos no específicos de la terapia que van más allá de los aspectos psicológicos. Además, al ser un estudio abierto diseñado para establecer una prueba de concepto y evaluar los efectos del tratamiento, no se utilizó un diseño por intención de tratar. A pesar de que la capacitación en habilidades grupales de TDC se basó en el manual de Linehan, no se llevaron a cabo controles de fidelidad del tratamiento.

En resumen, las personas experimentaron un aumento sustancial en el bienestar psicológico, la tolerancia al malestar y la atención plena. También se observaron notables reducciones en la desregulación emocional y la reactividad emocional. Es fundamental destacar que los síntomas maníacos en pacientes bipolares se mantuvieron bajos desde el tratamiento hasta el seguimiento tres meses después. A pesar de que la terapia cognitivo-conductual solía ser el tratamiento de primera línea para el trastorno bipolar, la TDC ofrece una alternativa eficaz. Los hallazgos actuales respaldan investigaciones previas que indican que es factible adaptar e implementar la TDC en el tratamiento del trastorno bipolar y que esta intervención genera efectos significativos.



### **8.2.2. Técnicas de la Terapia Dialéctica Conductual que ayudan al trastorno bipolar**

Se menciona que las técnicas fundamentales que impulsan la Terapia Dialéctica Conductual ofrecen múltiples enfoques para mejorar diferentes áreas de la vida. La atención plena es una de estas técnicas, proporcionando a las personas con trastorno afectivo bipolar las herramientas para identificar, describir y etiquetar adecuadamente sus emociones, al tiempo que las ayuda a enfocarse en el momento presente (Eskander, 2020).

Cuando un individuo diagnosticado con trastorno bipolar aprende a ser más consciente de sus pensamientos y adquiere habilidades y herramientas para mejorar su comportamiento y regular sus emociones en la vida cotidiana, generalmente experimenta cambios positivos en su capacidad de autocontrol. Esto les brinda confianza y estrategias efectivas para gestionar las emociones angustiantes.

Asimismo, la técnica de tolerancia al malestar o estrés enseña a las personas con trastorno bipolar cómo enfrentar de manera alternativa los impulsos comunes durante un episodio maníaco. Estrategias como la distracción, la aceptación radical y el autocontrol pueden abordar el comportamiento impulsivo que surge de la incapacidad para gestionar emociones intensas.

Por ejemplo, como se menciona en un estudio realizado por Neacsiu y sus colegas en 2014, la identificación de los desencadenantes de deseos de autolesionarse, consumir drogas o alcohol, jugar o gastar en exceso, e incluso el suicidio, permite a las personas con trastorno bipolar utilizar estrategias de manejo de crisis aprendidas previamente, evitando comportamientos destructivos o autolesivos (Neacsiu et al., 2014).

La desregulación emocional, un síntoma común del trastorno bipolar, provoca sentimientos abrumadores y respuestas emocionales negativas. Aprender habilidades de regulación emocional, un componente central de la TDC, permite a las personas con este diagnóstico identificar sus



emociones, etiquetarlas y comprender sus funciones. También aprenden a reducir su susceptibilidad a emociones negativas.

Es fundamental que puedan identificar y aumentar sus emociones positivas, actuando de manera contraria a impulsos emocionales negativos o inapropiados. La capacidad de actuar apropiadamente en lugar de ceder a impulsos emocionales puede ser beneficiosa cuando se trata de episodios de depresión o manía bipolar (Neacsiu et al., 2014).

Finalmente, la eficacia de la TDC ayuda a las personas con trastorno bipolar a mejorar sus relaciones interpersonales. Aquellos que viven con trastorno bipolar suelen enfrentar dificultades en mantener una red de apoyo, ya que los síntomas, como crisis de ira, irritabilidad e impulsividad, pueden socavar estas relaciones (Hanwella et al., 2011). Incluir herramientas interpersonales en el tratamiento basado en la TDC puede ser fundamental para reconstruir vínculos familiares y comunitarios o construir nuevas redes de apoyo. De esta manera, en caso de un episodio maníaco que represente un riesgo para las personas cercanas o para uno mismo, se puede prevenir a través del conocimiento y la atención adecuada.

### **8.3. Descripción de la Propuesta**

La propuesta de la implementación de una Guía para la toma de decisiones clínicas en el tratamiento del trastorno bipolar tipo I en Ecuador a través de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), se centra en el desarrollo de un conjunto de directrices y recomendaciones basadas en la evidencia para ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones informadas y efectivas en el tratamiento y manejo de pacientes con trastorno bipolar tipo I en el contexto ecuatoriano.



#### **8.4. Objetivos de la intervención**

##### **Objetivo general**

Consiste en desarrollar una guía para la toma de decisiones clínicas en el tratamiento del trastorno bipolar tipo I en Ecuador a través de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), que ofrezca un marco estructurado para asistir a médicos, psiquiatras y psicólogos clínicos en la toma de decisiones destinadas a mejorar la atención y el bienestar de los pacientes adultos ecuatorianos con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I.

##### **Objetivos específicos:**

- Elaborar directrices y recomendaciones específicas basadas en la evidencia para abordar enfoques terapéuticos apropiados desde la Terapia Dialéctica Conductual, la secuencia de tratamiento, estrategias de prevención y la atención de las necesidades de la población ecuatoriana con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I.
- Fomentar la difusión de la guía entre los profesionales de la salud en Ecuador mediante la provisión de capacitación y educación para su implementación.

#### **8.5. Población objetivo**

La guía tiene como objetivo proporcionar herramientas estructuradas y basadas en evidencia que ayudarán a profesionales de la salud en Ecuador, incluyendo médicos psiquiatras que diagnostican y tratan a pacientes con trastorno bipolar, psicólogos clínicos que brindan terapia y apoyo a pacientes con este trastorno, y terapeutas, a tomar decisiones clínicas informadas y efectivas durante el diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes con Trastorno Bipolar tipo 1. Además, puede resultar útil para aquellos en la comunidad médica que deseen mantenerse al tanto de las mejores prácticas y avances en el campo.

## 8.6. Actividades de intervención

La implementación de una guía para la toma de decisiones clínicas en el tratamiento del trastorno bipolar tipo I en Ecuador a través de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) requeriría una serie de actividades específicas relacionadas con la adaptación de la TDC a este contexto clínico. A continuación, se presentan las actividades de intervención relevantes:

**Tabla 2.**

*Planificación de actividades de la propuesta de planificación*

Objetivo Específico	Actividades por Objetivo	Inicio	Fin
<b>O.1:</b> Elaborar directrices y recomendaciones específicas basadas en la evidencia para abordar enfoques terapéuticos apropiados desde la Terapia Dialéctica Conductual, la secuencia de tratamiento, estrategias de prevención y la atención de las necesidades de la población ecuatoriana con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I.	A.1.1. Realizar una revisión crítica de la TDC para identificar elementos que necesitan adaptarse a la cultura ecuatoriana y a las especificidades del trastorno bipolar tipo I en esta población.	M0	M0+1
	A.1.2. Crear material didáctico y recursos de apoyo específicos que integren la TDC con las directrices de la guía, esto puede incluir	M1	M1+1

	manuales de terapia, hojas de trabajo, presentaciones, etc.		
	A.1.3. Validación de la guía a través de revisión por pares y consulta con profesionales de la salud.	M2	M2
<b>O.2:</b> Fomentar la difusión de la guía entre los profesionales de la salud en Ecuador mediante la provisión de capacitación y educación para su implementación.	A.1.4. Establecer colaboraciones con hospitales, clínicas y centros de salud para implementar la TDC como parte integral de los servicios de tratamiento del trastorno bipolar.	M2	M2+1
	A.1.5. Proporcionar capacitación especializada en TDC a profesionales de la salud mental en Ecuador.	M3	M3+3
	A.1.6. Ofrecer supervisión y consultoría continua, esto garantiza que los terapeutas estén utilizando la TDC de	M6	M6

manera efectiva y siguiendo las pautas de la guía.

A.1.8. Evaluar el cumplimiento de las directrices de la guía y la mejora de los resultados clínicos. M6 M6+6

*Nota. O = Objetivo; A = Actividad; M = Mes*

### **8.7. Recursos necesarios para implementar la intervención**

La implementación de esta guía requiere un esfuerzo colaborativo que implica diversos recursos. En cuanto a los recursos humanos, se necesitarán profesionales de salud mental para llevar a cabo la terapia y proporcionar supervisión, personal administrativo para coordinar la logística y la documentación, investigadores y asistentes de investigación para estudios y recopilación de datos. Además, la participación activa de pacientes y sus familias en el proceso de adaptación y evaluación es fundamental.

En términos de recursos financieros, se requieren fondos para la adaptación y desarrollo de la guía, capacitación, supervisión, investigación, divulgación y material didáctico. El espacio de capacitación debe contar con instalaciones adecuadas para talleres y cursos de formación. Asimismo, se necesita material de capacitación, que incluye recursos educativos, manuales, presentaciones y material didáctico relacionados con la guía, así como equipos y software para presentaciones y formación en línea si es necesario.

El acceso a datos clínicos es esencial, lo que implica contar con acceso a registros médicos y datos de consultantes para la investigación. Para la divulgación, se requerirá material



promocional y de divulgación para informar a la comunidad médica y la población en general, así como recursos para campañas de concienciación sobre la TDC y su efectividad.

En cuanto a la infraestructura, se necesitan espacios clínicos adecuados para la terapia y la capacitación, así como acceso a Internet. La implementación exitosa requerirá un compromiso sostenido de tiempo y energía por parte de todos los involucrados, desde la adaptación inicial hasta la capacitación, la supervisión, la investigación y la divulgación.

### **8.8. Plan de evaluación de la intervención**

Para evaluar la implementación exitosa de la guía en la práctica clínica se tendrán en cuenta dos aspectos clave. En primer lugar, se analizará el nivel de satisfacción y participación de los consultantes en el proceso de tratamiento. Además, se medirá la adhesión de los profesionales de la salud mental a las directrices de la guía.

En lo que concierne a la implementación de la guía, los indicadores se centrarán en el número de profesionales de la salud que han sido capacitados en su uso, el grado de cumplimiento de las directrices en la práctica clínica y el uso del material de trabajo específico desarrollado para la guía.

Por otro lado, los indicadores relacionados con la satisfacción del consultante se basarán en las encuestas de satisfacción de los pacientes, la percepción de la terapia y la guía, y las opiniones de los pacientes y sus familias sobre el tratamiento.

Respecto a los indicadores de adhesión de los profesionales, se emplearán cuestionarios diseñados para evaluar la percepción y adhesión de los profesionales de la salud a las directrices de la guía.

El seguimiento del cumplimiento de la guía en las prácticas clínicas se llevará a cabo mediante la evaluación de la sintomatología maníaca utilizando escalas clínicas validadas, la



realización de grupos focales antes y después de la implementación de la guía clínica, entrevistas para obtener comentarios detallados y el seguimiento de la evolución clínica de los consultantes a lo largo del tiempo.

Finalmente, se revisarán los expedientes clínicos para verificar el cumplimiento de las directrices de la guía y se mantendrá un registro de datos relacionados con el número de profesionales capacitados y el uso del material de trabajo específico.

### **8.9. Viabilidad**

Esta guía se fundamenta en enfoques terapéuticos eficaces, especialmente la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), que ha demostrado su utilidad en el tratamiento del trastorno bipolar tipo I en diversos lugares. Esto se respalda en el estudio realizado por Eskander en 2020, que confirma la efectividad de esta terapia.

Asimismo, la guía será adaptada minuciosamente para el contexto ecuatoriano, teniendo en cuenta los factores culturales, sociales y de salud locales. Esta adaptación refleja una atención especial a las necesidades y características de la población objetivo.

En este contexto, se llevará a cabo una capacitación sólida para los profesionales de la salud mental en Ecuador, preparándolos de manera exhaustiva para implementar la guía con éxito. Esto garantizará la disponibilidad de un grupo de profesionales capacitados y listos para aplicar las directrices.

Es relevante destacar que se establecerán acuerdos y colaboraciones formales con instituciones de salud, hospitales y clínicas locales que respaldarán la implementación de la guía. Esto demuestra un compromiso institucional con el éxito de la guía. En consonancia, se asegurarán los fondos necesarios para respaldar la implementación de la guía a corto y mediano plazo, garantizando así la sostenibilidad de la intervención.



En caso de contar con datos preliminares que indiquen mejoras en la sintomatología maníaca y la calidad de vida de los consultantes, estos resultados respaldarán la viabilidad de la guía. Esto permitirá establecer un plan sólido de seguimiento y evaluación para medir el impacto de la guía y realizar ajustes en función de los resultados obtenidos.

## **9. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

La implementación de una guía clínica que aborde el trastorno bipolar a través de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) se ha convertido en un tema de creciente interés en el ámbito de la salud mental. Esta estrategia terapéutica, que amalgama elementos de terapia cognitivo-conductual con enfoques de mindfulness y aceptación, representa una aproximación innovadora y prometedora para el tratamiento de una afección tan compleja como el trastorno bipolar. A continuación, nos centraremos en analizar la discusión en torno a los resultados y desafíos que surgirán de la implementación de esta guía clínica, además de resaltar las conclusiones clave que se desprenden de la evidencia y la experiencia clínica. Asimismo, proporcionaremos recomendaciones pertinentes para guiar futuras investigaciones y prácticas clínicas en este ámbito crítico de la salud mental.

### **Discusión**

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) ha demostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno bipolar tipo I en contextos internacionales. La adaptación cultural que se llevará a cabo en esta guía la hace relevante y aplicable a la población ecuatoriana. Por otro lado, la capacitación de profesionales de la salud mental en Ecuador será integral y sólida, preparándolos de manera efectiva para implementar la guía de TDC en el tratamiento de pacientes con trastorno bipolar tipo I.



Teniendo en cuenta la participación activa de pacientes y sus familias en el desarrollo de la guía, un aspecto fundamental para garantizar que se aborden sus necesidades y preocupaciones, es probable que la guía sea bien recibida y percibida como beneficiosa por aquellos a quienes está destinada.

En lo que respecta a los datos preliminares, estos indicarán resultados que respalden la efectividad de la TDC en el contexto ecuatoriano en individuos con bipolaridad tipo I.

Para concluir, la implementación de un plan de seguimiento y evaluación sólido demuestra un enfoque a largo plazo y un compromiso con la mejora continua. Esto es esencial para garantizar que la guía se mantenga actualizada y efectiva en la atención de los consultantes con trastorno bipolar.

### **Conclusiones**

La implementación de la guía para el tratamiento del trastorno bipolar tipo I a través de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en Ecuador se revela como una estrategia tanto viable como efectiva. La adaptación cultural de la TDC y la capacitación de los profesionales de la salud sientan las bases para brindar una atención de calidad, respaldada por la evidencia. La participación activa de los pacientes y sus familias fortalecerá la relevancia y aceptación de la guía en el contexto ecuatoriano. Los resultados preliminares positivos apuntan al potencial de la guía para mejorar la sintomatología maníaca y la calidad de vida de los consultantes. El compromiso con el seguimiento y la evaluación garantiza una mejora continua y la adaptación de la guía en consonancia con los resultados.

### **Recomendaciones**

A la luz de las conclusiones previamente discutidas, se plantea una hoja de ruta para la exitosa implementación de la guía en el ámbito de la salud mental en Ecuador. Estas



recomendaciones trazan un camino para la optimización de la atención destinada a las personas con trastorno bipolar tipo I, empleando la Terapia Dialéctica Conductual (TDC). Las directrices propuestas subrayan la importancia de un enfoque constante y colaborativo en tanto se implementa y evalúa la guía, con el propósito de elevar la calidad de vida de los pacientes y asegurar una atención fundamentada en evidencia y adecuada a sus necesidades. Estas sugerencias representan un significativo avance hacia la excelencia en la prestación de servicios de salud mental en el contexto ecuatoriano.

Asimismo, se recomienda el seguimiento continuo y la evaluación a lo largo del tiempo, haciendo uso de indicadores clínicos y de satisfacción del consultante. Se insta a mantener una dedicación constante a la capacitación de los profesionales de la salud y a supervisar la aplicación de la TDC en el tratamiento del trastorno bipolar. La retroalimentación constante con los pacientes y sus familias es vital para adaptar la guía según sus necesidades y experiencias. Promover la concienciación y la difusión de la TDC y la guía entre los consultantes con trastorno bipolar, así como entre un mayor número de profesionales de la salud y pacientes en todo el país, es un objetivo esencial. Fomentar la colaboración con expertos y la participación en redes de intercambio de conocimientos en el ámbito de la TDC y el trastorno bipolar es una parte fundamental del proceso. La implementación de la guía se vislumbra como una estrategia prometedora y viable, con un potencial significativo para mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno bipolar tipo I en Ecuador. Para garantizar su éxito continuo, es crucial mantener el compromiso con la mejora continua y fomentar la colaboración activa en este empeño.

### **9.1. Implicaciones de los resultados esperados para la investigación y la práctica clínica**

A lo largo de esta investigación, se ha observado que hasta el año 2022, no existe una base sólida en la literatura científica que respalde el empleo de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC)



como tratamiento principal para episodios maníacos en el Trastorno Bipolar (TB). No obstante, la discusión de los resultados de esta investigación lleva a la consideración de que la confirmación de la eficacia de la TDC en el tratamiento de episodios maníacos en el trastorno bipolar conlleva varias implicaciones.

En primer lugar, la diversificación de las opciones de tratamiento; es decir, la inclusión de la TDC como un enfoque efectivo para los episodios maníacos, ampliaría las alternativas terapéuticas disponibles para las personas con TB. Esto podría ser especialmente beneficioso para aquellos que no responden adecuadamente a los tratamientos farmacológicos tradicionales o que buscan un enfoque terapéutico complementario.

Del mismo modo, se resaltaría la importancia de la terapia psicoterapéutica; dado que la terapia farmacológica es fundamental en el tratamiento del trastorno bipolar, pero las terapias psicoterapéuticas también desempeñan un papel relevante en la estabilización del estado de ánimo, la prevención de recaídas y la mejora de la calidad de vida. Si se demostrara la eficacia de la TDC, se enfatizaría la necesidad de abordar los aspectos psicológicos y emocionales de la enfermedad en la práctica clínica.

A su vez, se haría hincapié en la personalización del tratamiento; en vista de que la investigación que respalde la TDC para el trastorno bipolar sugeriría la necesidad de un enfoque más individualizado en la atención clínica. Dado que no todos los consultantes responderían de la misma manera a la TDC, sería vital evaluar y ajustar el tratamiento según las necesidades individuales.

La introducción de un nuevo enfoque terapéutico requeriría capacitación especializada para los profesionales de la salud mental. La formación en TDC sería esencial para garantizar que los terapeutas estén debidamente preparados para ofrecer este tipo de tratamiento a personas con TB.



No obstante, es fundamental destacar que cualquier modificación en la práctica clínica basada en resultados de investigación debe ser respaldada por múltiples estudios y revisión de expertos antes de su adopción generalizada.

Hasta que exista evidencia sólida que respalde la eficacia de la TDC en el tratamiento de episodios maníacos en el trastorno bipolar, los enfoques de tratamiento establecidos, como la farmacoterapia, seguirán siendo el estándar de atención en la práctica clínica.

## **9.2. Fortalezas y limitaciones de la propuesta de investigación y de la propuesta de intervención**

La propuesta de investigación sobre la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en adultos ecuatorianos con trastorno bipolar tipo I presenta diversas fortalezas significativas. En primer lugar, esta investigación es altamente relevante desde una perspectiva clínica, ya que podría proporcionar información valiosa sobre un enfoque terapéutico potencialmente beneficioso en el tratamiento del trastorno bipolar tipo I. Esto podría enriquecer las opciones de tratamiento disponibles y beneficiar a aquellos pacientes que no responden adecuadamente a las terapias convencionales. Además, la investigación original en esta área podría contribuir a la literatura científica y servir como base para futuras investigaciones y práctica clínica relacionada con el trastorno bipolar.

Las fortalezas también se aplican a la propuesta de intervención, que busca implementar una guía basada en la TDC en el tratamiento del trastorno bipolar tipo I en Ecuador. La implementación de esta guía tiene el potencial de mejorar significativamente la atención clínica al proporcionar un enfoque estructurado y basado en evidencia. La TDC, al centrarse en aspectos de regulación emocional y habilidades de afrontamiento, podría ser especialmente beneficiosa para los pacientes con trastorno bipolar. Además, al abordar no solo los síntomas maníacos, sino



también otros aspectos del trastorno, la propuesta de intervención podría contribuir a la investigación en el campo y mejorar la práctica clínica en el tratamiento del trastorno bipolar tipo I en Ecuador, lo que representaría un avance importante hacia una atención más efectiva y centrada en el paciente en esta población.

Por otro lado, la propuesta de investigación se enfrenta a varias limitaciones: Una de las principales preocupaciones radica en la posible dificultad para generalizar los resultados a otras poblaciones o culturas debido a las diferencias culturales y socioeconómicas en Ecuador. Además, reclutar una muestra representativa de pacientes con trastorno bipolar tipo I en este contexto podría resultar complicado, dado que se trata de un trastorno que en la mayoría de los casos no se diagnostica correctamente. La medición precisa de los síntomas maníacos y la evaluación de la eficacia de la TDC también pueden ser retos, dadas las variaciones en la presentación de los síntomas y las fluctuaciones en el estado de ánimo de los pacientes.

Del mismo modo, las limitaciones que conlleva la aplicación de la propuesta de intervención se relacionan con la viabilidad de la implementación, la cual podría requerir recursos considerables, incluida la capacitación y el financiamiento. Esto podría ser un desafío en entornos clínicos con recursos limitados. Asimismo, la aceptación de la terapia por parte de los pacientes podría variar, ya que algunos pacientes pueden preferir otros enfoques terapéuticos o pueden encontrar obstáculos en la adhesión a la TDC. Por último, es crucial considerar la adaptación cultural de la TDC para asegurar su eficacia en el contexto ecuatoriano. Sin una adecuada adaptación a factores culturales, la terapia podría no ser tan efectiva como se espera. A pesar de estas limitaciones, la propuesta de intervención tiene el potencial de mejorar sustancialmente la atención clínica al proporcionar un enfoque basado en evidencia que aborda no solo los síntomas maníacos, sino también otros aspectos del trastorno bipolar tipo I. Esto podría contribuir al avance



de la investigación y mejorar la práctica clínica en el tratamiento del trastorno bipolar en Ecuador, lo que podría ser un paso importante hacia una atención más efectiva y centrada en el paciente.

### **9.3. Conclusiones generales tras desarrollar la propuesta de investigación y la propuesta de intervención**

La propuesta de investigación sobre la utilidad de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para mitigar los episodios maníacos en adultos ecuatorianos con trastorno bipolar conlleva considerar varios aspectos fundamentales. En primer lugar, el trastorno bipolar es una afección de salud mental significativa que afecta a numerosas personas en Ecuador y a nivel global. La búsqueda de tratamientos efectivos respaldados por evidencia es esencial, y la TDC se perfila como una opción prometedora que merece ser explorada, dado su historial de eficacia en el tratamiento de trastornos relacionados con la regulación emocional, como el trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, es necesario evaluar su utilidad específica en el tratamiento de episodios maníacos en el trastorno bipolar, especialmente en la población ecuatoriana.

Además, es crucial tener en cuenta el contexto cultural ecuatoriano al desarrollar tanto la investigación como la propuesta de intervención. Las creencias, valores y prácticas culturales pueden influir en la aceptación y efectividad de la TDC. En este sentido, la creación de una guía basada en la TDC requerirá la adaptación de los principios de esta terapia al contexto ecuatoriano y a las necesidades específicas de las personas con trastorno bipolar tipo I. Esta propuesta de intervención debe incluir un plan para evaluar su efectividad a lo largo del tiempo, estableciendo criterios de éxito y midiendo los resultados para determinar si la guía basada en la TDC está teniendo un impacto positivo en la reducción de episodios maníacos.

Asimismo, es importante considerar la efectiva difusión de los resultados de la investigación y de la guía de intervención tanto en la comunidad científica como en la práctica



clínica. Esto puede contribuir a mejorar el tratamiento del trastorno bipolar en Ecuador y en otros lugares. La investigación sobre la utilidad de la TDC en el trastorno bipolar y la propuesta de intervención para implementar una guía basada en esta terapia representan un esfuerzo significativo para abordar una necesidad importante en la salud mental. Sin embargo, se requiere un enfoque meticuloso y colaborativo para asegurar que los resultados sean beneficiosos y aplicables en el contexto ecuatoriano.

#### **9.4. Recomendaciones o propuestas**

La implementación de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) como enfoque terapéutico para el tratamiento del trastorno bipolar tipo I en el contexto ecuatoriano es un paso importante en el campo de la salud mental. La relevancia de esta propuesta radica en la necesidad de diversificar las opciones de tratamiento disponibles para las personas afectadas por esta condición. La TDC, basada en la regulación emocional y el desarrollo de habilidades de afrontamiento, ofrece un enfoque novedoso que podría complementar las terapias convencionales y beneficiar a aquellos que no responden bien a los tratamientos farmacológicos tradicionales.

La adaptación cultural de la TDC para el contexto ecuatoriano es esencial. Las creencias, valores y prácticas culturales influyen en la percepción de la enfermedad y en la aceptación de enfoques terapéuticos. Por lo tanto, es fundamental considerar estas dimensiones culturales en el diseño de la intervención y la investigación.

La creación de una guía basada en la TDC debe ser meticulosa y personalizada. Cada paciente es único y puede requerir un enfoque terapéutico adaptado a sus necesidades individuales. Esto implica una formación especializada para los profesionales de la salud mental, lo que garantizará que estén preparados para brindar un tratamiento efectivo.



La viabilidad económica de la implementación de la TDC en el sistema de salud ecuatoriano debe ser evaluada cuidadosamente. Un análisis de costos y beneficios proporcionará información sobre la inversión requerida y los beneficios potenciales de esta estrategia terapéutica.

El seguimiento y la evaluación continua son cruciales. Un sistema que permita ajustar y mejorar la intervención en función de los resultados y la retroalimentación asegurará la efectividad a lo largo del tiempo.

Para concluir, la implementación de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en el tratamiento del trastorno bipolar tipo I en Ecuador representa un desafío significativo que involucra la adaptación cultural, la capacitación, el análisis económico y un seguimiento constante. Sin embargo, también abre una ventana de oportunidad para mejorar la atención clínica y contribuir al progreso en el campo de la salud mental en este contexto. En última instancia, el establecimiento de un sistema de seguimiento y evaluación constante que permita ajustar tanto la investigación como la intervención en función de los resultados y la retroalimentación es esencial para garantizar la minuciosa documentación de todo el proceso de investigación e implementación, lo que a su vez facilitará la compartición de experiencias y lecciones aprendidas con la comunidad científica y los profesionales de la salud.

La investigación y la implementación de nuevas terapias y enfoques terapéuticos son procesos que requieren tiempo y esfuerzo. En este campo, la colaboración, la adaptación y la ética son pilares fundamentales para alcanzar el éxito.

## **10. REFERENCIAS**

Akiskal, H. S., & Tohen, M. (1ª ed.). (2007). *Bipolar psychopharmacotherapy: caring for the patient*. (H. Akiskal & T. M, Eds.). Wiley.



- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Black, R., & Penn, A. (2022). *Psychosocial treatment options for bipolar disorder include cognitive-behavioral therapy (CBT), interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT), and family-focused therapy. How do these therapies compare?* Health Central Corporation.  
<https://www.psycom.net/bipolar-psychosocial-treatment>
- Cerecedo, M., Combarro J., Muñiz Severino y Rodríguez-Arias J. (2006). *Trastorno Bipolar guía clínica*. Fistera. <https://www.fistera.com/>
- Deckersbach, T., Hölzel, B., Eisner, L., Stange, J., Peckham, A., Dougherty, D., Rauch, S., Andrew, S., & Nierenberg. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Nonremitted Patients with Bipolar Disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics*.  
<https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00236.x>
- Eisner, L., Eddie, D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A., & Deckersbach, T. (2017). Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *PubMed Central*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.006>
- Elboga, G., & Sayiner, Z. A. (2018). Rare cause of manic period trigger in bipolar mood disorder: testosterone replacement. *BMJ Case Reports*. PubMed. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-225108>
- Eskander, N., Emamy, M., Saad-Omer S., Khan, F., & Jahan, N. (2020). The Impact of Impulsivity and Emotional Dysregulation on Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Pubmed Central*. <https://doi.org/10.7759/cureus.9581>
- Fox, A. S., Regina, C. L., Shackman, A. J., & Davidson, R. J. (Eds.). (2018). *The Nature of Emotion* (Segunda edición). pp. 6-43.



- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Goodwin, F. K., & Jameson, K. R. (2<sup>a</sup> ed.). (2007). *Manic-Depressive Illness*. Oxford University Press.
- Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2008). Integrating Dialectical Behavior Therapy and Prolonged Exposure to Treat Co-Occurring Borderline Personality Disorder and PTSD: Two Case Studies. [Article submitted for publication]. *Cognitive and Behavioral Practice ResearchGate*, 15(3):263-276. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.08.006>.
- Hanwella, R., de Silva, V.A. (2011). Signs and symptoms of acute mania: a factor analysis. *BMC Psychiatry*. 11, 137 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-137>
- Kellner, C. H., Fink, M., Knapp, R., Petrides, G., Husain, M., Rummans, T., ... & Sampson, S. (2010). Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *American Journal of Psychiatry, PubMed*, 167(3), 345-350. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.977>
- Kleindienst, N., Limberger, M., Schmahl, C., Steil, R., Ebner-Priemer, U., & Bohus, M. (2008). Do improvements after inpatient dialectical behavioral therapy persist in the long term? A naturalistic follow-up in patients with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Diseases, PubMed*. 196(11), 847–851. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31818b481d>
- Koukopoulos, A., Sani, G., Koukopoulos, A. E., Albert, MJ, Girardi, P., & Tatarelli, R. (2006). Endogenous and exogenous cyclicity and temperament in bipolar disorder: Review, new data, and hypotheses. *PubMed*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.08.031>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.



- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, PubMe*, 63(7), 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- Maj, M., Hagop S., López-Ibor, J., & Sartorius, N. (2017). *Bipolar Disorders*. Libros-Doc.
- McIntyre, RS. (2018). Is obesity changing the phenotype of bipolar disorder from predominately euphoric toward mixed presentations?. *Bipolar Disord, PubMed*, 20(8):685–6. <https://doi.org/10.1111/bdi.12717>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. [MSP]. (2014). *Guía de Intervención para trastornos mentales y por el uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Comisión de Salud Mental de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios. <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/promo/ambulatorio/supervision/GU%C3%8DA%20DE%20INTERVENCION%C3%93N%20MHGAP.pdf>
- Murray, G., Goldstone, E., & Cunningham, E. (2007). Personality and the predisposition(s) to bipolar disorder: Heuristic benefits of a two-dimensional model. *Bipolar Disorders. APA PsycNet*, 9(5), 453–461. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00456.x>
- National Institute of Mental Health. (2023). Bipolar Disorder. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/helping->



children-and-adolescents-cope-with-disasters-and-other-traumatic-events/helping-children-and-adolescents-cope-with-traumatic-events.pdf

Neacsiu, A., Eberle, J., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther, PubMed*, 59:40-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*, <https://icd.who.int/browse11>

Ortiz, A., Bradler, K., Hintze, A. (2018). Episode forecasting in bipolar disorder: Is energy better than mood? *Bipolar Disorders, PubMed*, 20(5), 470 - 476. <https://doi.org/10.1111/bdi.12603>

Organización Panamericana de Salud. [OPS]. (2017). *Informe sobre el sistema de salud mental en Ecuador*. <http://www.who.int/mentalhealth/ecuadorwhoaimsreport.pdf>

Perugi G, Hantouche E, Vannucchi G. (2017). Diagnosis and Treatment of Cyclothymia: The "Primacy" of Temperament. *Curr Neuropharmacol, PubMed*, 15(3), 372–379. <https://doi.org/10.2174/1570159X14666160616120157>

Romo, G. (2015). *Trastorno Bipolar: Una guía para el paciente y su familia*. Editorial Lectorium.

Scott, J., Murray, G., Henry, C., Morken, G., JAMA, E. S. (2018). Activation in bipolar disorders: a systematic review. *JAMA Psychiatry, PubMed*, 75(5), 477–485. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3459>

Van den Bosch, L, Koeter, M., Stijnen, T., Verheul, R., & Van den Brink, W. (2005). Sustained effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Behavioral research and therapy, *Behav Res Ther, PubMed*, 43(9), 1231–1241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.09.008>



Van Meter, A., Burke, C., Youngstrom, E., Faedda, G., & Correll, C. (2016). The Bipolar Prodrome: Meta-Analysis of Symptom Prevalence Prior to Initial or Recurrent Mood Episodes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, PubMed*, 55(7), 543–555. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.017>

Williams, J., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M., Duggan, D., Hepburn, S., & Goodwin, G. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord, PubMed*, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.022>

Yatham LN, Kusumakar V, Calabrese JR, Rao R, Scarrow G, Kroeker G. (2002). Third generation anticonvulsants in bipolar disorder: a review of efficacy and summary of clinical recommendations. *J Clin Psychiatry, PubMed*, 63(4):275-83. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n0402>