



Psicoeducación en trastorno afectivo bipolar: Una revisión sistemática de alcance

Autor:

Daniel Enrique Florez Niño

Director

Dr. Juan Fernando Cano

Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Especialista en Psiquiatría

Bogotá, Colombia

2025

Psicoeducación en trastorno afectivo bipolar: Una revisión sistemática de alcance

Autor

Daniel Enrique Florez Niño

Tutores

Juan F Cano R

Rodrigo Nel Córdoba

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Programa de psiquiatría

Universidad del Rosario

Bogotá, Colombia

2025

Identificación del proyecto

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Escuela de medicina y ciencias de la salud

Título de la investigación: Psicoeducación en trastorno afectivo bipolar: una revisión sistemática de alcance

Instituciones participantes: Clínica Nuestra Señora de la Paz

Tipo de investigación: Revisión sistemática de alcance

Investigador principal: Daniel Enrique Florez Niño

Investigadores asociados: Bibiana Briceño, Victoria Castañeda Amashta, Laura Camila Cardenas

Asesor clínico o temático: Rodrigo Nel Cordoba

Asesor metodológico: Juan Fernando Cano

1. Resumen ejecutivo	6
2. Antecedentes	7
3. Pregunta de investigación	11
4. Objetivos	12
5. Metodología	12
5.1 <i>Criterios de inclusión</i>	13
5.1.1 <i>Tipo de estudio</i>	13
5.1.2 <i>Concepto</i>	13
5.1.3 <i>Contexto</i>	14
6. Tipo de fuentes	14
6.1 <i>Estrategia de búsqueda</i>	14
6.1.1 <i>Búsqueda manual</i>	15
6.2 <i>Extracción de resultados</i>	15
6.3 <i>Análisis estadístico</i>	16
7. Aspectos éticos	16
8. Resultados	17
8.1 <i>Proceso de selección</i>	17
8.2 <i>Estrategia de búsqueda</i>	18
8.3 <i>Características de los estudios</i>	18
8.4 <i>Características de la población</i>	22
8.5 <i>Características de las intervenciones</i>	24
9. Discusión	30
9.1 <i>Estructuras y componentes de las intervenciones</i>	31
9.2 <i>Modalidades de intervención</i>	31
9.3 <i>Efectividad de la psicoeducación</i>	32
9.4 <i>Contexto latinoamericano</i>	33
9.5 <i>Limitaciones y retos</i>	34
10. Conclusiones	36
11. Implicaciones para investigación	38
12. Implicaciones para la práctica	38
13. Conflicto de intereses	38
14. Referencias	39
15. Anexos	40
<i>Anexo 1. Estrategias de búsqueda</i>	40
<i>Anexo 2. Tabla de variables</i>	41
<i>Anexo 3. Tabla de extracción de datos</i>	41

AUTORES:

Daniel Florez MD, Residente de psiquiatría, Universidad Del Rosario. Miembro Semillero Investigación en Salud Mental Universidad del Rosario (SOMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. daniel.florez@urosario.edu.co

Bibiana Briceño Patiño, MD, Residente de psiquiatría, Universidad Del Rosario. MSc en Epidemiología, Universidad CES, Colombia. Coordinadora del Semillero Investigación en Salud Mental Universidad del Rosario (SOMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. bibiana.briceno@urosario.edu.co

Victoria Maria Castañeda Amashta MD, MD, Residente de psiquiatría, Universidad Del Rosario. Estudiante MSc en Epidemiología, Universidad CES, Colombia. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. victoria.castaneda@urosario.edu.co

Laura Camila Cardenas Fernandez, MD, Residente de psiquiatría, Universidad Del Rosario. Miembro Semillero Investigación en Salud Mental Universidad del Rosario (SOMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. lauracam.cardenas@urosario.edu.co

TUTORES

Juan F. Cano MD, Psiquiatra Universidad de Antioquia, MSc. Epidemiología Clínica Pontificia Universidad Javeriana, Candidato a PhD en Investigación Clínica Universidad del Rosario. Director Semillero Investigación en Salud Mental Universidad del Rosario (SOMA), Director Centro Rosarista de Salud Mental (CeRSaMe), Profesor asistente de carrera, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS), Universidad del Rosario. juanf.cano@urosario.edu.co

Rodrigo Nel Cordoba MD, Psiquiatra Universidad del Rosario. Especialista en Psiquiatría (Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Departamento de Psiquiatría). Especialista en Docencia Universitaria (Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Departamento de Psiquiatría). Profesor Asociado de Carrera (Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Departamento de Psiquiatría). Fundador de Grupo CISNE Bogotá, Colombia. Fue presidente de la Asociación Psiquiátrica de Colombia y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Actualmente es profesor e investigador en la Universidad del Rosario de Bogotá. rodrigo.cordoba@urosario.edu.co

1. Resumen ejecutivo

Introducción: El trastorno afectivo bipolar (TAB) es una enfermedad crónica que afecta la funcionalidad y genera altos costos sociales y sanitarios. Entre las intervenciones psicosociales, la psicoeducación brinda herramientas para entender la enfermedad, adherirse al tratamiento y prevenir recaídas.

Objetivo: Describir la evidencia de la última década sobre programas de psicoeducación para TAB dirigidos a pacientes y cuidadores.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática basada en PRISMA-ScR. Se buscaron estudios en LILACS, PubMed y Scopus y se seleccionaron 63 trabajos sobre estrategias educativas para personas con TAB y sus familiares.

Resultados: Las intervenciones identificadas incluyen programas grupales, presenciales e individuales, talleres familiares y modalidades digitales. Las intervenciones grupales estructuradas son las más investigadas y consisten en encuentros que abordan conocimiento del trastorno, manejo farmacológico y estrategias de afrontamiento. Estas estrategias se asocian con reducción de síntomas afectivos, prolongación del tiempo hasta la recaída, disminución de hospitalizaciones y mayor adherencia al tratamiento. También se reportan mejoras en calidad de vida, funcionamiento global y apoyo familiar, especialmente cuando participan activamente los cuidadores.

Conclusión: La evidencia respalda la psicoeducación como pilar del tratamiento del TAB, en combinación con abordajes farmacológicos, y sugiere que podría integrarse en políticas de salud mental en Colombia y otros países de ingresos medios. Futuras investigaciones deberían estandarizar componentes, evaluar formatos digitales a largo plazo, incorporar desenlaces centrados en el paciente y generar evidencia local para contextos comunitarios.

2. Antecedentes

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es una enfermedad mental crónica que se caracteriza por cambios extremos en el estado de ánimo, que van desde episodios depresivos hasta episodios maníacos (1).

Desde el punto de vista epidemiológico, el TAB afecta a un número significativo de personas en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que el TAB afecta aproximadamente al 2% de la población mundial (2). Sin embargo, las tasas de prevalencia pueden variar según el país y los criterios diagnósticos utilizados. Además, se ha observado que el TAB tiende a presentarse con mayor frecuencia en personas con antecedentes familiares de la enfermedad (2). En latinoamérica se estima que el TAB presenta 1.37% de años de vida perdidos por discapacidad (APD), y parece adoptar un patrón subregional: todos los países de la Centroamérica continental están por encima del promedio por países y del total regional de 1,4%, mientras que tanto Canadá como Estados Unidos están por debajo del total (1,3% y 1,2%, respectivamente) (3). El intervalo va de 1,1% del total de APD en las Islas Vírgenes a 1,7% en Nicaragua (3). En Colombia la prevalencia de TAB I se estima en el 1,3% y la de TAB II, en el 0,2%, con una fuerte asociación con factores de adversidad psicosocial (4).

Usualmente, su aparición es a finales de la adolescencia e inicios de la adultez temprana, con una edad promedio de 25 años, y entre más temprano sea el inicio de la enfermedad, más gravedad de los síntomas depresivos, mayor tasa de consumo de sustancias y de ansiedad comórbida (5). Además, suelen tener un retraso más prolongado en el inicio del tratamiento (5).

Los hombres tienen mayor riesgo de muerte por suicidio 0,366 por 100.000 personas/año que las mujeres 0,217 por 100.000 personas/año. Aproximadamente el 43% de los pacientes con TAB presentan ideación suicida, el 21% tiene un plan de suicidio estructurado y el 16% presentan un intento suicida en el último año (5).

Existen diversos factores de riesgo como el riesgo genético que demuestra que tener un familiar en primer grado con TAB aumenta el riesgo en 5-10% y se han encontrado

diversos polimorfismos que podrían estar relacionados con la enfermedad; factores de riesgo prenatales como infecciones virales, consumo de tabaco y estresores psicosociales en la madre; factores postnatales como abuso, maltrato y negligencia; otras como patologías asociadas como asma, migraña, esclerosis múltiple (6).

En cuanto a la fisiopatología del TAB, se cree que existe una interacción compleja entre factores genéticos, bioquímicos y ambientales. Diversos estudios genómicos han identificado genes específicos implicados en el trastorno afectivo bipolar (7). Entre los genes de canales iónicos se destaca CACNA1C y el gen SCN2A (7). En cuanto a la plasticidad sináptica y la señalización neuronal, genes como ANK3, NCAN, ODZ4, DGKH y TRANK1 participan en la organización de canales en el axón, la adhesión neuronal y la regulación de vías fosfoinositol, y sus variantes se han asociado al riesgo de TAB (7). Otras vías implican genes de neurotransmisión y transporte como GRIN2A, HTR6 y MCHR1, que codifican receptores de glutamato, serotonina y melanocortina, respectivamente, y han sido priorizados en análisis de asociación eQTL y GWAS (7). A nivel bioquímico, se ha observado que las personas con TAB presentan desequilibrios en los neurotransmisores del cerebro, especialmente la serotonina, la norepinefrina y la dopamina (8). Estos neurotransmisores desempeñan un papel crucial en la regulación del estado de ánimo, y las alteraciones en su funcionamiento pueden contribuir a la aparición de los síntomas del TAB (8). Además, se ha observado que factores ambientales, como el estrés crónico o los eventos traumáticos, pueden desencadenar o exacerbar los episodios del TAB (8). Los cambios en los patrones de sueño, los desencadenantes emocionales y los desequilibrios en los ritmos circadianos también se han asociado con la enfermedad (8).

Su diagnóstico se realiza mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y sus criterios, que incluyen un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, acompañado de un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía orientada a un objetivo; aumento de la autoestima o sentimientos de grandeza; disminución de la necesidad de dormir; facilidad para la distracción; incremento de la actividad dirigida a objetivos; participación excesiva en actividades con alto riesgo de consecuencias dolorosas o, en la fase opuesta, un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, una disminución importante del interés o

el placer por casi todas las actividades, una pérdida o aumento significativo de peso sin hacer dieta, insomnio o hipersomnias, fatiga o pérdida de energía y pensamientos recurrentes de muerte (9).

El tratamiento del trastorno afectivo bipolar es complejo y multidisciplinario, el cual involucra diferentes enfoques terapéuticos y farmacológicos. El objetivo principal del tratamiento es estabilizar el estado de ánimo, reducir la frecuencia e intensidad de los episodios y mejorar su calidad de vida. El enfoque integral del tratamiento incluye la terapia farmacológica, psicoterapia y otras medidas de apoyo (10).

Con el paso del tiempo y a través de diversos estudios, se ha dilucidado que la farmacoterapia por sí sola no puede prevenir las recurrencias del trastorno bipolar ni aliviar por completo los síntomas posteriores al episodio o el deterioro funcional, por lo que se ampliaron los horizontes en búsqueda de terapias alternativas como la psicoterapia.

Dentro de sus opciones terapéuticas no farmacológicas existen diversas formas de abordar y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Entre estas opciones se encuentra la psicoterapia, en donde se incluyen a la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia centrada en la familia, la terapia de ritmo interpersonal y social (IPSRT) y la psicoeducación grupal (11).

Sin embargo, las intervenciones psicoterapéuticas no son efectivas para muchos pacientes con trastorno bipolar, lo que indica la importancia de examinar qué componentes de la terapia (estrategias, técnicas o formatos) son esenciales para mejorar la efectividad clínica y prevenir múltiples y constantes recaídas (11).

Esta revisión sistemática de la literatura tiene como objetivo sintetizar la evidencia de los ensayos clínicos para que las opciones de tratamiento puedan compararse entre sí, para esclarecer cuáles de las opciones de psicoeducación son probablemente mejor adaptadas a la población colombiana.

La psicoeducación es una estrategia de intervención basada en proporcionar a los pacientes y/o familiares información sobre el trastorno para mejorar su comprensión y permitir la identificación temprana de signos de alerta y cambios de humor, mejorando la adherencia al

tratamiento (12). Las estrategias psicoeducativas en trastorno afectivo bipolar podrían promover la frecuencia de nuevos episodios de humor y la adherencia a la medicación (13).

El objetivo central de la psicoeducación es fomentar una justificación clara para que las personas con trastorno bipolar busquen, cumplan y permanezcan en el tratamiento (14). Se centran en capacitar a un individuo para que comprenda mejor su enfermedad, reconozca y maneje los síntomas, resuelva situaciones estresantes y cumpla con la farmacoterapia. Puede administrarse individualmente o en formato grupal o, más recientemente, de forma remota a través de un teléfono, teléfono inteligente o plataforma web (15). Todas las psicoterapias basadas en evidencia incluyen al menos una cantidad modesta de psicoeducación, lo que sugiere que es un elemento terapéutico central común en todas las intervenciones para el trastorno bipolar (13).

El objetivo de la psicoeducación individual es ayudar a los pacientes a identificar los síntomas prodrómicos de las crisis y responder a estos con un "plan de acción". Este tipo de psicoeducación se asoció con una extensión significativa del tiempo hasta la primera recaída maníaca, una reducción en el número de recaídas maníacas y una mejora del funcionamiento social y ocupacional durante 18 meses (13).

La psicoeducación grupal a menudo se centra en el cumplimiento del tratamiento, la concienciación sobre las enfermedades, la detección temprana y la regularidad del estilo de vida. Y se asoció con un tiempo significativamente más largo hasta la recurrencia, menos recaídas y hospitalizaciones, y estancias hospitalarias más cortas (14).

Javadpour y sus colegas descubrieron que, en comparación con el tratamiento habitual, ocho sesiones de psicoeducación grupal se asociaron con una mejora significativamente mayor en todas las áreas de la calidad de vida, menos recaídas y síntomas afectivos y una mayor adherencia a la medicación durante 18 meses (16).

A pesar del creciente desarrollo de estrategias psicoeducativas para el trastorno afectivo bipolar en diferentes regiones, persiste una brecha de conocimiento en torno a qué componentes son más efectivos, cómo estandarizarlos y cuál es su aplicabilidad en contextos diversos. La evidencia disponible está dispersa en múltiples estudios con diseños y poblaciones heterogéneas y, además, en América Latina y particularmente en Colombia, la literatura es escasa. Esta carencia obstaculiza la formulación de guías basadas en evidencia y limita la implementación de programas adaptados a la realidad nacional. Por ello, es necesario sintetizar de forma sistemática la evidencia global y contextualizarla para identificar recomendaciones pertinentes para el país.

Justificación: Las investigaciones sobre psicoeducación en trastorno afectivo bipolar presentan una notable heterogeneidad en términos de enfoques terapéuticos, formatos de entrega y desenlaces evaluados. Esta variabilidad impide comparar los programas entre sí y dificulta establecer recomendaciones claras para la práctica clínica. Además, no existe un estándar unificado para describir las intervenciones ni un consenso sobre qué elementos son esenciales, lo que complica la aplicación de los hallazgos a contextos específicos. En Colombia y América Latina, la evidencia local es prácticamente inexistente, lo que obliga a extrapolar resultados de estudios realizados en otras regiones, con posibles limitaciones de validez externa. Ante este panorama, una revisión sistemática de alcance (scoping review) es la metodología adecuada para mapear la literatura disponible, identificar la heterogeneidad y las lagunas de conocimiento, y ofrecer una base sólida para futuras investigaciones y adaptaciones culturales.

3. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las estrategias de psicoeducación que cuentan con evidencia disponible para ser empleadas en pacientes con trastorno afectivo bipolar?

P: Pacientes con trastornos bipolar y/o sus familiares/cuidadores.

C: Estrategias de psicoeducación (definidas como acciones estructuradas para informar, entrenar o desarrollar habilidades sobre la ansiedad: contenidos educativos, componentes

cognitivos/conductuales, materiales de apoyo, formato presencial/digital, individual/grupal).

C: Cualquier ámbito asistencial o comunitario, sin restricción geográfica.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Describir la evidencia acerca de las distintas estrategias de psicoeducación para el manejo de pacientes y familiares de pacientes con trastornos afectivo bipolar.

4.2 Objetivos específicos:

- Identificar, caracterizar y sintetizar las estrategias de psicoeducación en trastorno bipolar reportadas en los últimos 10 años.

5. Metodología

A continuación, se describen los aspectos metodológicos realizados en el estudio, atendiendo a las recomendaciones PRISMA – ScR, por sus siglas en inglés, (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - Extension for Scoping Reviews) (17).

Tipo y diseño de estudio

Revisión sistemática de alcance

5.1 Criterios de inclusión

5.1.1 Tipo de estudio

Estudios experimentales (ECA, cuasi-experimentales), observacionales (cohortes, casos y controles, series de casos), estudios cualitativos y mixtos, guías/informes relevantes y literatura gris (tesis, reportes técnicos, protocolos con metodología explícita), en inglés o español y se excluirán revisiones sistemáticas o narrativas, metaanálisis. La fecha de publicación establecida es en los últimos 10 años, dada la transición digital y conceptual que ha caracterizado las intervenciones psicoeducativas en la última década, permitiendo así captar evidencia más actualizada, además de incluir diagnósticos con clasificaciones actualizadas. Deben incluir pacientes con trastorno afectivo bipolar (según criterios diagnósticos reportados por cada estudio) y/o sus familiares/cuidadores, sin restricción de edad o sexo, en miras de obtener una visión más amplia de la psicoeducación en trastorno afectivo bipolar disponible. Se incluyen estudios con o sin comparador. Se añadió exclusión explícita de intervenciones cuyo componente psicoeducativo no fuera central (por ejemplo, intervenciones farmacológicas sin módulo educativo, terapias puramente psicodinámicas, intervenciones de actividad física sin psicoeducación). Se excluyeron intervenciones cuyo componente psicoeducativo sea accesorio o no esté claramente delimitado, así como intervenciones de duración inferior a una sesión estandarizada de 20 minutos o que no contemplen un contenido temático explícito relacionado con la educación sobre trastorno bipolar.

Dado que se trata de una revisión sistemática de alcance (scoping review), no se realiza un cálculo de tamaño muestral, ya que el objetivo de este tipo de revisiones es mapear la literatura disponible y describir el panorama general de la evidencia existente, más que estimar un efecto o proporción específica.

5.1.2 Concepto

Estrategias de psicoeducación utilizadas en pacientes o familiares de pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar.

5.1.3 Contexto

Pacientes o familiares de pacientes, de cualquier edad, raza, género y localización geográfica con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, en quienes se hayan aplicado estrategias de psicoeducación.

Esta revisión se fundamenta en modelos teóricos contemporáneos sobre psicoeducación y trastorno bipolar. En particular, se retoman los modelos de manejo colaborativo y toma de decisiones compartidas, así como el modelo de vulnerabilidad–estrés, que postulan que la combinación de información estructurada, fortalecimiento de habilidades y psicoeducación familiar contribuye a una reducción de recaídas, mejora de la adherencia y mayor recuperación funcional. Estos marcos conceptuales orientan la identificación y categorización de las intervenciones encontradas

6. Tipo de fuentes

6.1 Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Scopus y la base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), seleccionadas por su amplia cobertura de literatura biomédica relevante para psicoeducación en trastornos de ansiedad.

Se tuvieron en cuenta artículos tanto en Open Access como aquellos que requirieron de suscripción a revistas. Los que requirieron suscripción, se revisaron de acuerdo a su disponibilidad en las bases de datos disponibles de la Universidad del Rosario.

Se emplearon términos MESH y palabras claves, que fueron combinados en estrategias de búsqueda de artículos relacionados con los siguientes conceptos: trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad, estrategias psicoeducativas, psicoeducativo. Se incluyó literatura gris. Ver **anexo 1**, donde se especifican estrategias de búsqueda.

La selección de bases de datos incluyó PubMed, Scopus y LILACS, las cuales cubren literatura biomédica, psicológica y regional en salud mental. PsycINFO y Embase no fueron incluidas por limitaciones de acceso institucional y por considerar que la combinación de PubMed y Scopus cubre la mayoría del espectro disciplinar relevante para intervenciones psicoeducativas en trastorno bipolar.

6.1.1 Búsqueda manual

Se revisaron las referencias de los artículos que estén incluidos en la búsqueda inicial y que estén relacionados con la pregunta de investigación.

6.2 Extracción de resultados

Los estudios obtenidos de las estrategias de búsqueda en las bases de datos fueron exportados a la herramienta Rayyan - SYSTEMATIC REVIEWS QCRI (<https://rayyan.qcri.org/welcome>), donde se hizo la revisión de títulos y resúmenes, para la selección inicial de los estudios. Utilizando esta herramienta se removieron los estudios duplicados. Los datos se extrajeron individualmente. Se identificó la presencia de la pregunta PCC y de las fuentes de financiación de cada estudio.

Se activó la opción de cegamiento para realizar la selección de estudios de forma paralela para los cuatro investigadores (VC, BB, DF y LC). La selección de estudios se realizó en tres etapas: primero dos investigadores (VC y BB) revisaron títulos y resúmenes para clasificarlos como incluidos o excluidos, y los que generaron dudas se pasaron para lectura de texto completo. Posteriormente, se evaluó el contenido completo de los artículos para identificar que cumplieran en totalidad los criterios de selección; un quinto evaluador (JFC) resolvió los desacuerdos en la selección. Finalmente, los investigadores de forma independiente y paralela (VC, BB, DF y LC) extrajeron la información de los artículos seleccionados de acuerdo con el formato de recolección preestablecido en programa Excel.

Para la extracción y síntesis de los datos se contemplaron diversas variables relacionadas con las características metodológicas y descriptivas de los estudios. Entre ellas se incluyeron: año de publicación, autores, país de procedencia, objetivo del estudio, tipo de población, trastorno(s) incluido(s), número de participantes, distribución por sexo y edad de

pacientes y familiares/cuidadores, ámbito y diseño del estudio, así como la escala utilizada para medir los desenlaces. También se registraron aspectos específicos de las intervenciones psicoeducativas, tales como el número y duración de las sesiones, el profesional a cargo de la intervención, las temáticas abordadas y los materiales o estrategias de apoyo empleados, además del comparador, las limitaciones señaladas por los autores y la fuente de financiación (ver tabla de variables en el **Anexo 2**). Las variables cualitativas se analizaron mediante procesos de categorización y descripción temática, mientras que las variables cuantitativas se resumieron utilizando medidas de tendencia central y dispersión, de acuerdo con su distribución. Se puede consultar tabla de extracción de datos en **Anexo 3**.

6.3 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión. Se evaluó la distribución de los datos mediante la prueba de normalidad de Shapiro–Wilk, con el fin de determinar si cumplen los supuestos de normalidad. En caso de obtener valores de $p \leq 0.05$, se consideró que los datos no siguieron una distribución normal, y se reportaron la mediana y el rango intercuartílico (RIC) como estimadores principales. Si la distribución fue normal ($p > 0.05$), se emplearon la media y la desviación estándar. Este procedimiento permite garantizar la adecuada interpretación estadística y la transparencia metodológica en la caracterización de las variables, conforme a las directrices PRISMA-ScR.

7. Aspectos éticos

Este protocolo de investigación se acoge a las normas internacionales y nacionales de ética en investigación. Dentro de la normativa colombiana, resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, este estudio se clasifica como investigación sin riesgo al tratarse de un estudio meramente documental, sin implicar el contacto con seres humanos, ni especies biológicas y no incluir información explícita ni delicada de ningún participante individual.

a. Riesgos y beneficios

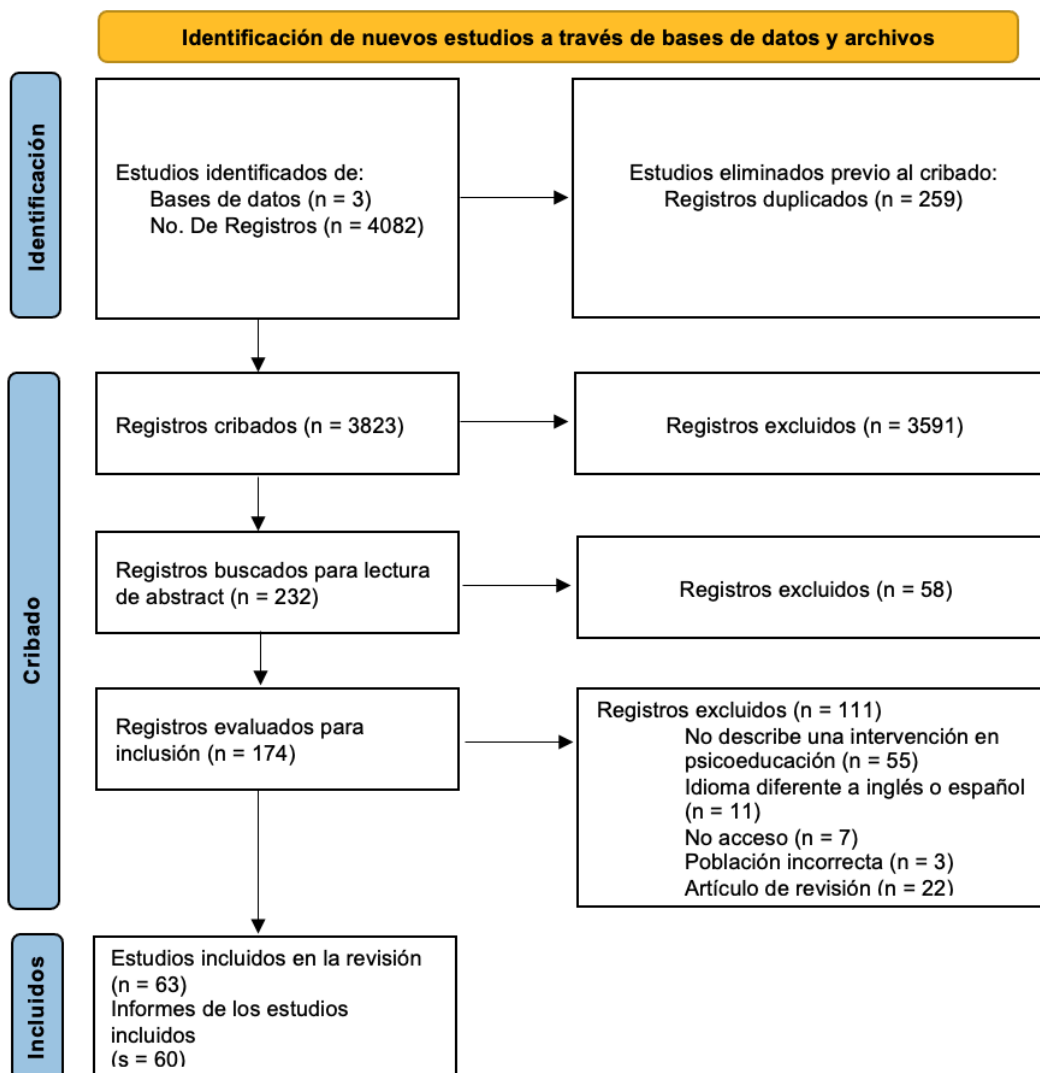
El presente estudio no entraña riesgos para el equipo investigador ni para el desarrollo del estudio.

8. Resultados

8.1 Proceso de selección

El proceso de identificación, selección e inclusión/exclusión de artículos se ilustra utilizando el diagrama de flujo PRISMA (figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de estudios. (18)



La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en tres bases de datos, siendo estas MEDLINE (vía PubMed), Scopus y LILACS, para lo cual se utilizaron los términos y estrategias de búsqueda descritos en el apartado “8.2. Estrategia de búsqueda”.

8.2 Estrategia de búsqueda

Toda la información recuperada fue exportada e incorporada a la plataforma Rayyan para su organización y proceso de selección. En total, se importaron 4,082 referencias a la herramienta: 244 de MEDLINE/PubMed, 3,834 de Scopus y 4 provenientes de LILACS. Tras la eliminación de 259 registros duplicados, se obtuvo un total de 3,823 artículos únicos para la revisión.

El proceso de selección comenzó con una revisión inicial basada en los títulos, durante la cual los autores coincidieron en excluir 3,591 registros e incluir 232 para evaluación posterior. A continuación, se llevó a cabo un segundo cribado a partir de los resúmenes de estos 232 artículos preseleccionados, lo que condujo a la exclusión de 58 y la retención de 174 trabajos. Finalmente, tras la lectura completa de los textos, se determinaron 63 estudios que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos y presentaban la información requerida para realizar esta revisión sistemática de alcance. Además, se efectuó una búsqueda manual complementaria en las referencias de los artículos seleccionados, sin identificarse nuevos estudios relevantes para incorporar.

8.3 Características de los estudios

Un total de 63 estudios con 15 estrategias de psicoeducación fueron incluidos en esta revisión sistemática, los cuales presentan información relevante para nuestra investigación y que cumplieron los criterios de inclusión del mismo. La muestra tiene una tendencia heterogénea en el número de publicaciones en la última década, con el mayor número de estudios publicados en el año 2020 con 11 estudios.

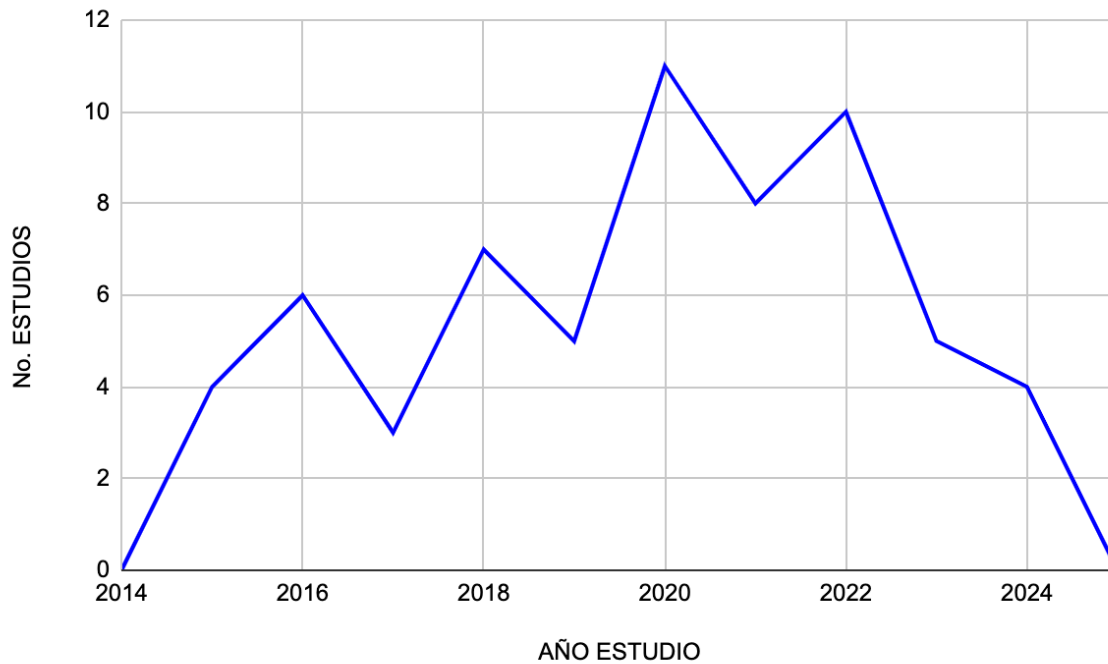
Respecto al origen geográfico, el 50.7% de los estudios fueron provenientes de Europa (k=32), el 20.6% de los estudios fueron provenientes de Asia (k=13), el 17.4% de estudios fueron provenientes de América (k=11), el 6.3% de los estudios fueron provenientes de Oceanía (k=4) y el 4.7% de los estudios fueron provenientes de África (k=3), hasta la fecha ninguno realizado en Colombia.

Tabla 1. Distribución de estudios por año de publicación y región

Dominio	Categoría	k(%)
Año	2015	4 (6.3)
	2016	6 (9.5)
	2017	3 (4.8)
	2018	7 (11.1)
	2019	5 (7.9)
	2020	11 (17.5)
	2021	8 (12.7)
	2022	10 (15.9)
	2023	5 (7.9)
	2024	4 (6.3)
Región	América	11 (17.5)
	Europa	32 (50.8)
	Asia	13 (20.6)
	Oceanía	4(6.3)
	Africa	3 (4.8)

Nota: porcentajes calculados sobre N=63.

Gráfico #1. Distribución temporal de estudios sobre psicoeducación en trastorno afectivo bipolar.



De los 63 estudios analizados, el 8% (k=5) implementaron más de una intervención psicoeducativa, ya sea comparando dos programas diferentes o incorporando un componente adicional (por ejemplo, psicoeducación estándar frente a psicoeducación combinada con terapia cognitivo-conductual o con el uso de una aplicación móvil). En tres informes, las distintas intervenciones pertenecían a la misma línea de investigación, por lo que los autores emplearon la misma muestra de participantes para evaluar versiones alternativas del programa. En cambio, el 92% restante de los estudios (k=58) evaluó una única intervención psicoeducativa, comparando sus resultados con un grupo control o con la atención habitual.

Los 63 estudios analizados en esta revisión presentaron una diversidad de enfoques metodológicos, aunque predominó el uso de ensayos clínicos controlados y aleatorizados. Específicamente, el 65,1 % (k=41) correspondió a ensayos aleatorizados, el 7,9 % (k=5) a estudios cualitativos, otro 7,9 % (k=5) a diseños mixtos o de implementación, el 6,3 % (k=4) a estudios cuasi-experimentales, el 6,3 % (k=4) a estudios de cohorte y el 6,3 % (k=4) a protocolos de investigación.

En relación con el contexto en el que se desarrollaron los estudios, el 82.5% (k=52) se llevó a cabo en el entorno ambulatorio, el 11.1% (k=7) se realizó en ambos contextos, hospitalario y ambulatorio, mientras que el 6.3% (k=4) tuvo lugar exclusivamente en el ámbito hospitalario.

Tabla 2. Diseños y ámbitos de implementación

<i>Dominio</i>	<i>Categoría</i>	<i>k(%)</i>
<i>Diseño</i>	<i>Ensayo clínico aleatorizado</i>	41 (65.1)
	<i>Cohorte</i>	4 (6.3)
	<i>Cualitativo</i>	5 (7.9)
	<i>Cuasi-experimental</i>	4 (6.3)
	<i>Protocolo</i>	4 (6.3)
	<i>Otro</i>	5 (7.9)
<i>Escenario</i>	<i>Ambulatorio</i>	52 (82.5)
	<i>Hospitalario</i>	4 (6.3)
	<i>Mixto</i>	7 (11.1)
<i>Número de intervenciones psicoeducativas</i>	<i>Más de una intervención</i>	5 (8)
	<i>Única intervención</i>	58 (92)

Nota: porcentajes calculados sobre N=63.

8.4 Características de la población

De los 63 estudios analizados, el 57% (k=36) se enfocaron exclusivamente en personas con trastorno bipolar, el 25% (k=16) se dirigieron a los cuidadores principales —en su mayoría familiares de primer grado— y el 18% (k=11) incluyeron tanto a los pacientes como a sus cuidadores. Esta distribución evidencia que, aunque la psicoeducación se orienta principalmente a los propios pacientes, una proporción considerable de investigaciones destaca la relevancia del apoyo familiar y adopta un enfoque sistémico e integrador en el abordaje del trastorno afectivo bipolar.

El número de participantes por estudio varió entre 8 y 800 por estudio, con una mediana de 83 (RIC:39,5-127), mientras que la media fue de 122 participantes. La prueba de Shapiro-Wilk mostró una desviación significativa de la normalidad ($p < 0,001$), por lo que los resultados se presentan con mediana y rango intercuartílico.

En cuanto al perfil sociodemográfico, los 63 estudios incluidos aportaron un total de 7 598 participantes y la mayoría eran mujeres. En concreto, se identificaron aproximadamente 3797 mujeres. De este grupo, unas 2902 eran pacientes diagnosticadas con trastorno afectivo bipolar: cerca de 2279 participaron en intervenciones psicoeducativas y 623 fueron asignadas a los grupos control. El rol de cuidadora recayó casi exclusivamente en mujeres: unas 895 mujeres asumieron la función de acompañar y apoyar a los pacientes, de las cuales 461 participaron en las intervenciones y 434 en los grupos control. Estas cifras evidencian que la población femenina domina tanto entre las pacientes como en el papel de cuidadora. Sin embargo, es de resaltar que 13 de los 63 estudios no especifican la distribución en género de los participantes.

Las medidas de tendencia central de la edad de los participantes. En el primer grupo, la mediana fue de 41 años (RIC: 34-46), mientras que en el grupo comparativo la media fue de 36,5 años, la mediana de 38,5 años (RIC: 36-42,2). La prueba de Shapiro-Wilk mostró que la distribución de la variable edad en el primer grupo ($p = 0,003$) y en el segundo grupo ($p = 0,032$) no fue normal, mientras que en los grupos de controles ($p = 0,119$) y familiares ($p = 0,400$) sí se observó normalidad. Por lo tanto, la edad se reporta como mediana y rango intercuartílico en los grupos 1 y 2, mientras que en los grupos control y familiares se reporta como promedio y desviación estándar ($40,9 \pm 9,4$ y $49,3 \pm 2,4$ años, respectivamente).

Tabla 3. Características de los participantes

<i>Variable</i>	<i>Resumen</i>
<i>Número total de participantes (N)</i>	7,598
<i>Rango de tamaño muestral por estudio</i>	8-800
<i>Tamaño muestral por estudio, mediana (RIC)</i>	83 (RIC:39,5-127)
<i>Pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar</i>	57% (k=36)
<i>Familiares/cuidadores</i>	25% (k=16)
<i>Pacientes y familiares/cuidadores</i>	18% (k=11)
<i>Sexo femenino (n)</i>	3,797 (50%)
<i>Sexo femenino en grupo intervención (n)</i>	2,279
<i>Sexo femenino en grupo control (n)</i>	623
<i>Edad grupo intervención (Mediana y RIC)</i>	41 (RIC: 34-46)
<i>Edad grupo comparativo (Mediana y RIC)</i>	38,5 (RIC: 36-42,2)
<i>Edad grupo control (Desviación estándar)</i>	$40,9 \pm 9,4$
<i>Edad familiares/cuidadores (Desviación estándar)</i>	$49,3 \pm 2,4$

Nota: k se refiere al número de estudios respecto al total de 63 estudios.

RIC: Rango intercuartílico

8.5 Características de las intervenciones

En cuanto al número de sesiones de psicoeducación, los participantes asistieron entre 2 y 22 sesiones, con una mediana de 10 (RIC: 6-12). La media fue de $10,3 \pm 2,3$ sesiones. La prueba de Shapiro-Wilk mostró un valor $p = 0,0016$, indicando que la variable no sigue una distribución normal. La duración de las sesiones de psicoeducación osciló entre 20 y 150 minutos, con una mediana de 90 minutos (RIC: 60-105) minutos. La media fue de 84,7 minutos. La prueba de Shapiro-Wilk mostró un valor $p = 0,001$, indicando que la variable no sigue una distribución normal.

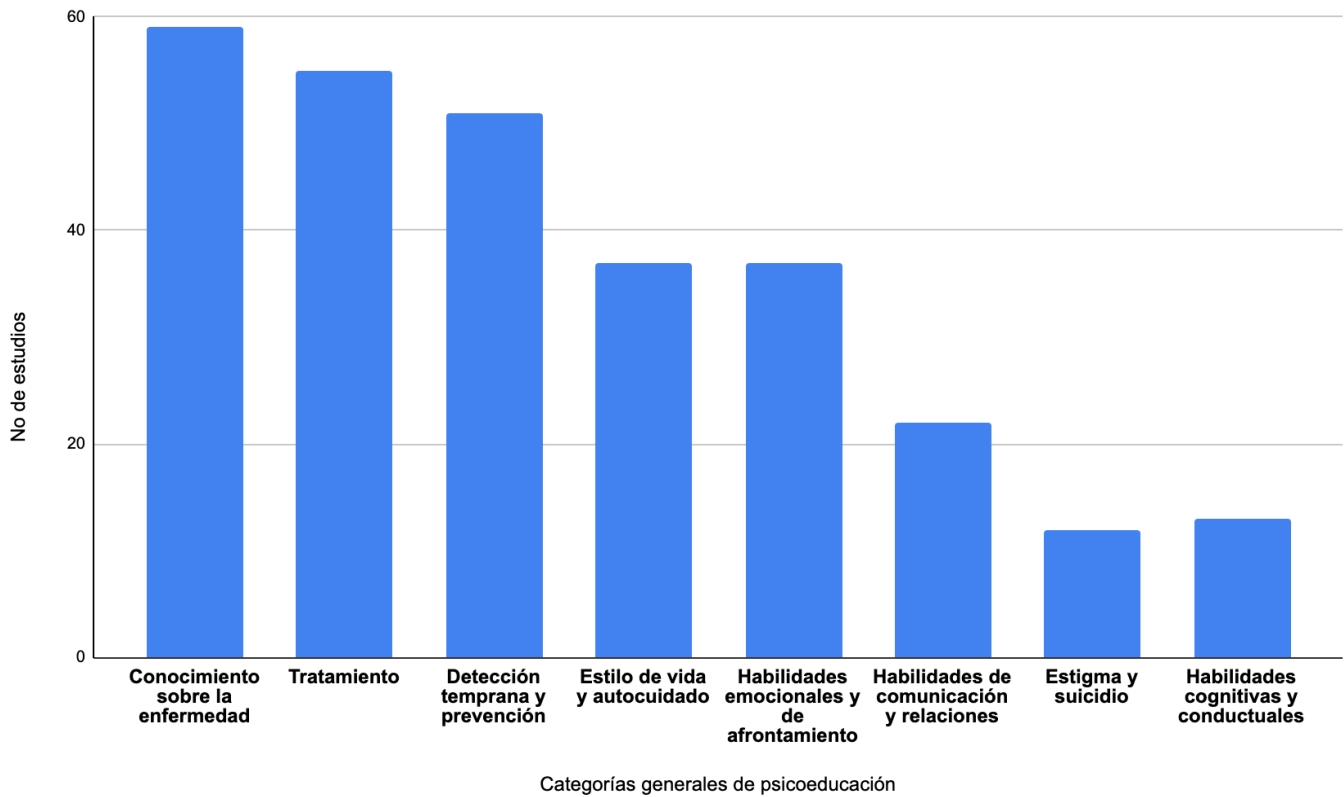
Los programas psicoeducativos analizados presentaron una estructura temática amplia, dirigida a cubrir aspectos clínicos, terapéuticos, psicosociales y familiares relacionados con el trastorno afectivo bipolar. Al realizar la categorización de las variables se evidenció la siguiente distribución temática: Conocimiento sobre la enfermedad ($k=59$), Tratamiento ($k=55$), Detección temprana y prevención ($k=51$), Estilo de vida y autocuidado ($k=37$), Habilidades emocionales y de afrontamiento ($k=37$), Habilidades de comunicación y relaciones ($k=22$), Estigma y suicidio ($k=12$) y Habilidades cognitivas y conductuales ($k=13$).

Tabla 4. Intervenciones de psicoeducación: dosificación y componentes

<i>Dominio</i>	<i>Medida/Categoría</i>	<i>Valor</i>
<i>Número de sesiones</i>	<i>Rango</i>	<i>2-22</i>
	<i>Mediana (RIC)</i>	<i>10 (6-12)</i>
	<i>Media \pm DE</i>	<i>10,3 \pm 2,3</i>
<i>Duración por sesión (min)</i>	<i>Rango</i>	<i>20-150</i>
	<i>Mediana (RIC)</i>	<i>90 (60-105)</i>
	<i>Media</i>	<i>84,7</i>
<i>Componentes de la intervención (k=17)</i>	<i>Conocimiento sobre la enfermedad</i>	<i>59 (93.7)</i>
	<i>Tratamiento</i>	<i>55 (87.3)</i>
	<i>Detección temprana y prevención</i>	<i>51 (81)</i>

	<i>Estilo de vida y autocuidado</i>	37 (58.7)
	<i>Habilidades emocionales y de afrontamiento</i>	37 (58.7)
	<i>Habilidades de comunicación y relaciones</i>	22 (34.9)
	<i>Estigma y suicidio</i>	12 (19)
	<i>Habilidades cognitivas y conductuales</i>	13 (20.6)

Gráfico #3. Número de estudios identificados por categoría general de psicoeducación.



En relación con los desenlaces primarios evaluados, los estudios mostraron una amplia variedad, aunque se identificó un patrón común en los objetivos analizados. El resultado más frecuente fue la disminución de los síntomas afectivos (depresivos y maníacos), reportado en el 68,3% de los trabajos (k=43). La mejora del funcionamiento social y de la calidad de vida se observó en el 41,3% (k=26), mientras que la prevención de recaídas y hospitalizaciones se abordó en el 34,9% (k=22). Asimismo, la adherencia al tratamiento y el fortalecimiento de habilidades de regulación emocional, mindfulness e introspección fueron evaluados en el 25,4% (k=16) y el 27,0% (k=17) de los estudios, respectivamente. En menor proporción, se analizaron el aumento del conocimiento sobre la enfermedad y la reducción de la carga del cuidador (ambos en el 11,1%, k=7), la disminución del estigma y autoestigma (9,5%, k=6), el bienestar psicológico (7,9%, k=5), la mejora del funcionamiento familiar (6,3%, k=4), la satisfacción con el tratamiento (6,3%, k=4) y la viabilidad, usabilidad o aceptabilidad de las intervenciones (4,8%, k=3). En conjunto, estos resultados evidencian que las intervenciones psicoeducativas no se enfocan únicamente en la reducción de síntomas, sino que también buscan promover la adherencia terapéutica, disminuir la carga de los cuidadores y favorecer el funcionamiento psicosocial. Sin embargo, aspectos como el bienestar emocional, la dinámica familiar o la satisfacción con el tratamiento han sido menos explorados.

Los estudios analizados emplearon diversas escalas para evaluar los resultados, dentro de las cuales fueron mayormente utilizadas las que buscaban medir la severidad de los síntomas con un 60,3% de los estudios (k=38), de estas las más usadas fueron la escala de evaluación de manía de Young y escala de evaluación de depresión de Hamilton (YMRS y HDRS respectivamente por sus siglas en inglés). Seguidas de escalas para medición de carga, calidad de vida y discapacidad, empleadas por 30,1% (k=19) de los estudios, para lo cual el más empleado fue el cuestionario breve de salud de 12 y 36 preguntas (SF-12 y SF-36 por sus siglas en inglés). Además, se incluyeron estudios con mediciones de adherencia y actitud hacia el tratamiento aplicadas por 23,8% (k=15) de estudios, escalas de funcionamiento usadas por 22,2% (k=14) y escalas de conocimiento de la enfermedad empleadas por 12,7% de los estudios (k=8).

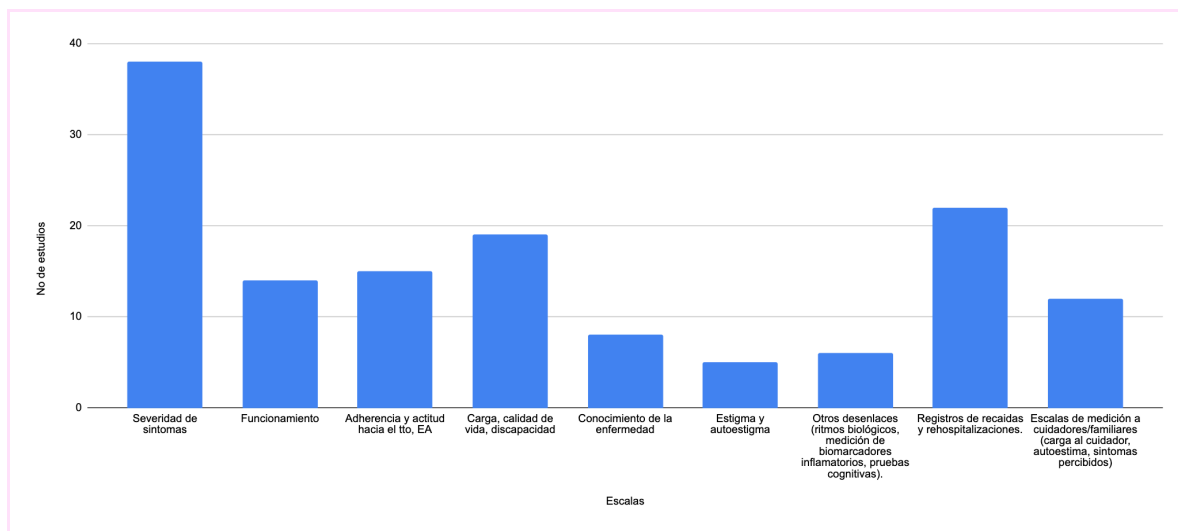
Un porcentaje de 19.0% (k=12) de los estudios incluidos, aplicaron escalas a cuidadores y familiares que medían la carga al cuidador, autoestima, síntomas percibidos asociados al cuidado. Por otro lado, las escalas menos utilizadas median el estigma y autoestigma en un 7.9% (k=5) de los estudios y otros desenlaces que incluían ritmos biológicos y pruebas cognitivas, usadas en un 9.5% (k=6) de los estudios. Adicionalmente, un porcentaje importante (34.9%, k=22) de los estudios reportaron registros del número de recaídas y hospitalizaciones; incluyendo mediciones del tiempo hasta la recurrencia desde la finalización de la intervención psicoeducativa.

Tabla 6. Desenlaces evaluados e instrumentos utilizados

Dominio	Categoría	k(%)
Desenlaces	<i>Disminución de los síntomas afectivos</i>	43 (68.3)
	<i>Mejoría del funcionamiento social y calidad de vida</i>	26 (41.3)
	<i>Prevención de recaídas y hospitalizaciones</i>	22 (34.9)
	<i>Adherencia al tratamiento</i>	16 (25.4)
	<i>Fortalecimiento de habilidades de regulación emocional, mindfulness e introspección</i>	17 (27)
	<i>Aumento del conocimiento sobre la enfermedad</i>	7 (11.1)
	<i>Reducción de la carga del cuidador</i>	7 (11.1)
	<i>Disminución del estigma y autoestigma</i>	6 (9.5)
	<i>Bienestar psicológico</i>	5 (7.9)
	<i>Mejora funcionamiento familiar</i>	4 (6.3)
	<i>Satisfacción del tratamiento</i>	4 (6.3)
	<i>Viabilidad, usabilidad o aceptabilidad de las intervenciones</i>	3 (4.8)

<i>Instrumentos de evaluación</i>	<i>Severidad de los síntomas</i>	38 (60.3)
	<i>Carga, calidad de vida y discapacidad</i>	19 (30.1)
	<i>Adherencia y actitud hacia el tratamiento</i>	15 (23.8)
	<i>Funcionamiento</i>	14 (22.2)
	<i>Conocimiento de la enfermedad</i>	8 (12.7)
	<i>Carga al cuidador, autoestima, síntomas percibidos asociados al cuidado</i>	12 (19)
	<i>Estigma y autoestigma</i>	5 (7.9)
	<i>Otros desenlaces que incluían ritmos biológicos y pruebas cognitivas</i>	6 (9.5)
	<i>Registros del número de recaídas y hospitalizaciones</i>	22 (34.9)

Gráfico #2. Número de estudios identificados por escalas para medir desenlaces.



El comparador más frecuente fue el tratamiento habitual, utilizado en el 58.7% de los estudios (k=37). Otros comparadores incluyeron: Otras intervenciones en el 12.6% de los estudios, (k=8) evaluación pre y postintervención en el 4.7% de los estudios (k=3) y otras modalidades de psicoeducación en el 3.2% de los estudios (k=2). Adicionalmente, el 20.6% no utilizó comparador (k=13).

Tabla 7. Comparadores de las intervenciones

Comparador	k (%)
Tratamiento habitual (TAU)	37 (58.7)
Otra intervención	8 (12.6)
Evaluación pre y post intervención	3 (4.7)
Otras modalidades de psicoeducación	2 (3.2)
Sin comparador	13 (20.6)

La mayoría de los estudios analizados presentan resultados positivos respecto a las intervenciones psicoeducativas. De los 63 artículos revisados, el 73% (k=46) evidenció efectos beneficiosos asociados a este tipo de intervención. Los principales logros se relacionaron con un mayor conocimiento sobre la enfermedad, una mejor comprensión del trastorno bipolar y su tratamiento, así como con una mejora en la adherencia terapéutica y en la gestión de la vida diaria. Por otro lado, el 27% de los estudios (k=17) no ofreció evidencia concluyente: el 25,9% (k=10) no halló diferencias significativas en comparación con la atención habitual, y el 11,1% (k=7) correspondió a protocolos o investigaciones con resultados ambiguos y sin análisis estadístico confirmatorio. En conjunto, estos hallazgos sugieren que, aunque la tendencia general apunta a resultados favorables, aún existe una proporción considerable de estudios que no respaldan de forma definitiva la eficacia de la psicoeducación o cuyos resultados requieren una validación adicional.

Tabla 8. Evidencia de mejoría

Clasificación	k (%)
Resultados a favor de la psicoeducación	46 (73)

Sin diferencias significativas comparado con tratamiento habitual	10 (25.9)
Resultados ambiguos	7 (11.1)

En cuanto a la financiación, 38.1% de estudios no reportaron fuente de financiación, (k=24), el 36.5% reportaron haber recibido apoyo de instituciones gubernamentales, (k=23), el 12.6% de estudios reportaron haber sido financiados con recursos privados (k=8), el 6.3% de los estudios reportaron recibir financiación de distintas fuentes (k=4), y el 6.3% de los estudios reportaron no haber recibido financiación alguna (k=4). La mayoría de los estudios declaró ausencia de conflictos de interés, aunque algunos estudios financiados por instituciones privadas no especificaron su grado de participación en el diseño o análisis.

Tabla 9. Fuentes de financiación

Categoría	k (%)
No reportan fuente	24 (38.1)
Pública/gubernamental	23 (36.5)
Privada	8 (12.6)
Sin financiación	4 (6.3)
Múltiples fuentes	4 (6.3)

9. Discusión

Esta revisión de alcance proporciona un panorama amplio sobre las características, modalidades, objetivos y resultados clínicos de las intervenciones psicoeducativas dirigidas a pacientes con TAB y a sus familiares. Los hallazgos obtenidos confirman el rol central de la psicoeducación como estrategia terapéutica complementaria al tratamiento farmacológico, con beneficios clínicos y psicosociales consistentes, aunque con heterogeneidades importantes en los enfoques, duración, intensidad y desenlaces evaluados (1,2,3,4). Con 63 estudios incluidos, este trabajo representa uno de los panoramas más amplios en lengua castellana sobre este campo terapéutico, y ofrece insumos relevantes

tanto para la práctica clínica como para el diseño de futuros programas adaptados al contexto colombiano.

9.1. Estructuras y componentes de las intervenciones

En términos generales, la revisión identificó que la mayoría de las intervenciones psicoeducativas se estructuran en formato grupal, con un número promedio de ocho a diez sesiones, realizadas de manera presencial, y con una duración aproximada de entre 60 y 90 minutos por sesión (5,6,7,8). Estas características reflejan la influencia de modelos estructurados clásicos, particularmente el desarrollado por Colom y Vieta et al. (2009), que ha sido replicado en múltiples contextos clínicos y geográficos. Los contenidos más frecuentemente abordados incluyen información sobre la naturaleza del trastorno, síntomas prodrómicos, factores de riesgo de recaída, adherencia farmacológica, estilos de vida saludables, estrategias de afrontamiento y participación familiar activa (6,9,10,11). Esta combinación de elementos psicoeducativos y de entrenamiento en habilidades busca no solo aumentar el conocimiento del paciente, sino también fortalecer su capacidad de autorregulación y detección temprana de recaídas, elementos clave en el curso longitudinal del TAB.

9.2 Modalidades de intervención

En cuanto a las modalidades de intervención, la psicoeducación grupal presencial continúa siendo la estrategia más frecuentemente implementada y mejor documentada, probablemente debido a su costo-efectividad, su capacidad para favorecer la cohesión social y el apoyo entre pares, y su potencial para alcanzar simultáneamente a múltiples pacientes (5,6,7,12). Sin embargo, en los últimos años se observa un creciente interés por modalidades alternativas, como las intervenciones telefónicas, virtuales o híbridas, impulsadas en parte por las restricciones sanitarias derivadas de la pandemia de COVID-19 (8,13,14). Estas versiones digitales han mostrado resultados alentadores en cuanto al incremento del conocimiento, la adherencia terapéutica y la reducción de recaídas, junto con niveles comparables de satisfacción y aceptación respecto a las intervenciones presenciales (11,14). No obstante, la revisión evidencia inconsistencias importantes entre estudios, relacionadas con diferencias en los formatos, la duración de los programas y los

criterios de evaluación de resultados, lo que dificulta establecer equivalencias concluyentes en términos de eficacia. Además, la mayoría de los ensayos sobre modalidades remotas se caracterizan por tamaños muestrales reducidos y seguimientos de corta duración, lo cual limita la solidez de las inferencias y la generalización de los hallazgos. Estas variaciones metodológicas subrayan la necesidad de estudios comparativos de mayor escala y duración, que permitan determinar con mayor precisión la efectividad relativa de cada formato y su aplicabilidad en distintos contextos clínicos y culturales.

9.3 Efectividad de la psicoeducación

Respecto a los desenlaces clínicos, la mayoría de los estudios incluidos reportan reducciones significativas en la sintomatología afectiva, principalmente en los dominios depresivo y maníaco, así como prolongación del tiempo hasta la recaída y reducción de la frecuencia de hospitalizaciones (2,5,7,10,16). Estos efectos son consistentes con la literatura internacional y refuerzan el carácter terapéutico de la psicoeducación más allá de su valor informativo. En cuanto a los desenlaces psicosociales, como el funcionamiento global, la calidad de vida y la carga del cuidador, la evidencia es más limitada y heterogénea (7,11,15). Algunos estudios muestran mejoras sostenidas en estos indicadores, mientras que otros no reportan cambios significativos.

Esta variabilidad en la magnitud del efecto se podría explicar, en parte, por las diferencias en el diseño tales como la duración del seguimiento, el uso de instrumentos no estandarizados y la falta de poder estadístico en estudios con muestras pequeñas. Adicionalmente, factores como la fase del trastorno en la que se encuentra la población incluida y la intensidad de las intervenciones también juegan un rol importante en la variabilidad del efecto. Los programas breves o exclusivamente informativos tienden a tener efectos transitorios, mientras que los que integran componentes familiares o de resolución de problemas mantienen beneficios a largo plazo (9,10,15).

Por otro lado, en los estudios revisados se observa una tendencia general a priorizar indicadores clínicos tradicionales sobre desenlaces centrados en el paciente, como el bienestar subjetivo, la autoeficacia o el estigma (7,13,17). Esto representa una oportunidad

de mejora metodológica relevante, en la medida en que la recuperación en salud mental se concibe actualmente como un proceso amplio que involucra no solo la remisión sintomática, sino también la reintegración social, el empoderamiento del paciente y la mejora de su calidad de vida.

Desde una perspectiva integradora, la evidencia sintetizada respalda de manera consistente que la psicoeducación debe considerarse un componente central del tratamiento de mantenimiento en pacientes con TAB (2,5,7,10). Su efectividad terapéutica se explica mediante mecanismos biopsicosociales. En el plano psicológico, promueve la reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales respecto a la enfermedad y al tratamiento, lo que favorece una comprensión más realista del trastorno y reduce el riesgo de conductas de abandono terapéutico (6, 10). Al mismo tiempo, incrementa la autoeficacia y el control percibido, empoderando al paciente para identificar de manera precoz los síntomas prodrómicos y adoptar hábitos de autocuidado, aspectos clave en la prevención de recaídas (11). En el ámbito interpersonal y social, facilita la mejora de la comunicación familiar y la reducción de la emoción expresada, elementos que se han asociado con menor frecuencia de hospitalizaciones y mejores desenlaces clínicos (4, 9). Finalmente, desde una perspectiva conductual, la psicoeducación incorpora el aprendizaje de rutinas saludables y de higiene del sueño, lo que contribuye a la estabilización de los ritmos circadianos y a mitigar la vulnerabilidad del sistema neurobiológico del TAB a descompensaciones afectivas (8, 12).

9.4 Contexto latinoamericano

Al analizar comparativamente la literatura incluida, se observa una predominancia clara de estudios desarrollados en Europa, seguidos de Asia, con escasa representación de América Latina y ausencia de estudios en Colombia (2,5,7,9). Esta distribución geográfica refleja tanto el liderazgo histórico europeo en la investigación sobre psicoeducación para TAB como las desigualdades en la producción científica entre regiones. A su vez, la ausencia de estudios latinoamericanos plantea desafíos importantes para la transferencia e implementación de programas de psicoeducación en el contexto colombiano. Entre los principales desafíos encontramos la escasez de intervenciones psicoeducativas validadas

localmente lo que limita la posibilidad de ofrecer programas que respondan a las características culturales, lingüísticas y socioeconómicas propias de la región. Esta brecha exige procesos de adaptación cultural y lingüística que incluyan la adecuación del lenguaje y los recursos pedagógicos al nivel de alfabetización en salud mental de los pacientes y sus familias, el cual puede ser variable y, en muchos casos, limitado.

Asimismo, las barreras estructurales de acceso a servicios especializados y la concentración de oferta en áreas urbanas hacen necesario explorar modalidades innovadoras y flexibles. En este sentido, la incorporación de tecnologías accesibles, como módulos autoguiados en línea o programas de telepsicoeducación, representan una oportunidad estratégica para ampliar la cobertura, reducir desigualdades territoriales y mantener la continuidad terapéutica. No obstante, su implementación requiere garantizar estándares mínimos de conectividad, privacidad y formación digital, además de evaluar su efectividad y aceptabilidad en el contexto sociocultural colombiano.

9.5 Limitaciones y retos

Por otro lado, es importante reconocer una serie de limitaciones metodológicas que deben ser consideradas al interpretar los hallazgos. Estas limitaciones provienen tanto del diseño propio de la revisión de alcance como de los estudios primarios incluidos.

En primer lugar, es fundamental señalar que, de acuerdo con las recomendaciones PRISMA-ScR para revisiones de alcance, este tipo de revisión no tiene como propósito evaluar la calidad metodológica ni el riesgo de sesgo de los estudios incluidos. El objetivo principal es mapear el conjunto de intervenciones existentes, describir su alcance, características y vacíos de investigación, más que estimar efectos comparativos. Por ello, la revisión se enfoca en la amplitud del panorama disponible y no en una síntesis crítica o ponderada del riesgo de sesgo. La revisión incluyó solo estudios publicados y disponibles en las bases de datos accesibles en la Universidad del Rosario, por lo que intervenciones innovadoras o informales que no están en esas fuentes pudieron quedar fuera. Al no realizar una evaluación formal del riesgo de sesgo ni un metaanálisis cuantitativo, no se pudo diferenciar el peso relativo de los estudios incluidos. Además, es posible que exista sesgo

de publicación, ya que los estudios con resultados positivos suelen tener mayor probabilidad de ser publicados.

La diversidad de términos utilizados para describir las intervenciones (psicoeducación, programas educativos, terapias integradas) puede haber dificultado la identificación exhaustiva de estudios, especialmente si no se emplearon todos los sinónimos y variantes posibles en las estrategias de búsqueda. La falta de una definición estandarizada de “psicoeducación” permitió incluir intervenciones muy heterogéneas en cuanto a duración, intensidad y componentes. Esta variabilidad dificulta comparar los resultados y extraer conclusiones sobre qué elementos son realmente efectivos.

En cuanto a las limitaciones de los estudios incluidos, la heterogeneidad entre estudios, el tamaño muestral reducido y la escasa estandarización de los instrumentos utilizados dificultan la comparación directa entre estudios y limita la posibilidad de realizar síntesis cuantitativas robustas o metaanálisis formales. Asimismo, en muchos casos los periodos de seguimiento fueron relativamente cortos (6 a 12 meses), lo que impide evaluar de manera adecuada la durabilidad de los efectos sobre recaídas, funcionamiento y calidad de vida (7,10,13). Considerando que el TAB es un trastorno crónico y recurrente, es fundamental contar con evaluaciones a largo plazo para determinar el impacto sostenido de la psicoeducación.

La búsqueda electrónica se limitó a tres bases de datos (Medline/PubMed, Scopus y LILACS) y no se contactaron autores ni expertos para identificar literatura adicional. Esto aumenta el riesgo de haber pasado por alto estudios relevantes que estén indexados en otras plataformas, en repositorios institucionales o que formen parte de la literatura gris (tesis, informes técnicos). Asimismo, la búsqueda se restringió a artículos en inglés y español, lo que podría haber introducido sesgo de idioma.

Otro aspecto a considerar es que, en la extracción de datos, no se registró sistemáticamente la fase clínica en la que se encontraban los participantes (eutimia, episodios de manía o depresión), por lo que no fue posible analizar si la efectividad de las intervenciones

psicoeducativas varía según el momento del trastorno. Esta omisión representa una limitación metodológica, pues impide contextualizar los hallazgos respecto a la fase de la enfermedad.

Finalmente, dentro de las limitaciones contextuales encontramos que la mayoría de estudios provienen de Europa y Asia, con ausencia de estudios realizados en América Latina y particularmente en Colombia, lo que limita la interpretación de los hallazgos al extrapolarlos a contextos culturales y sanitarios diferentes. Esto subraya la necesidad de desarrollar investigación local que evalúe programas culturalmente adaptados y contextualizados.

Estas limitaciones enfatizan en la necesidad de fortalecer la calidad metodológica de la investigación futura. De igual manera, es prioritario fomentar la producción científica en América Latina para generar evidencia contextualizada que guíe la implementación efectiva de programas de psicoeducación en la región. En consonancia con esta necesidad, los hallazgos de la presente revisión adquieren un valor traslacional, al ofrecer un marco empírico para el desarrollo de soluciones tecnológicas adaptadas al contexto regional. En particular, los resultados de esta revisión servirán como punto de partida para el desarrollo del algoritmo que sustentará la herramienta digital de psicoeducación.

A partir de la evidencia disponible, se priorizarán componentes orientados a fortalecer el conocimiento sobre el trastorno, promover la adherencia al tratamiento, prevenir recaídas, fomentar estrategias de afrontamiento efectivas y potenciar la participación familiar. Asimismo, los hallazgos respaldan el diseño de una estructura modular compuesta por seis a ocho sesiones breves complementadas con refuerzos periódicos, lo que permitiría reproducir los beneficios observados en los programas presenciales de psicoeducación, manteniendo su efectividad, accesibilidad y aceptación por parte de los usuarios.

10. Conclusiones

La evidencia sintetizada en esta revisión de alcance confirma que la psicoeducación es un componente esencial del abordaje integral del trastorno afectivo bipolar (TAB), con

beneficios clínicos y psicosociales ampliamente documentados. En particular, la participación en programas psicoeducativos grupales presenciales con inclusión activa de familiares se asocia con reducciones significativas en la sintomatología afectiva, prolongación del tiempo hasta la recaída, disminución de hospitalizaciones y mejora de la adherencia terapéutica. Estos resultados respaldan la incorporación sistemática de la psicoeducación como estrategia terapéutica de primera línea en la fase de mantenimiento del TAB.

Para que estos hallazgos se traduzcan en la práctica clínica, los prestadores de salud y facultades de medicina deben implementar programas de psicoeducación estructurados y modulados, orientados a fortalecer el conocimiento sobre el trastorno, promover la adherencia al tratamiento, prevenir recaídas, fomentar estrategias de afrontamiento y potenciar la participación familiar. Se recomienda que los servicios de salud mental ofrezcan de forma rutinaria estas intervenciones a pacientes y cuidadores en todos los niveles de atención, con personal capacitado, y que exploren modalidades virtuales o híbridas para ampliar la cobertura en áreas rurales o con escasez de especialistas, adaptándolas a las condiciones tecnológicas y socioculturales locales.

Desde la perspectiva de política pública, la psicoeducación debe incorporarse en las guías nacionales y en los programas de salud mental comunitaria, con asignación de recursos para desarrollar programas accesibles y culturalmente adaptados. Es fundamental capacitar equipos interdisciplinarios, estandarizar programas y evaluar rigurosamente su impacto para optimizar el uso de los recursos sanitarios. La inclusión sistemática de la psicoeducación puede mejorar la recuperación funcional de las personas con TAB y fortalecer la atención comunitaria.

Finalmente, persisten desafíos metodológicos y contextuales: la heterogeneidad de los estudios, tamaños muestrales reducidos y el déficit de investigación en América Latina dificultan establecer recomendaciones precisas. Por ello, se requiere investigación aplicada en Colombia y la región que evalúe la eficacia y costo-efectividad de distintas modalidades (presencial, virtual e híbrida), pruebe el impacto de programas digitalizados y adapte los contenidos a contextos socioculturales diversos. Esta agenda investigativa permitirá guiar decisiones en salud mental y desarrollar herramientas tecnológicas basadas en la evidencia, contribuyendo a la recuperación integral de las personas con TAB.

11. Implicaciones para investigación

Los resultados de esta revisión evidencian la necesidad de fortalecer la investigación regional en psicoeducación para el trastorno afectivo bipolar (TAB), especialmente mediante estudios locales y multicéntricos que validen y adapten los programas existentes al contexto cultural latinoamericano. Se recomienda avanzar hacia diseños metodológicos más rigurosos, con muestras amplias, seguimiento prolongado y criterios de evaluación estandarizados que permitan comparar modalidades presenciales, virtuales e híbridas. Asimismo, es prioritario incorporar desenlaces centrados en el paciente, como bienestar, autoeficacia y carga del cuidador, y explorar los mecanismos de cambio psicológicos y conductuales que explican los beneficios observados. Finalmente, el desarrollo y evaluación de intervenciones digitales accesibles representa un campo emergente con alto potencial para ampliar la cobertura y la equidad en salud mental.

12. Implicaciones para la práctica

La evidencia sintetizada respalda la psicoeducación como componente central del tratamiento de mantenimiento del TAB, con efectos consistentes sobre la adherencia, la prevención de recaídas y el funcionamiento psicosocial. En contextos latinoamericanos, los programas grupales presenciales estructurados siguen siendo la alternativa más viable y costo-efectiva, especialmente cuando incorporan la participación familiar como eje del proceso terapéutico. Paralelamente, la implementación gradual de modalidades virtuales e híbridas podría optimizar la cobertura y la continuidad del cuidado, siempre que se adapten a las condiciones tecnológicas y socioculturales locales. Integrar la psicoeducación en las guías clínicas y programas comunitarios de salud mental permitiría fortalecer la atención integral del TAB y avanzar hacia modelos más sostenibles y equitativos.

13. Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses que pueda haber influido en la elaboración, análisis o interpretación de los resultados de esta revisión de alcance.

14. Referencias

1. Jain A, Mitra P. Bipolar Disorder. [Updated 2023 Feb 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/>
2. Merikangas KR, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241-251. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12
3. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. OPS, 2018
4. Encuesta Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2015. Tomo I. 384 p
5. Yatham LN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20(2):97-170.
6. Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018 Apr 26;8(9):251-269. doi: 10.1177/2045125318769235.
7. Mullins N, Forstner AJ, O'Connell KS, Coombes B, Coleman JRI, Qiao Z, et al. Genome-wide association study of more than 40,000 bipolar disorder cases provides new insights into the underlying biology. *Nat Genet*. 2021;53(6):817-29. doi:10.1038/s41588-021-00857-4. PMID: 34002096; PMCID: PMC8192451.
8. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016;387(10027):1561-1572. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X
9. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editores. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
10. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry*
11. Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78(2), 141–150. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993> DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2993
12. Demissie M, Hanlon C, Birhane R, Ng L, Medhin G, Fekadu A. Intervenciones psicológicas para el trastorno bipolar en países de ingresos bajos y medios: revisión sistemática. *Abierto BJPsych*. 2018; 4 : 375–384

13. Novick DM, Swartz HA. Psicoterapias basadas en evidencia para el trastorno bipolar. Enfoque (Am Psychiatr Publ) 2019; 17 : 238–248. DOI: 10.1176/appi.focus.20190004
14. Bauer MS, McBride L: Psicoterapia de grupo estructurada para el trastorno bipolar: el programa de objetivos de vida , 2ª ed. Nueva York, NY, Springer, 2003
15. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, et al.: Psicoeducación grupal para trastornos bipolares estabilizados: resultado de 5 años de un ensayo clínico aleatorizado . Br J Psiquiatría 2009; 194 : 260–265
16. Javadpour A, Hedayati A, Dehbozorgi GR, et al.: El impacto de un programa de psicoeducación individual simple sobre la calidad de vida, la tasa de recaída y la adherencia a la medicación en pacientes con trastorno bipolar . Psiquiatra asiático J 2013; 6 : 208–213
17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2 de octubre de 2018;169(7):467-73.
18. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

15. Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

PubMed

((“bipolar disorder”[MeSH Terms] AND (“psychoeducation”[All Fields] OR “psychoeducational”[All Fields] OR “psychoeducative”[All Fields]))

Scopus

Bipolar AND disorder AND psychoeducation OR psychoeducational OR psychoeducative

LILACS

(Trastorno afectivo bipolar) AND (psicoeducación OR intervenciones psicoeducativas)

Anexo 2. Tabla de variables

Variable	Concepto	Tipo	Nivel de medición	Categoría
Estrategia de psicoeducación	Conjunto de acciones estructuradas orientadas a informar, educar o entrenar pacientes/familiares sobre el manejo de la ansiedad.	Cualitativa	Nominal	Presencial / digital / mixta / familiar / grupal / individual
Contexto de aplicación	Escenario o entorno donde se desarrolla la intervención.	Cualitativa	Nominal	Hospitalario / ambulatorio / comunitario / educativo / digital
Formato de la intervención	Modalidad de entrega de la psicoeducación.	Cualitativa	Nominal	Individual, grupal, familiar, comunitaria
Número de sesiones	Frecuencia y cantidad de sesiones planificadas.	Cuantitativa	Discreta	Número entero (ej. 4, 8, 12 sesiones)
Edad	Rango o media de edad de los participantes.	Cuantitativa	Continua	Años
Población objetivo	Grupo al cual se dirige la psicoeducación.	Cualitativa	Nominal	Pacientes / familiares / cuidadores / ambos
Sexo	Distribución por sexo biológico de los participantes.	Cualitativa	Nominal	Masculino / femenino
Año de publicación	Año en que se publicó cada estudio incluido.	Cuantitativa	Discreta	Entre 2015–2024
Región geográfica	Continente o región donde se desarrolló el estudio	Cualitativa	Nominal	América / Europa / Asia / Oceanía.
Efectividad reportada	Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la violencia	Cualitativa	Nominal	A favor / No a favor

Anexo 3. Tabla de extracción de datos

Ver PDF adjunto al documento.