



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS DE CASO: TRASTORNO BIPOLAR, DESDE LA TEORÍA
COGNITIVA-CONDUCTUAL

GIRON CASTRO KEVIN ONASSIS
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS DE CASO: TRASTORNO BIPOLAR, DESDE LA TEORÍA
COGNITIVA-CONDUCTUAL

GIRON CASTRO KEVIN ONASSIS
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

ANÁLISIS DE CASO: TRASTORNO BIPOLAR, DESDE LA TEORÍA COGNITIVA-
CONDUCTUAL

GIRON CASTRO KEVIN ONASSIS
PSICÓLOGO CLÍNICO

REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE

MACHALA, 13 DE FEBRERO DE 2020

MACHALA
13 de febrero de 2020

Análisis de caso: Trastorno bipolar desde la teoría cognitiva conductual

por Kevin Onasis Girón Castro

Fecha de entrega: 11-feb-2020 10:59a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1255501299

Nombre del archivo: ensayo_sin_citas.docx (27.84K)

Total de palabras: 3549

Total de caracteres: 19390

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, GIRON CASTRO KEVIN ONASSIS, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado ANÁLISIS DE CASO: TRASTORNO BIPOLAR, DESDE LA TEORÍA COGNITIVA-CONDUCTUAL, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 13 de febrero de 2020



GIRON CASTRO KEVIN ONASSIS
1723768824

Análisis de caso: Trastorno bipolar desde la teoría cognitiva conductual

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

17%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad de Jaén

Trabajo del estudiante

6%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 5%

Excluir bibliografía

Activo

RESUMEN

Kevin Onassis Giron Castro

C.I. 172376882-4

kgiron_est@utmachala.edu.ec

El trastorno bipolar es una patología cada vez mayor en la población mundial, suele causar deterioro en las diferentes esferas del ser humano (social, laboral, sexual, individual) cambiando sus conductas y patrones anteriormente adaptativos por patrones desadaptativos. Esta patología tiene un origen biopsicosocial. Existe comorbilidad con otros trastornos como: el uso de sustancias adictivas, personalidad, y ansiedad. A través de la búsqueda bibliográfica se analiza un caso de trastorno bipolar y se fundamentando desde la teoría cognitivo-conductual.

Palabras clave: Trastorno Bipolar, síntomas, teoría cognitivo-conductual.

ABSTRACT

Bipolar disorder is a growing pathology in the world population, often causing changes in the different areas of the human being (social, labor, sexual, and individual) changing their previously adaptive behaviors and patterns for maladaptive patterns. This pathology has a biopsychosocial origin. There is comorbidity with other disorders such as: the use of addictive substances, personality, and anxiety. Through the literature search, a case of bipolar disorder is analyzed and based on cognitive behavioral theory.

Keywords: Bipolar disorder, symptoms, cognitive behavioral theory

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	2
DEDICATORIA.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
ANÁLISIS DE CASO: TRASTORNO BIPOLAR, DESDE LA TEORÍA COGNITIVO- CONDUCTUAL.....	5
CONCLUSIONES.....	11
BIBLIOGRAFÍA.....	12
ANEXOS.....	17

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a Dios, a mi familia que es mi ente motor de motivación, los cuales plantan un rayo de fe y esperanza en mi ser. A mis profesores que me inspiraron a conocer y reconocer los métodos científicos y aplicarlos en la vida diaria. A la vida que me permite compartir el día a día y amar a las personas desde una perspectiva mucha más humana y centrada en la realidad.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar se caracteriza por una irrupción en el estado de ánimo e implica cambios de ánimo recurrentes que duran ciertos periodos, estos desequilibrios causan en la persona deterioro en sus actividades y en áreas de su vida (personal, laboral, familiar, sexual). Hay ciertos criterios diagnósticos descritos en manuales de psicología y de salud, en general el DSM-V y CIE-10, manuales conocidos a nivel mundial que proveen pautas para el diagnóstico clínico de este trastorno mental. Este se torna complejo por los estados polares intercambiando en distintos tiempos y periodos o lapsos de tiempo largos o cortos (ciclotimia), lo que sumado a eso la comorbilidad suele ser frecuente en el diagnóstico, lo que podría confundir con otro trastorno depresivo o ciclotímico.

El trastorno bipolar es de inicio temprano, está presente en la infancia y adolescencia. Donde los cambios en el estado de ánimo suelen manifestarse de manera constante en menor o mayor intensidad. Se describe la definición del trastorno, el desarrollo, comorbilidad, prevalencia del trastorno. Además el ensayo tiene como objetivo analizar un caso de trastorno bipolar tomando como base el paradigma cognitivo-conductual, reconociendo su sintomatología y su etiología a través del análisis de artículos científicos consultados para la definición del mismo.

ANÁLISIS DE CASO: TRASTORNO BIPOLAR DESDE LA TEORÍA COGNITIVO- CONDUCTUAL

El trastorno bipolar es una condición crónica y recurrente, caracterizada por intercambios patológicos entre los estados de ánimos maníacos, hipomaniacos y depresivos, estos episodios interfieren de tal forma en la vida del sujeto, deteriorando la calidad de vida del paciente y su entorno, repercutiendo así en la salud integral del sujeto (Martínez, Montalvan , & Betancourt, 2019) Además, como menciona Vazquez (2014) “en los últimos años se ha producido un enorme debate con relación a su extrema prevalencia y su correcto diagnóstico entre los pacientes” (p. 20).

Existen dos condiciones principales para el trastorno bipolar, a saber el tipo I (TBI) caracterizado por episodios de manía y depresión y el tipo II (TBII). El tipo I está, y el tipo II con predominio de episodios de hipomanía y depresión (Martínez et al., 2019) constando en los manuales APA actualizado, dentro de las categoría Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados, donde además de los dos tipos principales mencionados está el trastorno ciclotímico y el TAB inducido por sustancias, entre otros (Ríos y Escudero, 2017).

Las consideraciones clínicas que se debe tener en cuenta en un trastorno bipolar principalmente son los episodios de manía, hipomanía y depresivos con los cuales pueda darse paso a un diagnóstico diferencial entre el trastorno Bipolar I y trastorno Bipolar II. Además, no debe ser común al funcionamiento habitual del individuo en diferentes áreas de su vida (laboral, individual, social, sexual).

Tizón (2019) propone los síntomas que se presentan ante un episodio de manía e hipomanía:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir.
3. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes (p.474).

En Barra & Ravinet, (2018) se afirma que se deben cumplir 5 o más síntomas para ser diagnosticado como episodio depresivo, entre los cuales pueden estar presentes:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo) (p.474).

García, Álvarez, Aguado, y Gutiérrez (2017) comentan que en “el TB es frecuente que exista un retraso en el diagnóstico de entre 4 y 10 años desde el comienzo de los primeros síntomas" (p. 58) siendo la edad media de inicio entre los 17 y los 27 años, en consecuencia la ausencia o la equivocación en el diagnóstico correcto implica varias consecuencias clínicas y terapéuticas como el tratamiento inadecuado,

aumento en el riesgo de suicidio, comorbilidad con abuso de sustancias, consecuencias sobre las esferas funcionales del individuo (Tondo, 2014).

Los criterios diagnósticos para un trastorno bipolar II, episodio hipomaniaco actual o pasado, episodio de depresión mayor actual o pasado, según el manual DSM V (American Psychiatric Association, 2014) son los siguientes:

Para el estado Hipomaniaco:

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:
 - 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 - 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
 - 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 - 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
 - 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
 - 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Episodio de depresión mayor

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
 - 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 - 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 - 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento del peso esperado.)
 - 4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 - 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
 - 6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
 - 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 - 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
 - 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Trastorno bipolar II

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaníaco (Criterios A-F en "Episodio hipomaníaco" antes citado) y al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A-C en "Episodio de depresión mayor" antes citado).
- B. Nunca ha habido un episodio maníaco.
- C. La aparición del episodio(s) hipomaníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
- D. Los síntomas de depresión o la incertidumbre causada por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Paciente NN de 37 años de edad, género masculino presenta la siguiente sintomatología: 7 años de estado de ánimo fluctuantes (Criterio A), entre irritabilidad y ánimo depresivo (Criterio C) no acorde al comportamiento usual del individuo; además ha pasado de compras (Criterio B7), todas las noches saliendo (Criterio B2), y tiene conductas sexuales tipo impulsivo (Criterio B7); presenta verborrea (Criterio B3), y jovialidad (Criterio B1); pero no hay evidencia de ideas delirantes o alucinaciones. Salía después de varios días, volver a su trabajo; pero trabajaba de forma inefectiva (Criterio D y E). No menciona consumo de alguna sustancia (Criterio F). Cumple por lo tanto todos los criterios para diagnosticarse como Trastorno Bipolar tipo II episodio hipomaníaco actual (F31.81).

De continuación en Diler & Birmaher (2018) encontramos datos sobre la prevalencia de esta condición patológica, situando al Trastorno bipolar en adultos en una prevalencia de aproximadamente 5%, presentando síntomas del estado de ánimo antes de los 20 años. Los criterios estimaron la prevalencia de vida de TB como 1% en la población general. En la década de 1990, el DSM-IV dividió aún más esta categoría de diagnóstico en tres

principales grupos: TB tipo 1, TB tipo 2 o TB episodio mixto (Clemente A., Diniz B., Noicolato R., Kapczinski F., Soares J., Firmo J., Costa e., 2015, p.155).

El trastorno Bipolar tiene una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos como trastornos de ansiedad, personalidad y uso de sustancias adictivas. Especialmente cuando se presentan episodios depresivos se observa que "la comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias (TUS) es de las más relevantes dentro del espectro de la patología dual por su prevalencia y sus repercusiones evolutivas y socio-sanitarias" Entre las drogas más consumidas en una persona que padece esta patología dual de Trastorno Bipolar y trastorno por uso de sustancias son el alcohol, la cocaína y el cannabis (Arias, y otros, 2017) (García et al. 2017, p. 58)

Respecto a la etiología, Beck en Newman, Leahy, Beck, Gyulai, & Reilly-Harrington, (2005) presenta una teoría de la depresión basada en la vulnerabilidad cognitiva, la que posteriormente trasladó a representar los mismos patrones poco adaptativos en los pacientes que padecen trastorno bipolar; analiza este trastorno no solamente tomándolo desde la perspectiva cognitiva, sino de una forma holística al comprender al ser humano como una construcción de tres aristas, lo psicológico, lo biológico y lo social, cuyas descompensaciones darían paso a los cambios nocivos de conducta.

En López & Rodríguez, (2009) los factores etiológicos atribuidos al desarrollo del trastorno son la predisposición genética, niveles críticos de estrés y un estilo cognitivo que tiene efectos adversos en la emotividad, exacerbando e incluso activando los problemas biológicos que provocan los síntomas, a ello se suman factores de origen cognitivos (Díaz & Sanz, 2015) "como una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; los

pensamientos automáticos negativos; errores en la percepción y en el procesamiento de información; y disfunción en los esquemas cognitivos”.

Otra causal importante, son los factores genéticos que inciden significativamente en las modificaciones negativas del neurodesarrollo, es la primera línea familiar (Ríos y Escudero., 2017); así mismo, señala este autor que los factores ambientales, como el uso y abuso de sustancias psicotrópicas y los fármacos también se revisa los eventos traumáticos ocurridos en la infancia.

Por otro lado, Chávez, Benitez, & Ontiveros, (2014) en el trastorno bipolar, influyen de manera decisiva los pensamientos, tanto en las emociones como en los comportamientos del sujeto. El sujeto evalúa constantemente los eventos internos propios y los externos relacionados con la situación, aun sin proponérselo, estos son pensamientos automáticos llegando a desplazar a otros pensamientos más razonables y adaptativos, los pensamientos automáticos van a estar distorsionados cognitivamente hacia lo negativo/depresivo o hacia lo positivo/maníaco.

Para Newman et al (2005) en Lopez A. y Laura E. (2009) los estilos de atribución, perfeccionismo, deficiencias en la resolución de problemas, prejuicios en la toma de decisiones, entre otros serían los factores que inciden en el desarrollo del trastorno.

CONCLUSIONES

- El Trastorno bipolar es concomitante, presenta ciertas características que se encuentran descritas en manuales diagnósticos DSM-V y CIE-10 donde se exponen las diferentes aristas que el profesional toma en cuenta para el diagnóstico del trastorno, es decir lo patológico que se aleja del desarrollo habitual del individuo. Existen retrasos en el diagnóstico en cuanto a la aparición de los primeros síntomas, puede darse la confusión con un trastorno de ansiedad, depresión mayor, algún trastorno de personalidad o de consumo de sustancias. Lo que afecta su pronóstico y permite el desarrollo de esta patología.
- La patología presentada por el paciente NN está acorde a los criterios descritos en el DSM-5 ya que presenta la sintomatología tal como: irrupción en el estado de ánimo (irritabilidad y síntomas depresivos), salidas frecuentes y pérdida del placer, pérdida del apetito, verborrea, jovialidad, entre otros. Al cumplir todos los criterios anteriormente nombrados el paciente es diagnosticado con Trastorno Bipolar tipo II, episodio hipomaniaco.
- Este trastorno tiene una etiología biopsicosocial explicada de la siguiente manera: en cuanto a lo biológico se toman en cuenta los factores genéticos y el consumo de sustancias lícitas e ilícitas; en lo psicológico se toman en cuenta los esquemas que cada ser humano posee, se adquieren a través del proceso de desarrollo mientras que en lo social tiene un peso importante ya que este configura los pensamientos

automáticos que tiene el individuo en su interacción con la sociedad y el mecanismo de afrontamiento que toma el individuo es lo que genera el trastorno bipolar, deja al sujeto en un vaivén incierto en cuanto a la atención que debería recibir por parte de los encargados de la salud mental que están en formación y actualizando cada vez los constructos teóricos e innovando en maneras de detectar a tiempo este tipo de patologías, donde se analizó que mientras más pasa el tiempo con un mal diagnóstico, mayor riesgo de desarrollo y prevalencia de la enfermedad.

REFERENCIAS

Bibliografía

- Aguilar , E., & Blasco , R. (2015). VULNERABILIDAD COGNITIVA EN EL TRASTORNO DEPRESIVO: A POSPÓSITO DE UN CASO. *Revista de Casos clinicos en salud mental*, 63. doi:ISSN: 2255-5609
- American Psychiatric Association. (2014). *MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES* (5ta ed.). España y latinoamerica: Panamericana. doi:ISBN: 978-84-9835-810-0
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., & Rentero, D. (2017). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *adicciones*, 29(3), 186-194.
- Barra, B., & Ravinet, J. (2018). *Psicogeriatría: una mirada hacia el futuro (Spanish Edition)*. Chile: Orjikh editores.
- Chávez, E., Benitez, E., & Ontiveros, M. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud mental*, 111-117.
- Díaz, E., & Sanz, R. (2015). Vulnerabilidad cognitiva en el trastorno depresivo: a propósito de un caso clínico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 61-78.
- Diler, R., & Birmaher, B. (2018). *TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES*. Pittsburgh: Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh.
- López, A., & Rodríguez, E. (2009). Objetivos y eficacia de la terapia cognitiva para transtornos bipolares. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 71-93.
- Martinez , O., Montalvan , O., & Betancourt, Y. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clinicas y eidemiologicas. *Revista medica electronica*, 41, 467. doi:ISSN: 1684-1824
- Newman, C., Leahy, R., Beck, A., Gyulai, L., & Reilly-Harrington, N. (2005). *El trastorno bipolar: Una aproximación desde la terapia cognitiva*. Barcelona: Grupo Planeta (GBS).
- Tizón, J. (2019). *Apuntes para una psicopatología basada en la relación: Vol. 3: Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y "operatorias"*. Barcelona: Herder.
- Tondo, L. (2014). El tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar. *Psicodebate*, 93-100.

Vazquez, G. (2014). Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-V. *Psicodebate*, 14, 20. doi:ISSN: 1515-225

Ríos Flórez, J. A., & Escudero Corrales, C. (19 de Julio de 2017). Características Neuropsicológicas y bases biológicas y conceptuales del Trastorno Afectivo Bipolar. *Revista Katharsis*, 239-268,. Recuperado el 22 de Enero de 2020, de revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., & Rentero, D. (2017). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Revista Adicciones*, 29(3), 186-194. Recuperado el 22 de Enero de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289151752006>

Balanza Martínez, V., & Tabare Seisdedos, R. (Abril-Junio de 2015). The prevalence of bipolar disorders in the general population: a growing trending topic? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(2), 91-92. doi:doi:10.1590/1516-4446-2015-3701

Chávez León, E., Benitez Camacho, E., & Ontiveros Uribe, M. P. (Marzo-Abril de 2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Revista Salud Mental*, 37(2), 111-117. Recuperado el 22 de Enero de 2020

García Jiménez, J., Álvarez Fernández, M., Aguado Bailón, L., & Gutiérrez Rojas, L. (14 de Junio de 2017). Factores asociados a la polaridad predominante en el trastorno bipolar: una revisión sistemática. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 12(1), 52-62. doi:10.1016/j.rpsm.2017.06.008

Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., & Betancourt Izquierdo, Y. (Marzo-Abril de 2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-482. Recuperado el 22 de enero de 2020, de <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3157/4255>

S. Clemente, A., S. Diniz, B., Nicolato, R., P. Kapczinski, F., C. Soares, J., O. Firmo, J., & Castro Costa, E. (26 de Febrero de 2015). Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(2), 155-161. doi:10.1590/1516-4446-2012-1693

Vázquez, G. (02 de Septiembre de 2014). Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Revista Psicodebate*, 14(2), 9-24. Recuperado el 22 de enero de 2020, de https://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/14/Psicodebate_N14_T2_01.pdf

Andrés Fernando López Pell y Elena Laura Rodríguez. (Diciembre de 2009). Objetivos y eficacia de la terapia cognitiva conductual para trastornos Bipolares. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* Vol. 12 No.4

Leonardo Tondo, 2014. El tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar. *Psicodebate*, Vol. 14, No 2, Diciembre 2014 | ISSN: 1515–225 | 83–100

Aguilar, E. D., & Blasco, R. S. (2015). Vulnerabilidad cognitiva en el trastorno depresivo: a propósito de un caso clínico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3(1).

American Psychiatry Association. (2014). *MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES* (5ta ed.). España y latinoamerica: Panamericana. ISBN: 978-84-9835-810-0

Cory F. Newman, Robert L. Leahy, Aaron T Beck, Noreeen, A. Reilly-Harrington, Laszlo. (2005). *EL TRASTORNO BIPOLAR. Una aproximación desde la terapia cognitiva* Ediciones Paidós. ISBN:84-493-1699-5.

ANEXOS

Asignatura 3449

PSICOPATOLOGÍA II

Reactivo práctico 9000

Contexto o situación del problema: Paciente de 37 años desempleado y que durante varios años no ha llevado a cabo ninguna actividad, ha pasado durante una semana todos los días de compras y todas las noches saliendo; además presenta verborrea, jovial, seductor, pero no hay evidencias de ideas delirantes o alucinaciones. Hace siete años experimentó durante algunos meses y de forma leve e intermitente síntomas depresivos, ansiedad, fatiga, insomnio, pérdida de apetito. Luego de pocos meses volvió a estados de ánimo normales. Pocos años después, experimentó 25 días de energía acusada, hiperactividad, y euforia, que se siguieron de 5 días de depresión, durante los cuales dormía mucho y sentía que apenas podía moverse. Este patrón de periodo alternativos fue (interrumpidos por unos pocos días de normalidad) repitiéndose sucesivamente durante los siguientes años. Durante algunos periodos se muestra optimista y con gran autoconfianza, pero temperamental y fácilmente irritable. Su juicio y su actividad son irregulares, gasta grandes sumas de dinero en cosas innecesarias y tiene conducta sexuales de tipo impulsivo. Durante otros periodos se queda en la cama todo el día, tienen fatiga, poca motivación, deja de comer, de lavarse y de afeitarse, se siente triste y culpable por los excesos e imprudencias de las semanas previas. Luego de varios días de estar en este estado, se levanta de la cama sintiéndose mejor y en dos días vuelve a su actividad laboral, trabajando de una forma frenética aunque inefectiva.

Fuentes de consulta: En base a la revisión de 10 artículos científicos, normas legales nacionales o internacionales, reglamentos y/o demás documentos jurídicos describa

Pregunta a resolver: En base a la sintomatología presentada del paciente:

Diagnosticue (según los criterios diagnósticos del DSM-V) y haga un fundamento científico acerca de cómo se origina la psicopatología del trastorno diagnosticado desde cualquier teoría psicológico.