



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR DESDE
ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.

CABRERA SANCHEZ ANDREA FAVIOLA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR
DESDE ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.

CABRERA SANCHEZ ANDREA FAVIOLA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR DESDE ENFOQUE
COGNITIVO CONDUCTUAL.

CABRERA SANCHEZ ANDREA FAVIOLA
PSICÓLOGA CLÍNICA

REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE

MACHALA, 27 DE ABRIL DE 2021

MACHALA
27 de abril de 2021

Origen de la psicopatología del trastorno bipolar desde el enfoque cognitivo-conductual

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.psicologosmadrid-acm.com Fuente de Internet	1%
2	sites.google.com Fuente de Internet	<1%
3	www.psicocentro.com Fuente de Internet	<1%
4	www.puj.edu.co Fuente de Internet	<1%
5	hospitalvalledetenza.gov.co Fuente de Internet	<1%
6	www.buenosaires.gov.ar Fuente de Internet	<1%
7	eldorado.networkofcare.org Fuente de Internet	<1%
8	homeopatasenelalambre.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
9	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1%

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

La que suscribe, CABRERA SANCHEZ ANDREA FAVIOLA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR DESDE ENFOQUE COGNITIVO 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.

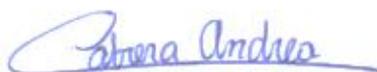
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

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.

La autora 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, 27 de abril de 2021



CABRERA SANCHEZ ANDREA FAVIOLA
0706258803

Origen de la psicopatología del trastorno bipolar desde el enfoque cognitivo-conductual

por Andrea Cabrera

Fecha de entrega: 16-abr-2021 05:21p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1561377207

Nombre del archivo: CABRERA_SANCHEZ_ANDREA_FAVIOLA_PT-141220..docx (20.43K)

Total de palabras: 3183

Total de caracteres: 17241

RESUMEN

Andrea Faviola Cabrera Sánchez
Cl. 0706258803
acabrera3@utmachala.edu.ec

El trastorno bipolar es considerado como la sexta causa de discapacidad en el mundo, es una enfermedad mental que no desaparece, permanece en el tiempo y no existe cura; esta se caracteriza por presentar cambios en el estado de ánimo comprendiendo altos emocionales de manía o hipomanía o bajos emocionales de depresión, causa un deterioro a nivel personal, académico, social y laboral. Para un correcto diagnóstico se requiere el uso de los manuales diagnósticos y una evaluación médica para descartar la presencia de otras enfermedades. El TB se clasifica en Trastorno Bipolar I y el Trastorno Bipolar II, la diferencia entre estos es el tiempo de afectación y la severidad de los síntomas maníacos. El origen se atribuye a múltiples factores como el genético, la hipótesis bioquímica, los altos niveles de estrés (nivel familiar, presión social y laboral) y el estilo cognitivo. Está asociado a otros trastornos como la ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos relacionados con la personalidad, consumo de sustancia e intentos de suicidio. El trastorno se reconoce en base a la sintomatología, el curso, tiempo de duración y tipo de episodio afectivo. La Teoría Cognitiva Conductual tiene como principal fundamento asumir la existencia de las diversas distorsiones cognitivas y/o conductas disfuncionales que causan un malestar en las personas con TB. El presente ensayo tiene como objetivo describir la definición, sintomatología y el origen de la psicopatología del trastorno bipolar, tomando como base a la teoría cognitiva conductual y el uso de artículos científicos actualizados

Palabras claves: Trastorno bipolar, síntomas, origen, teoría cognitiva conductual.

ABSTRACT

Bipolar disorder is considered the sixth cause of disability in the world, it is a mental illness that does not go away, remains in time and there is no cure; it is characterized by changes in mood comprising high emotional mania or hypomania or emotional low depression, causing a deterioration at the personal, academic, social and work level. Correct diagnosis requires the use of diagnostic manuals and medical evaluation to rule out the presence of other diseases. TB is classified as Bipolar I Disorder and Bipolar Disorder II, the difference between these is the time of involvement and the severity of manic symptoms. Origin is attributed to multiple factors such as genetics, biochemical hypotheses, high levels of stress (family level, social and work pressure) and cognitive style. It is associated with other disorders such as anxiety, attention deficit hyperactivity disorder, personality-related disorders, substance use and suicide attempts. The disorder is recognized based on symptomatology, course, duration and type of affective episode. Cognitive Behavioral Theory is primarily based on assuming the existence of the various cognitive distortions and/or dysfunctional behaviors that cause discomfort in people with TB. This essay aims to describe the definition, symptomatology and origin of bipolar disorder psychopathology, based on cognitive behavioral theory and the use of up-to-date scientific articles

Keywords: Bipolar disorder, symptoms, origin, cognitive behavioral theory.

ÍNDICE

RESUMEN	II
ABSTRACT	II
DEDICATORIA	4
INTRODUCCIÓN	5
ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR DESDE ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL	6
CONCLUSIONES	13
BIBLIOGRAFÍA	14
ANEXO	

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico principalmente a mi madre Esperancita por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, a mi padre y hermanos quienes forman parte de mí como una guía en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años las enfermedades mentales se han convertido en una pesadilla para muchas familias, hoy en día tras el avance de la tecnología y múltiples investigaciones, se tiene conocimiento acerca del origen y causa de estas, una de las más severas es el trastorno bipolar (TB), que es considerado como un trastorno grave y recurrente, se caracteriza por presentar cambios en el estado de ánimo, episodios de manía, hipomanía, depresión o una combinación de ambos, algunas personas con TB pueden tener síntomas más leves que otras.

Los síntomas más comunes y pensamientos por lo general están vinculados la fase depresiva como tristeza, desesperanza, falta de concentración pensamientos negativos relacionado con la muerte o intentos de suicidio: los episodios de manía o hipomanía se caracteriza por que la persona presenta una sobrecarga de irritabilidad, se siente sumamente feliz, optimista o emocionado. El Trastorno Bipolar se encuentra clasificado en dos tipos: trastorno bipolar I y trastorno bipolar II; para el correcto diagnóstico se toman en consideración los manuales DSM-5 y el CIE-10.

Estos desequilibrios causan un deterioro a la persona en diversas áreas como son las de índole familiar, educativo, social y laboral, el TB suele darse al final de la adolescencia o principios de la edad adulta es decir entre los 17 a 25 años, sin embargo, no se descarta la aparición de este trastorno en la infancia o en la senectud. Por consiguiente, la presente investigación pretende describir la definición, sintomatología y el origen de la psicopatología del trastorno bipolar, tomando como base a la teoría cognitiva conductual y el uso de artículos científicos actualizados.

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR DESDE ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

En la actualidad los trastornos con mayor incidencia en los seres humanos son los afectivos y entre ellos están los de depresión y el Trastorno Bipolar. Clínicamente el trastorno bipolar (TB), es de condición grave y recurrente, se caracteriza por presentar cambios en el estado de ánimo, episodios de manía, hipomanía, depresión o una combinación de ambos, estos cambios por lo general se desarrollan de manera extrema, cambios bruscos o radicales en el estado de ánimo de la persona (Martínez *et al.*, 2019).

Todas las personas en algún momento de su vida presentan altibajos en el estado de ánimo, pero con relación al TB estos episodios son diferentes, producen cambios de extremo a extremo. Para Osorio *et al.*, (2021), estos cambios pueden ser episodios de manía donde la persona puede actuar irritable, excesivamente feliz, emocionados u optimistas, este nivel se ve notablemente marcado y excesivo; en los episodios depresivos se caracteriza por la presencia de tristeza, llanto, desesperanza y un desgaste emocional, mientras que las personas que presentan episodio de hipomanía la sintomatología es similar a la manía pero se desarrollan con menor intensidad y menor problemática, con una duración de 4 días.

Durante las dos últimas décadas se ha evidenciado que los paciente con TB presentan dificultades a nivel cognitiva y psicosocial, así mismo Valdivieso-Jiménez (2020), estima que un 0,2 a 1,2 % de población han sido diagnosticados con TB, los pacientes por lo general presentan episodios de recuperación y recaída, la edad de inicio suele darse al final de la adolescencia o principios de la edad adulta es decir entre los 17 a 25 años, la aparición del TB no solo se da en ese lapso de tiempo, existen casos diagnosticados a edades tempranas o edades avanzadas.

La Organización de Naciones Unidas (OMS), refiere que el TB es la sexta causa de discapacidad en el mundo, supone una gran carga y responsabilidad para el paciente y la familia, en muchos de los casos afecta la calidad de vida y la familia no está lista para

cargar un gran peso en cuanto al cuidado y supervisión, el funcionamiento cotidiano, educación, trabajo, y la vida social no será igual para el paciente y la familia (OMS, 2018).

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (MSSSI, 2012) el curso de la enfermedad es variable, un 90% de los pacientes que han experimentado un episodio de manía por lo general presentan un nuevo episodio afectivo, los pacientes que son o han sido tratados o no acuden a tratamientos psicológicos por lo general experimentan días extensos de episodios de manía o de depresión a lo largo de la vida con periodos interepisódicos que suelen estabilizarse dentro de una cuarta o quinta fase; un 10 o 15% experimenta 3 episodios por año considerándolos cicladores rápidos.

TB está clasificado de acuerdo al grado, curso, duración e intensidad para Somer y Birmaher (2018), el TB I requiere la presencia actual o antecedentes de un episodio maníaco, esta puede estar o no acompañado de episodios de depresión; para que se cumpla los criterios la duración del episodio es de siete días consecutivos o debe de tener una admisión hospitalaria durante el episodio.

Mientras tanto Martínez *et al.*, (2019), refieren que el TB II requiere la presencia de hipomanía y depresión, la diferencia entre el TB I y TB II es el tiempo de afectación y la severidad de los síntomas; se debe de tener en cuenta que la manía es la principal causa de impedimento severo del funcionamiento en los diversos ámbitos que ejerce el ser humano.

Para un eficaz diagnóstico del TAB I se considera al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) manual descrito por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) es necesario que se cumplan los criterios para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor: a) deberá cumplir los criterios del episodio maníaco, b) la presencia de los episodios de manía o depresión no se deben a la presencia de trastornos como la esquizofrenia, esquizoafectivo, esquizofreniforme, delirante, psicóticos con o sin especificación u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia (APA, 2014).

Para la identificación del episodio maníaco se especifica los siguientes criterios: a) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, aumento de energía hacia un objeto, presenta una duración mínima de una semana, b) alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes: autoestima elevado o

sentimientos de grandeza, disminución de horas de dormir, aumento del habla, ideas fugaces, se distrae con facilidad, la atención se centra hacia un objetivo en específico, participar en actividades de carácter doloroso, c) deterioro en el funcionamiento social o laboral y requiera hospitalización para evitar un daño a sí mismo u otros, d) No se puede atribuir efectos fisiológicos de una sustancia (APA. 2014).

Así mismo se debe de tener en consideración los episodios de hipomanía: a) estado de ánimo irritable, elevado, aumento de actividad o energía, con una duración de 4 días consecutivos, b) tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable): autoestima elevada o sentimiento de grandeza, disminución de las horas de dormir, locuaz, se distrae con facilidad, c) los episodios no pueden ser explicados por el funcionamiento característico del individuo, d) los cambios son observables por otras personas, e) no causa una alteración importante en las áreas social o laboral, no se necesita hospitalización, f) no está asociado a efectos de sustancias (APA. 2014).

Los síntomas del Episodio depresivo mayor son: a) cinco (o más) de los síntomas siguientes: la mayor parte del día presenta un estado de ánimo decaído, triste, disminuye el placer por realizar actividades de intereses, pérdida o aumento de peso, problemas de insomnio o hipersomnias, sensación de inutilidad o culpa, se distrae con facilidad, ideas o pensamiento de muerte, b) deterioro social, laboral y otras áreas de importancia, c) no se atribuye a efectos fisiológicos de sustancias (APA. 2014).

Por otra parte, Velayos *et al.*, (2015) mencionan la importancia de una evaluación de las funciones ejecutivas de los pacientes con TB I, mientras mayor sea el número de episodios de manía o depresión, mayor será el daño a nivel cognitivo en la memoria de trabajo, habla, expresiones corporales, recolección de información, capacidad para la resolución de problemas dentro y fuera del hogar; con regularidad las áreas de mayor afectación son las de planificación, control y ejecución de la información.

El TB está asociado a otros trastornos psiquiátricos como ansiedad, consumo de sustancias, hiperactividad / déficit de atención (TDAH) y trastorno de personalidad; se debe de tener en cuenta que en estos trastornos se torna difícil el diagnóstico y tratamiento y el resultado pronóstico para los pacientes con TB es poco favorable; de la misma manera se asocia a enfermedades médicas como síndrome metabólico, diabetes,

osteoporosis u otras enfermedades patológicas cardiovasculares (Hernández-Martínez y Ochoa, 2020)

Dentro del MSSI, (2012), refiere que la tasa de mortalidad de pacientes con TB es de 2 a 3 veces mayor que por muertes generales; esto se atribuye al estilo de vida asociados al trastorno, consumo o abuso de sustancias producidos durante la aparición de algún episodio. Se estima que las tasas de suicidios para el TB son de aproximadamente el 10 y 15% por lo general, se dan cuando el paciente experimenta episodios de depresión o episodios mixtos; un tercio de esta población ha cometido intentos de suicidio.

Para el correcto diagnóstico del TB, se requiere la presencia de un equipo multidisciplinario como médicos generales, psiquiatras, psicólogos, enfermeros entre otros profesionales encargados de realizar exámenes a nivel físico completos para descartar otras enfermedades neurológicas o degenerativas que ponen en riesgo la vida del paciente, por consiguiente, se requiere una evaluación psicológica y psiquiátrica. Para el (Instituto Nacional de la Salud Mental (NIHM), el diagnóstico se reconocerá por medio de los síntomas, transcurso de la vida, la experiencia y las expectativas de la familia y amigos (NIHM, 2019).

Como afirma la Guía Clínica de la APA (1994) como se cita en Becoña y Lorenzo (2001), “No hay cura para el TB, aunque sí hay tratamientos que disminuyen la morbilidad y mortalidad asociadas” (p. 512), a lo largo de estos últimos tiempos se ha evidenciado una serie de tratamientos psicológicos, psiquiátricos, farmacológico y terapia electroconvulsiva que dan un resultado favorable a los pacientes con TB. El origen del TB es de carácter complejo y abarca factores como la predisposición genética, psicosociales, la neurobiología y factores relacionados con el ambiente y médicos, cada factor mencionado trae consigo repercusiones a nivel del sistema nervioso central y los efectos que trae consigo son repercusiones en el ámbito familiar, escolar, laboral y social (Ramírez *et al.*, 2020).

Para Fullana *et al.*, (2011), la teoría y terapia cognitiva conductual (TCC), fue creada por Aron Beck en los años 50, tiene como principal fundamento asumir la existencia de las diversas distorsiones cognitivas y/o conductas disfuncionales que causan un malestar, este modelo se basa en la interpretación de las emociones, sentimientos, comportamientos y conducta de las personas.

Para Chávez-León *et al.*, (2014), la Teoría Cognitiva Conductual se basa en el modelo cognitivo y las interpretaciones de los acontecimientos que influyen de forma directa en las emociones, los sentimientos y la conducta del ser humano. La TCC en el trastorno bipolar comprende un círculo vicioso en los diversos síntomas y cambios que se dan en la cognición y el comportamiento, generando un mal funcionamiento a nivel psicosocial. Si la persona experimenta altos niveles de estrés experimenta nuevos episodios de manía o depresión.

La TCC menciona como factores predisponentes para el origen de la psicopatología al ambiente y la genética o la herencia; estos asociados con la interacción de los eventos son mecanismos de afrontamiento que no son considerados sumamente fuertes y adaptativos generando vulnerabilidad y la recaída de nuevos episodios afectivos. Los esquemas cognitivos, las estructuras mentales dan lugar a pensamientos espontáneos, rápidos y breves, estos influyen de forma poderosa en las emociones y el comportamiento de las personas con TB, estos pensamientos son producto de los esquemas cuando no son producto de la deliberación del razonamiento.

Según Chávez-León *et al.*, (2014), la teoría cognitiva conductual se centra en “identificar y cambiar los patrones desadaptativos de procesamiento de la información y del comportamiento” (p.114), se centra en las emociones y comportamiento, reconoce los factores ambientales, pensamientos y comportamientos como parte del origen de los trastornos.

Según Newman *et al.*, (2005), existen varias causas del TB, entre ellas se encuentran la predisposición genética, hipótesis bioquímica, los altos niveles de estrés (nivel familiar, presión social y laboral) y el estilo cognitivo de patrones inconscientes y automáticos que el paciente ha desarrollado a través de los hábitos y costumbres que ha forjado a través de la experiencia. La predisposición genética es considerada como una de las causas del TB, se debe a los genes que comparten, aunque el trastorno sea hereditario se descarta el grado de afección o aparición de los síntomas y los miembros de la familia que lo padecen experimentan en diferentes grados y magnitudes los episodios.

Para Ramírez *et al.*, (2020), dentro del vínculo familiar si uno de los miembros padece TB el riesgo de padecer otro trastorno es grande, por lo general pueden presentar el trastorno depresivo o esquizoafectivo, esto se debe a que múltiples genes están

involucrados y por consiguiente generan una alteración. Investigaciones realizadas por NIH en 2019 refieren que, si nacen un par de hermanos gemelos y dentro del círculo familiar hay un miembro con este trastorno, es probable que uno de estos lo tenga, y el otro gemelo no lo presente.

Como un segundo causante del TB esta la hipótesis bioquímica, como tal se han desarrollado múltiples investigaciones sin embargo no se han obtenido resultados favorables, no se descarta que el déficit de la norepinefrina primer neurotransmisor implicado en la depresión unipolar o mayor, como tal es considerada como una de las primeras responsables de dar origen al TB, mientras que la dopamina se evidencia en pacientes con episodio maníacos y esto se debe al aumento de los neurotransmisores cerebrales con las funciones motrices, emociones y sentimientos de placer (Ramírez *et al.* 2020).

La serotonina es un neurotransmisor que se encuentra segregado en el cuerpo, estas son las responsables de la estabilidad de las terminaciones nerviosas es decir de las catecolaminas, norepinefrinas y la dopamina. Otra concepción biológica es el estado de ánimo a consecuencia de la activación de la conducta debiéndose al sistema neurobiológico que se encarga de modular las conductas en presencia de un estímulo de refuerzos como el aumento del entusiasmo, energía y motivación (Newman *et al.*, 2005).

Otro agente causal son los sucesos estresantes, las personas con TB interpretan de una forma negativa todos aquellos cambios estresantes siendo una de las causas para la disforia, desesperanza y la incapacidad para resolver problemas en estas personas. Para García-Pulido y Mercado-Rivas (2018), los sucesos estresantes pueden darse en el ambiente de la familia, ambiente social o laboral. Existen personas que padecen el trastorno que son capaces de salir de forma positiva a cualquier tipo de cambio en su vida, pero también hay la otra posibilidad, que estas no reaccionan de forma positiva y presentan síntomas y recaídas graves que requieren hospitalizaciones.

El estilo cognitivo hace referencia a los procesos mentales como la capacidad de pensar, prestar atención, recordar, resolver y planificar; cada persona es capaz de desarrollar estas habilidades, pero una persona con TB presenta dificultades y por lo general cuando atraviesa un episodio de depresión y manía altera su pensamiento trayendo consigo

problemas de déficit de atención, memoria, capacidad de planificar y tomar decisiones (Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares, 2016).

Para Caicedo (2020), el estilo cognitivo es considerado como un agente de vulnerabilidad, varias de las personas presentan estilos de atribución negativo y estos son capaces de proyectar síntomas afectivos luego de haber atravesado algún suceso estresante, y como una respuesta a esto presentan episodios de manía o de depresión, varios estudios han demostrado que pacientes con estado de ánimos afectivos presentan estilos cognitivos negativos, alteración en el humor, problemas para conciliar el sueño, frustraciones aislamiento social, pensamientos suicidas, entre otros.

En los estilos cognitivos con relación al componente atencional, Ríos-Flores y Escudero (2017), realizaron comparaciones de rendimiento de personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia y el trastorno bipolar evidenciando un déficit significativo de la atención.

Según el MSSSI (2012), menciona que se debe de tener en cuenta que el TB es considerada como una enfermedad mental que no desaparece y permanece en un estado latente, la mayoría de las personas con este trastorno requieren el uso continuo de medicamentos es decir una intervención farmacológica como parte del tratamiento que esté llevando a cabo, para que el tratamiento sea eficaz el paciente deberá comprometerse a asistir a terapias psicológicas, en caso de no realizarse corre el riesgo de recaídas o la sintomatología presente se torne más agresiva y requerirá una hospitalización prolongada hasta que la gravedad de los episodios disminuyan o se encuentren previamente controlados.

Dentro del área de psicología para el correcto uso del manejo clínico se deberá considerar dos aspectos cruciales de las personas con TB, estas dimensiones son el estado afectivo actual y la evolución a largo plazo, además de la evaluación y valoración de estos dos aspectos, se evalúa el curso, el número, tiempo de duración, tipo de episodio afectivo y la presencia o no de síntomas alternos para una correcta elaboración de un plan de tratamiento (MSSSI, 2012).

CONCLUSIONES.

- El trastorno bipolar (TB), considerado grave y recurrente es un trastorno mental caracterizado por presentar cambios en el estado de ánimo de extremo a extremo, comprende altos niveles emocionales de manía o hipomanía o bajos emocionales de depresión. Se estima que un 0,2 a 1,2% presenta TB a nivel mundial, la edad de inicio suele ser al finalizar la adolescencia o inicios de la edad adulta, aunque no se descarta la presencia del TB en niños y adultos mayores, la OMS considera que es la sexta causa de discapacidad a nivel mundial.
- Un 90% de personas que padecen este trastorno a lo largo de su vida experimentan un episodio de manía y presentan un nuevo episodio afectivo, no todas las personas que padecen estos trastornos presentan la misma sintomatología, tiene una afectación a nivel familiar, académico, social y laboral.
- Los síntomas comunes están asociados con la manía y depresión, sin embargo, existe la presencia de episodios hipomaníacos. En los episodios depresivos se evidencia la tristeza, desesperanza, falta de concentración, pensamientos negativos relacionados con la muerte o intentos de suicidio; los episodios de manía e hipomanía las personas actúan de forma irritable, felicidad excesiva, se encuentran emocionados u optimistas. La diferencia entre la hipomanía y la manía es el tiempo de duración, los síntomas y que la manía requiere hospitalización.
- El origen tiene que ver con la genética, la hipótesis bioquímica, los altos niveles de estrés (nivel familiar, presión social y laboral) y el estilo cognitivo de patrones automáticos. Estos factores se encuentran asociados con la interacción de los eventos y mecanismos de afrontamiento, mecanismos que no son considerados sumamente fuertes y adaptativos generando vulnerabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual? *Revista de Terapia Cognitiva Conductual*, 1-6. Obtenido de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Becoña, L., & Lorenzo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13(3), 511-522.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2012). *Guía Práctica Clínica sobre el Trastorno Bipolar*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1-436
- Caicedo Arboleta, S. P. (2020). *Afectaciones de Trastorno Bipolar en la vida y desarrollo cognitivo*. Obtenido de <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1589/Afectaciones%20del%20trastorno%20bipolar%20en%20la%20vida%20y%20desarrollo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chávez-León, E., Benítez-Camacho, E., & Ontiveros Uribe, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37(2), 111-117.
- Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 1-5. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775311002879?via%3Dihub>
- García-Pulido, E., & Mercado-Rivas, M. (2018). Respuestas de afrontamiento a estrés en adultos en proceso de jubilación. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 5(1), 61-71. doi:2334-2501
- Hernández-Martínez, H. E., & Ochoa-Madrigal, M. G. (2020). Manejo y comorbilidades de los trastornos bipolares en la infancia y adolescencia. *Revista de la Facultad*

de Medicina de la UNAM, 63(6), 40-50. Obtenido de http://revistafacmed.com/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=1360:manejo-y-comorbilidades-de-los-trastornos-bipolares-en-la-infancia-y-adolescencia&Itemid=1

Instituto Nacional de la Salud Mental. (2019). Trastorno Bipolar. *MedlinePlus de la Biblioteca Nacional de Medicina*.

Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., & Betancourt Izquierdo, Y. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-482. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000200467

Newman, C., Leahy, R., Reilly-Herrington, N., Beck, A., & Gyulai, L. (2005). *Trastorno Bipolar. Una aproximación desde la terapia cognitiva*. Buenos Aires. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=bkC--4o45mYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Osorio, J., Quenan, Y., & Acosta, M. (2021). Evolución en el diagnóstico del trastorno afectivo bipolar entre 2010 y 2015. Caldas, Colombia. *Universidad y Salud*, 23(1), 21-29.: DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.212301.210>

Ramírez Vargas, X., Arias Leal, M. L., & Madrigal Zamora, S. (2020). Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista Médica Sinergia*, 5(9). Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/572>

Ríos-Flórez, J. A., & Escudero-Corrales, C. (2017). Características Neuropsicológicas y bases biológicas y conceptuales del Trastorno Afectivo Bipolar. *Revista Katharsis*, pp.239-268, Obtenido de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>

Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares. (2016). *Cognición en el trastorno bipolar*. España.

- Somer Diler, R., & Birmaher, B. (2018). Trastornos del ánimo. En *Manual de salud infantil y adolescente* (págs. 1-33). Obtenido de <https://iacapap.org/content/uploads/E.2-Bipolar-Spanish-2018.pdf>
- Valdivieso-Jiménez1, G. (2020). Severidad Clínica En Trastorno Bipolar, Trastorno. *Revista Chilena Neuro-Psiquiat*, 58(1), 2-15. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200107
- Velayos Jiménez, L., García García, R., Ladera Fernández, V., & Perea Bartolomé, M. V. (2015). Función ejecutiva en pacientes con trastorno bipolar tipo I durante la fase asintomática. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 10(1), 44-49. doi:0718-0551

ANEXO

Contexto o situación del problema:

Laura Freitas, una mujer divorciada de 32 años de edad, ingresó a la unidad de salud mental con una euforia extrema. Se le refirió de una clínica de atención ambulatoria y ella fue la informante principal en su caso. Laura había tenido un primer episodio de enfermedad mental a los 19 años, después de que naciera su segundo hijo. Podía recordar poco acerca de ese período, ella había pasado algún tiempo en aislamiento por bailar desnuda en la sala común del hospital. Se había recuperado y permanecido en buen estado hasta tres años antes del ingreso, cuando, por razones que no podía recordar, comenzó a recibir carbonato de litio. Había recibido este medicamento desde entonces hasta diez u once días antes, en que lo había suspendido porque "Me sentía tan bien, tan poderosa, que supe que no lo necesitaba". En los días posteriores desarrolló agitación creciente, dormía poco, hablaba mucho, y por fin sus amigos la llevaron para que recibiera tratamiento. Laura nació en Illinois, donde su padre había sido mecánico automotriz. Ella era hija única, y con frecuencia sentía que sus padres "habría sido más felices sin tener hijos". Ella los describía como "alcohólicos", y señaló que había huido de casa durante la noche por lo menos en una ocasión cuando tenía 13 años de edad. Dos veces había consumido marihuana cuando era adolescente, pero negaba el uso de otras drogas, entre otras el alcohol. A los 18 años de edad, Laura había estado casada durante un periodo breve con un vendedor de pan, con quien había procreado dos hijos. Su hija, de 13 años, vivía con su padre. Su hijo, de 14 años, era hiperactivo y en alguna época había recibido metilfenidato. Laura era una católica no practicante, quien durante los últimos dos años había trabajado en una agencia de viajes. Indicó que su salud había sido "más que perfecta", lo que quería decir que no había padecido alergias o problemas médicos, excepto por haber sido sometida a una amigdalectomía a los seis años y a una ligadura de trompas después del nacimiento de su hija. Sus antecedentes familiares eran positivos para alcoholismo en ambos padres y ambos abuelos. Una tía paterna de manera intermitente "se rompe en pedazos", y desarrollaba una religiosidad excesiva, al tiempo que imaginaba distintos pecados por los que sentía una culpa exagerada. Laura era una mujer con un poco de sobrepeso, que aparentaba la edad que indicaba tener. Se mostraba agitada, brincando fuera de su silla cada poco tiempo, para caminar hacia la puerta y regresar. Al recibir el desayuno durante cierta parte de la entrevista, de manera intencional le untó jalea de uva a los pantalones de una enfermera que pasaba. Más adelante, se acostó en el piso y agitó las piernas en el aire, en éxtasis aparente. Laura parecía estar esforzándose por controlar su lenguaje; incluso así, saltaba de un tema a otro. Sin embargo, la velocidad a la cual hablaba se aproximaba a la normal. Su afecto sin duda mostraba exaltación y declaraba que nunca se había sentido mejor en su vida, disfrutaba cantar en voz alta e indicaba que ella era "alguien importante" y que ahora se daba cuenta de que no necesitaba medicamentos. Laura estaba orientada en persona, lugar y tiempo. Mencionó a cinco presidentes recientes, y en forma correcta (en extremo rápida) sustrajo series de siete a los números negativos. Cuando terminó, se disculpó por haber requerido tanto tiempo para terminar la tarea de calcular los números. "Después de todo", afirmó, "yo soy muy inteligente". En resumen sus principales síntomas eran: Estado de ánimo expansivo, aumento de la energía, sentimientos de grandeza, agitación psicomotora.

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 por el paciente, diagnostique 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 psicológica.