



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EL TRASTORNO BIPOLAR DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL

MIRO CUN JOSSELYN DAYANARA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EL TRASTORNO BIPOLAR DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL

MIRO CUN JOSSELYN DAYANARA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

EL TRASTORNO BIPOLAR DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

MIRO CUN JOSSELYN DAYANARA
PSICÓLOGA CLÍNICA

REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE

MACHALA, 26 DE ABRIL DE 2021

MACHALA
26 de abril de 2021

El trastorno Bipolar desde el enfoque Cognitivo-Conductual

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Abierta para Adultos

Trabajo del estudiante

2%

2

Submitted to Universidad Técnica de Machala

Trabajo del estudiante

1%

3

manglar.uninorte.edu.co

Fuente de Internet

<1%

4

steemit.com

Fuente de Internet

<1%

5

www.facebook.com

Fuente de Internet

<1%

6

www.psyciencia.com

Fuente de Internet

<1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

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

La que suscribe, MIRO CUN JOSSELYN DAYANARA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado El Trastorno Bipolar desde el 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, 26 de abril de 2021



MIRO CUN JOSSELYN DAYANARA
0705611515



EL TRASTORNO BIPOLAR DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

RESUMEN

Josselyn Dayanara Miro Cun

C.I. 0705611515

jmiro1@utmachala.edu.ec

El trastorno bipolar se caracteriza por su naturaleza crónica e incapacitante, se presenta en dos etapas: temprana o tardía. La prevalencia en el trastorno bipolar I es igual tanto en hombres como en mujeres. La sintomatología representativa son cambios del estado emocional, sensación de desesperanza, mayor o menor energía, involucramiento en conductas de riesgo y alteración del pensamiento. Se divide en subtipos: Trastorno bipolar I y II, según esta clasificación se presentan episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos. En el episodio maníaco el sujeto puede necesitar hospitalización; en la hipomanía al ser más leve no es necesario, ambos subtipos afectan el funcionamiento normal, y establecen dificultades en el diagnóstico debido a la alta comorbilidad. En relación con la teoría cognitiva conductual, este modelo se estableció bajo la interrelación entre pensamientos y conducta, y explica el origen de los trastornos; proponiendo tres factores que influyen en la aparición del trastorno: factores genéticos, factores estresantes y estilos cognitivos. Dentro de los factores estresores se indaga brevemente en el modelo diátesis-estrés, mencionando también aspectos claves de la intervención terapia cognitiva conductual con los sujetos con trastorno bipolar. De esta manera, en el presente trabajo se describe los factores que originan el trastorno bipolar desde la teoría cognitiva conductual, mediante la metodología bibliográfica, que comprende la revisión de artículos científicos de alto impacto, la revisión de los criterios y características diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), además libros que permitieron el fortalecer los aspectos involucrados con el origen del trastorno.

Palabras Claves: Trastorno Bipolar, Teoría Cognitiva Conductual, Origen

THE BIPOLAR DISORDER FROM THE FOCUS

COGNITIVE BEHAVIOR

ABSTRACT

Josselyn Dayanara Miro Cun

C.I. 0705611515

jmiro1@utmachala.edu.ec

Bipolar disorder is characterized by its chronic and disabling nature, it occurs in two stages: early or late. The prevalence in bipolar I disorder is the same in both men and women. The representative symptoms are changes in the emotional state, a feeling of hopelessness, greater or lesser energy, involvement in risky behaviors and altered thinking. It is divided into subtypes: Bipolar I and II disorder, according to this classification there are manic, hypomanic and depressive episodes. In the manic episode the subject may need hospitalization; in hypomania being milder it is not necessary, both subtypes affect normal functioning, and establish difficulties in diagnosis due to high comorbidity. In relation to the cognitive behavioral theory, this model was established under the interrelation between thoughts and behavior, and explains the origin of the disorders; proposing three factors that influence the appearance of the disorder: genetic factors, stressors and cognitive styles. Among the stressors, the diathesis-stress model is briefly investigated, also mentioning key aspects of the cognitive behavioral therapy intervention with subjects with bipolar disorder. In this way, the present work describes the factors that cause bipolar disorder from the cognitive behavioral theory, using the bibliographic methodology, which includes the review of high-impact scientific articles, the review of the diagnostic criteria and characteristics of the Diagnostic Manual and Statistical of Mental Disorders (DSM-V), in addition to books that allowed to strengthen the aspects involved with the origin of the disorder.

Keywords: Bipolar Disorder, Cognitive Behavioral Theory, Origin

INDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCIÓN	4
EL TRASTORNO BIPOLAR DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.....	5
CONCLUSIONES	13
BIBLIOGRAFÍA	14

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica que está caracterizada por alteraciones del estado de ánimo que comprometen el desenvolvimiento normal del sujeto, este se puede presentar a través de episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos (Koppman, 2012). Se subdivide en dos subtipos mayormente importantes que son el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II. Lo que distingue a estos dos es la presencia del episodio maníaco, hecho que solo sucede en el TBI, mientras que en el TBII se presentan episodios hipomaníacos y depresivos.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el trastorno bipolar II no es menos severo que el TBI, aunque difieren en la incapacidad que desencadenan. En el TBII los síntomas depresivos generan un mayor problema debido a la naturaleza propia de la enfermedad, aunque en la mayoría de los sujetos no se necesita una hospitalización, puede ser muy desgastante debido a que la frecuencia y duración es mayor a los episodios maníacos presentes en el TBI. Sobre la prevalencia en el caso del TBI se encuentra en cifras iguales para hombres y mujeres y en el TBII se muestra una diferencia al ser mayor el porcentaje en mujeres (APA, 2014).

Dentro del estudio de los trastornos mentales, una de las teorías más representativas es la teoría cognitiva conductual, que explica el origen del trastorno bipolar y puede ser utilizada de manera individual o grupal e incluye una variedad de técnicas y terapias. Mediante la TCC se busca modificar pensamientos, creencias, conductas inadecuadas para instaurar unas más positivas (González-Suarez y Duarte-Climents, 2014). El presente trabajo investigativo abarca las principales generalidades del trastorno bipolar, la teoría cognitiva conductual y la explicación teórica que esta hace del trastorno. El objetivo de la temática abordada fue describir los factores que originan al trastorno bipolar desde la teoría cognitivo conductual.

EL TRASTORNO BIPOLAR DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave e incapacitante para el individuo que la padece, se caracteriza por la presencia de cambios notorios del estado de ánimo, se evidencian también síntomas maníacos, hipomaníacos, variaciones a nivel del comportamiento, pensamiento; que con el paso del tiempo afecta en las funciones ejecutivas de la persona (Arrieta y Molero, 2019).

Según Asensio *et al.* (2019) la sintomatología presente en el trastorno puede ser ciertamente difícil de manejar para el paciente, debido al alto riesgo que suponen las dos polaridades de la enfermedad, ya sea, por los episodios maníacos con manifestaciones psicóticas o los episodios hipomaníacos con conducta suicida. La lucha entre las dos variantes y sus respectivos síntomas asociados son los que afectan mayormente la calidad de vida del individuo.

En el trastorno bipolar existen dos subtipos mayormente presentes, como son el trastorno bipolar I y el tipo II. El trastorno bipolar I (TBI), se presenta con episodios maníacos y depresivos, en tanto el trastorno bipolar II (TBII), se caracteriza por episodios hipomaníacos y depresivos. La mayor diferencia entre estos dos tipos es la presencia de episodios maníacos, que resta funcionalidad al individuo, y puede ser necesaria una hospitalización del sujeto por la gravedad de los síntomas. En el trastorno bipolar II, el episodio hipomaniaco, compromete a menor nivel el funcionamiento de la persona, no llegando a necesitar de la hospitalización (Martínez *et al.*, 2019).

Otras diferencias notables son que necesariamente en el TBI debe existir un episodio maníaco y no es preciso de un episodio depresivo, en el TBII, debe presentarse un episodio depresivo, si se desencadena uno psicótico, sería estrictamente un episodio maníaco propio del trastorno bipolar I. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el tiempo de duración de los síntomas en cada uno de ellos es distinto, en el episodio maníaco los síntomas están activos por al menos una semana, mientras que, en el episodio hipomaniaco por mínimo cuatro días (OMS, 2000).

Según Perlis y Ostacher (2017) dentro de las características diagnósticas del TB, además de lo explicado anteriormente, establecen que para el diagnóstico del trastorno debe

haberse presentado al menos una vez un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo. Los episodios deben cumplir con un mínimo de parámetros y tiempo de duración, pero en el caso de que requiera hospitalización inmediata, el tiempo ya no es contabilizado por la naturaleza incapacitante del trastorno en diversas áreas de funcionamiento. En cuanto a la hipomanía, que es una leve exaltación del estado de ánimo en comparación con la manía, es necesario para su registro la evaluación de otras personas más que la del propio individuo, aclarando que si existiese un grado alto de disfuncionalidad se lo catalogaría como manía, por ello, el episodio hipomaníaco debe estar acompañado de al menos un episodio depresivo mayor para el diagnóstico de un TBII.

Es importante señalar que debido a la alta comorbilidad que tiene el TB con diferentes trastornos, muchas veces se solapan. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) manifiesta que uno de los trastornos que presenta mayor comorbilidad es la depresión mayor, está también dificultado el llegar a un diagnóstico de manera concreta (APA, 2014). Otros trastornos comórbidos son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante, abuso de sustancias y no menos importantes trastornos de personalidad (Hernández-Martínez y Ochoa-Madrugal, 2020).

Apfelbaum *et al.* (2017) menciona que pueden pasar una cantidad considerable de tiempo hasta que los pacientes con TB obtengan un diagnóstico y tratamiento correcto, siendo que, para el diagnóstico del trastorno bipolar I puede llevar 6 años y para el trastorno bipolar II toma hasta 12 años.

Referente a la prevalencia del trastorno, Torales y Navarro (2019) manifiestan que al menos un 2% de la población a nivel mundial padece trastorno bipolar. La edad de inicio del trastorno bipolar se encuentra entre los 17 a 27 años, los síntomas pueden mostrarse en fases tempranas (15 a 18 años) durante un episodio maníaco, sin embargo, el trastorno bipolar inicia mayormente con un episodio depresivo (García-Jiménez *et al.*, 2017). El análisis de estas cifras permite notar que el trastorno puede desarrollarse en personas jóvenes como adultas.

En cuanto a la presencia del trastorno en condición de género, el trastorno bipolar tipo I se manifiesta en igual medida en hombre y mujer, pero hay diferencias los episodios maníacos están más presentes en los hombres con un inicio precoz. En el género femenino hay mayor exposición a los episodios depresivos y mixtos. En el trastorno bipolar II la

prevalencia apunta a una frecuencia mayor del trastorno en la población femenina (García-Blanco *et al.*, 2014).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) establece que la sintomatología dentro del trastorno bipolar es: humor alterado, conducta de riesgo, aumento en la autoestima, menor necesidad de horas de sueño, mayor actividad motora, poca concentración; en ocasiones la manía puede estar acompañada con episodios psicóticos, es decir, alucinaciones e ideas delirantes, que dificultan la comunicación con el individuo. También puede estar acompañado de sentimientos de desesperanza, o vacío, poco interés en las actividades y una disminución en la velocidad del pensamiento y la actividad. La persona con el trastorno está más propensa a sufrir enfermedades médicas, así como mayor riesgo de suicidios, o agresividad, aspectos que dificultan y agravan el estado del individuo (MSSSI, 2012).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) menciona que el trastorno bipolar II se caracteriza por la presencia de un episodio hipomaniaco y un episodio depresivo actual o pasado. Debe cumplir con los siguientes criterios: a) haber cumplido con los criterios para un episodio hipomaniaco y un episodio depresivo, b) en el historial del paciente nunca se ha presentado un episodio maníaco, c) el inicio de los episodios hipomaniacos o depresivos no se debe a la existencia de otros trastornos, como, por ejemplo, trastorno esquizoafectivo, delirante, psicótico, entre otros, d) la preocupación causada por los períodos entre la hipomanía y los síntomas de depresión mayor causan una alteración en el funcionamiento normal en las áreas importantes de desenvolvimiento del individuo (APA, 2014).

Con respecto al episodio hipomaniaco debe abarcar los siguientes criterios: a) un lapso de estado de ánimo o irritabilidad altamente notable con fluctuaciones en la actividad y energía del individuo, estos tienen que estar presentes por un mínimo de cuatro días, b) en el estado de ánimo elevado o irritable deben cumplirse al menos 3 o 4 de los siguientes criterios respectivamente: autoestima elevada o sensación de grandeza, menor cantidad de horas de sueño, mayor capacidad de ser locuaz, sensación de que las ideas corren por mente, poca disponibilidad de la atención, mayor interés por actividades en específico, conducta de riesgo; c) La presencia del episodio es notable debido a que no es el patrón de funcionamiento normal de la persona, d) el episodio no es solo perceptible para el sujeto sino también para otras personas, e) las alteraciones que produce el episodio no son demasiado graves por lo que no afecta en las demás áreas de funcionamiento ni

necesita de hospitalización, f) el episodio no tiene relación con el consumo de sustancias (APA, 2014).

Asimismo, APA (2014) establece que los siguientes criterios a cumplirse para el episodio de depresión mayor; a) durante al menos dos semanas se ha presentado mínimo cinco de estos síntomas: la mayor parte del día se siente deprimido o triste, el individuo puede presentar aumento o disminución de su peso corporal, sensación de cansancio, pesadez corporal, sentimientos de poca valía, dificultad para concentrarse, ideación suicida, conducta suicida, b) el episodio causa dificultades en el desenvolvimiento normal del individuo en las diferentes áreas de funcionamiento, c) la depresión mayor no guarda relación con otras afecciones médicas o con el uso de sustancias.

Una vez descritas las generalidades y demás apartados referentes al trastorno bipolar, es preciso ahora abordar a la teoría cognitiva conductual y luego la relación de estas dos variables. Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez (2017) mencionan que un aspecto importante dentro de la teoría cognitiva son los aportes que Beck y Ellis hicieron para el desarrollo de la misma; Beck con el abordaje de la depresión y Ellis con el establecimiento de la teoría racional emotiva. La teoría cognitiva tuvo su desarrollo en la década de los años 60 y se fundamentaba en dos constructos: “a) la importancia de las variables mediadores entre estímulos y respuestas y b) la prevalencia de las operaciones cognitivas en el curso de las disfunciones emocionales” (p. 161). En el inicio la teoría cognitiva era netamente utilizada en el tratamiento de la depresión, pero luego se extendió al tratamiento de otros trastornos teniendo resultados beneficiosos.

Un aspecto relevante de señalar es el estado en el que surgieron las teorías y terapias cognitivas y las influencias que tuvieron, puntualizando esto, en cuestión de época, la TC se estableció cuando una de las corrientes psicológicas más discutidas en la historia como es el psicoanálisis se encontraba en declive por cuestiones de efectividad en el tratamiento de enfermedades mentales y por el índice elevado de aceptación del cognoscitivismo. La teoría cognitiva tiene una historia alimentada por aportes de otras teorías, escuelas y pensadores, como por ejemplo, la influencia proveniente desde la escuela psicoanalítica, la filosofía y todo pensamiento que incluya el estudio de las cogniciones. Esta teoría guarda relación con el estudio de los procesos de respuesta, los patrones de comportamiento, el sistema de creencias, las distorsiones cognitivas, entre otros, sucesos que se involucran en la generación de trastornos (González *et al.*, 2017).

La teoría cognitiva conductual (TCC) consiste en el reconocimiento de los trastornos y en el reemplazo de pensamientos, emociones y conductas desadaptativas por unas más funcionales; este modelo a diferencia de otros tiene un tiempo limitado y objetivos específicos (Puerta y Padilla, 2011).

Ruiz *et al.* (2012) refieren que al tener una base diversa la TCC tiene una relación directa con la psicología científica, debido a esto, la mayor parte de técnicas utilizadas dentro de este enfoque tiene una comprobación científica y son medibles. Por ello, en ningún momento descuida este aspecto dentro del proceso, sumando importancia a la validación empírica de los resultados obtenidos.

Ruiz *et al.* (2012) manifiesta que existen cuatro fundamentos involucrados en el desarrollo de la TCC:

Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la TCC fueron: a) la reflexología, y las leyes del condicionamiento clásico, b) el conexionismo de Thorndike, c) el conductismo de Watson y los posteriores desarrollos neoconductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y, por último, d) la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta. (p. 36)

La TCC, en base a una extensa y provechosa historia tiene aceptación de los terapeutas y los usuarios en el empleo para resolver o trabajar en intervenciones variadas debido al alcance y uso que le dan. La teoría no está exenta de circunstancias que pueden desfavorecer y desmotivar al paciente a someterse a un tratamiento, como por ejemplo, la visión reduccionista a la sintomatología, el coste de las sesiones, el índice de abandono de la terapia y la aceptación del paciente (Fullana *et al.*, 2011).

El trastorno bipolar explicado desde la teoría cognitiva conductual es un entretreído, en donde la sintomatología depresiva da inicio a pensamientos distorsionados y conductas inadaptadas que interfieren en la vida del individuo, esto a la vez iniciara una respuesta fisiológica como es el estrés, que potenciará la aparición de los demás síntomas como son los episodios maníacos o hipomaniacos. Las causas del trastorno bipolar, como, la genética y situaciones personales, dejan vulnerable al sujeto, que con un pobre sistema de afrontamiento no es capaz de evitar una nueva crisis (Chávez-León *et al.*, 2014).

Por ello, Newman *et al.* (2005) establece que las causas involucradas en el apareamiento del TB son:

Las causas que se atribuyen al trastorno bipolar son muchas y diversas. Entre las más citadas se encuentran la predisposición genética a ciertas vulnerabilidades de carácter bioquímico, unos niveles críticos de estrés (incluidos los problemas familiares) y un estilo cognitivo que tiene efectos adversos en la emotividad, exacerbando e incluso activando los problemas biológicos antes mencionados que provocan los síntomas. (p.28)

Los factores hereditarios comprenden la carga genética compartida entre los miembros consanguíneos de una familia, es así que el trastorno bipolar tiene un historial genético, siendo más probable que un individuo con TB tenga un historial familiar del trastorno, por ello, la probabilidad de tener el trastorno no es baja (Newman *et al.*, 2005).

Para Horcajo-Gil *et al.* (2017) la concurrencia del trastorno bipolar en los padres predispone a los hijos no solo al TB sino también a otros trastornos como el de conducta, trastorno de ansiedad y trastornos del estado del ánimo. Dentro de las alteraciones mencionadas, Johnson y Leahy (2004) enfatizan que la afectación a nivel genético se presenta por una desregulación de los neurotransmisores, esto se debe por los cambios ocasionados en el sujeto en las fases de manía y depresión, por ello la actividad de neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y en ocasiones la noradrenalina se ve descompensado; esta situación se vuelve a regular cuando el episodio pasa, pero dificulta el equilibrio de los sistemas.

Gómez (2008) explica que en la actualidad la teoría recae mucho más en los aspectos genéticos, en los que se incluyen aspectos fisiobiológicos; también se ven involucradas situaciones o contextos que generen estrés o situaciones personales que afecten los estados del ánimo, finalmente incluye al ambiente donde el individuo vive, hace referencia a los cambios de estación, cuestiones atmosféricas.

Al referirse a situaciones estresantes es relevante mencionar al modelo diátesis-estrés, que establece que existe una relación entre factores propios del individuo y la respuesta que tiene en un contexto estresante o negativo, a estos factores se los conoce como de vulnerabilidad, este aspecto predispone a que en ciertos individuos se desencadene un trastorno mientras que en otros sujetos no (Vázquez *et al.*, 2010).

Este modelo explica que la naturaleza del trastorno bipolar más allá de lo biológico, se relaciona con un contexto o situación estresor, y como la persona lo percibe, interviniendo la cognición; siendo un factor a destacar que los eventos que causan malestar involucran a la triada cognitiva, es decir cómo el sujeto ve a los demás, a sí mismo y al futuro; siendo así que al establecer una intervención en los tres aspectos que envuelve la triada, se podría obtener resultados favorables en el control de la aparición y mantenimiento del trastorno bipolar (Newman *et al.*, 2005).

Los factores estresantes vitales establecen un cambio en la vida del sujeto, esto puede ser diferentes situaciones como la pérdida de un ser querido, mudarse, terminar una relación sentimental, dificultades en el trabajo, entre otros, estos cambios representan una fuente de estrés para la persona, estos a su vez pueden desencadenar un episodio maniaco, hipomaniaco o depresivo (Generalitat Valenciana, 2005).

Por sí solo el factor estresante no puede ocasionar una crisis, para ello debe analizarse el estilo cognitivo mediante el cual un individuo procesa estas situaciones y responde, siendo así el estilo cognitivo negativo el causante de respuestas desajustadas frente a los sucesos estresantes. El estilo cognitivo negativo puede utilizarse para predecir el inicio de un episodio. Puede decirse que la presencia de los episodios maníacos o hipomaníacos son la respuesta a los pensamientos y creencias desadaptativas (Newman *et al.*, 2005).

Siguiendo esta línea, es importante la relación con las personas que conviven con el individuo que padece el trastorno bipolar debido al ambiente problemático, es decir, “las familias donde existe un ambiente caracterizado por una alta “expresividad emocional” (frecuentes críticas y reproches, hostilidad, dominancia de los familiares hacia el paciente) parecen relacionarse con una peor evolución” (Generalitat Valenciana, 2005, p. 60).

De esta manera, surge la necesidad de un mejor entendimiento de la enfermedad tanto del paciente como de la familia, esto se relaciona con el tratamiento integral del trastorno, que involucra al tratamiento farmacológico y a la intervención terapéutica. La TCC aumenta significativamente la adherencia terapéutica, mejora el uso adecuado de los fármacos, por los cambios que se generan el número de recaídas desciende y tiene efectos beneficiosos en cuanto a las situaciones ocasionadas por la enfermedad, tratando de

obtener un efecto positivo en el desempeño en las áreas de funcionamiento (Valcárcel *et al.*, 2020).

Chávez-León *et al.* (2014) mencionan otras estrategias a seguir en el protocolo de intervención, por ejemplo, el tener un mejor estilo de vida, dentro de ello, asegurar un entorno menos estresante y tener hábitos de sueño saludables, establecer el uso de estrategias cognitivas que permitan identificar y disminuir conductas inadecuadas, mantener en la medida posible una rutina y luego de un episodio, establecer un retorno adecuado, disminuir situaciones estresantes a través del uso de técnicas como la resolución de problemas.

En el proceso de intervención cognitivo conductual el paciente y terapeuta forman una alianza, donde el terapeuta le enseña al paciente a identificar pensamientos desadaptativos, creencias irracionales, cómo manejar la intromisión de los pensamientos irracionales en la vida diaria, de esta manera el paciente aprende a reevaluar y elegir otras opciones de pensamiento, acciones o conducta, logrando un cambio en los procesos de pensamiento. Siendo el objetivo que el paciente sea consciente de los agentes estresores y maneje la situación para un cambio positivo (Hernández y Sánchez, 2007).

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica que supone un reto para la persona y el funcionamiento normal en las diferentes áreas de la vida, este trastorno puede interferir en el área social, laboral y familiar. Está subdividido en trastorno bipolar I y trastorno bipolar II. En el trastorno bipolar I se presenta episodios maníacos, que son la mayor fuente de malestar, debido a que el sujeto puede llegar a la hospitalización en esta fase.

En el trastorno bipolar II se encuentran al episodio hipomaniaco y depresivo, si bien no requiere de hospitalización, eso no significa que no sea igual de desgastante para el individuo, en este subtipo, los episodios depresivos mayores son los que causan mayor riesgo.

En cuanto a la teoría cognitiva conductual, esta fue desarrollada de manera paulatina y se extendió hasta lo que se conoce en la actualidad, siendo una de las mayormente utilizadas en la explicación de un trastorno, así como en el tratamiento. La teoría cognitiva conductual explica la aparición del trastorno bipolar desde varios factores: genéticos, factores estresantes y estilos cognitivos.

CONCLUSIONES

- El trastorno bipolar es actualmente uno de los trastornos mentales graves con una alta comorbilidad que dificulta el diagnóstico, este trastorno incapacita al individuo de manera crónica y puede tener un inicio temprano y tardío.
- La teoría cognitiva conductual es un modelo teórico que permite explicar el origen de diversos trastornos, entre ellos, el trastorno bipolar. Esta establece una relación entre el pensamiento y la conducta, siendo fundamental la identificación de pensamientos o creencias inadecuadas para luego sustituirlas por unas creencias más adaptativas que beneficiarán al establecimiento de una conducta adecuada.
- El trastorno se origina debido a factores genéticos, factores estresantes, y los estilos cognitivos, es decir la combinación de estos tres factores están involucrados en el apareamiento tanto en los episodios maníacos como hipomaníacos y los episodios depresivos mayores.
- Los estilos cognitivos influyen de forma trascendental en el origen del trastorno, en los cuales el suceso procesa y responde a las situaciones estresantes, en este caso, el estilo cognitivo negativo es el causante de las respuestas desajustadas frente a dichos sucesos.

BIBLIOGRAFÍA

- Apfelbaum, S., Regalado, P., Herman, L., y Gagliesi, P. (2017). Aumento de la sensibilidad en la detección de trastornos bipolares combinando el MDQ y/o el BSDC con los criterios de espectro bipolar combinando el MDQ y/o el BSDC con los criterios de espectro bipolar de Ghaemi-Goodwin. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 29(133), 173-182. <https://www.researchgate.net/publication/323684761>
- Arrieta, M., y Molero, P. (2019). Trastorno Bipolar. *Medicine*, 12(86), 5052-5066. doi: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.013>
- Asensio, L., Mata, B., Nuevo, L., Segura, E., y Muñoz, V. (2019). Relación de las variables clínicas, evolutivas y pronósticas de los subtipos de trastorno bipolar tipo I y II. *Psiquiatría Biológica*, 26(1), 15-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2018.11.006>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Vol. 5a ED). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría. https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1kZKCMHpV_bH4pnlAMIIIm8ZUzDwqjHLj
- Chávez-León, E., Benítez-Camacho, E., y Ontiveros, M. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37(2), 111-117. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252014000200004&lng=es&tlng=es
- Fernández-Álvarez, H., y Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 157-169. doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina. Clínica (Barc)*, 1-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>

- García-Blanco, A., Sierra, P., y Livianos, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*, 21(3), 89-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2014.07.004>
- García-Jiménez, J., Álvarez-Fernández, M., Aguado-Bailón, L., Gutiérrez-Rojas, y L. (2017). Factores asociados a la polaridad predominante en el trastorno bipolar: una revisión sistemática. *Revista Psiquiatría Salud Mental*, 1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.06.008>
- Generalitat Valenciana. (2005). *El Trastorno Bipolar: una guía ampliada para pacientes y familiares*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. <https://drive.google.com/file/d/1mP4ZqArMjLwwfJAKi4nVII8TTIAVvw/view?usp=sharing>
- Gómez, A. (2008). Enfermedad Bipolar: clínica y etiopatogenia. *Offarm: farmacia y sociedad*, 27(6), 68-77. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-enfermedad-bipolar-clinica-etiotogenia-13123518>
- González Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P., y Salamanca Camargo, Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [investigación documental]. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 201-207. <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1114>
- González-Suarez, M., y Duarte-Climents, G. (2014). Terapia cognitivo-conductual y enfermería: a propósito de un caso. *Ene*, 8(1). doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100010>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. <https://drive.google.com/file/d/17dKec05W32TRrKvLX8oWxMKAIVORK0Zg/view?usp=sharing>
- Hernández, N., y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Buenos Aires: Libros en Red. <https://drive.google.com/file/d/1teho5gpLXWvtniXaEwaHcdz8SxhPsVu/view?usp=sharing>

- Hernández-Martínez, H., y Ochoa-Madrigal, M. (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. doi: <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.6.06>
- Horcajo-Gil, P., Dujo, V., González-Guerrero, L., y González-Trijueque, D. (2017). Trastorno bipolar y competencias parentales: repercusiones forenses sobre las decisiones judiciales en materia de idoneidad de guarda y custodia. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 17(1), 49-68. <https://drive.google.com/file/d/1LsXD242iKTAs4NP6cF9B0VJPu6LE7p/view?usp=sharing>
- Johnson, S., y Leahy, R. (2004). *Psychological treatment of bipolar disorder*. New York: The Guilford Press. <https://books.google.com.ec/books?id=wwPHQSGaMNgC>
- Koppman, A. (2012). Sobre el diagnóstico de bipolaridad. *Revista medicina clínica Condes*, 543-551. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70348-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70348-6)
- Martínez, O., Montalvan, O., y Betancourt, Y. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-482. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242019000200467&lng=es&tlng=es.
- Newman, C., Leahy, R., Beck, A., Reilly-Harrington, N., y Gyulai, L. (2005). *El trastorno bipolar: una aproximación desde la terapia cognitiva*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A. <https://books.google.com.ec/books?id=bkC-4o45mYC&lpg=PP1&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. <https://drive.google.com/file/d/1cxL8tQ5LgFLvYntkgImoix9GO8at39O-/view?usp=sharing>
- Perlis, H., y Ostacher, M. (2017). Trastorno Bipolar. En T. Stern, M. Fava, T. Wilens, y J. Rosenbaum, *Tratado de psiquiatría clínica: Massachusetts General Hospital* (pág. 1038). Massachusetts: Elsevier.

https://drive.google.com/file/d/1gNCi_L3Wffg3a7OdscAqrFFFcpCqa9cC/view?usp=sharing

- Puerta Polo, J., y Padilla Díaz, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Henao: Desclée De Brouwer, S.A. <https://drive.google.com/file/d/1oSQ2nyltCd2lNVvS3xi1FDViQtMPa4d/view?usp=sharing>
- Torales, J., y Navarro, R. (2019). Trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar: del solapamiento de criterios diagnósticos al solapamiento clínico. *Anales. Facultad. Ciencias Médicas (Asunción)*, 52 (1), 59-62. doi: [http://dx.doi.org/10.18004/anales/2019.052\(01\)59-062](http://dx.doi.org/10.18004/anales/2019.052(01)59-062)
- Valcárcel, C., Montero, C., Borbor, J., y Santiesteban, Y. (2020). La depresión en la mujer en torno al parto: una revisión de propuestas de intervención con enfoque cognitivo conductual. *Revista Científica INSPILIP*, 4(2), 1-28. <http://www.inspilip.gob.ec/>
- Vásquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., y Romero, N. (2010). Modelos Cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18(1), 139-165. https://drive.google.com/file/d/14lf_TmMYPT0T6tuMfLIrqBaE5somJ14u/view?usp=sharing