



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2022-2023



Trabajo Fin de Máster

**Intervención psicológica para un caso de trastorno bipolar inducido por
sustancias.**

Autor/a: Almudena Coral Cortés Pérez

Tutor/a: Ainhoa Coloma Cardona

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.ACC.ACCP.220927

Convocatoria: Enero 2023

RESUMEN

El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales graves que se caracteriza por ser crónico, recurrente e inestable si no se aplica un tratamiento adecuado. Afecta a un 1,5% de la población general, una cifra un tanto elevada y, a día de hoy, no hay un consenso existente acerca de su etiología. En el presente trabajo se describe una intervención psicológica para un caso único a un varón de 50 años con diagnóstico trastorno bipolar inducido por sustancias. El objetivo general de la intervención fue analizar la efectividad de la terapia cognitivo conductual. Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron las versiones adaptadas al español del STAI, el BDI-II de Beck, la Hypomania Checklist (HCL-32) y Escala para la evaluación de la Manía (EEM). El tratamiento seleccionado fue la terapia cognitivo conductual, puesto que es una de las que más efectividad ha mostrado hoy en día. Se realizaron un total de 10 sesiones, añadiendo 1 sesión de seguimiento pasado un mes. La periodicidad, al principio, fue semanal durante las primeras 6 sesiones, las siguientes 4 pasaron a ser quincenales y la última sesión se hizo pasado un mes. Los resultados que se ven reflejados tras haber llevado a cabo la intervención son que el paciente ha conseguido más estabilidad emocional, un control de impulsos, mejora en la toma de decisiones y comunicación, disminución de la ansiedad y el estrés, y mejora del estado de ánimo depresivo.

Palabras clave: caso único, trastorno bipolar, sustancias, manía, hipomanía, depresión

Abstract

Bipolar disorder is one of the serious mental disorders that is characterized by being chronic, recurrent and unstable if proper treatment is not applied. It affects 1.5% of the general population, a somewhat high figure and, to date today, there is no existing consensus about its etiology. This paper describes a psychological intervention for a single case of a 50-year-old man with a diagnosis of bipolar disorder induced by substances. The general objective of the intervention was to analyze the effectiveness of cognitive behavioral therapy. The instruments used for the evaluation were the Spanish versions of the STAI, the BDI-II from Beck, the Hypomania Checklist (HCL-32) and the Mania Evaluation Scale (EEM). The selected treatment was cognitive behavioral therapy, because of the most effective that has shown all around the scientific world. A total of 10 sessions were performed, adding 1 follow-up session after one month. The periodicity, at the beginning, was weekly during the first 6 sessions, the next 4 became biweekly and the last session was held after a month. The results that are reflected after having carried out the intervention are that the patient has achieved more emotional stability, impulse control, improvement in decision-making and communication, decreased anxiety and stress, and improved state of mind and the depressed mood.

Keywords: unique case, bipolar disorder, substances, manic, hypomanic, depression

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) es un trastorno mental grave caracterizado por tener un curso crónico, recurrente e inestable si no se aplica el tratamiento adecuado. Esta alteración suele tener un gran impacto tanto a nivel social como familiar, pudiendo provocar elevados grados de discapacidad (Alegre et al., 2022). Además, este trastorno conlleva a un deterioro funcional y cognitivo, que está estrechamente ligado con una disminución de la calidad de vida y un aumento de la mortalidad, en particular por suicidio y por enfermedades cardiovasculares (Arrieta y Santos, 2019; Cúpula et al., 2021; Miller y Black, 2020; Plans et al., 2019).

Más concretamente, este trastorno se caracteriza por tener fluctuaciones patológicas del estado del ánimo de las personas que lo padecen, incluyendo en estas episodios hipomaníacos, maníacos y depresivos que se van alternando (Martínez Hernández et al., 2019). Los episodios maníacos se caracterizan por manifestar emociones relacionadas con la felicidad, la euforia o una extrema alegría, durante al menos una semana. En este periodo, la persona es extremadamente optimista y esto puede verse reflejado en su autoestima, en su autoconcepto, en las relaciones sociales y en la toma de decisiones entre otros. Por lo general, la sensación de energía y vitalidad se ve desbordada, lo que afecta directamente a disminuir sus horas de sueño y alterar el apetito, en ocasiones hasta olvidando el tener que comer; el deseo sexual aumenta, surge la necesidad de una práctica de actividades agradables nuevas, tanto laborales como personales o sociales; además, la inquietud, la hiperactividad y un habla acelerado caracterizan esta etapa. Es en estos episodios cuando la persona suele adoptar conductas más arriesgadas y pueden realizar actividades que por lo general no harían, como, por ejemplo: conductas arriesgadas en las relaciones sexuales o tomar sustancias que alteren el organismo. En la misma sintonía, los episodios hipomaníacos tienen como base cambios cognitivos, emocionales y conductuales similares a los que se dan en los episodios maníacos, la diferencia radica en que suelen adoptar una forma más atenuada. En contraposición y como su nombre indica, los episodios depresivos son periodos, de dos semanas como mínimo, en los que la persona siente

mucha tristeza, apatía, anhedonia, desgana, desmotivación, etc.; además, surgen pensamientos irracionales negativos hacia el futuro, hacia sí mismo y hacia los demás y es en esta fase en la que pueden aparecer ideas relacionadas con el suicidio en más de la mitad de los casos (Ferreira y Ribeiro, 2021), siendo así el trastorno psicológico que tiene la tasa de suicidio más elevada, incluso por encima que la de la población común (Basto y Yomaira, 2021; Miller y Black, 2020). En términos generales, la sintomatología es muy similar a la del trastorno depresivo mayor, caracterizada por un llanto fácil o euforia excesiva, disminución de la energía y aumento del cansancio (y viceversa en fase maníaca), desregulación tanto de sueño como de apetito, estados de irritabilidad y reducción o aumento del deseo sexual (O'Donovan y Alda 2020; McIntyre et al., 2020). Existen dos variantes del trastorno bipolar, el tipo I y el tipo II y se diferencian entre sí en función de los episodios sufridos. Para cumplir el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I, es necesario sufrir al menos un episodio depresivo y un episodio maníaco con la duración anteriormente mencionada, y para cumplir el diagnóstico de trastorno bipolar tipo II, se requiere un episodio depresivo y uno hipomaníaco dentro de los plazos establecidos anteriormente (APA, 2013; Martínez Hernández et al., 2019; Sevillá y Pastor, 2021).

La adquisición de este trastorno está caracterizada por ser multifactorial y de etiología incierta, lo que en ocasiones complica la identificación de los factores causantes de la misma. Durante mucho tiempo, la etiología se asociaba a una índole meramente evolutiva, ya que no se ha detectado que exista en otra especie que no sea la nuestra; pero conforme se ha ido estudiando más, han aparecido nuevas relaciones causales aproximadas. Algunos estudios destacan que se han identificado un número elevado de factores de riesgo genéticos, ambientales y personales y que cada vez hay mayor evidencia en las interacciones existentes entre gen-ambiente (Gordovez y McMahon, 2020). Por lo tanto, se puede entender esta patología como “una serie de eventos concatenados”, pero todavía no se puede afirmar a ciencia cierta (Hernández Rosalio, 2019; Rowland y Marwaha, 2018).

En relación con la prevalencia actual, según la OMS (2022), 40 millones de personas en todo el mundo padecían trastorno bipolar en 2019, lo que a día de hoy podría traducirse en un 1,5% de la población general. En cuanto al sexo, la gran mayoría de estudios afirman que no existen diferencias significativas y hay una distribución equitativa de la problemática. (Rowland y Marwaha, 2018; Sevillá y Pastor, 2021).

Dada la elevada prevalencia nivel mundial, no es de extrañar que este trastorno pueda convivir con otros diferentes de manera concomitante. Diversos estudios explican la alta comorbilidad que existe de esta enfermedad con el abuso de sustancias, más concretamente suelen destacar un elevado consumo de alcohol, de tabaco y otras sustancias como la cocaína (Palomo et al., 2017; Salloum y Brown, 2017). “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 sociosanitarias” (Arias et al., 2017). Además, debido a los desajustes funcionales que suelen presentar los pacientes con TB y TUS se recomienda que el abordaje terapéutico sea lo más precoz, intenso y multidisciplinar posible (Saavedra Genovese et al., 2013). En diversas ocasiones, tanto el diagnóstico como el tratamiento se ven dificultados debido a las interacciones entre variables diferentes, como son la enfermedad mental y el consumo de sustancias, siendo confundidos los síntomas por esta interacción tan compleja (Saavedra Genovese et al., 2013).

Hoy en día, se sabe que el tratamiento farmacológico es imprescindible y, además es buen predictor del curso del tratamiento (Madero Dutazaka et al., 2021; Sevillá y Pastor, 2021). El tratamiento de primera línea para poder contener o minimizar los síntomas del trastorno bipolar es el litio; sin embargo, se utilizan otros estabilizadores del ánimo como bien pueden ser las benzodiazepinas o los antidepresivos (Yathan et al., 2018). También existen otros fármacos adicionales para paliar los síntomas del trastorno bipolar inducido por sustancias: como bien son el ácido valproico o naltrexona adyuvante para minimizar los síntomas derivados por consumo de alcohol y la lamotrigina, la cual tiene como objetivo reducir los síntomas resultantes por el consumo de cocaína (González-Pinto, et al., 2021).

Como tratamientos complementarios al farmacológico, diversos estudios destacan resultados eficaces obtenidos a partir de terapias cognitivo conductuales (Valdivieso-Jiménez, 2021), aunque también se utilicen otras técnicas como la psicoeducación, programas para mejorar la adherencia de la medicación, terapia familiar y marital o terapia interpersonal, cuidado sistemático, terapia cognitiva basada en el mindfulness, rehabilitación cognitiva y funcional (Becoña y Lorenzo, 2001; Caballo, 2006a; 2008b; Fonseca Pedrero et al., 2021;).

La importancia de este trabajo radica en darle un peso elevado al tratamiento psicológico, ya que “al no existir una teoría aceptada de las bases neurobiológicas del trastorno bipolar y del funcionamiento de los estabilizadores del estado de ánimo, las pruebas de la eficacia del tratamiento farmacológico por sí solo son débiles y las referencias a su toxicidad son preocupantes” (Moncrieff, 2018). Por ello, para esta investigación de caso único se pauta como objetivo analizar la efectividad de la terapia cognitivo conductual. De esta manera y coincidiendo con los objetivos específicos, se podrá analizar la reducción de la sintomatología y la mejora en cada una de las variables seleccionadas (regulación emocional, control de impulsos, pensamientos irracionales y calidad de vida). Será de especial interés dotar al paciente de estrategias que le permitan mejorar la regulación emocional, facilitar al paciente estrategias que le permitan gestionar el control de impulsos, detectar los pensamientos irracionales o automáticos y modificarlos por otros más racionales o adaptativos, mejorar la calidad de vida del paciente y mantener la abstinencia en el consumo de sustancias.

La hipótesis principal es que la sintomatología, el malestar emocional, el control de impulsos y el consumo de sustancias tóxicas irán disminuyendo conforme el paciente vaya practicando, adquiriendo e interiorizando las habilidades y técnicas realizadas en cada sesión.

MÉTODO

Participante

En este trabajo se presenta el estudio de caso único del paciente V. Es un hombre adulto de 50 años. Ha sufrido varias operaciones de corazón y lleva un bypass. Actualmente dirige una empresa familiar de construcción de edificios, casas y fincas en la provincia de Alicante, junto con su padre y su hermana. Convive con su mujer, su hijo de 16 años y su hija de 14 años. La relación con su círculo familiar es muy buena, salvo con su padre debido a diferencias ocasionadas sobre todo en el trabajo. El nivel socioeconómico es alto. En cuanto a las relaciones en el ámbito social, suele frecuentar con su primo, algunos clientes y amigos de la infancia; pero el paciente ha tenido que reducir su círculo para evitar el consumo de sustancias hasta estar más estable; por lo que lleva evitando reuniones sociales prescindibles durante bastante tiempo. Como actividades lúdicas y de ocio, cuenta que le apasiona la caza deportiva, viajar y pasar tiempo en familia, sobre todo con su hijo.

Motivo de consulta

V. acude a consulta debido a diversas dificultades para manejar sus emociones en las últimas semanas. Describe que vive episodios de emociones negativas muy intensas y que no puede controlar por sí solo. Manifiesta que le gustaría tener una estabilidad emocional. Comenta que en ocasiones ha provocado situaciones tensas en casa por sus reacciones desproporcionadas y que su familia, a veces, ha sentido algo de miedo. Explica que ha experimentado periodos en los que dormía muy pocas horas y podía seguir con su rutina sin ningún problema, sin embargo, también ha tenido épocas en las que le costaba salir de la cama, no obtenía un sueño reparador y no tenía ganas de hacer nada. Comenta que hay ocasiones en las que le cuesta mantener la atención. En relación con la alimentación, comenta que hay veces que siente ansiedad por la comida y come más. Además, cuenta que en diversas ocasiones ha tenido problemas para gestionar compras impulsivas. Durante la entrevista inicial se observan comentarios relacionados con la ideación suicida manifestada en forma de pensamientos, pero no hay una intencionalidad

clara para la acción. Tuvo un consumo de alcohol hace tres semanas que derivó en una pelea familiar, pero ha vuelto a la abstinencia total desde ese momento.

Historia del problema

V. acude por primera vez al centro el 28 de septiembre del 2010 con el objetivo principal de dejar de tomar cocaína (sustancia que empezó a consumir con 26 años y que, cuando acude a consulta manifiesta hacer un uso diario). La primera toma de contacto fue con el psiquiatra, quien más tarde le recomendó ingresar para comenzar con la desintoxicación y le derivó a psicoterapia simultánea. Durante la hospitalización se puso en marcha un programa psicológico que englobaba la desintoxicación, la deshabituación, la prevención de recaídas y una evaluación completa, siempre desde una perspectiva cognitivo conductual. De manera simultánea se comenzó con el tratamiento farmacológico con el objetivo de conseguir mejores resultados en el tratamiento psicológico.

Después de una revisión exhaustiva del caso y conseguida la abstinencia, se fue apreciando que presentaba cierto patrón compatible con un trastorno bipolar, por lo que se pautó una medicación basada en benzodiazepinas y ansiolíticos para controlar los picos (fluoxetina y diazepam) y otra para mantener la abstinencia al alcohol (antabus). Durante el periodo de 2012 a 2018 continúa yendo a sesión de manera esporádica, hasta que anula y retoma la terapia en 2020 tras una recaída en el consumo de cocaína; al tratarse el año de la pandemia del COVID-19 la terapia se ve interrumpida y aparece el añadido de que el paciente sufre una arritmia cardíaca. A finales de 2021 retoma de nuevo el contacto con la clínica y en abril de 2022 comienza con la terapia descrita en este trabajo, teniendo en cuenta que el diagnóstico era de un trastorno bipolar inducido por sustancias, pero que en estos momentos se encontraba abstinentes, tanto de cocaína como de alcohol.

Instrumentos

Para evaluar la existencia e intensidad de sintomatología ansiosa, se hizo uso de la versión española del *Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)* (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011; Spielberg et al., 1999), puesto que es un instrumento el cual cuenta con una confiabilidad alfa de Cronbach muy elevada, tanto para ansiedad-rasgo ($\alpha = 0,90$) como para ansiedad-estado ($\alpha = 0,94$). Este cuestionario está formado por un total de 40 ítems, pudiendo llegar a puntuar en el rango de 0 a 60 para ambas escalas.

Para evaluar la sintomatología depresiva se utilizó el *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*; Beck et al., 1990), en concreto, la versión española del BDI-II (Sanz et al., 2003; 2005) que ha mostrado una elevada consistencia interna tanto en población general ($\alpha = 0,87$) como en población clínica ($\alpha = 0,89$) Este cuestionario está formado por 21 ítems, los cuales determinan la severidad de los síntomas y conductas relacionadas con la depresión. La puntuación total se obtiene mediante el sumatorio de las respuestas en cada ítem, las cuales pueden oscilar de 0 a 63 puntos. Los puntos de corte que se han valorado han sido los siguientes: de 0 a 10 puntos, depresión mínima; de 14 a 18 puntos, depresión leve, de 19 a 27 puntos depresión moderada y de 28 a 63 puntos, depresión severa (Sanz Fernández et al., 2020; Valdés et al., 2017).

Para evaluar si la persona se encontraba en la fase de manía se administró la *Escala para la evaluación de la manía de Young (EEM)*, la cual consta de una elevada consistencia interna tanto en su versión original ($\alpha = 0,84$) como para su versión española ($\alpha = 0,88$) (Apiquián et al., 1997; Colom et al., 2002). Este instrumento contiene un total de 11 ítems o reactivos, los cuales valora el profesional por medio de una entrevista semiestructurada. Los reactivos corresponden con elevación del ánimo, aumento de la actividad motora/energía, interés sexual, sueño, irritabilidad, lenguaje (cantidad y velocidad), trastorno del lenguaje y del pensamiento, contenido del pensamiento, conducta agresiva / disruptiva, apariencia y conciencia de enfermedad. Las puntuaciones se registran del 0 al 4,

correspondiéndose el 0 con ausencia o normalidad y el 4 con excesiva presencia. Los reactivos 1, 2, 3, 4, 7, 10 y 11 se multiplican por 1 y los reactivos 5, 6, 8 y 9 se multiplican por 2.

Para la evaluación de la fase hipomaniaca se utilizó el cuestionario denominado *Hypomania Checklist Spanish Version (HCL-32)* debido a su elevada consistencia interna en población española ($\alpha = 0,94$) y a sus buenas propiedades psicométricas, siendo muy útil para la detección de pacientes con trastorno bipolar (Angst et al., 2005; Hidalgo-Mazzei et al., 2015; Vieta et al., 2007). Este instrumento consta de un total de 32 ítems de hipomanía y 8 ítems relacionados con la severidad e impacto funcional. Una puntuación de 14 o superior indica la presencia de hipomanía.

Además, también se realizaron dos entrevistas semiestructuradas, una para recoger la línea base y otra para registrar el consumo de sustancias hasta la fecha. De manera adicional, se configuró un autorregistro de emociones, con el objetivo de analizar posibles fluctuaciones de estado de ánimo y tener una calendarización de sus emociones durante cada sesión (Apéndice 1).

Tratamiento

Tras la exhaustiva revisión bibliográfica se afirmó que la mejor terapia de elección sería la terapia cognitiva-conductual para la intervención individual de este caso, puesto que encabeza la lista en cuanto a nivel de evidencia y grado de recomendación actualmente (Fonseca Pedrero et al., 2021). Con ella se hizo especial énfasis en el papel activo que toman paciente-terapeuta, puesto que se trabaja de manera conjunta. El número de sesiones totales fue de 10, y se decidió añadir una sesión de seguimiento para comprobar el estado del paciente. Las primeras 6 sesiones fueron semanales, las siguientes 4 tuvieron una separación de unos 15 días aproximadamente y la última sesión de seguimiento se

realizó un mes después. La evaluación inicial del caso se hizo durante las tres primeras sesiones y la evaluación final se realizó en la sesión número 9.

El objetivo general del estudio fue el siguiente:

- Analizar la efectividad de la terapia cognitivo conductual.

Los objetivos específicos fueron los descritos a continuación:

- Analizar la reducción de la sintomatología
- Dotar al paciente de estrategias que le permitan mejorar la regulación emocional.
- Dotar al paciente de estrategias que le permitan gestionar el control de impulsos.
- Detectar los pensamientos irracionales o automáticos y modificarlos por otros más racionales o adaptativos.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Mantener la abstinencia en el consumo de sustancias.

La primera sesión se dedicó íntegramente a realizar una línea de vida, mediante una entrevista semiestructurada, en la que el paciente contó la historia del problema desde el inicio. De esta manera se pudo recoger mucha información referente a la historia de consumo, los periodos de abstinencia, las estrategias fallidas y los problemas emocionales, conductuales y personales derivados de su vida.

Durante la segunda y la tercera sesión, se cumplimentó la batería de cuestionarios preparados (STAI; BDI-II; HCL-32 y EEM) correspondientes a la evaluación pre-intervención.

En la cuarta sesión se hizo una devolución de resultados de las diferentes pruebas que se hicieron, junto con una explicación de los mismos, haciendo constar al paciente, desde un primer momento, la importancia del secreto profesional y la confidencialidad de los datos.

. Se resolvieron dudas y se plantearon los objetivos de la terapia junto con el paciente, los cuales fueron reducir la sintomatología, mejorar la regulación emocional, el control de impulsos, los pensamientos irracionales desadaptativos, la calidad de vida y mantener la abstinencia.

Además, se identificaron los comportamientos desadaptativos (control bajo de impulsos, comunicación poco asertiva en casa, gestión del estrés en el trabajo) y las creencias negativas (pensamientos distorsionados, baja autoestima) y poco saludables para poder reemplazarlos por otros positivos y saludables posteriormente. Como última tarea, se realizó una lista de actividades agradables que el paciente iría haciendo de manera gradual, siguiendo los esquemas de la activación conductual.

La quinta sesión se estructuró de manera que el paciente obtuviese psicoeducación relativa a las emociones (cuáles son las emociones básicas y secundarias, características, diferencia entre emoción y sentimiento). Es aquí donde se acordó crear un calendario de emociones en el que se registrase la emoción dominante cada vez que viniera a terapia. Además, como primera toma de contacto para rebajar la intensidad emocional, se explicó la importancia de saber relajarse y se practicó una adaptación más corta de la relajación muscular progresiva de Jacobson, atendiendo a 8 grupos musculares (Schwarz y Schwarz, 2017).

En la sexta sesión se cumplimentó el calendario emocional y se trabajaron los pensamientos automáticos o irracionales, se explicaron los tipos, sus diferencias y se trabajaron mediante la reestructuración cognitiva para poder discutirlos y posteriormente reformularlos. Nuevamente, se practicó la relajación muscular progresiva de Jacobson, pero esta vez en su totalidad, con 16 grupos musculares.

La séptima sesión, después de completar el calendario, se dedicó a dar estrategias de discusión cognitiva para la ansiedad, la depresión y el enfado; antes de finalizar se propuso practicar otro tipo de relajación, en este caso fue la técnica de la relajación de Schultz.

En la octava sesión, se completó el calendario y se trabajaron pautas relacionadas con la toma de decisiones y el control de impulsos. Además, se creó una tarjeta de autoinstrucciones a la cual podía acudir para gestionar de una manera más óptima la toma de decisiones.

En la novena sesión, se completó el calendario y se hizo una comprobación general de cómo había fluctuado su estado de ánimo a lo largo de las sesiones. Además, se rellenó la batería de cuestionarios posttest. Finalmente se cerró la sesión realizando la relajación muscular progresiva de Jacobson.

Durante la décima sesión, se practicó el entrenamiento en habilidades de comunicación con ejemplos de respuestas asertivas en situaciones que podían generar conflicto. De manera conjunta, se trabajó en la prevención de recaídas y la detección de los estímulos desencadenantes de la conducta problema; teniendo en cuenta quiénes eran las personas, cuáles eran los lugares y las situaciones que debía seguir evitando a toda costa.

Finalmente, en la última sesión, se revisó cómo había sido su estado de ánimo durante las últimas semanas de verano y qué relación estaba manteniendo con el alcohol a día de hoy. También se comprobaron cuáles eran sus pensamientos y actitudes con relación al consumo. Además, se le realizó un análisis de orina para comprobar que seguía abstinente de alcohol.

Procedimiento

La intervención tuvo lugar en el centro privado de psicología Psicoactúa S.L., centro colaborador con el Hospital Vithas Medimar de Alicante. Este centro cuenta con autorización sanitaria para ser unidad de conductas adictivas y, como Unidad de Desintoxicación Hospitalaria; por ello, hay un grueso de pacientes relativamente elevado que acude por cuestiones de drogadicciones; pero también acuden personas con otras demandas diferentes (ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, etc.), ya sea por derivación del psiquiatra o por cuenta ajena. Así pues, el acceso a la muestra, en este caso N=1, fue facilitado por el propio centro, acudió por motu proprio tras haber acudido en diversas ocasiones para recibir tratamiento por consumo de cocaína. La primera entrevista fue llevada a cabo por la tutora de las prácticas del centro, y seguidamente fue derivado a la co-terapeuta (autora de este trabajo) para comenzar con la evaluación y la intervención guiada del caso. El periodo de tratamiento transcurrió durante los meses de abril a noviembre de 2022, realizándose un total de 11 sesiones de una hora de duración aproximada. Las primeras 6 sesiones tuvieron una periodicidad semanal, durante dos meses; las siguientes 4 sesiones se distanciaron 15 días entre cada una aproximadamente y la última sesión se realizó en noviembre.

Tipo de diseño

Este estudio está englobado dentro de los diseños experimentales, más concretamente como diseño de caso único (N=1), diseño básico AB en el cual se mide el problema tanto antes como durante la intervención (Ato et al., 2013).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la prueba del *Inventario de Ansiedad Estado Rasgo* (STAI) en la primera evaluación fueron de 36 puntos para ansiedad-estado y 29 puntos para ansiedad-rasgo, correspondiendo con los percentiles 89 y 85 respectivamente; puntuaciones que se consideran elevadas, puesto que supera la ansiedad media en

población general (la cual estaría en el percentil 50 y tendría puntuaciones de 20 en A-E y 20 en A-R). Se pudo comprobar que, después de la intervención, los resultados fueron positivos. Obtuvo 25 puntos para Ansiedad-Estado y 20 puntos para Ansiedad-Rasgo, percentiles 70 y 55, lo que ratificó una mejora clínicamente significativa en la sintomatología ansiosa del paciente, ya que disminuyó 11 y 9 puntos, correspondiendo con un 30,5% y un 31,03% de reducción respectivamente (Tabla 1 y Gráfico 1).

Tabla 1

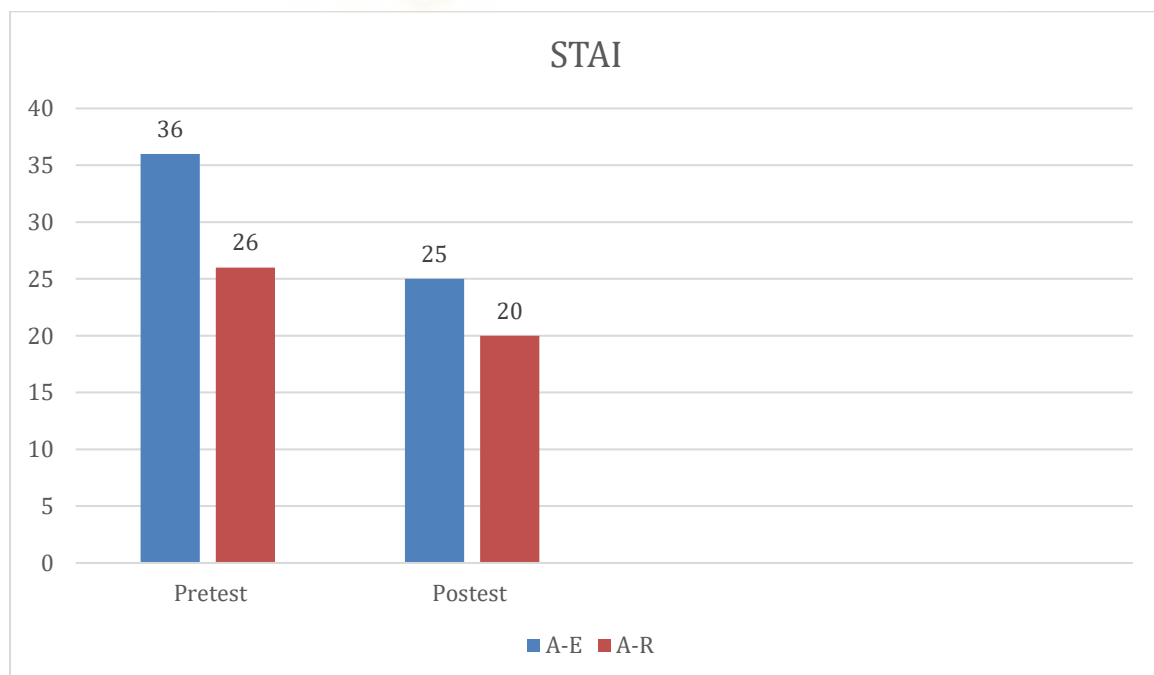
Resultados pre y post obtenidos en el STAI con 18 semanas de diferencia.

	A-E pretest	A-R pretest	A-E postest	A-R postest
Puntuación	36 (percentil 89)	26 (percentil 77)	25 (percentil 70)	20 (percentil 55)

Nota. A-E hace referencia a Ansiedad-Estado y A-R hace referencia a Ansiedad-Rasgo.

Gráfico 1

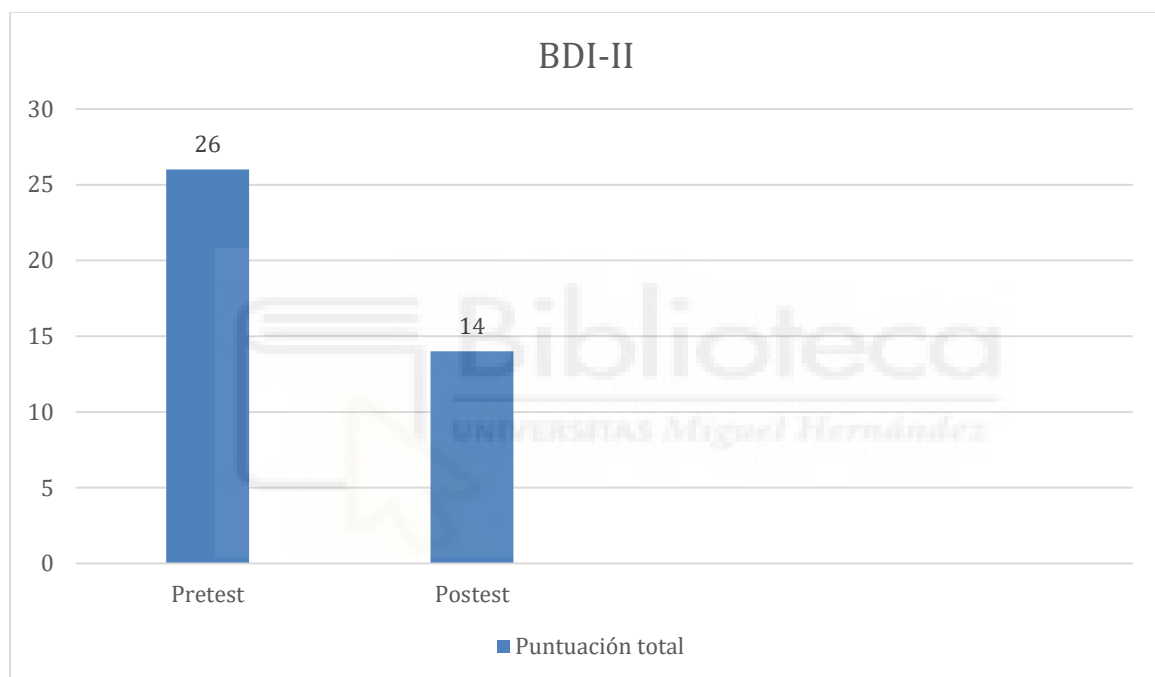
Puntuaciones pre-evaluación y post-evaluación del STAI con 18 semanas de diferencia.



Los resultados iniciales que mostraron el cuestionario el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II) fueron de 26 puntos y apuntaban hacia a una depresión moderada. Tras la intervención se pudo comprobar que la puntuación había descendido 12 puntos (46,15% de reducción) llegando hasta los 14 y la tendencia era de una depresión leve (Gráfico 2).

Gráfico 2

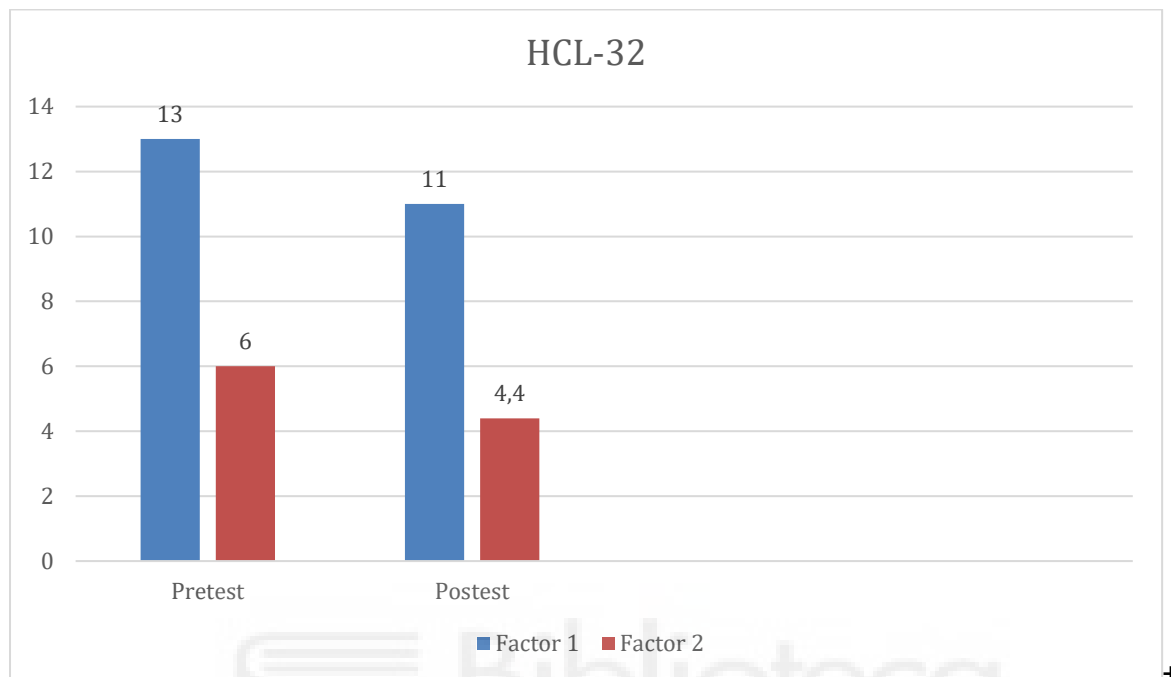
Puntuaciones pre-evaluación y post-evaluación del BDI-II con 18 semanas de diferencia.



En la prueba *Hypomania Checklist Spanish Version (HCL-32)*, la puntuación inicial para el factor 1 (síntomas relacionados con la energía-actividad) fue de 13 puntos y para el factor 2 (síntomas relacionados con la desinhibición, el autocontrol y la capacidad atencional) fue de 6 puntos, algo que permitió ver que en ese momento era más prevalente la fase depresiva que la maníaca, puesto que no superaba la puntuación corte de 14 que indica la presencia de hipomanía. La puntuación que se obtuvo en la fase de seguimiento no distó mucho de la obtenida en la inicial, siendo para el factor 1 de 11 puntos y para el factor 2 de 5 puntos, correspondiendo con 15,38% y 16,66% de reducción (Gráfico 3).

Gráfico 3

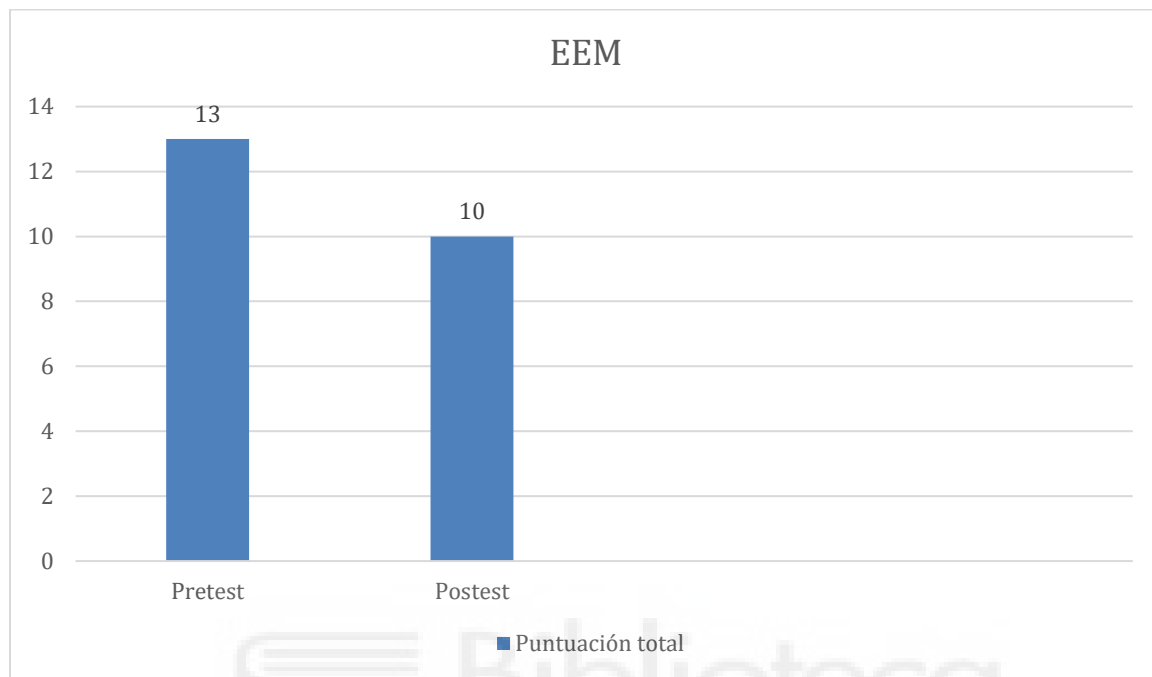
Puntuaciones pre-evaluación y post-evaluación del HCL-32 con 18 semanas de diferencia.



En cuanto a la puntuación obtenida en la *Escala para la evaluación de la manía de Young (EEM)*, se confirmó gracias a una puntuación de 13 que la hipomanía estaba presente de una manera tenue. Por otro lado, en la evaluación realizada tras la intervención se vio que la puntuación se redujo hasta los 10 puntos (23,07% de reducción), percibiéndose tanto por la terapeuta como por el paciente tan solo una sintomatología subclínica, caracterizada por revelarse dentro del desempeño funcional de la persona (Gráfico 4).

Gráfico 4

Puntuaciones pre-evaluación y post-evaluación de EEM con 18 semanas de diferencia.



La entrevista semiestructurada y el control de sustancias realizados en la sesión de seguimiento (undécima sesión) permitieron comprobar que el paciente seguía abstinentes, tanto en alcohol como en cocaína.

DISCUSIÓN

Después de haber aplicado la terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de los síntomas emocionales, conductuales y cognitivos, característicos de las fases maníaco-depresivas del trastorno bipolar, se ha podido comprobar que los resultados han sido positivos. La efectividad demostrada pone de manifiesto el haber cumplido los objetivos planteados en el presente estudio, tanto el general como los específicos. Los resultados obtenidos, a su vez, verifican la efectividad mostrada en diversos estudios que avalan las teorías y técnicas cognitivas conductuales para este tipo de casos (Fonseca et al., 2021; Ibáñez et al., 2020; Perlis y Ostacher, 2017).

Puesto que el paciente no presentaba una elevada puntuación en la fase maníaca/hipomaníaca, se centró el objetivo general más en la fase depresiva. Como se ha podido comprobar en los resultados obtenidos anteriormente, la persona mejoró de manera significativa en la sintomatología psicofísica mediante las técnicas de reestructuración cognitiva, implementación de actividades agradables de manera gradual, diferentes estrategias de relajación para el manejo del estrés, psicoeducación de las emociones, estrategias para la resolución de problemas y estrategias para el control de impulsos.

La hipótesis principal mantenía que la sintomatología, el malestar emocional y el control de impulsos mejorarían, y por otro lado, el consumo de sustancias tóxicas iría disminuyendo conforme el paciente fuera practicando, adquiriendo e interiorizando las habilidades y técnicas realizadas en cada sesión. Esto se ha podido verificar con éxito puesto que el paciente ha continuado con la abstinencia de la cocaína y ha mantenido a la abstinencia de alcohol durante todo el proceso terapéutico, además ha mejorado en habilidades comunicativas, ha adquirido las técnicas relacionadas con la toma de decisiones y el control de impulsos y se ha sentido capaz de dominar las técnicas de relajación practicadas en consulta.

Las limitaciones que se han encontrado para este estudio son las redactadas a continuación. Al tratarse de un tratamiento para un caso único, los resultados obtenidos no se pueden extrapolar a toda la población general. Uno de los sesgos que podría darse es el de deseabilidad social, puesto que el paciente era conocedor del trabajo académico que se realizaría a posteriori. El haber estado tantos años en terapia puede haber facilitado la adhesión terapéutica, pero a su vez se pueden haber obviado datos en las historias clínicas que fueran relevantes.

Puesto que todavía no hay un consenso común que delimite cuál es la etiología de este trastorno, estudios futuros deberían estar enfocados a estudiar biomarcadores o marcadores genéticos específicos, variables relacionales, epigenética y genética que esclarezca cuál puede ser la causa que genere la patología con certeza. Quizá de esta manera, el diagnóstico podría realizarse de una manera más agilizada. Por otro lado, son

pocos los estudios que remarcan la importancia de realizar una buena evaluación y por consiguiente, un buen tratamiento psicológico que pueda retrasar el uso de la farmacología a edades tempranas, dado que podría alterar el funcionamiento normal de la actividad cerebral (Gordovez y McMahon, 2020; Grande et al., 2016; Malhi, 2016; Vieta et al., 2018).

Es necesario seguir trabajando en una mejora de la detección del trastorno bipolar, ya sea inducido o no por sustancias, puesto que por lo general suele estar enmascarado por otro tipo de trastornos que dificultan su diagnóstico o suele estar confundido por episodios depresivos, depresión mayor o trastornos unipolares. Esta tardanza, en ocasiones, complica la vida de las personas que lo padecen y la de sus familiares por las incógnitas, el miedo, las largas esperas, etc.; además, se hace un uso reiterado y un elevado gasto económico de los recursos de la sanidad, pudiendo ser optimizados si se consiguiera avanzar a la hora de delimitar el diagnóstico más rápidamente. Por lo tanto, sería recomendable llevar a cabo estudios controlados, aleatorizados y que incluyeran grandes muestras de pacientes, además de ampliar a otro tipo de terapias psicológicas que puedan resultar beneficiosas (Miklowitz et al., 2021; Perrotta, 2019; Ruiz et al., 2016; Valls et al., 2020.)

REFERENCIAS

- Alegre, R. H., Gamero, A. F., Aragón, S. O., Aparicio, P. C., Domingo, A. S. y Ruiz, L. A. (2022). Descompensación de un trastorno bipolar en fase maníaca. A propósito de un caso. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(4), 50.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8429091>
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T.D., Skeppar, P., Vieta, E. y Scott, J. (2005). El HCL-32: hacia una herramienta de autoevaluación de síntomas hipomaniacos en pacientes ambulatorios. *Revista de trastornos afectivos*, 88 (2), 217-233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.011>
- Apiquián, R., Páez, F., Tapia, R. O., Fresán, A., Vallejo, G. y Nicolini, H. (1997). Validez y confiabilidad de la Escala para la Evaluación de la Manía. *Salud Mental*, 20(3), 23-29. http://www.revistasaludmental.com.mx/index.php/salud_mental/article/view/656
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I. y Rentero, D. (2017). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*, 29(3), 186-194.
<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289151752006.pdf>
- Arrieta, M. y Santos, P. M. (2019). Trastorno bipolar. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5052-5066.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.013>
- Ato, M., López-García, J. J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Basto, P. y Yomaira, A. (2021). Intentos de suicidio y trastornos mentales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(4).
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3967>

- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1990). Beck depression inventory -II. The Psychological Corporation.
- Becoña, E. y Lorenzo, M. D. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13(Número 3), 511-522.
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7903>
- Caballo, V. E. (2006). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1*. Ediciones Akal.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2*. Siglo Veintiuno de España.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Garcia-Garcia, M., Reinares, M., Torrente, C., Goikolea, J. M., Banús, S. y Salamero, M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina Clínica*, 119(10), 366-371. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73419-2](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73419-2)
- Cúpula, P., Rihmer, Z. y Gonda, X. (2019). Riesgo de suicidio en el trastorno bipolar: una breve revisión. *Medicina*, 55(8), 403. <https://doi.org/10.3390/medicina55080403>
- Ferreira Rosa, A. C. y Ribeiro Leão, E. (2021). Pain in the bipolar disorder: prevalence, characteristics and relationship with suicide risk. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4737.3463>
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñoz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García-Cerdán, L., Osma, J., Peris Baquero, Ó., ... Marrero, R. J. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188–197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- González-Pinto, A., Goikolea, J., Zorrilla, I., Bernardo, M., Arrojo, M., Cunill, R., Castell, X., Becoña Iglesias, E., López, A., Torrens, M., Tirado-Muñoz, J., Fonseca, F., Arranz,

- B., Garriga, M., Sáiz, P., Flórez, G. y San, L. (2021). Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con trastorno bipolar y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias. *Adicciones*, 34(2), 142-156. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1528>
- Gordovez, F.J.A. y McMahon, F.J. (2020). La genética del trastorno bipolar. *Psiquiatría molecular*, 25(3), 544-559. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0634-7>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. y Vieta, E. (2016). Trastorno bipolar. *The Lancet*, 387 (10027), 1561-1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Guillén-Riquelmeé, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23 (3), 510–515. <https://psycnet.apa.org/record/2011-15648-025>
- Hernández Rosalio, L. (2022). Principales componentes del Trastorno Bipolar. *TEPEXI Boletín Científico De La Escuela Superior Tepeji Del Río*, 9(17), 28-31. <https://doi.org/10.29057/estr.v9i17.8050>
- Hidalgo-Mazzei, D., Mateu, A., Undurraga, J., Rosa, AR, Pacchiarotti, I., del Mar Bonnin, C., Sánchez-Moreno, J., Colom, F. y Vieta, E. (2015). e-HCL-32: una herramienta útil, válida y de fácil manejo en el cribado del trastorno bipolar II. *Psiquiatría integral*, 56, 283-288. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.008>
- Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R. y Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 174-182. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.02.005>
- Madero Dutazaka, M. G., Velasco Moyon, M. V., Suarez Loo, W. A. y Torres Yamunaque, Y. A. (2021). Trastorno bipolar. *RECIAMUC*, 5(1), 54-62. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.54-62](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.54-62)
- Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O. y Betancourt Izquierdo, E. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-482.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000200467&lng=es&tlng=pt

- Malhi, G. S. (2016). Bipolar disorders: key clinical considerations. *The Lancet*, 387(10027), 1492-1494. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01045-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01045-4)
- McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., Malhi, G. S., Nierenberg, A. A., Rosenblat, J. D., Majeed, A., Vieta, E., Vinberg, M., Young, A. H., y Mansur, R. B. (2020). Bipolar disorders. *The Lancet*, 396(10265), 1841-1856. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31544-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31544-0)
- Miller, J. N. y Black, D. W. (2020). Bipolar disorder and suicide: a review. *Current psychiatry reports*, 22(2), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
- Miklowitz, D.J., Efthimiou, O., Furukawa, T.A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J.R. y Cipriani, A. (2021). Psicoterapia adyuvante para el trastorno bipolar: una revisión sistemática y un metanálisis de red de componentes. *Psiquiatría JAMA*, 78(2), 141-150. [10.1001/jamapsychiatry.2020.2993](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993)
- Moncrieff, J. (2018). El litio y otros fármacos para el trastorno maníaco-depresivo y bipolar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 283-299. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100015>
- O'Donovan, C. y Alda, M. (2020). Depresión que precede al diagnóstico de trastorno bipolar. *Fronteras en psiquiatría*, 11, 500. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00500>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). *Mental disorders*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Palomo, J. L., Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Basurte, I. y Mesías, B. (2017). Dual disorders in individuals under treatment for both alcohol and cocaine: Madrid study on the prevalence of dual disorders. *Salud mental*, 40(6), 257-264. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.033>
- Perlis, H. y Ostacher, M. (2017). Trastorno Bipolar., *Tratado de psiquiatría clínica: Massachusetts General Hospital*. <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2020/10/30.-Trastorno-bipolar.pdf>

- Perrotta, G. (2019). Trastorno bipolar: definición, diagnóstico diferencial, contextos clínicos y enfoques terapéuticos. *J Neurociencia y Cirugía Neurológica*, 5. [10.31579/2578-8868/097](https://doi.org/10.31579/2578-8868/097)
- Plans, L., Barrotb, C., Nieto, E., Rios, J., Schulze, T. G., Papiol, S., Mitjansg, M., Vietah, E. y Benabarre, A. (2019). Asociación entre el suicidio consumado y el trastorno bipolar: una revisión sistemática de la literatura. *Revista de trastornos afectivos*, 242, 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.054>
- Saavedra Genovese, J. P., Almenar Almenar, R., & Arichabala Veintimilla, M. C. (2013). A propósito de un caso de patología dual. Trastorno bipolar tipo I. Dependencia a cocaína y alcohol. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/47608/4188883.pdf?sequence=1>
- Salloum, I. M. y Brown, E. S. (2017). Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 43(4), 366–376. <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1292279>
- Sanz Fernández, J., Gutiérrez, S., Gesteira Santos, C. y García Vera, M. P. (2020). Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II), 9, 03. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Sanz_22-1oa.pdf
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249–280. <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Sanz, J., Vera, M. P. G., Espinosa, R., Fortún, M. y Valverde, C. V. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, 16(2), 121. https://www.academia.edu/download/42298627/Adaptacin_espaoala_del_Inventario_p_ara_la20160207-18915-1iu2iby.pdf
- Schwarz, A. y Schwarz, A. (2017). *Relajación muscular progresiva de Jacobson*. Editorial Hispano Europea.

- Sevillá, J. y Pastor, C. (2021). *Terapia Cognitivo-Conductual para el Trastorno Bipolar: Un manual práctico para el terapeuta*. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. y Cubero, N. S. (1999). STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. *Madrid: TEA ediciones*.
- Rowland, T. A. y Marwaha, S. (2018). Epidemiología y factores de riesgo del trastorno bipolar. *Avances Terapéuticos en Psicofarmacología*, 8(9), 51-269.
<https://doi.org/10.1177/2045125318769235>
- Ruiz, E. M. V., Coca, S. G., & Martínez, K. T. (2016). Manejo Clínico-Terapéutico en Pacientes con Trastorno Bipolar: Asociado al Trastorno del Consumo de Sustancias Psicoactivas. *Perspectivas y Análisis de la Salud*, 51.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/678154.pdf#page=52>
- Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, J. C., Medellín, A., Rojas, G. y Krause, M. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista médica de Chile*, 145(8), 1005-1012.
<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>
- Valdivieso-Jiménez, G. (2021). Eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual Para el Trastorno Bipolar: una Revisión Sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.05.006>
- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T.G., Carvalho, A.F., Suppes, T., Calabrese, J.R., Gao, K., Miskowiak, K.W. y Grande, I. (2018). Trastornos bipolares. *Reseñas de la naturaleza Cartillas de enfermedades*, 4(1), 1-16. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8>
- Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Bulbena, A., Chamorro, L., Ramos, J. L., Artal, J., Pérez, F., Oliveras M. A., Valleh, J., Lahuerta, J. y Angustia, J. (2007). Validación cruzada con el cuestionario de trastornos del estado de ánimo (MDQ) de un instrumento para la detección de hipomanía en español: la lista de verificación de síntomas de hipomanía de 32 ítems (HCL-32). *Revista de trastornos afectivos*, 101(1-3), 43-55.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.040>

Valls, È., Sánchez-Moreno, J., Bonnín, C. M., Solé, B., Prime-Tous, M., Torres, I., Gavin, P., Morrilla, I., Montejo, L., Jiménez, E., Varo, C., Torrent, C., Mazzei, D. H., Martínez-Arán, A. y Reinares, M. (2020). Efectos de un enfoque integrador de los trastornos bipolares que combina la psicoeducación, la terapia cognitiva basada en la atención plena y la remediación funcional: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorio. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(3), 165-173.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2020.05.001>

Yatham L., Kennedy S. y Berk M. (2018). Recomendaciones Fundamentadas y Actualizadas para el Tratamiento de los Pacientes con Trastorno Bipolar. *Bipolar Disorders*.

<https://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/157818>



APÉNDICES

Apéndice 1

Calendario emocional

Sesión	Emoción
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

