



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TEXTO

MANEJO CLÍNICO EN EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

MARÍA ELENA GORDILLO JÁCOME

DIRECTOR DE TESIS

JOSÉ L. HERNÁNDEZ GORDILLO





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

SECRETARIA GENERAL
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
13 de noviembre del 2025

C. Maria Elena Gordillo Jácome
Pasante del Programa Educativo de Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado "Manejo clínico en el trastorno afectivo bipolar" en la modalidad de Texto.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su examen profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtra. Ariadna Santiago Navarrete

Mtro. René de Jesús Muñoz Coutiño

Lic. Angélica Cruz Becerril

Firmas

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a mi director de la presente investigación, el Dr. José Luis Hernández Gordillo cuya guía constante, dedicación y acompañamiento hicieron posible la realización de este trabajo. Su disposición para orientarme, su paciencia ante las dificultades que surgieron y la confianza depositada en mis ideas fueron pilares fundamentales durante el desarrollo de esta investigación. Le agradezco profundamente por su compromiso académico y por creer en mi capacidad desde los primeros momentos de mi formación profesional.

Asimismo, extiendo mi especial agradecimiento a mis revisores: Lic. Angélica Cruz Becerril, Mtro. René de Jesús Muñoz Coutiño, y Mtra. Ariadna Santiago Navarrete, por el tiempo brindado, por sus observaciones siempre oportunas y por el rigor con el que analizaron cada apartado de este estudio. Sus aportes enriquecieron de manera significativa este proyecto y contribuyeron a que creciera tanto en el plano académico como personal.

Reconozco también que una investigación es fruto del apoyo y la fortaleza que recibimos de quienes nos rodean. Por ello, agradezco profundamente a mi familia, cuyo acompañamiento incondicional ha sido mi mayor impulso. Agradezco a quienes me alentaron en momentos de cansancio, a quienes me brindaron palabras de ánimo y me recordaron la importancia de avanzar con determinación.

A mis amigos, gracias por su compañía en cada etapa, por las conversaciones que devolvieron claridad cuando más la necesitaba y por ofrecerme una mano sincera en los momentos más difíciles. Sus gestos y apoyo fueron esenciales para culminar este proceso.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra forma, formaron parte de este recorrido. Cada una de ellas aportó algo valioso que me permitió aprender, mejorar y llegar a convertirme en la persona que soy al finalizar esta etapa tan significativa.

ÍNDICE

Agradecimientos	
Introducción	Págs
Planteamiento del problema	
Justificación	
Objetivo general	
Objetivos específicos	
Metodología	

Capítulo 1: El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)

1.1 Conceptualización y Nosología del TAB	11
1.2 Clasificación y Tipos del TAB	17
1.3 Etiología	20
1.4 Principales Enfoques Teóricos del TAB.	
1.4.1 Enfoque Biológico	26
1.4.2 Enfoque Cognitivo-Conductual	31
1.4.3 Enfoque Psicodinámico	35
1.4.4 Enfoque Sistémico	42
1.4.5 Enfoque Biopsicosocial	46

Capítulo 2: Manifestaciones e Impacto Biopsicosocial en el Trastorno Afectivo Bipolar

2.1 Alteraciones Clínicas Relevantes en el TAB	
2.1.1 Ansiedad	52
2.1.2 Alteración del sueño	56
2.1.3 Estrés	62
2.1.4 Depresión	66
2.2 Impacto del TAB: Perspectiva Individual, Social y Familiar	70

Capítulo 3: Salud Mental y forma de afrontamiento del TAB

3.1 Salud Mental Preventiva en el TAB	77
3.2 Diagnóstico y Evaluación Clínica	80
3.3 Tratamiento y Manejo Integral	83

Capítulo 4: Cierre

Conclusiones

Referencias

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) constituye una condición psiquiátrica compleja que se caracteriza por alteraciones significativas del estado de ánimo, manifestadas en episodios maníacos y depresivos que afectan de manera directa la funcionalidad y calidad de vida de quienes lo padecen. Este estudio aborda los aspectos clave del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), enfocándose en su etiología, impacto y estrategias terapéuticas. La comprensión de estos factores es esencial no solo para mejorar el tratamiento clínico, sino también para promover un entorno más inclusivo y comprensivo hacia quienes padecen el trastorno.

Desde una visión amplia, se examinan los factores genéticos, ambientales y neurobiológicos que intervienen en el desarrollo del TAB, analizando cómo estas variables afectan la regulación emocional y contribuyen a la aparición de episodios extremos del ánimo. Esta perspectiva etiológica permite comprender la complejidad del trastorno y la interacción multifactorial que define su manifestación clínica. Este estudio aborda los aspectos clave del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), enfocándose en su etiología, impacto y estrategias terapéuticas. La comprensión de estos factores es esencial no solo para mejorar el tratamiento clínico, sino también para promover un entorno más inclusivo y comprensivo hacia quienes padecen el trastorno.

Esta puede manifestarse en formas diversas, desde una inquietud persistente hasta ataques de pánico, interfiriendo negativamente con el tratamiento, incrementando el riesgo de recaídas y deteriorando la calidad de vida. Asimismo, las alteraciones del sueño, como el insomnio o la hipersomnia, se presentan como factores desencadenantes o agravantes de los episodios del trastorno, lo que convierte al descanso adecuado en un objetivo terapéutico prioritario. El estrés es un factor clave que puede desencadenar o agravar los síntomas del TAB. Si no se maneja adecuadamente, puede aumentar la inestabilidad emocional, afectando la regulación emocional y las relaciones sociales del paciente. De igual manera, se explora la dimensión depresiva del trastorno, caracterizada por sentimientos de tristeza profunda, desesperanza y pérdida de interés, así como por consecuencias funcionales graves, como el aislamiento social y el riesgo elevado de

suicidio. En el ámbito preventivo, se destaca la importancia de promover una salud mental sólida para reducir la aparición de episodios agudos. La adherencia al tratamiento, junto con la detección temprana y el seguimiento continuo, son esenciales para reducir complicaciones y mejorar el pronóstico del TAB. Además, gestionar el estrés y mantener hábitos de vida saludables son factores clave en la prevención de episodios agudos.

Ahora bien, el diagnóstico clínico del trastorno afectivo bipolar (TAB) se realiza mediante una evaluación detallada que incluye la observación directa, la historia médica y la valoración de los síntomas. El profesional encargado de establecer el diagnóstico es el médico especialista en psiquiatría, quien puede complementar la intervención con apoyo psicoterapéutico proporcionado por psicólogos, según corresponda. La valoración se realiza siguiendo los criterios clínicos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), los cuales se describen con mayor detalle en secciones posteriores.

Este enfoque integral es fundamental para identificar los patrones de los episodios, ajustar el tratamiento a las necesidades específicas de cada paciente y garantizar un acompañamiento familiar y social adecuado, elementos esenciales para contrarrestar los efectos del estigma y favorecer la recuperación.

Por otro lado, también se analizan las estrategias de tratamiento y manejo integral del TAB, incluyendo enfoques farmacológicos, psicoterapéuticos y psicoeducativos. La implementación de un plan terapéutico personalizado, adaptado a las características del paciente, es clave para estabilizar su estado emocional, prevenir recaídas y favorecer su bienestar general.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud mental impacta de manera directa nuestra calidad de vida, afectando tanto nuestra forma de sentir como nuestra manera de pensar, actuar y relacionarnos con los demás. Es por eso por lo que el cuidado de nuestra salud mental es esencial ya que tiene un impacto directo en nuestra calidad de vida, bienestar y nuestra capacidad para enfrentar los retos diarios.

De este modo, un buen estado mental es crucial para enfrentar los retos diarios con eficacia. Asimismo, nuestro estado físico, incluyendo el sueño, la alimentación y la presencia de enfermedades crónicas, tiene una influencia directa en cómo nos sentimos.

De acuerdo con Pardo (2018):

La química está total y directamente relacionada con las emociones y los sentimientos. Al fin y al cabo, el cerebro es el centro de operaciones de nuestro organismo donde se producen reacciones químicas en la que los neurotransmisores intervienen de forma significativa en las emociones. (p .16)

En el plano psicológico, nuestras experiencias de vida dejan marcas imborrables; los traumas, las pérdidas significativas o los abusos pueden desestabilizar nuestro bienestar, mientras que una personalidad resiliente y una autoestima fuerte actúan como escudos protectores frente a las adversidades.

Del mismo modo, la manera en que gestionamos nuestras emociones y pensamientos determina en gran medida nuestra capacidad para mantenernos en equilibrio. Las relaciones con amigos, familiares y compañeros juegan un papel clave en nuestro bienestar, ya sea como pilar de apoyo o fuente de estrés y conflicto. Igualmente, los ambientes laborales y sociales en general influyen significativamente en nuestra estabilidad emocional, ya que el estrés crónico o la falta de apoyo en el trabajo pueden afectar nuestra estabilidad emocional.

Por otro lado, tener acceso a redes de apoyo y educación sobre salud mental nos brinda las herramientas necesarias para afrontar los retos de manera más efectiva. Además, el ambiente físico y las circunstancias externas no deben subestimarse. Vivir en entornos caóticos o inseguros puede aumentar significativamente el nivel de ansiedad y estrés, mientras que los eventos globales o comunitarios, como una pandemia o un desastre natural, pueden generar incertidumbre y afectar nuestra salud mental de forma significativa.

Según Durán (2022):

Factores psicológicos y biológicos individuales, como las habilidades emocionales, el abuso de sustancias y la genética, pueden hacer que las personas sean más vulnerables a las afecciones de salud mental. La exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental. (p.2)

Finalmente, nuestros hábitos y estilo de vida desempeñan un papel fundamental. El ejercicio regular, una dieta equilibrada y una adecuada gestión del tiempo entre trabajo y descanso son fundamentales para mantener la salud mental. Por otro lado, el consumo de sustancias como alcohol o drogas puede desestabilizar nuestra mente y cuerpo, complicando aún más nuestra capacidad para cuidar de nosotros mismos.

La salud mental es un aspecto fundamental de nuestro bienestar, que no solo incluye un estado emocional, psicológico y social equilibrado, sino también la capacidad de enfrentar los retos diarios y tomar decisiones responsables. Implica sentirse bien con uno mismo, gestionar eficazmente las emociones y mantener relaciones saludables. Más allá de la ausencia de trastornos mentales, la salud mental abarca el equilibrio integral entre nuestros pensamientos, emociones y acciones, y nuestra capacidad para adaptarnos a los cambios y superar las adversidades.

Como menciona Carrazana (2020):

La salud no es solamente la ausencia de enfermedades, sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social. (p.1)

Una salud mental óptima no solo influye en nuestro bienestar personal, sino también en la calidad de nuestras interacciones sociales, el rendimiento en las tareas diarias y nuestra capacidad para mantener un equilibrio emocional. Además, cuidar nuestra salud mental es esencial para fortalecer nuestras relaciones y nuestra resiliencia frente a la adversidad.

Para ello, es necesario adoptar hábitos saludables, buscar apoyo emocional cuando se requiere, gestionar el estrés y, en muchos casos, recurrir a profesionales de la salud. El cuidado de la salud mental es vital no solo para el individuo, sino para toda la sociedad, ya que comunidades con individuos emocionalmente equilibrados y resilientes son más inclusivas, solidarias y prósperas.

Ahora bien, el trastorno afectivo bipolar (TAB) es un desorden psiquiátrico crónico que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes, caracterizado por episodios recurrentes de manía, hipomanía y depresión, donde las emociones se encuentran desbordadas, y la depresión, un estado de ánimo marcado por la tristeza profunda, la desesperanza y la pérdida de interés en las actividades cotidianas.

Los episodios maníacos pueden incluir euforia, exceso de energía y reducción significativa del sueño, mientras que los episodios depresivos se manifiestan principalmente como fatiga, problemas de concentración y sentimientos de inutilidad, llegando incluso a pensamientos suicidas en los casos más severos.

Aunque las causas exactas del trastorno afectivo bipolar no se comprenden completamente, se sabe que surge de una interacción entre factores genéticos, biológicos y ambientales. Las personas con antecedentes familiares de la enfermedad tienen un mayor riesgo, mientras que desequilibrios en los neurotransmisores del cerebro y experiencias de vida estresantes o traumáticas pueden actuar como desencadenantes.

El diagnóstico del trastorno afectivo bipolar (TAB) puede contribuir a la patologización al etiquetar ciertas fluctuaciones emocionales como síntomas de una enfermedad, lo que limita la comprensión de la experiencia humana a una condición médica. Esta visión reduccionista puede desencadenar estigmatización, ya que quienes reciben el diagnóstico son a menudo percibidos como "inestables" o "enfermos", lo que afecta su identidad y sus interacciones sociales. Además, el énfasis en la medicación como tratamiento principal puede opacar otras alternativas terapéuticas, como la psicoterapia, y favorecer la medicalización del comportamiento humano, ignorando factores sociales y emocionales relevantes. Esta tendencia a interpretar ciertos comportamientos como trastornos no solo condiciona la percepción social del individuo, sino también la forma en que este se percibe a sí mismo, lo que podría agravar su situación si no se aborda con un enfoque integral y comprensivo.

En este contexto, el diagnóstico de los trastornos mentales se organiza en diversas categorías, como la neurosis y la psicosis, cada una con síntomas y manifestaciones distintivas. La neurosis es un término tradicionalmente utilizado para describir trastornos mentales en los que las personas mantienen el contacto con la realidad, pero experimentan angustia emocional significativa. Los síntomas comunes incluyen ansiedad, depresión leve o moderada, fobias, trastornos obsesivos y estrés postraumático.

Como menciona Manrique (2012):

La neurosis es la estructura clínica más común en la sociedad. Quienes son llamados generalmente como “normales” son, en términos clínicos, sujetos neuróticos, su mecanismo básico es la represión, como Freud mismo sostiene se puede afirmar que

todos somos enfermos neuróticos ya que las precondiciones para la formación de los síntomas, la represión, puede formarse en personas normales. (p.4)

Las personas con neurosis suelen ser conscientes de su sufrimiento y, aunque pueden tener dificultades para manejarlo, no pierden contacto con la realidad ni presentan alteraciones graves del pensamiento o la percepción. La psicosis, por otro lado, se caracteriza por una desconexión con la realidad. Las personas que padecen psicosis pueden experimentar alucinaciones (como oír voces o ver cosas que no existen) o delirios (creencias erróneas persistentes que no están basadas en la realidad).

Como menciona Manrique (2012):

El psicótico pierde contacto con la realidad y recrea una realidad encerrada en su delirio. Generalmente lo anterior va acompañado de alucinaciones, entendidas como representaciones psíquicas que irrumpen desde el exterior y se imponen como percepción. En otras palabras, el psicótico puede escuchar su propio pensamiento y cree que le viene desde afuera; el sujeto literalmente habla con su yo y lo siente como un tercero. (p.3)

En el trastorno afectivo bipolar, durante episodios maníacos o depresivos graves, algunas personas pueden experimentar síntomas psicóticos (como delirios o alucinaciones), pero no todos los pacientes tienen estas características.

Para la presente investigación surge la interrogante ¿Cómo pueden las vivencias y dificultades en la persona con trastorno afectivo bipolar influir en su calidad de vida y la efectividad de su tratamiento?.

JUSTIFICACIÓN

El trastorno afectivo bipolar (TAB) representa una de las patologías psiquiátricas más complejas debido a su naturaleza cíclica y multifactorial, lo que implica un impacto significativo en la calidad de vida de quienes lo padecen y en su entorno familiar y social. La relevancia de este estudio radica en la creciente prevalencia del TAB en la población global y la necesidad de profundizar en el entendimiento de sus manifestaciones clínicas, abordajes terapéuticos y consecuencias psicosociales.

A pesar de los avances en la psiquiatría y la neurociencia, el diagnóstico y manejo del TAB continúan enfrentando desafíos, especialmente en contextos donde el acceso a recursos de salud mental es limitado. Esto denota la importancia de documentar casos específicos que permitan analizar las particularidades del trastorno en escenarios reales, aportando así información valiosa para la mejora de las estrategias diagnósticas, preventivas y de tratamiento.

Este trabajo no solo busca contribuir al conocimiento científico en torno al TAB, sino también fomentar la sensibilización sobre la necesidad de un enfoque integral que combine aspectos médicos, psicológicos y sociales. Asimismo, se pretende destacar la importancia de la intervención temprana y la atención personalizada como herramientas clave para mejorar los pronósticos en pacientes con esta condición.

Detectar el trastorno en sus primeras etapas es clave para prevenir complicaciones graves, estabilizar el estado de ánimo y mejorar la calidad de vida del paciente. Un diagnóstico temprano también contribuye a evitar diagnósticos erróneos y asegura un tratamiento más efectivo.

Además, un diagnóstico a tiempo ayuda a evitar errores comunes, como confundir el trastorno bipolar con otras afecciones, lo que podría llevar a tratamientos inadecuados.

Como menciona Díaz 2022):

Puede haber un diagnóstico erróneo porque algunos síntomas del trastorno bipolar son similares a los de otras enfermedades. Por ejemplo, las personas con trastorno bipolar que también tienen síntomas psicóticos pueden recibir un diagnóstico erróneo de esquizofrenia. Algunas afecciones de salud, como la enfermedad de la tiroides, pueden causar síntomas como los del trastorno bipolar. Además, los efectos de las drogas recreativas e ilícitas a veces pueden imitar o empeorar los síntomas del estado de ánimo. (p.3)

También es fundamental para disminuir riesgos asociados, como conductas impulsivas, abuso de sustancias o pensamientos suicidas, que suelen estar presentes cuando la enfermedad no es tratada. La detección temprana no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también facilita su adaptación social y laboral, contribuyendo a mantener relaciones saludables y un rendimiento óptimo en diferentes áreas. Asimismo, brinda la oportunidad de educar tanto al paciente como a sus familiares sobre la enfermedad, fomentando una mayor comprensión, apoyo mutuo y compromiso con el tratamiento.

El psicólogo tiene un rol clave en el tratamiento del trastorno afectivo bipolar (TAB), complementando el tratamiento farmacológico y ofreciendo un espacio de apoyo emocional, mientras ayuda a los pacientes y a sus familiares a entender mejor la enfermedad y manejar los episodios de manera más efectiva. Aunque el tratamiento farmacológico es central en el manejo del TAB, la intervención psicológica es fundamental para el bienestar integral, como ayudar al paciente y a su entorno a entender el trastorno, sus síntomas, y cómo manejar los episodios maníacos y depresivos para reducir el estigma y mejorar la adherencia al tratamiento, así como desarrollar estrategias de afrontamiento saludables y técnicas para manejar el estrés, lo que puede prevenir las recaídas y brindar un espacio para que el paciente pueda explorar sus emociones, expresar sus preocupaciones y recibir apoyo emocional durante los períodos difíciles. Este apoyo es crucial para la salud mental en general. El trastorno afectivo bipolar puede afectar la dinámica familiar, por lo que el psicólogo puede trabajar con los familiares del paciente para mejorar la

comunicación, resolver conflictos y ofrecerles herramientas para apoyar al paciente de manera efectiva. Por lo tanto, lo esencial es brindar herramientas para mejorar la calidad de vida, reducir el riesgo de recaídas y ayudar al paciente a llevar una vida lo más estable posible.

En este sentido, elegí abordar el manejo clínico del trastorno afectivo bipolar porque considero que es una condición, que más allá de su complejidad médica, refleja los múltiples desafíos a los que se enfrentan las personas que la padecen y la necesidad de un abordaje clínico integral que combine la ciencia, la empatía y la comprensión. Estoy convencida de que un tratamiento adecuado, sustentado en la evidencia científica y guiado por una atención humana y respetuosa, puede transformar significativamente la calidad de vida de los pacientes. Por lo consiguiente, se justifica esta investigación sobre la revisión retrospectiva del manejo clínico del trastorno afectivo bipolar.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar formas de afrontamiento y secuelas de las personas diagnosticadas con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- El impacto del diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar.
- Analizar los factores que permiten el reconocimiento del Trastorno Afectivo Bipolar como un padecimiento crónico.
- Describir formas de intervención para la estabilización en el Trastorno Afectivo Bipolar.

METODOLOGÍA

La presente investigación se llevó a cabo bajo un enfoque textual, el cual se caracteriza por analizar críticamente la literatura, interpretar y sintetizar los hallazgos de los autores citados, organizar la información por temas y extraer conclusiones fundamentadas en la evidencia disponible. De este modo, la elaboración de este trabajo se llevó a cabo mediante una búsqueda bibliográfica sistemática y selectiva en diversas plataformas especializadas en ciencia de la salud, además de libros relevantes sobre el manejo clínico del trastorno afectivo bipolar y la revisión de la Guía de Trastornos Mentales DSM-5. La búsqueda se efectuó entre junio y diciembre del año 2025, priorizando artículos, guías y libros que ofrecieran información actualizada y basada en evidencia. La información recopilada fue analizada críticamente con el fin de seleccionar contenidos pertinentes, fiables y relevantes para los objetivos de la investigación. Posteriormente, los datos se organizaron de manera temática, facilitando la síntesis de estrategias de manejo clínico, enfoques terapéuticos y recomendaciones de atención integral del paciente. Esta estrategia metodológica permitió garantizar que el contenido de la investigación fuera riguroso, coherente y fundamentado, asegurando su relevancia para profesionales y académicos del área de la salud mental.

CAPÍTULO 1: EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (TAB)

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN Y NOSOLOGÍA DEL TAB

El trastorno afectivo bipolar (TAB), es una condición mental crónica que afecta la regulación del estado de ánimo, caracterizado por la alternancia entre episodios de manía o hipomanía y episodios depresivos. Los episodios maníacos o hipomaníacos se manifiestan por una elevada

energía, disminución en la necesidad de dormir, comportamientos impulsivos y una percepción de euforia desbordante. En contraste, los episodios depresivos se caracterizan por sentimientos profundos de tristeza, fatiga, falta de interés en actividades usualmente placenteras y pensamientos negativos.

Como menciona Sánchez (2023):

El trastorno bipolar es trastorno del estado del ánimo, es una enfermedad crónica y recurrente que se manifiesta principalmente por episodios alternantes de sintomatología depresiva (episodios depresivos) y periodos de exaltación del humor e incremento de la vitalidad (episodios maníacos o hipomaníacos) .(p.1)

El TAB ha tenido un amplio recorrido histórico de observación clínica, categorización médica y evolución conceptual. Históricamente, el reconocimiento del trastorno bipolar como una entidad clínica distinta fue un proceso gradual. El abordaje clínico del TAB comienza cuando los médicos empezaron a observar y documentar casos de pacientes que experimentaban cambios extremos en su estado de ánimo, alternando entre episodios de euforia y depresión. Desde sus primeras descripciones en la antigüedad hasta su comprensión en la medicina moderna. El Trastorno Afectivo Bipolar, encuentra sus raíces nosológicas en el surgimiento de la medicina clínica moderna y, particularmente, en la transformación impulsada por la llamada clínica de facultad en Francia a finales del siglo XVIII. Siendo objeto de múltiples interpretaciones a lo largo de los siglos, reflejando no solo el avance de la ciencia médica, sino también los cambios culturales, filosóficos y sociales que han marcado cada época.

Antes de este periodo, durante la Edad Media, el pensamiento científico fue desplazado por interpretaciones religiosas. Cuando las enfermedades mentales eran entendidas desde perspectivas teológicas, filosóficas o morales, donde la manía y la melancolía eran interpretadas como castigos divinos o manifestaciones demoníacas, lo cual llevó a prácticas poco humanitarias, como el confinamiento o el exorcismo, y a una marginación sistemática de las personas con trastornos mentales.

Como menciona Cosentino (2023):

Se creía que quienes padecían enfermedades psiquiátricas estaban poseídos por el diablo o demonios, y se les trataba con horribles intentos de curación: desde perforarles el cráneo para expulsar a los espíritus malignos hasta ser atados o encadenados, obligados a beber diversas pociones o encerrados en "manicomios" sucios y abarrotados. (p.2)

Así también, desde el periodo clásico, pensadores como Hipócrates ya hacían referencia a estados emocionales extremos que hoy asociamos con el trastorno afectivo bipolar.

De acuerdo con Ramos (2009):

Hipócrates definió la manía como el estado en el que la persona está fuera de su mente, lo cual es sinónimo de locura. Él afirma que la enfermedad mental no tenía un origen divino sino natural, y que el cerebro era el asiento de los placeres, alegrías, risas, dolores, pesares y lágrimas. (p. 2)

Bajo la teoría de los humores, Hipócrates atribuía la melancolía a un exceso de bilis negra y describía la manía como una exaltación patológica del ánimo. Estos aportes, aunque rudimentarios, sentaron las bases de una visión naturalista de los trastornos mentales.

Como menciona Cosentino (2023):

Estos cuatro humores eran la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y la flema, y se consideraba que estaban asociados con el temperamento, con una preponderancia de bilis negra correlacionada con un tipo melancólico y un exceso de bilis amarilla asociada con la manía. (p.4)

Por su parte, Philippe Pinel, uno de los fundadores de la psiquiatría moderna, fue quien propuso que los trastornos mentales debían entenderse como enfermedades naturales, susceptibles de observación y clasificación clínica, al introducir un enfoque clínico. En su obra "Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental o manía" (1801).

De acuerdo con Sánchez (2019):

En épocas de Philippe Pinel era normal que a los enfermos mentales se les encadenara a las paredes o se les infligiera castigos físicos. Este médico logró reglamentar las instituciones psiquiátricas y proponer una nueva forma de entender las patologías mentales. (p.1)

Junto con su discípulo Jean-Étienne Dominique Esquirol, Pinel impulsó una práctica clínica basada en la observación sistemática del paciente, en instituciones como La Salpêtrière, donde se analizaban los síntomas mentales con el mismo rigor que los físicos. Esquirol, en su obra “Des maladies mentales” (1838), profundizó en la descripción de los estados afectivos patológicos, distinguiendo entre diferentes formas de melancolía, manía y monomanías.

De acuerdo con Ramírez (2009):

“Las ideas de Pinel, continuadas por Esquirol, originaron la legislación psiquiátrica francesa de 1838, que permaneció vigente hasta 1990. Tuvieron gran influencia en la psiquiatría y en el tratamiento de los enajenados mentales no solo de su época, sino también de las generaciones siguientes, tanto en Europa como en Norteamérica. (p.4)

En 1854, el psiquiatra francés Jean-Pierre Falret describió por primera vez un trastorno que llamó "monomanía maníaco-depresiva", también conocido como "locura circular", marcando un hito en la comprensión clínica de estas alteraciones emocionales. Casi simultáneamente, Jules Baillarger propuso el término "locura a doble forma", contribuyendo así al reconocimiento de la naturaleza episódica del trastorno. Estas primeras descripciones anticipaban lo que hoy se conoce como trastorno afectivo bipolar.

Posteriormente, el médico alemán Emil Kraepelin amplió estas observaciones y las integró en una sola entidad diagnóstica que denominó “psicosis maníaco-depresiva”. En su obra *Lehrbuch der Psychiatrie* (1899), Kraepelin describió las fases alternantes de manía y depresión como expresiones de un mismo proceso mórbido, en lugar de enfermedades distintas. Su

propuesta se alejó del simple análisis sintomático y consideró también el curso evolutivo del trastorno, estableciendo una clasificación más rigurosa y sistemática.

Como menciona Puentes (2018):

Desarrolló la primera clasificación universal de los trastornos mentales, estableciendo entre otras las nuevas categorías de psicosis maníaco-depresiva y la demencia precoz (esquizofrenia), evitando basarse solamente en el conjunto sintomático de un cuadro determinado, sino que incluyó un nuevo criterio: la evolución de dichos síntomas. (p.1)

Kraepelin defendía firmemente la idea de que los trastornos mentales eran enfermedades cerebrales con una base biológica concreta, lo que sentó las bases para el diagnóstico moderno en psiquiatría y consolidó el enfoque biológico en el estudio y tratamiento del trastorno afectivo bipolar.

Ya en el siglo XX, el fortalecimiento del campo de las neurociencias permitió un gran avance en este enfoque. Investigadores como Eric Kandel han demostrado que la experiencia puede modificar la estructura y función del cerebro, integrando así la biología con los procesos psicológicos. Kandel sostuvo que toda experiencia psicológica tiene una correlación neurobiológica, y defendió la necesidad de una psiquiatría basada en la biología, pero sin abandonar la dimensión psicológica.

Como menciona Sánchez (2018):

Por su parte, Eric Kandel, ganador del Premio Nobel de Medicina en 2000, ha realizado importantes investigaciones sobre la neurobiología de la memoria y el aprendizaje. La investigación de Kandel sobre el sistema nervioso y el aprendizaje ha ayudado a comprender cómo los recuerdos se almacenan y recuperan en el cerebro. Este autor logró demostrar que la memoria no se encuentra en un solo lugar del cerebro, sino que está distribuida en toda la corteza cerebral. (p.4)

De este modo, la concepción actual del trastorno afectivo bipolar como un trastorno del estado de ánimo con curso episódico y polaridad afectiva encuentra sus fundamentos en la tradición nosológica inaugurada por Pinel y Esquirol, y sistematizada por Kraepelin. La contribución de la clínica de facultad no fue únicamente metodológica, sino también epistemológica: instauró una forma de pensar la enfermedad mental desde la evidencia clínica, el seguimiento del caso y la categorización basada en la experiencia directa con el paciente.

Asimismo, la clínica de Facoult, fue otra contribución importante en la historia de la psiquiatría. Facoult fue uno de los pioneros que ayudó a definir y describir los diferentes aspectos del trastorno afectivo bipolar, diferenciándolo de otros trastornos mentales. Su trabajo ayudó a establecer criterios clínicos que todavía influyen en cómo se diagnostica y trata el trastorno afectivo bipolar hoy en día.

Como menciona Vargas (2024):

El nacimiento de la clínica no es solo una obra esencial para filósofos, historiadores o profesionales de la salud, sino para cualquiera interesado en las implicaciones éticas, epistemológicas y políticas de la medicina en la sociedad contemporánea. Foucault, con su estilo lúcido y crítico, desestabiliza suposiciones arraigadas y abre caminos para el pensamiento crítico sobre la medicina y su rol en el mundo moderno. (p.3)

Por lo tanto, la clínica fue evolucionando con la incorporación de nuevas técnicas de evaluación y tratamiento, como los medicamentos estabilizadores del ánimo en la década de 1950, que revolucionaron la gestión del trastorno. Este proceso de desarrollo de la clínica permitió definir criterios diagnósticos más precisos y mejorar la comprensión del curso y las manifestaciones del trastorno, facilitando un diagnóstico más temprano y un tratamiento más efectivo.

Hoy en día, la clínica continúa avanzando con enfoques multidisciplinarios y una mayor comprensión de los múltiples factores involucrados que influyen en el trastorno afectivo bipolar. A mediados del siglo XX, se produjo un hito decisivo con el descubrimiento del litio como

estabilizador del estado de ánimo, lo que cambió el tratamiento del trastorno de forma significativa.

Como menciona Stephens (2024):

Desde entonces, el litio se ha mantenido como uno de los medicamentos más eficaces para las personas con trastorno bipolar, lo que ha servido como trampolín para futuras investigaciones y el descubrimiento de tratamientos biomédicos. Como sospechaban los antiguos griegos y romanos , el litio natural se puede encontrar en aguas termales y existe justificación científica para su uso histórico como tratamiento del trastorno bipolar. (p.5)

Así mismo, la implementación de intervenciones psicoterapéuticas, con la finalidad de promover cada vez más un enfoque integral del paciente, que considere tanto las necesidades médicas como psicosociales. Este recorrido histórico no solo evidencia el progreso de la medicina, sino también la necesidad de continuar luchando contra el estigma y garantizar un tratamiento digno, accesible y humano para las personas que lo padecen.

1.2 CLASIFICACIÓN Y TIPOS DEL TAB

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) se clasifica según la intensidad y tipo de los episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos. La clasificación moderna distingue distintos subtipos (como bipolar I, II y ciclotimia), y la atención clínica se orienta hacia el diagnóstico temprano, la prevención de recaídas y la mejora de la calidad de vida del paciente. En la actualidad, el trastorno afectivo bipolar se concibe como una enfermedad crónica pero tratable. El Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I: caracterizado por al menos un episodio de manía intensa, que puede requerir hospitalización y puede presentarse con o sin episodios depresivos.

De acuerdo con Hernández (2022):

Una persona con el trastorno puede tener episodios maníacos, depresivos o “mixtos”. Un episodio mixto presenta síntomas maníacos y depresivos. Estos episodios anímicos, o de cambios en el estado de ánimo, ocasionan síntomas que duran una o dos semanas y a veces más. Durante estos episodios, los síntomas duran la mayor parte del día, todos los días. (p.3)

Los episodios maníacos se caracterizan por un estado de ánimo elevado, expansivo o irritado durante al menos una semana, acompañado de síntomas como hiperactividad, grandiosidad, impulsividad, irritabilidad y comportamientos de riesgo, lo cual puede ocasionar conflictos familiares, problemas laborales o rupturas personales, con consecuencias como deudas, pérdida de empleo o aislamiento social, afectando la funcionalidad diaria, llegando en algunos casos a requerir hospitalización.

De acuerdo con Hernández (2022):

Por lo general, también se producen episodios depresivos separados, que suelen durar al menos dos semanas. También es posible que ocurran episodios de alteraciones en el estado de ánimo con características mixtas. Cuando una persona tiene cuatro o más episodios de manía o depresión en un año, se le llama “ciclos rápidos” (p.2).

Por otro lado, el Trastorno Afectivo Bipolar Tipo II: Se distingue por episodios de hipomanía (menos intensos que la manía) y episodios depresivos mayores prolongados, se presenta con al menos un episodio de hipomanía y depresiones mayores recurrentes. La hipomanía representa una forma más leve que la manía, que no causa un impacto grave en la funcionalidad diaria. Sin embargo, las fases depresivas suelen ser más prolongadas y severas, afectando significativamente la calidad de vida del paciente.

Como menciona Benabarre (2009):

Se caracteriza por depresiones intensas y fases de euforia moderadas que se denomina hipomanía. Pueden aparecer síntomas psicóticos, pero tienen que estar asociados a las fases depresivas. Las fases de euforia moderadas a veces parecen un cambio temperamental o de carácter. (p.6)

Otra clasificación es la Ciclotimia; se caracteriza por fluctuaciones entre síntomas hipomaniacos y depresivos que no cumplen con los criterios completos para manía o depresión mayor, durante un periodo mínimo de dos años. Aunque estos síntomas no cumplen con los criterios para episodios completos de manía o depresión, pueden generar inestabilidad emocional y afectar las relaciones interpersonales y la vida cotidiana del individuo. Como menciona Hernández (2022) “También denominado ciclotimia se define por síntomas hipomaniacos y depresivos recurrentes que no son tan intensos ni duran lo suficiente como para calificarlos como episodios hipomaniacos o depresivos”(p.8). Así también, El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) inducido por sustancias o condiciones médicas: Episodios desencadenados por el consumo de drogas, medicamentos o enfermedades subyacentes es una variante secundaria del trastorno en la que los episodios de manía, hipomanía o depresión son el resultado directo del uso de sustancias o de una condición médica subyacente. En el caso del TAB inducido por sustancias, los síntomas pueden aparecer tras el uso o suspensión de sustancias recreativas como alcohol, cocaína, anfetaminas o alucinógenos, así como de ciertos medicamentos, entre ellos los corticoides, los antidepresivos o los agentes dopaminérgicos. La gravedad de los episodios suele estar relacionada con la dosis, la duración del uso y la susceptibilidad individual de la persona.

Por otro lado, el TAB asociado a condiciones médicas tiene su origen en enfermedades que alteran el funcionamiento cerebral y los mecanismos de regulación emocional. Entre estas condiciones se encuentran trastornos neurológicos como la epilepsia, la esclerosis múltiple o los accidentes cerebrovasculares, así como alteraciones endocrinas como el hipertiroidismo o el síndrome de Cushing. Otras enfermedades, como el lupus eritematoso sistémico o infecciones del sistema nervioso central, también pueden desencadenar este tipo de trastorno.

Por tanto, cada tipo de TAB presenta desafíos únicos que requieren un diagnóstico preciso y un tratamiento adaptado a las necesidades específicas de cada persona.

1.3 ETIOLOGÍA

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) afecta el estado de ánimo, la energía, el pensamiento y el comportamiento del individuo, comprometiendo su funcionamiento social, laboral y familiar. El trastorno inicia comúnmente en la adolescencia o adultez temprana y tiene un curso recurrente, con períodos de estabilidad seguidos de episodios agudos.

De acuerdo con Keener (2009):

El trastorno bipolar existe como un trastorno multisistémico que implica alteraciones en varios dominios de síntomas. Un dominio central de la patología es la inestabilidad del estado de ánimo, que se presenta como estados variables de depresión y/o manía o hipomanía, así como otros aspectos de labilidad afectiva, incluyendo ansiedad e irritabilidad, (p.2)

Comprender la etiología del trastorno bipolar es fundamental para desarrollar estrategias terapéuticas eficaces y personalizadas, así como para la detección temprana y prevención del trastorno. El TAB resulta de una interacción compleja y se atribuye a una combinación de factores genéticos, biológicos, neuroquímicos y ambientales que interactúan para influir en el desarrollo y la expresión del trastorno. No hay un único factor causante, sino una confluencia de elementos que contribuyen a su aparición y variabilidad entre individuos.

El trastorno afectivo bipolar no tiene una causa única, alteraciones en neurotransmisores como la dopamina y la serotonina, junto con cambios en áreas específicas del cerebro, están implicadas en la regulación emocional y cognitiva.

Como menciona Coryell (2025):

Se desconoce la causa exacta del trastorno bipolar. La herencia desempeña un papel importante. También hay evidencia de desregulación de los neurotransmisores serotonina, noradrenalina, y dopamina. También puede haber implicados factores psicosociales. Algunos eventos vitales estresantes se asocian con el desarrollo inicial de síntomas y las exacerbaciones posteriores, aunque no se han establecido relaciones causa-efecto. (p.3)

Asimismo, se reconoce la influencia de factores psicosociales, como el estrés y los eventos traumáticos, en el curso de la enfermedad. Por lo tanto, su origen es multifactorial, Comprender estos componentes es clave para comprender mejor el trastorno afectivo bipolar, facilita un diagnóstico temprano y la implementación de tratamientos más efectivos y personalizados. Al abordar las causas subyacentes y los factores de riesgo, se puede avanzar hacia un manejo más integral del trastorno, mejorando la calidad de vida de quienes lo padecen.

Los antecedentes familiares aumentan el riesgo de desarrollar TAB debido a su fuerte componente genético. Los estudios sugieren que la heredabilidad del trastorno es alta, especialmente cuando hay antecedentes de primer grado.

De acuerdo con Banabarro (2022):

Factores genéticos podrían ser la causa principal de la enfermedad. Se llega a esta conclusión después de diferentes estudios que ponen de relieve la existencia de varios miembros diagnosticados con esta enfermedad en una misma familia. Por otro lado, estudios genéticos en diferentes cromosomas avalan esta posibilidad. (p.7)

Por su parte, los factores neurobiológicos del trastorno bipolar se refieren a los cambios o alteraciones en la estructura, función y química del cerebro que contribuyen al desarrollo y la expresión del trastorno afectivo bipolar y desempeñan un papel crucial en la fisiopatología del trastorno. Entre los más estudiados se encuentran los desequilibrios en neurotransmisores; son

sustancias químicas que permiten la comunicación entre neuronas, que regulan el estado de ánimo, la motivación, la energía y la toma de decisiones.

En el trastorno afectivo bipolar, hay desequilibrios en varios de ellos como la dopamina, se cree que los niveles elevados de dopamina están relacionados con los episodios maníacos, lo que contribuye a la euforia, la hiperactividad y la impulsividad, mientras que niveles bajos podrían contribuir a los episodios depresivos, una disminución de su actividad, lo que se relaciona con la anhedonia (incapacidad o disminución para experimentar placer en actividades que normalmente eran placenteras o gratificantes), y la falta de motivación. Los niveles anormales de serotonina se han asociado con la inestabilidad del estado de ánimo, en fases depresivas del trastorno. La serotonina está relacionada con la regulación emocional, el sueño y el apetito; funciones alteradas en el trastorno afectivo bipolar.

Como menciona Martínez (2018):

Los neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y la acetilcolina juegan un papel crucial en cada fase. En las fases maníacas existe un aumento de los niveles de dopamina, y en las depresivas, una disminución de la serotonina. Las hormonas, como la tiroxina, también son importantes. (p.2)

La Noradrenalina (norepinefrina): Este neurotransmisor también muestra una variabilidad significativa: niveles elevados durante la manía y disminuidos durante la depresión. Su implicación está relacionada en estructuras cerebrales implicadas en la regulación emocional, y las disfunciones en los ritmos circadianos, todos ellos influyendo en la aparición y prolongación de los episodios maníacos y depresivos.

Estudios de neuroimagen, como las resonancias magnéticas, han identificado alteraciones en áreas clave del cerebro, como la amígdala, donde se observa hiperactividad, especialmente durante episodios maníacos. implicada en el procesamiento emocional, por lo que su disfunción puede generar respuestas emocionales intensas o inapropiadas.

De acuerdo con Keener (2009):

Las técnicas de imagen cerebral, como la resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones (PET) y la imagen por tensor de difusión (ITD), se utilizan cada vez más para cuantificar directamente las anomalías del sistema neuronal asociadas con el trastorno bipolar y el TUP. (p.5)

Una reducción de volumen en el hipocampo se relaciona con alteraciones en la memoria y el aprendizaje, síntomas frecuentes en la regulación emocional. La corteza prefrontal; al funcionar de forma anormal, puede influir en el juicio, el control de impulsos o la toma de decisiones. Los ganglios basales y el tálamo se han visto implicados en la modulación del estado de ánimo, en la regulación motora y emocional. Esta región, especialmente el córtex dorsolateral y ventromedial, muestra hipoactividad en fases depresivas y alteraciones en el control ejecutivo y toma de decisiones. Durante la manía, también puede haber un fallo en la inhibición de impulsos. Estas disfunciones estructurales y funcionales no son exclusivas del trastorno afectivo bipolar, pero contribuyen a su perfil neurológico característico.

De acuerdo con Keener (2009):

Las investigaciones neuroanatómicas funcionales realizadas hasta la fecha en individuos sanos implican una red de estructuras límbicas anteriores subcorticales para el procesamiento emocional adecuado. Estas incluyen regiones como la amígdala, el cuerpo estriado ventral, la corteza cingulada subgenual (ventral), la corteza prefrontal ventromedial, el hipocampo anterior y la ínsula anterior. (p.5)

En contraste, las personas con trastorno presentan alteraciones en los ritmos circadianos, los cuales regulan el sueño, la temperatura corporal, la secreción hormonal y el estado de ánimo. Los episodios maníacos aparecen seguidos de una reducción significativa de la necesidad de sueño, mientras que los episodios depresivos suelen estar asociados con insomnio o hipersomnía.

Los factores psicológicos del trastorno bipolar no son la causa directa del trastorno (que tiene una base biológica importante), pero sí pueden influir en su aparición, desarrollo, recaídas o manejo. En el trastorno afectivo bipolar, los procesos cognitivos disfuncionales ocupan un lugar central.

Como menciona Keener (2009):

El segundo dominio patológico central que se observa alterado en personas con trastorno bipolar es la cognición deficiente, específicamente la disfunción ejecutiva. Los atributos de la función ejecutiva, como la memoria de trabajo y la atención, se han examinado con mayor frecuencia al igual que la toma de decisiones. (p.8)

Las personas con esta condición presentan creencias rígidas y extremas sobre sí mismas, los demás y el mundo, las cuales pueden influir en la activación y el curso de los episodios, tanto en su polaridad maníaca como depresiva. Durante los estados de aparente estabilidad, estos esquemas cognitivos pueden mantenerse en forma latente. Sin embargo, ante situaciones de estrés emocional, éxito, fracaso o incluso cambios biológicos, tienden a activarse de manera automática, influyendo sobre el estado de ánimo y la conducta. En contraste, los factores ambientales desempeñan un papel importante para aumentar la vulnerabilidad o desencadenar episodios maníacos o depresivos.

Según Martínez (2018):

Los factores psicológicos también juegan un papel importante como desencadenantes, es decir, actúan como el gatillo que dispara un episodio. Factores de tipo psicológico, como el estrés o los acontecimientos vitales negativos, pueden desencadenar un episodio maníaco o depresivo en una persona vulnerable a la enfermedad. (p.3)

La experiencia de eventos estresantes y traumáticos, como pérdidas significativas, abusos físicos o emocionales, y traumas psicológicos, puede ser un desencadenante importante para los episodios maníacos o depresivos. Además, la exposición temprana a situaciones adversas puede

sensibilizar al individuo al trastorno. Como menciona Banabarro (2022). “En aquellas personas genéticamente predispuestas a sufrir la enfermedad, algunos aspectos del entorno, como el consumo de drogas, entre ellas el alcohol, o algunas situaciones muy estresantes emocionalmente, pueden desencadenar el inicio de los síntomas” (p.7). Las personas con estilos de afrontamiento desadaptativos (por ejemplo, evitación o impulsividad) pueden tener más dificultades para manejar los síntomas. El estrés crónico o eventos estresantes significativos, como pérdidas o conflictos familiares, pueden desencadenar episodios maníacos o depresivos. Aunque este trastorno tiene una base biológica y genética comprobada, el contexto en el que vive puede influir significativamente en la frecuencia, intensidad y duración de los episodios afectivos. La calidad del entorno interpersonal puede influir positiva o negativamente en la evolución clínica del trastorno, dependiendo de la calidad de los vínculos y el apoyo percibido. El vínculo con figuras significativas como la familia, la pareja o los amigos cercanos es crucial para el curso de la enfermedad. Una red de apoyo sólida contribuye al fortalecimiento de la autoestima, la reducción del aislamiento y la estabilidad emocional, factores que favorecen la regulación del estado de ánimo. El tipo de relaciones y el contexto social en el que vive el paciente pueden ser decisivos para la estabilidad emocional o la desregulación. Por ello, es fundamental incluir estos aspectos en el plan de tratamiento, considerando no solo los síntomas individuales, sino también el contexto relacional del paciente.

1.4 PRINCIPALES ENFOQUES TEÓRICOS DEL TAB

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), debido a su complejidad clínica y multifactorial, representa un desafío significativo tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, y requiere intervenciones interdisciplinarias para un abordaje eficaz, comprender el trastorno requiere integrar diversas perspectivas teóricas que expliquen sus causas y manifestaciones desde diferentes campos del conocimiento. A lo largo de la historia, la psiquiatría y la psicología han desarrollado distintos enfoques para abordar las causas, manifestaciones y tratamientos del trastorno. Estos enfoques incluyen modelos biológicos, que destacan las bases neuroquímicas y

genéticas, y aquellos que consideran factores psicológicos y sociales como determinantes clave en el curso y la expresión de la enfermedad.

Actualmente, la tendencia predominante es adoptar una visión integradora que reconozca la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que permite una comprensión más completa del trastorno y orienta intervenciones más efectivas y personalizadas. En consecuencia, es esencial analizar los principales enfoques teóricos existentes para establecer un marco conceptual sólido que sirva de base a esta investigación, centrada en el manejo clínico del trastorno bipolar.

A continuación, se describen y comparan estos enfoques para identificar los que ofrecen mayor coherencia y aplicabilidad a la práctica clínica.

1.4.1 ENFOQUE BIOLÓGICO

El enfoque biológico ofrece una explicación científica del trastorno afectivo bipolar, destacando los factores internos y orgánicos que influyen en su desarrollo clínico. En contraste, el trastorno afectivo bipolar, es comprendido principalmente como una alteración neuroquímica y funcional del cerebro, influida por factores genéticos, neuroanatómicos y fisiológicos.

El enfoque biológico en la salud mental, parte de la premisa de que los procesos psicológicos y conductuales tienen una base fisiológica. Se centra en cómo las estructuras cerebrales, los procesos bioquímicos y los factores hereditarios influyen en la conducta humana, tanto en su funcionamiento normal como en la aparición de trastornos mentales. Según Gilmartin (2025). “La psicología biológica suele denominarse biopsicología, neurociencia conductual o psicología fisiológica. Esta rama de la psicología ha experimentado un gran crecimiento en los últimos años y está vinculada a otras áreas de la ciencia, como la biología, la neurología y la genética” (p.1)

En el ámbito de la psicología, este enfoque ha permitido comprender la relación entre el cerebro y la conducta, el impacto de las lesiones neurológicas, la influencia del sistema límbico

en la regulación emocional, así como el papel crucial de los neurotransmisores y las hormonas en la personalidad y el estado de ánimo.

Como menciona Sánchez (2018):

La psicología biológica ha permitido importantes avances en la comprensión de la conexión entre el cerebro y la conducta humana. La investigación en esta disciplina se ha enfocado en una variedad de temas, como la percepción sensorial, el aprendizaje, la memoria, la atención, el sueño, la emoción y la motivación. En general, la psicología biológica busca comprender cómo los procesos biológicos y la actividad cerebral dan lugar a la conducta humana y los procesos cognitivos. (p.2)

Desde esta perspectiva, las emociones, pensamientos y comportamientos son regulados por la actividad del sistema nervioso central, particularmente por el cerebro, los neurotransmisores, las hormonas y la genética. Aunque no se ha identificado un único gen responsable, múltiples variantes genéticas asociadas con la regulación emocional y la neurotransmisión parecen contribuir a esta vulnerabilidad, la evidencia científica muestra una alta heredabilidad del trastorno afectivo bipolar.

De acuerdo con Zarabanda (2015):

La patogénesis del TB no se conoce con exactitud. Las teorías vigentes integran los hallazgos biológicos (genéticos, neuroquímicos, hormonales, neuroanatómicos) y psicológicos y los factores sociales en un modelo biopsicosocial de vulnerabilidad-estrés. Los factores genéticos sólo explican una parte del riesgo de desarrollar la enfermedad. Por ejemplo, los familiares de primer grado de un paciente con TB tienen un riesgo casi doble de sufrir TB, trastorno depresivo y trastorno esquizoafectivo. (p.2)

Desde el punto de vista neuroquímico, las principales alteraciones se relacionan con el desequilibrio en neurotransmisores como la dopamina, la serotonina, la noradrenalina y el glutamato, que cumplen funciones clave en la regulación del ánimo, la motivación y la energía.

Durante los episodios maníacos del trastorno afectivo bipolar, se ha identificado un aumento anormal en la actividad de ciertos químicos del cerebro, como la dopamina y la noradrenalina. Estos neurotransmisores, que participan en la regulación del estado de ánimo, la motivación y la energía, se encuentran en niveles más altos de lo habitual. Este desequilibrio químico está relacionado con síntomas como euforia intensa, impulsividad, hiperactividad, pensamiento acelerado y disminución en la necesidad de dormir. Por el contrario, los episodios depresivos suelen estar vinculados a una disminución de la actividad de la dopamina y la serotonina, lo que contribuye a la apatía, la tristeza, anhedonia (pérdida del disfrute de actividades que antes eran placenteras), lentitud psicomotora y desesperanza. Estos desajustes neuroquímicos influyen directamente en el estado de ánimo, la cognición y el comportamiento.

El enfoque biológico ha recorrido un largo camino desde los postulados hipocráticos hasta los avances de la neurociencia moderna, siendo moldeado por figuras clave como Hipócrates, Emil Kraepelin y Eric Kandel. A lo largo del tiempo, sus aportes han sido fundamentales para comprender los mecanismos cerebrales que subyacen a los fenómenos psicológicos, permitiendo el desarrollo de intervenciones médicas eficaces en el campo de la psiquiatría.

Uno de sus antecedentes más remotos se encuentra en la Antigüedad clásica, cuando Hipócrates propuso que los trastornos mentales tenían causas físicas, rompiendo con las creencias sobrenaturales predominantes. Su teoría de los humores introdujo una visión naturalista de la enfermedad mental y sentó las bases para una comprensión médica de estas afecciones.

Siglos después, Emil Kraepelin consolidó esta perspectiva al clasificar los trastornos mentales según sus síntomas, curso evolutivo y pronóstico. Esta sistematización fortaleció la idea de que dichos trastornos responden a causas biológicas concretas. Más recientemente, Eric Kandel integró la neurobiología con la psicología al demostrar que la experiencia modifica la estructura y función del cerebro, reforzando así la base científica del enfoque biológico en la psiquiatría contemporánea.

En las últimas décadas, en relación con el funcionamiento cerebral, las técnicas de neuroimagen han permitido identificar alteraciones estructurales y funcionales en áreas cerebrales específicas, gracias al desarrollo de técnicas como la resonancia magnética funcional (fMRI), la tomografía por emisión de positrones (PET), y el estudio del genoma humano, que ha proporcionado una explicación de las alteraciones neuroquímicas, genéticas y estructurales en numerosos trastornos mentales, incluyendo el trastorno afectivo bipolar. Esto ha reforzado el modelo biológico como un componente fundamental del enfoque interdisciplinario en salud mental.

Entre las áreas más comprometidas se encuentran la amígdala, el hipocampo, la corteza prefrontal y el giro cingulado anterior. Estas estructuras participan en la regulación emocional, la toma de decisiones y el control de impulsos. Se han detectado, por ejemplo, disminuciones en el volumen del hipocampo y del córtex prefrontal, así como una hiperactivación de la amígdala ante estímulos emocionales negativos, lo que contribuye a una baja autorregulación emocional y a una mayor reactividad frente al estrés.

Históricamente, la psiquiatría ha estado marcada por una fuerte influencia del enfoque biológico, el cual concibe los trastornos mentales como alteraciones del funcionamiento cerebral. Esta perspectiva justifica el uso de psicofármacos que actúan sobre neurotransmisores y circuitos neuronales específicos, incluyendo antidepresivos, estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y ansiolíticos, como herramientas clave en el manejo clínico de estos padecimientos, orientadas a restablecer el equilibrio neuroquímico, lo cual ha mejorado considerablemente el pronóstico de muchos pacientes. En este contexto, el tratamiento médico del TAB incluye el uso de estabilizadores del ánimo (como el litio, el valproato o la lamotrigina), antipsicóticos atípicos y, en algunos casos, antidepresivos.

Tal como señala Perelló (2023):

Los psicofármacos son un tipo de medicamentos que se usan en el tratamiento de enfermedades de salud y trastorno mentales grave. Actúan modificando los efectos de los neurotransmisores cerebrales que son las sustancias encargadas de transmitir la información a las neuronas. Estas sustancias, al entrar en contacto con el sistema nervioso, producen efectos de tipo mental y emocional, considerándolos como recurso terapéutico. (p.1)

En este sentido, el tratamiento se centra en la intervención farmacológica, con el uso de estabilizadores del ánimo, antipsicóticos o antidepresivos, adaptados a la fase del trastorno. El objetivo es restaurar el equilibrio neuroquímico del cerebro y prevenir nuevas crisis emocionales. La importancia del diagnóstico médico en este modelo radica en la necesidad de realizar una evaluación clínica precisa para diferenciar entre distintos cuadros afectivos, descartar otras condiciones neurológicas y seleccionar el tratamiento adecuado según la fase del trastorno (manía, depresión o eutimia “estabilidad del estado de ánimo”). Por lo consiguiente, el enfoque médico-biológico proporciona herramientas objetivas para evaluar la sintomatología y guiar las decisiones terapéuticas.

Sin embargo, a pesar de estos avances, el enfoque biológico también ha sido objeto de críticas, especialmente cuando se aplica de forma reduccionista. Uno de los principales riesgos consiste en centrarse exclusivamente en las bases neuroquímicas o genéticas, dejando de lado los factores psicológicos, sociales y contextuales que también influyen radicalmente en la aparición, evolución y manejo del trastorno. Esta visión parcial puede llevar a una atención excesiva en la medicación, descuidando aspectos como la historia de vida del paciente, sus vínculos, sus experiencias traumáticas, su entorno familiar o su percepción subjetiva del malestar. No obstante, este modelo es esencial para el diagnóstico y tratamiento médico, aunque debe integrarse con otros enfoques psicológicos y sociales para lograr una intervención más completa y centrada en el paciente.

1.4.2 ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

El enfoque cognitivo-conductual (TCC) es una perspectiva terapéutica que integra los principios de la psicología conductista con los conceptos del procesamiento cognitivo. Su premisa central es que los pensamientos, emociones y comportamientos están interrelacionados, y que los trastornos psicológicos suelen originarse en patrones de pensamiento distorsionados o disfuncionales, los cuales influyen negativamente en la conducta y el estado emocional.

De acuerdo con Kucke (2023):

La terapia cognitivo-conductual es una terapia estructurada, didáctica y orientada a objetivos. Su enfoque es práctico y participativo, en el que el terapeuta y el paciente trabajan en colaboración con el objetivo de modificar patrones de pensamiento y comportamiento para lograr un cambio beneficioso en el estado de ánimo y la forma de vida del paciente. (p.4)

A diferencia de otros enfoques que priorizan la exploración del pasado, la TCC se enfoca en el presente. Su objetivo es ayudar al paciente a identificar, cuestionar y modificar pensamientos automáticos y creencias irracionales, fomentando interpretaciones más realistas y adaptativas de la realidad. Este proceso promueve mejoras significativas en el bienestar emocional y en la conducta del individuo. De acuerdo con Kucke (2023) “La TCC se basa en un modelo sencillo y de sentido común de las relaciones entre la cognición, la emoción y el comportamiento. Se enfatizan tres aspectos de la cognición: 1) Pensamientos automáticos, 2) Distorsiones cognitivas y 3) Creencias o esquemas subyacentes” (p.2). Asimismo, esta interpretación pone énfasis en los procesos mentales internos, como el pensamiento, la percepción y la memoria, para explicar cómo las personas interpretan su entorno.

Por otra parte, el desarrollo del enfoque cognitivo-conductual se basa en la unión de dos tradiciones psicológicas importantes. Por un lado, la corriente conductista, representada por autores como B.F. Skinner, que destacó el papel del aprendizaje, el condicionamiento y el refuerzo en la conducta humana. Uno de los principales exponentes de esta integración fue

Aaron T. Beck, considerado el fundador de la terapia cognitiva. A partir de su trabajo clínico con pacientes deprimidos, Beck observó que muchos de ellos presentaban distorsiones cognitivas, es decir, errores en la forma de pensar, como la sobregeneralización, la personalización o el pensamiento en extremos, que influían negativamente en su manera de ver la realidad y contribuían a que se sintieran mal por períodos prolongados.

De acuerdo con Ramírez (2023).

En la teoría de Beck, los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existentes en las estructuras cognitivas. Por lo que se incluyen entre los procesos cognitivos: la percepción, la atención, la memoria y la interpretación. En el procesamiento de la información pueden producirse errores en cualquiera de sus fases que tienen como consecuencia una alteración o distorsión en la valoración e interpretación de los hechos, lo que el autor llama distorsiones cognitivas. (p.1)

Beck propuso que las personas con trastornos como la depresión o el trastorno afectivo bipolar no solo tienen síntomas emocionales, sino que también mantienen esquemas mentales negativos: creencias irracionales y automáticas sobre sí mismos, el mundo y el futuro. Su modelo terapéutico, con respaldo científico, ayuda al paciente a identificar, cuestionar y cambiar estos pensamientos perjudiciales, fomentando una forma de pensar más realista y equilibrada.

Otro autor clave fue Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Ellis argumentaba que no son los hechos en sí mismos los que causan el malestar emocional, sino las creencias irracionales que las personas tienen sobre esos hechos. Su modelo ABC (Acontecimiento – Creencia – Consecuencia emocional) es una herramienta central para identificar y transformar esas creencias, ayudando así a reducir el sufrimiento emocional y a mejorar la respuesta ante las dificultades.

De acuerdo con Ramírez (2023):

El modelo de Beck, y asimismo el de Ellis, son una parte importante de las estrategias que se emplean dentro de la terapia cognitivo-conductual ya que, a través de la reestructuración cognitiva, una persona es capaz de cambiar la forma de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive, y de esta manera se estimula a éste para que modifique los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa. (p.5)

Por otro lado, la perspectiva cognitiva, introdujo la importancia de los procesos mentales en la interpretación de la realidad. Durante los episodios depresivos del trastorno afectivo bipolar, el paciente suele presentar pensamientos automáticos negativos, creencias disfuncionales sobre sí mismo, el mundo y el futuro, así como un marcado estilo de pensamiento dicotómico, catastrófico o autocrítico. Frases como “no valgo nada”, “nunca voy a mejorar” o “todo es un fracaso” tienden a reforzar el estado de ánimo deprimido, reducir la motivación y favorecer conductas de evitación o retraimiento social.

De acuerdo con Ramírez (2023):

Las personas que sufren depresión se vuelven vulnerables ante determinadas situaciones, y es importante entender que en esta teoría no se plantea que las cogniciones sean la causa de la depresión o de otro trastorno emocional, lo que realmente se postula es la primacía de los síntomas: la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes, serían el primer eslabón de la cadena de síntomas depresivos. (p.4)

Por el contrario, en las fases maníacas o hipomaníacas, los pacientes pueden presentar creencias opuestas, pero igualmente disfuncionales, como “debo ser exitoso todo el tiempo”, “soy especial”, “puedo lograrlo todo sin límites” o “nadie me alcanza”. Estas cogniciones de grandiosidad o invulnerabilidad, acompañadas de una sobreestimulación ambiental, pueden promover conductas impulsivas, como el gasto excesivo, la hiperactividad o la toma de

decisiones riesgosas, lo que agrava el episodio. En este contexto, se utilizan técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en resolución de problemas y la planificación de actividades, que resultan especialmente útiles durante la fase depresiva para interrumpir el círculo vicioso de inactividad y desánimo. Durante las fases estables (eutimia), la TCC se centra en fortalecer estrategias de autorregulación emocional, mejorar la tolerancia al malestar, fomentar hábitos de vida estables como el sueño y la alimentación, y aborda los factores de vulnerabilidad cognitiva que podrían predisponer a futuras descompensaciones.

Por tanto, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se centra en cómo los esquemas cognitivos y las conductas aprendidas influyen en la experiencia emocional del paciente, contribuyendo tanto a la regulación emocional como a la prevención de recaídas. En el caso del trastorno afectivo bipolar, la TCC se ha adaptado específicamente para abordar aspectos clave como la identificación temprana de señales de recaída, el manejo de emociones intensas y la promoción de la adherencia al tratamiento farmacológico, siendo especialmente efectiva cuando se emplea de forma complementaria a la intervención médica.

Además, la TCC puede integrar elementos de las terapias de tercera generación, como el mindfulness y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), con el objetivo de mejorar la aceptación de las emociones difíciles, fomentar una mayor conciencia del momento presente y aumentar la flexibilidad psicológica en el manejo de los síntomas. Estas estrategias permiten al paciente responder de manera más adaptativa ante las fluctuaciones del estado de ánimo, disminuyendo la reactividad emocional y los comportamientos desregulados.

Desde esta perspectiva, el trastorno bipolar no se entiende únicamente como una condición médica o neurobiológica, sino como un fenómeno complejo que involucra la interacción de pensamientos, emociones, creencias y conductas. Así, se reconoce que estos factores psicológicos tienen un rol activo en la aparición, la duración y la recurrencia de los episodios afectivos.

La evidencia empírica respalda la efectividad de intervenciones clave de la TCC adaptada al trastorno bipolar, como la psicoeducación, el monitoreo de síntomas, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales. Estos componentes permiten reducir la intensidad de los síntomas residuales, mejorar el funcionamiento diario y disminuir el impacto subjetivo del estigma asociado al diagnóstico.

Asimismo, uno de los pilares iniciales de la TCC es la psicoeducación, que proporciona al paciente, y en muchos casos también a su familia, herramientas para comprender el curso del trastorno, identificar las fases maníaca y depresiva, reconocer factores desencadenantes como el estrés o los cambios en el sueño, y reforzar la importancia del tratamiento de forma constante.

Por tanto, la TCC no solo constituye un enfoque eficaz para el manejo de los episodios agudos del trastorno bipolar, sino que también representa una estrategia terapéutica integral a largo plazo. Promueve el desarrollo de autonomía emocional, conciencia de los patrones de pensamiento disfuncionales y una mejor calidad de vida, al facilitar al paciente recursos prácticos para el manejo cotidiano de su condición.

1.4.3 ENFOQUE PSICODINÁMICO

El enfoque psicodinámico se basa en la idea de que los pensamientos, emociones y comportamientos conscientes están profundamente influenciados por procesos inconscientes, muchos de ellos formados en la infancia. No se centra solo en eliminar síntomas, sino en profundizar el autoconocimiento, resolver conflictos internos y lograr un cambio emocional duradero. Este enfoque busca comprender cómo los conflictos internos no resueltos, las experiencias tempranas y las relaciones pasadas afectan la vida actual del individuo.

De acuerdo con Bolaños (2018):

El modelo freudiano psicodinámico se basa en un número reducido de principios fundamentales, entre los que se encuentra el determinismo psíquico, es decir, la creencia

de que la conducta no ocurre al azar, y que incluso los “accidentes”, aparecen de acuerdo con causas identificables que pueden estar manifiestas o latentes. (p.1)

El enfoque psicodinámico consiste en explorar el mundo interno del paciente, con especial atención al inconsciente (pensamientos, deseos o recuerdos que no son accesibles fácilmente pero que influyen en la conducta), los conflictos psíquicos (tensiones entre diferentes partes de la personalidad por ejemplo, entre lo que uno desea y lo que cree que debe hacer), los mecanismos de defensa (estrategias inconscientes para protegerse del malestar, como la negación, la proyección o la represión), las relaciones tempranas (cómo las experiencias con cuidadores primarios moldean la forma en que nos relacionamos con los demás), transferencia y contratransferencia (cómo los sentimientos del paciente hacia figuras importantes del pasado se proyectan en la relación con el terapeuta, y viceversa).

De acuerdo con Bolaños Patricia (2018):

Además de que los patrones de conducta del individuo se derivan de una continua lucha entre su deseo de satisfacer sus instintos sexuales y agresivos innatos y de la necesidad de considerar las exigencias, normas y realidades del mundo externo. (p.1)

El enfoque psicodinámico, desarrollado a finales del siglo XIX por Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis fue quien desarrolló la teoría del conflicto psíquico, donde fuerzas internas en tensión pueden causar síntomas psicológicos, además desarrolló el psicoanálisis partiendo de la observación clínica y de su estudio de pacientes con síntomas histéricos, así como de sus propias investigaciones sobre la mente y el inconsciente.

Según Bolaños (2018):

Freud consideraba a la mente humana como una especie de arena en donde lo que la persona desea hacer (el instinto) lucha constantemente con lo que puede o debe hacer (la razón y la moral) para buscar una solución, que puede llegar a ser dolorosa. (p.2)

Al introducir conceptos revolucionarios como el inconsciente, la represión, el conflicto psíquico, Freud propuso la estructura de la personalidad dividida en (ello, yo, superyó), y las etapas del desarrollo psicosexual, destacando cómo los conflictos no resueltos en la infancia afectan la personalidad adulta.

Según Barber (2020):

Freud superpuso el modelo topográfico y el modelo estructural. Este último, incluía al ello cuyo contenido es mayormente inconsciente y fue definido como el reservorio de los impulsos y las pulsiones; el superyó, que incluye las demandas externas, principios morales y valores sociales; y el yo, la instancia ejecutiva que media entre los impulsos del ello y las demandas del superyó. Las últimas dos instancias, tienen aspectos conscientes e inconscientes. (p.2)

En la práctica clínica, revolucionó la psicoterapia con técnicas como la asociación libre y el análisis de sueños, que aún son fundamentales. Su método terapéutico, basado en la asociación libre y el análisis de sueños, buscaba hacer consciente lo reprimido para aliviar los síntomas.

De acuerdo con Barber (2020):

El abordaje de Freud fue inicialmente entendido como un método para investigar el funcionamiento mental, más que un método de tratamiento. Freud utilizaba las asociaciones libres para entender a las personas que sufrían de neurosis. En este intento de entender a aquellos individuos, trabajó para descubrir los conflictos psíquicos inconscientes de los pacientes. (p.3)

Freud consideraba que estas dinámicas se reflejaban en la relación terapéutica a través de fenómenos como la transferencia (fenómeno por el cual el paciente proyecta hacia el terapeuta sentimientos, actitudes y expectativas que originalmente estaban dirigidos a personas importantes en su vida pasada, como padres, familiares u otras figuras significativas), y la

contratransferencia (reacción emocional que el terapeuta experimenta hacia el paciente, basada en sus propios sentimientos, experiencias pasadas y conflictos inconscientes).

De acuerdo con Barber (2020):

Freud conceptualizó que, durante el proceso terapéutico, el terapeuta se convertía en un objeto de la repetición de una relación pasada con otro significativo. Asimismo, propuso que los pacientes frecuentemente exhiben un bloqueo (resistencia) en las asociaciones libres o en su compromiso con el proceso terapéutico. La resistencia fue entendida como resultante del uso de mecanismos de defensa por parte del paciente en un esfuerzo por defenderse de las ideas prohibidas y conflictivas que llegaban a la conciencia. (p.5)

A lo largo del siglo XX, el psicoanálisis se expandió internacionalmente y fue objeto de debates, críticas y modificaciones. Surgieron diversas escuelas y autores que adoptaron y aplicaron las ideas freudianas, Carl Jung fundó la psicología analítica y amplió el psicoanálisis con una visión más simbólica y espiritual de la mente. En su obra *The Archetypes and The Collective Unconscious* (1964), Jung introduce el concepto de inconsciente colectivo, una capa profunda compartida por toda la humanidad que contiene arquetipos universales presentes en mitos, sueños y expresiones culturales. Su teoría del desarrollo psíquico resalta el proceso de individuación, mediante el cual la persona integra diferentes aspectos de sí misma para alcanzar la totalidad del self. Además, Jung incorporó elementos de filosofía, arte y religión, aportando así una perspectiva más amplia y trascendental que sigue influyendo en la psicoterapia contemporánea.

Alfred Adler fue el fundador de la psicología individual, una corriente que surgió como alternativa al psicoanálisis freudiano, poniendo énfasis en la importancia del entorno social, el propósito vital y la motivación en la conducta humana. En su obra *Understanding Human Nature* (1927), Adler introduce el concepto de sentimiento de inferioridad, que considera una experiencia común durante el desarrollo y que puede impulsar al individuo a superarse a través de mecanismos de compensación. No obstante, cuando este sentimiento es excesivo o no se maneja adecuadamente, puede originar problemas emocionales y conductas desadaptativas.

Asimismo, Adler destacó la noción de interés social, definida como la capacidad del individuo para cooperar, empatizar y vivir en armonía con los demás. Para él, el bienestar psicológico estaba profundamente ligado al desarrollo de relaciones saludables y a un sentido de pertenencia comunitaria.

De acuerdo con Barber (2020):

Adler, por ejemplo, aportó la noción de que el sentimiento de inferioridad percibido por el individuo es la causa de la neurosis. Consideró que esos sentimientos de inferioridad eran causados por perturbaciones en las relaciones con miembros de la familia y dinámicas familiares disfuncionales que causaban que el niño se sintiera rechazado por su familia. (p.3)

A diferencia de Freud, Adler consideraba que el comportamiento no está determinado únicamente por el pasado o por pulsiones inconscientes, sino que las personas actúan de acuerdo con metas, aspiraciones y propósitos conscientes, incluso si no siempre son plenamente reconocidos. Por ello, su enfoque promovió una visión más optimista, proactiva y social del ser humano, que influyó en el desarrollo de la psicoterapia humanista y en muchos enfoques centrados en la solución y la resiliencia.

De manera similar, Melanie Klein fue una pionera del psicoanálisis infantil y una figura clave en la teoría de las relaciones objetales. A diferencia de Freud, Klein aplicó el psicoanálisis a niños pequeños, utilizando el juego como medio para acceder al inconsciente infantil.

Como menciona Fraga (2024):

En este sentido, enfatizó la importancia de comprender y tratar el malestar infantil a través de un enfoque especializado adaptado a su etapa de desarrollo. Para ello, introdujo técnicas innovadoras como el uso de materiales de juegos infantiles y visitas domiciliarias para comprender y conectar mejor con el niño. Dichos métodos ayudaron a crear un entorno terapéutico mucho más efectivo. (p.1)

Su teoría enfatiza la importancia de los vínculos tempranos, especialmente con la madre, que forman la base de la vida emocional y afectan la personalidad y las relaciones futuras. En su obra *The Psycho-Analysis of Children* (1932), Klein desarrolló los conceptos de las posiciones esquizoparanoide y depresiva, describiendo modos psíquicos para manejar la ansiedad y la integración emocional desde la infancia, con una influencia que se extiende a lo largo de toda la vida. Así, su enfoque transformó tanto el tratamiento infantil como la comprensión de los conflictos emocionales tempranos.

Según Barber (2020):

Melanie Klein (1882-1960) amplió el trabajo de Freud sobre pulsiones agresivas y sexuales. Sostuvo que cuando el infante es amado y cuidado, se experimenta a sí mismo y al objeto como buenos. Cuando el infante se siente rechazado, el infante experimenta al objeto y a sí mismo como malos, vengativos y destructivos. Klein creía que la salud mental es alcanzada manteniendo un balance constante entre las pulsiones libidinales y agresivas. (p.5)

Continuando con la perspectiva psicoanalítica infantil, Anna Freud (1895-1982), hija menor de Sigmund Freud, fue también una figura fundamental en este campo. Adaptó y amplió las teorías psicoanalíticas para aplicarlas a niños, empleando herramientas como el juego y el dibujo para facilitar la expresión de sus emociones y pensamientos, enriqueciendo así la práctica clínica en la infancia.

Como menciona Fraga (2024):

Anna Freud fue una figura fundamental dentro del psicoanálisis. No solo continuó el legado de su padre, Sigmund Freud, sino que también propició grandes aportes en el campo de la psicología. Como pionera en el psicoanálisis infantil, revolucionó nuestra comprensión del desarrollo y el funcionamiento de la mente en la niñez. (p.1)

Su contribución más importante fue la sistematización de los mecanismos de defensa en su obra *El yo y los mecanismos de defensa* (1936), donde explicó cómo el yo protege al individuo de la ansiedad mediante estrategias como la represión, la negación o la proyección. Además, Anna Freud destacó la importancia de establecer una relación terapéutica sólida con los niños, dado que ellos no buscan ayuda voluntariamente como los adultos. En 1952 fundó el Instituto Anna Freud en Londres, que se convirtió en un centro de referencia para el tratamiento y la formación en psicoanálisis infantil. Su legado continúa siendo fundamental para comprender el desarrollo emocional y psicológico en la infancia, así como para el trabajo clínico con niños y adolescentes.

El psicoanálisis también influyó en campos más amplios, incluyendo la literatura, la antropología, la filosofía y las artes, además de la psicología clínica. Aunque ha sido criticado por su falta de base empírica rigurosa y por su enfoque subjetivo, sigue siendo un pilar fundamental para la comprensión profunda de la mente humana y un referente en la psicoterapia psicodinámica. En la actualidad, el psicoanálisis convive con otras corrientes terapéuticas y sigue evolucionando, incorporando avances neurocientíficos y enfoques interdisciplinarios que buscan enriquecer la comprensión del inconsciente y la dinámica psíquica.

Desde el enfoque psicodinámico, el trastorno bipolar se interpreta como la manifestación de conflictos internos profundos y una fragmentación o inestabilidad del yo, que se expresa en oscilaciones extremas entre estados emocionales opuestos (manía y depresión). Estos cambios pueden reflejar defensas psíquicas frente a sentimientos inconscientes de angustia, abandono o culpa. La fase maníaca se entiende como una forma de negación o compensación de emociones dolorosas, en la que el sujeto busca escapar de sentimientos de vulnerabilidad mediante la euforia, grandiosidad y sobreestimulación. Por otro lado, la fase depresiva refleja el impacto de pérdidas internas, sentimientos de culpa o un yo debilitado, donde predominan la tristeza, la autocrítica y la desvalorización. Las relaciones interpersonales tempranas conflictivas o traumáticas, la incapacidad para integrar las experiencias afectivas y las dificultades para establecer vínculos seguros, son elementos centrales que alimentan la dinámica patológica del trastorno afectivo bipolar desde este enfoque.

El tratamiento psicodinámico apunta a explorar estos procesos inconscientes, facilitar la integración emocional y fortalecer la estructura del yo, promoviendo así una mayor estabilidad afectiva y una mejor capacidad para manejar los conflictos internos que subyacen a la enfermedad. A pesar de su riqueza teórica y clínica, el enfoque psicodinámico ha recibido críticas importantes, especialmente desde perspectivas científicas y empíricas. Una de las principales objeciones es su carácter subjetivo y difícil de comprobar empíricamente, lo que complica la validación y estandarización de sus métodos y resultados. Además, la duración prolongada de la terapia y la falta de protocolos estructurados pueden dificultar su aplicación práctica en contextos clínicos con recursos limitados. En el caso del trastorno bipolar, donde la intervención médica rápida y el control de síntomas son fundamentales, la psicoterapia psicodinámica puede no ser suficiente como tratamiento único. Por estas razones, muchos expertos recomiendan que el enfoque psicodinámico se utilice de manera complementaria a tratamientos farmacológicos y otras intervenciones psicoterapéuticas más breves y focalizadas.

El tratamiento suele darse en un contexto de psicoterapia a mediano o largo plazo, con sesiones en las que el paciente habla libremente (asociación libre), y el terapeuta interviene interpretando los contenidos subyacentes o repetitivos. Se exploran emociones, recuerdos, sueños, relaciones, etc.

1.4.4 ENFOQUE SISTÉMICO

El enfoque sistémico es una perspectiva dentro de la psicología y la psicoterapia que considera que los problemas emocionales y conductuales no deben entenderse de forma aislada en el individuo, sino en el contexto de sus relaciones y sistemas (familia, pareja, escuela, comunidad, etc.). Es decir, la conducta de una persona está influenciada y al mismo tiempo influye en su entorno. En el ámbito clínico, la terapia familiar sistémica es una de las principales aplicaciones de este enfoque. Aquí, el individuo es visto no solo como un sujeto aislado, sino como parte de un sistema familiar o social, donde los patrones de comunicación, roles y estructuras relacionales influyen en el bienestar psicológico y emocional.

De acuerdo con Benítez (2024):

El enfoque sistémico en psicología se ha consolidado como una de las perspectivas más integradoras y dinámicas dentro del campo de la salud mental. Este enfoque se distingue por su visión holística, que considera a las personas no como entes aislados, sino como parte de sistemas más amplios, como la familia, la comunidad, o incluso el contexto cultural en el que se desenvuelven. (p.1)

Desde el enfoque sistémico, el trastorno afectivo bipolar no solo se analiza como un desequilibrio químico o un conflicto interno, sino también como un síntoma que puede estar reflejando tensiones familiares, roles rígidos, o dinámicas disfuncionales. Desde el enfoque sistémico, el trastorno afectivo bipolar puede ser conceptualizado no solo como una enfermedad individual, sino como un síntoma que emerge dentro de una dinámica familiar disfuncional. Esto significa que los episodios maníacos y depresivos pueden estar relacionados con patrones repetitivos de interacción, conflictos no resueltos, roles rígidos o alianzas problemáticas dentro del sistema familiar. Desde esta perspectiva, el trastorno afectivo bipolar no se entiende únicamente como un problema individual o biológico, sino como un fenómeno que afecta y es afectado por el sistema familiar y social en el que la persona está inmersa. Las dinámicas familiares conflictivas, la falta de apoyo, los patrones disfuncionales de comunicación y la incapacidad para resolver conflictos pueden actuar como factores que desencadenan o agravan los episodios maníacos o depresivos.

El enfoque sistémico permite entender el problema no solo en la persona, sino en las relaciones en las que está inmersa. Esto es útil cuando el síntoma (ansiedad, agresividad, retraimiento, etc.) refleja un desequilibrio familiar o de pareja.

Como menciona Benítez 2024):

El objetivo principal del enfoque sistémico en psicología es entender y abordar los problemas de una persona considerando la red de relaciones y sistemas en los que está inmersa. En lugar de centrarse únicamente en el individuo y sus síntomas, este enfoque analiza cómo las dinámicas interpersonales y los contextos sistémicos (como la familia o el entorno laboral) influyen en el bienestar psicológico. (p.1)

La intervención desde el enfoque sistémico se centra en la terapia familiar, cuyo objetivo es modificar las pautas disfuncionales de interacción y comunicación que contribuyen a la mantención o exacerbación de los síntomas. A través de sesiones conjuntas, el terapeuta trabaja con todos los miembros del sistema para identificar y cambiar dinámicas problemáticas, promover una comunicación más abierta y efectiva, y fortalecer el apoyo mutuo.

De acuerdo con Benítez (2024):

El enfoque sistémico en psicología se utiliza para abordar una amplia gama de problemas, desde conflictos familiares y de pareja hasta problemas en contextos laborales y comunitarios. Su aplicación es especialmente valiosa en situaciones donde el problema no radica únicamente en el individuo, sino en las interacciones que mantiene con su entorno. (p.2)

El enfoque sistémico presenta diversas ventajas en el abordaje del trastorno afectivo bipolar, especialmente cuando se trabaja con adolescentes o en la fase de prevención de recaídas. Al intervenir en el contexto familiar y social, permite modificar patrones de interacción disfuncionales que pueden contribuir a la aparición o agravamiento de los episodios. Esta perspectiva integral fomenta un entorno de apoyo y comprensión, favoreciendo la adherencia al tratamiento y el reconocimiento temprano de síntomas, lo cual es clave para evitar recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente. Otra ventaja importante es que la terapia familiar facilita la comunicación y la resolución de conflictos, elementos fundamentales para el manejo

emocional y la estabilidad en pacientes jóvenes que aún dependen en gran medida de su sistema familiar.

Como menciona Campos 2019):

La terapia sistémica es una forma de terapia eficaz para tratar una amplia gama de problemas y desafíos que afectan a individuos, parejas, familias y grupos. Problemas de comunicación y conflicto en las relaciones interpersonales: La terapia sistémica puede ayudar a mejorar la comunicación y resolver los conflictos en las relaciones interpersonales, incluyendo relaciones de pareja, familiares, laborales y sociales.(p.2)

Sin embargo, el enfoque sistémico también presenta limitaciones. Su efectividad es menor durante las fases agudas del trastorno, donde los síntomas maníacos o depresivos severos requieren una atención médica y psicoterapéutica más individualizada y focalizada en el manejo urgente de crisis.

Según Campos 2019):

Otros críticos sostienen que la terapia sistémica se enfoca demasiado en el sistema y no lo suficiente en el individuo. Algunos sostienen que la terapia sistémica puede dejar al individuo sintiéndose como si fuera solo un engranaje en una máquina más grande” (p.2).

En estas etapas, la intervención sistémica puede resultar insuficiente para controlar los síntomas y garantizar la seguridad del paciente. Además, el éxito de la terapia familiar depende en gran medida de la disposición y participación de los miembros del sistema, lo que en algunos casos puede ser un desafío, especialmente si existen resistencias, negación o conflictos muy arraigados.

De acuerdo con Campos (2019):

Una crítica común a la terapia sistémica es que se centra en la sintomatología en lugar de en la causa subyacente de los problemas emocionales y de comportamiento. Algunos

críticos sostienen que la terapia sistémica se enfoca en tratar los síntomas en lugar de abordar la raíz del problema. (p.2)

Por otro lado, un sistema familiar funcional y con habilidades para manejar el estrés puede servir como un factor protector, facilitando la adherencia al tratamiento, la detección temprana de síntomas y el apoyo durante los episodios. La intervención terapéutica sistémica busca entonces trabajar con la familia o el grupo social, modificando patrones disfuncionales y fortaleciendo las relaciones, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis. Estas terapias buscan también mejorar la comprensión de la enfermedad por parte de la familia, fomentar la colaboración en el tratamiento y facilitar la detección temprana de señales de alerta. Al intervenir sobre el sistema, no solo se busca aliviar los síntomas del paciente, sino también mejorar el funcionamiento general del grupo familiar, reduciendo el estrés y promoviendo un ambiente más saludable. Aplicado a la psicología y la salud mental, este enfoque se centra en la dinámica de las relaciones interpersonales y los contextos sociales como factores fundamentales para comprender y abordar los trastornos psicológicos.

1.4.5 ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL

Si bien el enfoque sistémico se concentra en las interacciones dentro del sistema familiar o social, el modelo biopsicosocial de Engel amplía esta visión, permitiendo un entendimiento más holístico del paciente y de los trastornos mentales, como el trastorno afectivo bipolar. El modelo biopsicosocial fue propuesto por su creador, George L. Engel, médico y psiquiatra estadounidense, propuso en 1977 un modelo más integrador para entender la salud, considerando no solo el cuerpo, sino también la mente y el entorno social del paciente, como una alternativa al modelo biomédico tradicional, el cual resultaba limitado al centrarse exclusivamente en los aspectos biológicos de la enfermedad. Engel planteó que para comprender de manera más completa el proceso de salud y enfermedad, era necesario integrar tres dimensiones interrelacionadas: la biológica, la psicológica y la social. Engel se inspiró en ideas de la teoría general de sistemas de Ludwig von Bertalanffy, que plantea que los fenómenos

complejos deben estudiarse como un conjunto de elementos interrelacionados. Esta visión permitió concebir al ser humano como un sistema dinámico influido por múltiples factores

Como menciona Sánchez (2024):

En 1936, Ludwig von Bertalanffy introdujo la teoría general de los sistemas, una innovadora perspectiva que ha mantenido su relevancia y utilidad hasta el presente. Esta teoría destaca por su capacidad de ofrecer un marco unificado para entender la complejidad y las interrelaciones en diversos campos del conocimiento. Desde la psicología hasta la ecología, pasando por la administración y la ingeniería, la teoría ha demostrado ser una herramienta invaluable para analizar y abordar problemas complejos de manera integral. (p.1)

La Teoría General de Sistemas, desarrollada por Ludwig von Bertalanffy en los años 40, quien propuso que todo organismo o sistema debe ser comprendido como un conjunto de elementos interrelacionados. que considera que los sistemas, ya sean biológicos, sociales o psicológicos, están compuestos por elementos interrelacionados que funcionan en conjunto y cuyo comportamiento no puede entenderse adecuadamente si se analiza cada parte de forma aislada. Este pensamiento fue adoptado por psicólogos y terapeutas familiares en las décadas de 1950 y 1960, quienes observaron que muchos problemas psicológicos se explicaban mejor al analizar las interacciones familiares y no solo al individuo aislado. En este contexto, se desarrolló la terapia familiar sistémica, con importantes aportes de autores como Salvador Minuchin (estructura familiar), Murray Bowen (diferenciación del self), Virginia Satir (comunicación) y el equipo de Palo Alto (interacción y comunicación como generadoras de síntomas). A partir de entonces, el enfoque sistémico se consolidó como una herramienta fundamental para abordar conflictos relacionales, dinámicas familiares disfuncionales y otros trastornos con fuerte componente social.

También influyeron los aportes de autores como Sigmund Freud, por integrar lo psíquico en el análisis de la enfermedad, Adolf Meyer, quien ya en el siglo XX proponía ver al paciente desde

una perspectiva individual y contextual y John Bowlby, desde la psicología del apego, al resaltar la importancia de los vínculos tempranos en la salud mental.

Henri Ey, psiquiatra francés del siglo XX, fue una figura clave en la renovación conceptual de la psiquiatría moderna. En su obra *Psiquiatría Hoy* (1981), Henri Ey propuso el modelo órgano-dinámico, con el objetivo de superar la dicotomía entre los enfoques biológicos y psicológicos. Este modelo integra la neurología, la psicología y la fenomenología en una visión unificada del ser humano. Según Ey, las enfermedades mentales no pueden explicarse solo desde una perspectiva orgánica ni exclusivamente desde una psíquica, sino que surgen como una alteración en la organización dinámica entre el cerebro y la mente, en constante interacción con el entorno. De este modo, el enfoque órgano-dinámico permite abordar el trastorno bipolar desde una visión integral, reconociendo la complejidad del paciente y orientando el tratamiento hacia la estabilización biológica y la recuperación psicosocial.

El enfoque biopsicosocial presenta importantes ventajas que lo convierten en una de las propuestas más completas en el campo de la salud mental y física. Su principal fortaleza radica en ofrecer una visión integral del ser humano, ya que no reduce al paciente a sus síntomas físicos, sino que también toma en cuenta su historia personal, sus emociones y su entorno social. Esta perspectiva permite diseñar intervenciones más personalizadas, ajustadas a las necesidades específicas de cada individuo.

Otra de sus ventajas es que fomenta el trabajo interdisciplinario, promoviendo la colaboración entre profesionales de distintas áreas como la medicina, la psicología, el trabajo social y la enfermería. Esta integración mejora la calidad del tratamiento y enriquece la comprensión del caso clínico. Además, el modelo biopsicosocial tiene un fuerte componente preventivo, ya que facilita la identificación de factores de riesgo y la aplicación de estrategias de psicoeducación orientadas al bienestar general. Su carácter actual y flexible permite que se adapte a distintos contextos clínicos, poblacionales y culturales.

Esta perspectiva no es nueva. A mediados del siglo XX, Henri Ey, destacado psiquiatra francés, fue una figura clave en la renovación conceptual de la psiquiatría moderna. En su obra

Psiquiatría Hoy (1981), propuso un modelo que superaba la dicotomía entre los enfoques biológicos y psicológicos, articulando la neurología, la psicología y la fenomenología en una visión unificada del ser humano. Según Ey, las enfermedades mentales no pueden ser explicadas exclusivamente desde una perspectiva orgánica no sólo psíquica, sino que surgen de una alteración en la organización dinámica entre el cerebro y la mente, que interactúan constantemente con el entorno.

En razón del despliegue conceptual realizado hasta el momento, el modelo biopsicosocial permite abordar el trastorno bipolar desde una perspectiva integral, especialmente relevante para la investigación que se está llevando a cabo. Este enfoque se alinea con los objetivos de la tesis al considerar la complejidad del trastorno afectivo bipolar y la interacción dinámica entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. No se limita a los aspectos biológicos del trastorno, sino que toma en cuenta también los factores psicológicos y sociales que influyen en el curso y la evolución de la enfermedad. Esta visión multidimensional permite no solo un tratamiento más efectivo, sino también una comprensión más profunda y contextualizada del trastorno afectivo bipolar, que es esencial para los objetivos de esta investigación.

Como menciona Rodríguez (2023):

Al reconocer la importancia de factores como las emociones, el entorno social y los pensamientos en el desarrollo de las enfermedades, se han podido generar campañas de prevención mucho más efectivas. Esto ocurre principalmente porque el modelo biopsicosocial ha permitido descubrir más factores implicados en los trastornos, con los que se puede intervenir de manera más efectiva que aquellos en los que se centra el modelo biomédico. (p.4)

Desde la perspectiva biológica, el modelo biopsicosocial contempla elementos clave como la carga genética, el funcionamiento neurológico, los procesos fisiológicos y los síntomas físicos. La etiología genética desempeña un papel significativo en el trastorno afectivo bipolar, como lo demuestran estudios que señalan su alta heredabilidad. Además, los desequilibrios en neurotransmisores afectan directamente la regulación del estado de ánimo, contribuyendo al

desarrollo de episodios maníacos y depresivos. Estas alteraciones neuroquímicas también se asocian con cambios estructurales en regiones cerebrales involucradas en el control emocional, la toma de decisiones y la memoria, como el lóbulo prefrontal y la amígdala. Este enfoque permite comprender que el trastorno afectivo bipolar no es únicamente el resultado de alteraciones biológicas, sino que se ve profundamente influido por las condiciones psicosociales del individuo.

La adopción del modelo biopsicosocial ha sido respaldada por una amplia evidencia científica que reconoce la naturaleza compleja y multifactorial del trastorno afectivo bipolar. A diferencia de enfoques reduccionistas, este modelo propone una intervención integral que contempla tanto el tratamiento farmacológico como las estrategias psicoterapéuticas y psicosociales. Los episodios maníacos y depresivos son interpretados como desajustes temporales del estado de conciencia, que alteran la afectividad, el juicio y la conducta del individuo. Si bien se reconoce la base neurobiológica del trastorno, también se valoran los elementos psicológicos y sociales que inciden en su evolución y pronóstico.

En cuanto al tratamiento, el enfoque biopsicosocial permite una atención holística y personalizada. Desde el ámbito biológico, la administración de estabilizadores del ánimo — como el litio o anticonvulsivantes— resulta fundamental para el control de los episodios afectivos. La adherencia al tratamiento es esencial y debe ser reforzada mediante intervenciones psicoeducativas dirigidas al paciente y su familia, para fomentar la conciencia sobre la enfermedad y la identificación temprana de recaídas.

Desde el aspecto psicológico, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado ser una herramienta eficaz. Esta intervención permite identificar y modificar pensamientos disfuncionales, desarrollar habilidades de afrontamiento, mejorar la regulación emocional y prevenir recaídas. Combinada con la farmacoterapia, la TCC favorece una mejora sustancial en la funcionalidad y calidad de vida del paciente.

En el componente social, las intervenciones se orientan al fortalecimiento del entorno familiar y la promoción de hábitos saludables. El apoyo emocional, las rutinas estructuradas, la

mejora en la comunicación interpersonal y la participación activa del paciente en su proceso terapéutico son elementos fundamentales para su estabilidad a largo plazo.

Si bien la evaluación diagnóstica dentro del modelo biopsicosocial es más compleja, al requerir la consideración de múltiples dimensiones, este enfoque ofrece una visión más completa y humanizada del paciente. Asimismo, pone énfasis en la psicoeducación como herramienta clave para fomentar el autocuidado, la adherencia al tratamiento y el reconocimiento temprano de síntomas. En conjunto, el enfoque biopsicosocial no solo se enfoca en la reducción de síntomas, sino también en el empoderamiento del paciente y su entorno, facilitando un manejo más efectivo y sostenido del trastorno bipolar.

CAPÍTULO 2: MANIFESTACIONES E IMPACTO BIOPSICOSOCIAL EN EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (TAB)

2.1 ALTERACIONES CLÍNICAS RELEVANTES EN EL TAB

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una condición psiquiátrica compleja caracterizada principalmente por la presencia de episodios recurrentes de manía, hipomanía y depresión. No obstante, más allá de estos síntomas nucleares, el TAB suele acompañarse de una serie de manifestaciones clínicas adicionales que, aunque no forman parte de los criterios diagnósticos

centrales establecidos por manuales como el DSM-5 o la CIE-11, tienen un impacto significativo en la evolución del trastorno, el pronóstico del paciente y la eficacia del tratamiento.

Estas manifestaciones comórbidas no sólo intensifican el malestar subjetivo, sino que también interfieren con el funcionamiento psicosocial, aumentan el riesgo de recaídas y dificultan la adherencia a las intervenciones terapéuticas. Entre las más frecuentes se encuentran la ansiedad, el estrés crónico, los síntomas depresivos persistentes y las alteraciones del sueño. Cada una de estas condiciones puede aparecer tanto durante los episodios agudos como en los períodos de remisión parcial, generando una carga clínica constante que va más allá de las fluctuaciones típicas del estado de ánimo.

La ansiedad, por ejemplo, puede coexistir con la sintomatología bipolar desde etapas tempranas, generando cuadros mixtos o atípicos que complican el diagnóstico diferencial. El estrés, por su parte, actúa no solo como desencadenante de episodios maníacos o depresivos, sino también como factor perpetuador de la inestabilidad afectiva. La depresión, aunque forma parte del curso natural del TAB, puede mantenerse de forma residual o resistente al tratamiento, afectando severamente la funcionalidad del individuo. Finalmente, las alteraciones del sueño, especialmente el insomnio y los trastornos del ritmo circadiano, no solo son síntomas frecuentes, sino también predictores clínicos importantes de recaídas.

Analizar estas manifestaciones asociadas al TAB resulta fundamental para comprender la complejidad clínica del trastorno, personalizar los abordajes terapéuticos y diseñar estrategias de intervención más eficaces.

2.1.1 ANSIEDAD

La ansiedad es un síntoma frecuente en personas con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB); representa uno de los mayores desafíos clínicos en el manejo de esta condición, y su presencia puede complicar el manejo clínico y la vida diaria de quienes padecen esta enfermedad. Desde esta perspectiva, la ansiedad no debe considerarse un síntoma, sino un componente que modifica el curso clínico del trastorno bipolar además puede coexistir con otros trastornos de ansiedad;

como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico o el trastorno obsesivo-compulsivo.

De acuerdo con Zutshi (2018):

Los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia elevada entre los pacientes con trastorno bipolar. Esta comorbilidad se asocia con un aumento de la gravedad del trastorno bipolar. Resulta necesario diagnosticar y tratar los trastornos de ansiedad comórbidos en pacientes bipolares. (p.3)

Esta comorbilidad puede empeorar la calidad de vida de los afectados, aumentando el riesgo de conductas impulsivas, abuso de sustancias y pensamientos suicidas. Esto afecta directamente la autoestima, el autoconcepto y la capacidad del individuo para gestionar su día a día. Por consiguiente, la ansiedad puede ser un disparador para el inicio de un episodio, o bien puede intensificar un episodio que ya está en curso que no solo afecta al individuo en un nivel personal, sino que también tiene un impacto significativo en sus relaciones interpersonales. Cuando en el paciente con trastorno bipolar se manifiesta la fase maníaca, la ansiedad suele manifestarse en forma de agitación, irritabilidad, insomnio, inquietud, dificultad para concentrarse, un aumento de impulsividad, y a la toma de decisiones arriesgadas, lo que aumenta el riesgo de consecuencias negativas. Incluso en los períodos entre los episodios, es común que la persona experimente una ansiedad anticipatoria, temiendo el regreso de los episodios bipolares. La combinación de ansiedad e hiperactividad maníaca puede ser un desafío difícil de manejar, ya que los pensamientos acelerados y la incapacidad para concentrarse, dificultan la gestión efectiva de las emociones. La persona puede sentirse inútil, avergonzada o culpable por no poder controlar sus emociones, lo que daña su confianza en sí misma. Además, la ansiedad social, cuando se presenta junto al TAB en la fase depresiva, puede hacer que la persona experimente un elevado nivel de angustia ante situaciones comunes como hablar en público, mantener una conversación, el miedo al juicio ajeno, o simplemente salir de casa. Esto puede llevar al aislamiento social, o sentirse incomprendidas. Muchas personas comienzan a evitar responsabilidades laborales, actividades académicas o vínculos sociales, provocando en muchos casos desempleo, abandono escolar y marginación social.

Como menciona Becerra (2019):

Las emociones toman el control de las decisiones en los diferentes contextos (laboral, pareja, sexualidad, familia, etc.) implicando a la persona en diversos problemas a corto y largo plazo (deudas, pérdida de empleo, afectaciones a la salud física, entre otros. (p.1)

Lo cual no solo limita su desarrollo personal, sino que también refuerza la sensación de soledad y fracaso. Este aislamiento, sumado al malestar psicológico constante, puede aumentar significativamente el riesgo de ideación suicida o conductas autodestructivas, especialmente la sensación de desesperanza, el estrés continuo y la falta de control sobre los pensamientos y emociones, hace que la persona siente que no hay alternativas para aliviar su sufrimiento. La estigmatización también puede incrementar el aislamiento y dificultar la búsqueda de ayuda, ya que muchas personas temen ser mal interpretadas o discriminadas por su condición. Esto afecta directamente la posibilidad de establecer y mantener vínculos sociales saludables, lo cual puede llevar a la soledad y a la pérdida de redes de apoyo que son fundamentales en el proceso de recuperación. De acuerdo con Thase M (2008) “Los pacientes con trastorno bipolar y ansiedad comórbida presentan mayores tasas de hospitalización, suicidio y resistencia al tratamiento farmacológico, lo cual exige un enfoque terapéutico más flexible y específico” (p. 587). Ahora bien, cuando el paciente pasa a fase depresiva del TAB la estabilidad emocional es afectada, como también, su capacidad para mantener relaciones saludables, cumplir con sus metas y disfrutar de una vida plena. De esta manera, la ansiedad se presenta como una preocupación constante, aumenta la sensación de desesperanza, pensamientos negativos catastróficos y patrones irregulares de sueño, lo cual puede intensificar la fatiga emocional, haciendo que el individuo sienta que no tiene control sobre sus emociones. Este aumento de la ansiedad puede prolongar o intensificar los episodios depresivos, dificultando la recuperación. Por lo que, al ser un síntoma mórbido común, puede interferir de manera significativa con la estabilidad emocional del paciente. Los episodios depresivos suelen estar marcados por una profunda falta de energía, sentimientos de inutilidad, y dificultad para concentrarse, lo que interfiere con las actividades cotidianas y el cumplimiento de responsabilidades. Asimismo, la falta de comprensión social y la ausencia de recursos accesibles para el tratamiento adecuado de estos

trastornos agravan la situación. Según Ghaemi (2003) “La ansiedad no es solo una condición comórbida frecuente, sino que altera significativamente el curso del trastorno bipolar, aumentando la duración de los episodios, la resistencia al tratamiento y la probabilidad de recaídas” (p. 147). Muchos pacientes no cuentan con los apoyos necesarios para enfrentar la vida cotidiana con estabilidad, lo que dificulta su autonomía e inclusión plena en la sociedad. En el entorno familiar, la ansiedad en el contexto del TAB puede generar tensiones constantes. Los familiares pueden sentirse impotentes, frustrados o sobrecargados al intentar apoyar a la persona que padece el trastorno. Las crisis emocionales, los cambios de ánimo repentinos y los episodios de ansiedad pueden provocar conflictos, distanciamiento emocional y dificultades en la convivencia.

De acuerdo con Acosta Natacha (2023).

Sin embargo, las relaciones intrapersonales se afectan severamente, pues las oscilaciones que padecen en el estado anímico generan inestabilidad emocional, hace que las relaciones afectivas se resientan, en especial, cuando son relaciones de pareja, porque es complicado tener una relación con alguien que experimenta cambios tan drásticos en su estado de ánimo. (p.1)

Además, la familia muchas veces asume responsabilidades adicionales, lo que puede conducir al desgaste físico y emocional. Así mismo, sin el tratamiento adecuado, el TAB puede perpetuar un ciclo de deterioro en todas las áreas clave de la vida del paciente.

De acuerdo con Hernández (2022):

El trastorno bipolar puede ser un factor importante en el suicidio, la pérdida del trabajo, la capacidad para funcionar y la discordia familiar. Sin embargo, un tratamiento adecuado puede dar origen a un mayor funcionamiento y una mejor calidad de vida. (p.1)

Por tanto, la evaluación de síntomas ansiosos debe ser parte integral del diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. Además, algunos fármacos comúnmente utilizados para tratar la ansiedad pueden tener efectos contraproducentes si no se manejan cuidadosamente en pacientes bipolares.

De acuerdo con Martínez 2019).

Precisamente el objetivo del tratamiento es evitar las recurrencias de episodios depresivos y maníacos, la reducción de síntomas residuales y la reducción del riesgo del suicidio. Además de lograr el funcionamiento máximo del paciente, disminución de la frecuencia de ciclación, de la inestabilidad del estado de ánimo y los efectos adversos del tratamiento. (p.5)

Un tratamiento integral en el TAB es clave para mejorar la estabilidad emocional y la calidad de vida de quienes padecen este trastorno. Por ello, se considera que los tratamientos deben ir más allá del enfoque tradicional basado solo en estabilizadores del ánimo, dirigidas a la regulación de la ansiedad incorporando estrategias psicoterapéuticas.

2.1.2 ALTERACIÓN DEL SUEÑO EN EL TAB

Las alteraciones del sueño son una de las manifestaciones más comunes y significativas en las personas con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), y pueden tener un impacto profundo y multidimensional en la vida individual, afectando la salud mental, física, cognitiva y emocional, y dificultando el logro de una estabilidad y calidad de vida adecuadas. Además, la falta de sueño influye en el deterioro de las funciones cognitivas, como la memoria, la atención y la capacidad de tomar decisiones, lo cual afecta tanto el rendimiento académico como el laboral. Esta situación puede generar frustración tanto en el paciente como en su entorno, ya que interfiere con la autonomía, las relaciones interpersonales y la calidad de vida en general.

De acuerdo con Ramo (2023):

La bipolaridad es un trastorno mental caracterizado por cambios extremos en el estado de ánimo, que van desde episodios de euforia o manía hasta episodios de depresión. Esta condición afecta a millones de personas en todo el mundo y puede tener un impacto significativo en su calidad de vida. Uno de los aspectos que se ha identificado como común en las personas con trastorno bipolar es la presencia de problemas de sueño, incluido el insomnio. (p.3)

El sueño y el estado de ánimo están intrínsecamente relacionados en el TAB, ya que los trastornos del sueño no solo son síntomas del trastorno afectivo bipolar, sino que también pueden influir en la aparición y la intensidad de los episodios maníacos y depresivos. Algunos de los factores que afectan el sueño en esta condición incluyen cambios en los patrones de sueño, insomnio, hipersomnia (dormir demasiado), y alteraciones en los ritmos circadianos. Según Colleen (2009) “Los patrones disfuncionales de sueño, especialmente el insomnio crónico, actúan no sólo como síntoma, sino también como un factor de mantenimiento y recaída en los trastornos del estado de ánimo, incluido el trastorno bipolar” p. 74). El sueño no solo cumple una función restauradora en el organismo, sino que también es fundamental para el equilibrio emocional y cognitivo. En el caso del TAB, los trastornos del sueño no son solo síntomas secundarios, sino que muchas veces actúan como desencadenantes o indicadores tempranos de una recaída, ya sea hacia la manía o hacia la depresión.

De acuerdo con Carbone (2019):

Durante el estado maníaco, la mayoría de los pacientes (66-99%) experimentan una necesidad reducida de sueño y una latencia de inicio del sueño más prolongada, y viceversa, la privación del sueño es bien conocida como un factor desencadenante de episodios maníacos. Asimismo, en el estado depresivo, se observan comúnmente insomnio (40-100%) e hipersomnia (23-78%). (p.2)

Durante un episodio maníaco, el paciente puede sentirse extremadamente enérgico y alertó, incluso después de haber dormido solo unas pocas horas o de no haber dormido en absoluto, lo que puede parecer funcional al principio, pero en realidad es una señal de desregulación grave, esta privación progresiva deteriora la función cerebral. Asimismo, el paciente va incrementando el riesgo de conductas o decisiones poco acertadas. Además, esta hiperactividad mental sin descanso adecuado puede hacer que el paciente sea más susceptible a sufrir alucinaciones, delirios o paranoia, síntomas que pueden complicar aún más el cuadro clínico. Según Miklowitz (2011) “La pérdida de sueño, incluso por una sola noche, puede ser suficiente para desencadenar un episodio maníaco en personas vulnerables. Por ello, mantener una rutina estable de sueño es una de las estrategias más eficaces para prevenir recaídas” (p. 95). Además, cuando hay privación

del sueño o descansos inadecuados, se incrementa la vulnerabilidad emocional del paciente. Esto puede desencadenar reacciones desproporcionadas, cambios bruscos de humor o conductas impulsivas que afectan la convivencia y la estabilidad de las relaciones interpersonales. Esto puede generar frustración, ansiedad y sensación de pérdida de control, afectando la autoestima y la percepción de sí mismo, llevando al rechazo o la exclusión, ya que muchas personas no saben cómo responder ante estos cambios de comportamiento. Esta falta de descanso favorece la aceleración del pensamiento, la hiperactividad, la impulsividad, la irritabilidad, una necesidad constante de hablar y moverse, incluso durante la noche y la pérdida de juicio, síntomas que tienden a escalar con rapidez si no se interviene a tiempo.

De acuerdo con Coryell (2025):

La falta de perspectiva y el aumento de la actividad provocan una conducta impertinente y puede ser una combinación peligrosa. Se producen roces interpersonales que pueden hacer que los pacientes se sientan maltratados o perseguidos injustamente. En consecuencia, pueden volverse peligrosos para sí mismos o las otras personas. El paciente percibe su actividad mental acelerada como pensamientos apresurados y el médico lo observa como fuga de ideas. (p.2)

Esto conlleva a alterar el descanso de otros miembros de la familia, especialmente de quienes comparten espacio físico o cuidan directamente al paciente, la familia comienza a vivir con un nivel alto de alerta, ya que teme que una noche de insomnio pueda ser el inicio de una nueva crisis. Esta constante vigilancia provoca desgaste emocional, estrés y ansiedad entre los cuidadores y otros convivientes.

Por otro lado, la alteración del sueño puede afectar la participación en actividades comunitarias o recreativas. Con el tiempo, esta inestabilidad puede afectar los lazos afectivos. Los familiares pueden sentir impotencia, miedo, agotamiento o incluso enojo al no poder ayudar de forma efectiva, especialmente si no cuentan con apoyo profesional o no comprenden completamente el trastorno. Esta falta de comprensión y comunicación puede generar conflictos frecuentes y distanciamiento emocional dentro del núcleo familiar. La falta de energía, el

cansancio constante o el miedo a experimentar una crisis en público pueden hacer que la persona evite salir, participar en reuniones o compartir tiempo con otras personas. Esto refuerza el aislamiento y debilita las redes de apoyo que son fundamentales para el bienestar emocional y social del paciente.

Durante las fases depresivas, las alteraciones del sueño se manifiestan de manera diferente. A menudo, las personas con depresión bipolar experimentan hipersomnia (exceso de sueño) dificultad para conciliar el sueño debido a pensamientos rumiantes y una profunda sensación de desesperanza. La hipersomnia, caracterizada por un deseo constante de dormir durante el día o la necesidad de dormir más horas de lo habitual, es un síntoma común en la depresión bipolar. En ambos casos, el sueño inadecuado genera fatiga, dificultad para concentrarse y una marcada disminución en la capacidad para realizar actividades diarias. La sensación constante de cansancio, la lentitud mental y la falta de motivación afectan directamente la calidad de vida, limitando la autonomía y el desarrollo personal, muchas veces dormir demasiado, en los pacientes bipolares se manifiesta comúnmente con la incapacidad para levantarse de la cama, lo que puede generar preocupación y frustración en el entorno familiar. Ver a un ser querido totalmente desmotivado, sin energía y ausente emocionalmente es una carga emocional difícil de sobrellevar.

Según Acosta (2023):

Es importante conocer que la fatiga es una sintomatología fundamental. Se debe hablar con el especialista Psiquiatra para que, con la farmacología y Terapia, pueda corregir los estados de alteración (Trastornos de Ánimo), además de mantener una higiene de sueño, alimentación sana y saludable con buenos hábitos de horario, mantener el sistema vitamínico equilibrado es la clave. (p.1)

Además, cuando el sueño se ve alterado, las rutinas familiares se desorganizan: horarios de comida, actividades compartidas o tareas domésticas pueden quedar completamente interrumpidas. A nivel cognitivo, la alteración del sueño en personas con TAB puede provocar problemas en la memoria, la atención y la toma de decisiones, dificultando el aprendizaje y el

rendimiento en actividades laborales o académicas. Estos déficits cognitivos suelen persistir incluso durante los periodos de estabilidad del ánimo, afectando la funcionalidad general.

Por consiguiente, el trastorno no solo afecta la salud física y mental del paciente, sino también su capacidad para desenvolverse socialmente. Cuando el sueño se ve interrumpido de manera crónica o irregular, ya sea por insomnio, hipersomnia o patrones de sueño desorganizados, las consecuencias trascienden el plano individual y repercuten directamente en la forma en que la persona se relaciona con los demás y se integra en la sociedad. Uno de los primeros efectos sociales de la alteración del sueño es la falta de concentración, lo cual puede dificultar la interacción de conversaciones, la asistencia a compromisos o el cumplimiento de responsabilidades laborales, escolares o familiares. En el ámbito laboral o académico, las alteraciones del sueño también tienen un fuerte impacto. La persona puede llegar tarde, ausentarse con frecuencia, mostrar bajo rendimiento o dificultades para concentrarse y mantener la atención. Esto no solo compromete su desarrollo profesional o educativo, sino que también puede deteriorar su imagen social, llevándola a sentirse juzgada, incomprendida o discriminada.

En algunos casos, estos factores contribuyen al aislamiento social y al abandono de actividades importantes, generando una pérdida progresiva de vínculos sociales y oportunidades de integración. Esto puede generar incompreensión en el entorno, especialmente si los demás no conocen la relación entre los problemas de sueño y el trastorno bipolar. Las personas cercanas pueden interpretar estas dificultades como falta de interés, desmotivación o incluso irresponsabilidad, provocando conflictos o distanciamiento. A largo plazo, la alteración crónica del sueño impacta de manera negativa en la salud general de la persona. Aumenta el riesgo de desarrollar otras condiciones médicas como problemas cardiovasculares, obesidad, diabetes tipo 2 o enfermedades del sistema inmunológico que suma un mayor desafío para la persona en su proceso de recuperación y manejo del trastorno. Además, las personas con trastorno bipolar y alteraciones del sueño pueden experimentar una mayor dificultad para acceder a la psicoterapia o seguir las pautas terapéuticas.

La falta de sueño afecta la motivación y la capacidad de concentración, lo que puede hacer que los pacientes se sientan menos dispuestos a participar activamente en su tratamiento y a utilizar las estrategias aprendidas en la terapia. El abuso de sustancias, como el alcohol y las drogas, también está vinculado a las alteraciones del sueño en el TAB. Muchas personas con trastorno bipolar recurren al alcohol o las drogas como una forma de automedicarse para manejar la ansiedad, el insomnio o la depresión.

De acuerdo con Rivera Maite (2022):

En el trastorno bipolar, el suicidio es un peligro constante: algunas personas se vuelven suicidas durante los episodios maníacos, no solo durante los depresivos. Si una persona está teniendo un episodio maníaco intenso, especialmente si experimenta alucinaciones y delirios, es posible que deba ser hospitalizada para protegerse y proteger a los demás de posibles daños. (p.3)

Sin embargo, el abuso de sustancias puede empeorar las alteraciones del sueño y aumentar la gravedad de los episodios bipolares, lo que agrava aún más la situación. El suicidio es un riesgo importante en personas con Trastorno Afectivo Bipolar, y las alteraciones del sueño pueden aumentar este riesgo. La falta de sueño o la alteración de los patrones de sueño, especialmente en la fase depresiva, puede empeorar los sentimientos de desesperanza, inutilidad y desesperación que suelen acompañar a los episodios depresivos. La fatiga extrema y la falta de energía asociada también puede llevar a la persona a sentirse incapaz de hacer frente a las dificultades de la vida. Además, el estrés, los cambios en la rutina, y el uso de ciertos medicamentos también pueden influir en la calidad y cantidad del sueño en quienes tienen trastorno bipolar. Mantener un patrón de sueño regular y buscar tratamiento adecuado puede ayudar a manejar estos factores y reducir la intensidad de los episodios.

De acuerdo con Ellen (2005):

Las alteraciones en los ritmos circadianos, especialmente en los patrones de sueño y vigilia, desempeñan un papel fundamental en la desestabilización del estado de ánimo en

las personas con trastorno bipolar. La interrupción en la regularidad del sueño puede precipitar episodios maníacos o depresivos. (p. 31)

Es por ello, que el tratamiento del sueño debe abordarse de forma prioritaria y no como un objetivo secundario dentro del plan terapéutico.

2.1.3 EL ESTRÉS EN EL TAB

El estrés juega un papel crucial en el desarrollo y los síntomas del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB). Aunque el TAB tiene una base biológica y genética significativa, los factores psicosociales, como el estrés, también influyen de manera importante en el curso de la enfermedad. Según Akiskal (2007) "El estrés ambiental es un desencadenante conocido de los episodios bipolares, siendo especialmente relevante en aquellos pacientes que muestran una vulnerabilidad genética y psicosocial" (p. 88). Diversos estudios señalan que quienes padecen esta condición presentan una mayor sensibilidad a las situaciones estresantes, tanto positivas como negativas. Esta vulnerabilidad no solo se manifiesta ante eventos mayores, como pérdidas, rupturas, cambios laborales o logros significativos, sino también ante alteraciones cotidianas que pueden perturbar la estabilidad emocional.

Como menciona con Martínez (2018):

Es un hecho probado que el estrés se relaciona con recaídas. Para evitarlas y conseguir la mayor estabilidad posible, habría que disminuir la ansiedad. Además, es fundamental la toma regular de medicación, dormir al menos 8 horas y abstinencia de alcohol. (p.2)

Durante situaciones de estrés, el cerebro de una persona con TAB puede reaccionar de manera exagerada, lo que conlleva a una sobreexcitación y desencadena un episodio maníaco, siendo altamente vulnerable a la influencia de estresores tanto internos como externos y desencadenar episodios maníacos o depresivos. El impacto físico del estrés también es considerable, el cuerpo responde al estrés con una activación del sistema nervioso. Si bien, el estrés crónico altera la capacidad del cerebro para adaptarse a cambios emocionales y ambientales, como la función del sistema nervioso autónomo, afectando la neurobiología del

cerebro, áreas como; el hipocampo y la corteza prefrontal, que están involucradas en la regulación del estado de ánimo.

De acuerdo con McEwen (2015):

Durante condiciones de excitación sin estrés, cuando el sujeto está alerta, seguro e interesado, la corteza prefrontal altamente evolucionada proporciona una regulación descendente del comportamiento, el pensamiento y la emoción. Orquesta la respuesta conductual a través de extensas conexiones, p. ej., con la amígdala, los ganglios basales y el tronco encefálico, incluyendo las neuronas de catecolaminas. (p.2)

Esta disfunción biológica, junto con la reactividad emocional, desajusta los ritmos circadianos y aumenta la vulnerabilidad a episodios maníacos o depresivos, lo que hace que los pacientes sean aún más susceptibles al estrés, perpetuando el ciclo de inestabilidad que caracteriza el TAB. Asimismo, si se mantiene por períodos prolongados, puede afectar el sueño, aumentar la fatiga, generar dolores musculares y contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas. Para alguien con TAB, esta activación fisiológica puede desencadenar o agravar episodios maníacos o depresivos, creando un ciclo difícil de romper.

De acuerdo con Benítez (2020):

Los factores psicológicos también juegan un papel importante como desencadenantes, es decir, actúan como el gatillo que dispara un episodio. Factores de tipo psicológico, como el estrés o los acontecimientos vitales negativos, pueden desencadenar un episodio maníaco o depresivo en una persona vulnerable a la enfermedad. (p.2)

Desde el punto de vista cognitivo, el estrés afecta la concentración, la memoria y la capacidad para tomar decisiones adecuadas. Durante períodos de estrés elevado, es común que la persona tenga dificultades para organizar sus pensamientos y mantener la atención en tareas cotidianas, lo que repercute en su desempeño laboral, académico y en la vida diaria. Así también, el estrés crónico o acumulado puede conducir a sentimientos de desesperanza, fatiga y retraimiento social, que son características de los episodios depresivos, esto contribuye a una mayor vulnerabilidad

a la depresión, la inestabilidad emocional y la alternancia entre los episodios de manía y depresión. Este ciclo se agrava cuando el estrés se combina con otros factores, como la falta de sueño, los conflictos interpersonales y la baja adherencia al tratamiento. A nivel social, el estrés puede generar un aumento en la irritabilidad, la ansiedad y la inseguridad, dificultando la interacción con otras personas. Los cambios abruptos de ánimo y las reacciones emocionales intensas, potenciados por el estrés, pueden llevar a malentendidos, conflictos o rupturas en las relaciones personales y profesionales, provocando ausentismo, disminución de la productividad y dificultades para cumplir con responsabilidades.

Estas dificultades, sumadas a la posible estigmatización social relacionada con los trastornos mentales, pueden limitar las oportunidades de desarrollo personal y profesional, afectando la inclusión y la participación en la comunidad. Esto puede resultar en aislamiento social, ya sea porque la persona evita situaciones que le generan estrés o porque su entorno se distancia debido a la falta de comprensión o paciencia.

La presión social y la falta de apoyo adecuado también contribuyen a que las personas con TAB experimenten mayor estrés, creando un círculo vicioso que dificulta el manejo del trastorno. La discriminación, los prejuicios y la falta de recursos para la salud mental aumentan la sensación de vulnerabilidad y exclusión. De acuerdo con Ghaemi (2003) "El estrés no solo puede precipitar episodios, sino que también afecta la respuesta de los pacientes al tratamiento, creando un ciclo de inestabilidad emocional que puede ser difícil de manejar" (p. 113). Los pacientes con trastorno afectivo bipolar son especialmente vulnerables a los efectos del estrés debido a su mayor reactividad emocional, lo que significa que los estresores, tanto internos como externos, pueden tener un impacto mucho más profundo en su bienestar, los pacientes con TAB experimentan una intensificación de los síntomas debido a la disfunción del sistema nervioso autónomo y los ritmos circadianos, los cuales se alteran con el estrés crónico. De acuerdo con Thase (2008) "El estrés se ha identificado como un factor de riesgo significativo para el inicio y la recurrencia de episodios bipolares, actuando como desencadenante de la fase maníaca o depresiva" (p. 587). Los pacientes a menudo experimentan una intensificación de los síntomas debido a la acumulación de factores estresantes, esto puede generar sentimientos de

desesperanza, aislamiento y fatiga extrema, características de los episodios depresivos. Este tipo de estrés también puede reducir la motivación para buscar tratamiento, lo que prolonga la duración y severidad de los síntomas.

De esta manera, la disfunción de estos sistemas puede aumentar la vulnerabilidad a las fluctuaciones extremas del estado de ánimo, lo que repercute en la estabilidad a episodios de manía o depresión, un aumento desproporcionado en los niveles de energía, falta de necesidad de sueño y una sensación exagerada de euforia o irritabilidad, comportamientos impulsivos, que afectan la calidad de vida y la capacidad del paciente para manejar el trastorno de manera efectiva. Las personas en este estado suelen tomar decisiones arriesgadas, lo que puede llevar a problemas financieros, sociales o legales. De acuerdo con García (2021) “Los acontecimientos vitales estresantes parecen intervenir en la aparición de la enfermedad en sujetos genéticamente vulnerables y pueden influir en el desencadenamiento de sucesivas recaídas” (p.1). Eventos estresantes, como problemas laborales, conflictos familiares, enfermedades físicas o cambios importantes en la vida, pueden perturbar el equilibrio emocional de las personas con TAB y aumentar el riesgo de recaídas. El estrés también repercute en la organización y las rutinas familiares. Las demandas de cuidado, citas médicas, crisis inesperadas y cambios en la dinámica del hogar pueden interferir en las actividades diarias, el trabajo o la vida social de los familiares, generando sentimientos de pérdida.

En este sentido, el estrés puede influir negativamente en la adherencia al tratamiento, ya que la persona bajo presión puede abandonar las terapias, descuidar la medicación o adoptar conductas poco saludables como el consumo de sustancias. Esto complica aún más el manejo del trastorno y la estabilidad emocional. Se hace evidente que el manejo adecuado del estrés es crucial en el tratamiento del TAB. El abordaje terapéutico debe incorporar técnicas para reducir la reactividad al estrés y mejorar la resiliencia emocional, lo que puede ayudar a mitigar los efectos de los estresores y a prevenir la aparición de episodios. La psicoterapia, junto con la farmacoterapia adecuada, desempeña un papel importante en este proceso como el manejo adecuado de los factores estresantes y una intervención psicosocial, para reducir el impacto del estrés en el TAB.

De acuerdo con Rivera (2022):

El uso regular y continuo de medicamentos puede ayudar a reducir los episodios de manía y depresión. Al saber reconocer los síntomas y desencadenantes de estos episodios, existe una mayor probabilidad de un tratamiento eficaz y de encontrar métodos de afrontamiento que puedan prevenir largos periodos de enfermedad, hospitalizaciones prolongadas y el suicidio. (p.5)

Por tanto, el estrés vinculado al Trastorno Afectivo Bipolar tiene un impacto significativo en el ámbito familiar, afectando la salud emocional, la comunicación, la dinámica cotidiana y la calidad de vida de todos sus integrantes. Por ello, es fundamental que las intervenciones no solo se centren en el paciente, sino que también incluyan apoyo, educación y recursos para toda la familia, promoviendo así un entorno más saludable y resiliente. La gestión adecuada del estrés es, por tanto, un componente esencial para mejorar la calidad de vida y el pronóstico del paciente para mejorar la calidad de vida y la inclusión social de estas personas es fundamental promover la educación, la sensibilización y el acceso a recursos que apoyen tanto a los pacientes como a sus entornos sociales.

2. 1.4 DEPRESIÓN EN EL TAB

La depresión en el TAB es una de las manifestaciones más devastadoras y difíciles de manejar, tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, dado su impacto significativo en la vida diaria y la alta probabilidad de recurrencia de los episodios, dificulta la estabilización del ánimo a largo plazo, caracterizada por episodios recurrentes de tristeza profunda, desesperanza y una falta de interés o placer en actividades que anteriormente disfrutaban (anhedonia), que puede durar semanas o incluso meses, interrumpiendo significativamente la vida cotidiana del paciente. A nivel individual, la depresión bipolar genera una serie de síntomas que deterioran significativamente la calidad de vida, la funcionalidad y el equilibrio emocional, uno de los principales efectos es la tristeza profunda, la falta de energía y el retraimiento social pueden generar sentimientos de impotencia y angustia en quienes conviven con la persona, especialmente si ésta presenta conductas de aislamiento o expresiones de desesperanza y

pensamientos suicidas. Esta situación puede aumentar la ansiedad y el estrés en la familia, dificultando la comunicación y el apoyo mutuo. La depresión puede alterar la rutina familiar, ya que el paciente puede necesitar mayor atención, apoyo para las tareas diarias o acompañamiento constante. Esto puede generar una carga emocional y física considerable en los cuidadores, quienes a menudo deben reorganizar sus actividades para brindar el apoyo necesario. En algunos casos, esta situación puede derivar en agotamiento y desgaste emocional.

Desde el punto de vista, muchas personas con TAB necesitan apoyo constante durante los episodios depresivos, lo que puede generar sentimientos de dependencia y una pérdida de autonomía, en las relaciones familiares, amistades y vínculos románticos. Las personas con depresión suelen retirarse de sus redes de apoyo, lo que refuerza el sentimiento de soledad y dificulta la recuperación. Además, el aislamiento social es común, ya que la persona tiende a retirarse de su entorno para evitar el contacto, aumentando la soledad y empeorando el estado emocional. La depresión en el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) no solo afecta profundamente a la persona que la padece, sino que también tiene un impacto significativo en el núcleo familiar. Durante los episodios depresivos, los cambios en el estado de ánimo y comportamiento del paciente generan tensiones, preocupaciones y alteraciones en la dinámica familiar que pueden ser difíciles de manejar para los seres queridos, especialmente si los seres queridos no comprenden la naturaleza del trastorno.

De acuerdo con Acosta (2023):

El Trastorno Bipolar afecta gravemente la vida de una persona, ya que es una enfermedad mental que conlleva a cambios muy marcados o extremos del estado de ánimo, Los períodos de tristeza y Depresión pueden alternar con momentos de excitación, actividad intensa o de sentirse malhumorado e irritable, por ende, la sociabilización del paciente sufre un quiebre bastante fuerte. (p.1)

Asimismo, la falta de comprensión o información sobre el trastorno puede generar conflictos y malentendidos, afectando la paciencia y la tolerancia de los familiares. La frustración por no

saber cómo ayudar o por la duración prolongada de la depresión puede provocar discusiones o sentimientos de culpa.

En el entorno laboral o académico, la depresión puede provocar disminución del rendimiento, ausentismo y dificultades para concentrarse o cumplir con las responsabilidades. Estas dificultades pueden poner en riesgo la estabilidad laboral o académica, afectando no solo la economía y la proyección personal, sino también la integración social que estos espacios ofrecen, lo que contribuye a una sensación de estancamiento. Además, las fluctuaciones entre fases maníacas y depresivas pueden hacer que los pacientes experimenten una sensación de inestabilidad crónica, lo que empeora su bienestar general y aumenta el riesgo de suicidio. Durante los episodios depresivos, las personas pueden sentirse atrapadas en un ciclo interminable de tristeza y desolación, lo que alimenta pensamientos negativos y pesimistas sobre el futuro. La depresión suele ir acompañada de un sentimiento de inutilidad o culpa excesiva, que altera la confianza en uno mismo y genera una percepción distorsionada de las propias capacidades, generando problemas de concentración, lentitud en el pensamiento, indecisión y problemas de memoria, lo que afecta el desempeño laboral o académico.

En los episodios depresivos graves, los pensamientos recurrentes de muerte o suicidio son comunes y representan un riesgo significativo que requiere intervención inmediata. De acuerdo con Rivera (2023) “En la fase depresiva, además de un ánimo muy triste, aparece cansancio, aumento de horas de sueño (o insomnio), pérdida de ilusión por las cosas, ansiedad, apatía, desvalorización de uno mismo, pesimismo e ideas de muerte” (p.2). Durante los episodios depresivos, las tareas simples, como levantarse de la cama, asearse o cocinar, pueden parecer abrumadoras, lo que limita la capacidad de la persona para mantenerse activa. La falta de motivación y energía dificulta el avance en metas personales, académicas o profesionales. Como menciona Bautista (2024). “Una crisis depresiva mayor incluye síntomas lo suficientemente graves como para dificultar la realización de las actividades diarias. Estas actividades incluyen ir al trabajo o a la escuela, participar en actividades sociales y llevarse bien con los demás “(p.1). Estos sentimientos pueden ser tan intensos que interfieren con la capacidad de la persona para experimentar placer o disfrutar de la vida cotidiana. Durante los episodios depresivos, es común

que la persona experimente una marcada disminución en la motivación para interactuar con otros, acompañado de sentimientos de tristeza, inutilidad y desesperanza.

De acuerdo con William , (2024):

La depresión en el trastorno bipolar es similar al trastorno depresivo. Las personas con depresión sienten una profunda tristeza y pierden interés en sus actividades. Piensan y se mueven lentamente y duermen más de lo habitual. Por otra parte, su apetito puede estar aumentado o disminuido, y pueden ganar o perder peso. Pueden sentirse abrumadas por sentimientos de desesperanza y culpabilidad. Pueden ser incapaces de concentrarse o tomar decisiones. (p.3)

Esto suele traducirse en aislamiento social, evitación de eventos sociales y disminución de la comunicación, lo que puede provocar un distanciamiento progresivo de amigos, compañeros de trabajo o estudio y redes de apoyo. La falta de interacción y la dificultad para expresar emociones pueden generar distanciamiento y dificultades para mantener un ambiente armonioso. El pensamiento negativo, la autocrítica excesiva y la baja autoestima suelen estar presentes durante estas fases, aumentando la sensación de desesperanza y culpa. En casos severos, pueden surgir ideas suicidas, lo que representa un grave riesgo para la vida y requiere atención inmediata.

El estigma asociado a los trastornos mentales, incluido el TAB, añade una barrera adicional en el ámbito social. La falta de comprensión, los prejuicios y la discriminación pueden hacer que la persona se sienta juzgada o excluida, reforzando su aislamiento y afectando su autoestima. Esto genera un círculo vicioso en el que la depresión se profundiza debido a la soledad y la falta de apoyo social.

La depresión en el Trastorno Afectivo Bipolar tiene repercusiones profundas y generalizadas en todos los aspectos de la vida de las personas afectadas. Sin embargo, con un diagnóstico adecuado, un tratamiento integral y el apoyo de un entorno comprensivo, es posible manejar los síntomas y reducir el impacto de los episodios depresivos. La clave radica en abordar el trastorno de manera proactiva, fomentando estrategias de prevención y promoción de la estabilidad emocional a largo plazo. De acuerdo con Thase (2008) "La depresión bipolar no solo tiende a

ser más grave y duradera, sino que también es más difícil de tratar debido a las fluctuaciones en el estado de ánimo y la reactividad emocional del paciente" (p. 232). Además, la depresión bipolar tiene una alta tasa de recurrencia, lo que significa que los pacientes son susceptibles a experimentar episodios depresivos repetidos a lo largo de su vida. Estos episodios no solo afectan el estado de ánimo, sino que también impactan la capacidad cognitiva y la calidad de vida en general. según Ghaemi (2003) "La depresión bipolar no solo es más grave y resistente al tratamiento, sino que también tiene un carácter cíclico que complica su manejo clínico y hace que los pacientes sean más vulnerables a recaídas frecuentes" (p. 102).

Por tanto, el tratamiento de la depresión en el TAB requiere un enfoque más allá de los antidepresivos convencionales, ya que estos pueden desencadenar episodios maníacos si no se manejan con cuidado. Los episodios depresivos en el trastorno bipolar suelen ser más prolongados y difíciles de tratar debido a la inestabilidad inherente del trastorno. Por lo que resulta esencial recurrir a un enfoque multidisciplinario que combine tratamientos farmacológicos, como los estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos, con intervenciones psicoterapéuticas, que aborden tanto la intensidad de los episodios, como el riesgo de consecuencias más graves, como el suicidio para ayudar a los pacientes a manejar los síntomas y prevenir futuras recaídas, lograr una mayor eficacia en la prevención de episodios recurrentes. Este enfoque integral es clave para proporcionar un tratamiento efectivo y mejorar la calidad de vida de quienes viven con el trastorno afectivo bipolar para fortalecer los lazos y facilitar una convivencia más saludable.

2.2 IMPACTO DEL TAB: PERSPECTIVA INDIVIDUAL, SOCIAL Y FAMILIAR

El trastorno bipolar es una condición de salud mental crónica que afecta profundamente múltiples dimensiones de la vida del paciente. Estos cambios pueden hacer que el paciente experimente altibajos emocionales, tensiones y conflictos con amigos y familiares.

Como menciona Acosta (2023):

Sin embargo, las relaciones intrapersonales se afectan severamente, pues las oscilaciones que padecen en el estado anímico generan inestabilidad emocional, hace que las relaciones afectivas se resientan, en especial, cuando son relaciones de pareja, porque es complicado tener una relación con alguien que experimenta cambios tan drásticos en su estado de ánimo. (p.1)

Además, los cambios en el estado de ánimo pueden impactar en el disfrute de actividades recreativas y en la vida social. En muchos casos, los episodios afectan el juicio, la conducta y la capacidad para mantener una vida estable, lo que puede dar lugar a decisiones impulsivas o conductas de riesgo durante las fases maníacas, y a un retraimiento durante las fases depresivas.

De acuerdo con Sánchez (2016):

El hallazgo de deterioro cognitivo en el trastorno bipolar ha sido bien demostrado por varios estudios transversales. Entre los diferentes dominios cognitivos, los pacientes bipolares presentan retraso psicomotor y deterioro de la memoria declarativa, la función ejecutiva y, en menor medida, la memoria visual y la atención, en comparación con los controles sanos. (p.1)

Además, el impacto de estos eventos no depende únicamente de su naturaleza objetiva, sino también de cómo la persona los interpreta y procesa emocionalmente. La ausencia de redes de apoyo, la historia previa de trauma o el estilo cognitivo negativo pueden amplificar el efecto estresor de estos acontecimientos. Por lo tanto, el entorno social cumple un papel fundamental en la evolución del trastorno afectivo bipolar, actuando como un modulador del curso clínico y del pronóstico a largo plazo. Los ciclos de sueño alterados representan una fuente importante de vulnerabilidad. El sueño cumple un rol crucial en la homeostasis emocional, y en el trastorno afectivo bipolar, incluso una leve privación de sueño o el desvelo prolongado pueden precipitar episodios, especialmente maníacos o mixtos.

Por esta razón, el mantenimiento de rutinas regulares de descanso es una estrategia esencial en la prevención de recaídas. Por consiguiente, la labilidad emocional, es decir, la presencia de cambios rápidos e intensos en el estado de ánimo es uno de los rasgos más comunes en pacientes con bipolaridad, su presencia dificulta la recuperación entre episodios ya que aumenta la reactividad emocional frente a estímulos menores y por ello puede llegar a generar dificultades en las relaciones interpersonales. Otro de los rasgos más frecuentemente observados es la impulsividad, entendida como la tendencia a actuar sin una adecuada reflexión sobre las consecuencias, es decir predisponerse a decisiones apresuradas, el abuso de sustancias, conductas de riesgo, como, por ejemplo; gastos excesivos o comportamientos sexuales imprudentes, lo que también puede llevar a problemas sociales y recreativos, especialmente durante las fases maníacas.

Las relaciones interpersonales y el desempeño laboral o académico suelen verse deteriorados en la fase maníaca, debido a los cambios de comportamiento y humor, este patrón puede potenciar la aparición de comportamientos desregulados y dificultar la adherencia a rutinas estables, fundamentales para la estabilidad emocional en el trastorno afectivo bipolar. De acuerdo con Hernández (2022) “El trastorno bipolar puede ser un factor importante en el suicidio, la pérdida del trabajo, la capacidad para funcionar y la discordia familiar. Sin embargo, un tratamiento adecuado puede dar origen a un mayor funcionamiento y una mejor calidad de vida” (p.2). Asimismo, los episodios suelen llevar a la hiperactividad que dificulta concentrarse y cumplir con sus responsabilidades, y con ello, el desempeño en múltiples áreas, lo que puede llevar a problemas laborales o académicos, como ausentismo, dificultades para cumplir con plazos o baja productividad afectando, ya sea el rendimiento laboral o académico. Por el contrario, en los estados depresivos, los pacientes pueden encontrar dificultad para involucrarse en eventos sociales o actividades recreativas debido a la falta de interés, energía o motivación. La falta de vínculos significativos conlleva a una vulnerabilidad emocional debido al distanciamiento emocional y al aislamiento social, afectando la calidad de las relaciones. Por otro lado, pueden llevar a la apatía y la desorganización, lo que impide que el paciente se cuide

adecuadamente y descuida su salud física, afectando el sueño, la alimentación, y la condición física.

Otra de las manifestaciones más significativas del trastorno afectivo bipolar suele ser la alteración de la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Con ello, la presencia de creencias perfeccionistas o de autosuficiencia extrema, especialmente en su forma más rígida y autocrítica que afecta directamente la salud mental de las personas con trastorno afectivo bipolar. La necesidad constante de alcanzar estándares elevados, acompañada de una intolerancia al error o al fracaso, puede generar frustración, sentimientos de inutilidad, desesperanza, retraimiento social e incluso pensamientos suicidas durante las fases depresivas, intensificando la sintomatología afectiva y cognitiva negativa. En algunos casos, prolongando los episodios depresivos. Por consiguiente, al manifestarse creencias como, por ejemplo: “Debo ser siempre exitoso”, “Tengo que destacar constantemente” o “No puedo permitirme fracasar”. Estos pensamientos, cuando se activan en un contexto favorable o con una mínima elevación del estado de ánimo, pueden favorecer la aparición de episodios maníacos o hipomaníacos, al alimentar una visión grandiosa e irreal del yo, acompañada de conductas impulsivas y búsqueda excesiva de logro o reconocimiento. Por el contrario, durante los episodios depresivos, suelen predominar pensamientos como: “No valgo nada”, “Soy un fracaso” o “Nunca voy a estar bien”. Otro patrón común es el pensamiento dicotómico, también llamado pensamiento “todo o nada”, donde la persona interpreta los hechos en términos absolutos: “si no tengo éxito total, soy un fracaso”; “si no me siento feliz todo el tiempo, entonces estoy mal”.

Estas creencias alimentan una visión negativa y pesimista de uno mismo, característica de los estados depresivos, y contribuyen a la aparición de autocrítica elevada. Además, la naturaleza cíclica del trastorno genera una sensación de inestabilidad e incertidumbre que puede afectar la autoestima del paciente y su confianza en el futuro. Otra de las manifestaciones significativas del trastorno bipolar es la alteración del juicio debido a la elevación del ánimo, la grandiosidad o la sensación subjetiva de invulnerabilidad.

Como menciona Keener (2009):

Las alteraciones de la función ejecutiva pueden resultar en concentración alterada, toma de decisiones y memoria. Esto a su vez probablemente afectará las actividades de la vida diaria, la productividad ocupacional y la función social general. Es probable que los déficits ejecutivos perjudiquen aún más la capacidad de regular el estado de ánimo, las personas con trastorno bipolar pueden ser incapaces de usar procesos de control cognitivo apropiados como la reevaluación, la supresión o los procesos inhibitorios para regular y mantener estados emocionales apropiados. (p.5)

Por consiguiente, dentro de los factores que afectan la adherencia al tratamiento se encuentra la negación del diagnóstico por parte del paciente, la estigmatización social, y la falta de conciencia de enfermedad, también conocida como anosognosia. Este último fenómeno, de origen neuropsicológico, implica que el paciente no reconoce que presenta una alteración en su estado mental. Esta situación puede agravarse si el entorno familiar o social refuerza creencias negativas acerca de la medicación psiquiátrica o minimiza la importancia del diagnóstico. El rechazo a la medicación o la suspensión arbitraria del tratamiento ya sea por olvido, desinformación o decisión consciente, puede llevarlo a abandonar la medicación o rechazar la necesidad de tratamiento psicológico, especialmente durante los episodios de manía o hipomanía, cuando se experimenta una percepción distorsionada de bienestar o superioridad. De esta forma, aumentando el riesgo de recaídas y descompensaciones, haciendo que los episodios sean más frecuentes, graves o difíciles de tratar con el tiempo. Asimismo, el estigma asociado a los trastornos mentales tanto a nivel social como interno representa una barrera significativa. Muchos pacientes evitan tomar medicación de forma regular por temor a ser etiquetados, juzgados o percibidos como "débiles" o "dependientes", lo cual refuerza conductas de aislamiento o abandono terapéutico.

Del mismo modo, los entornos caracterizados por altos niveles de conflicto, crítica constante, sobreprotección, estigmatización o expectativas irreales pueden generar un aumento del estrés emocional, lo que actúa como desencadenante de episodios tanto maníacos como depresivos,

debido a la alta carga emocional que implican. Esta reactividad elevada se asocia con dificultades en la regulación emocional y una menor capacidad para mantener el equilibrio psicológico frente a cambios en el entorno. Entre los eventos más comúnmente reportados se encuentran el abuso, el abandono, la negligencia emocional o el trauma en la infancia, la pérdida de un ser querido, rupturas sentimentales, problemas laborales o desempleo, así como mudanzas o cambios significativos en el estilo de vida.

Como menciona Martínez (2018):

Cabe esperar, por ejemplo, que una persona con un trastorno bipolar empiece un episodio depresivo tras el fallecimiento de un ser querido, pero la realidad es que muchos pacientes con trastorno bipolar inician un episodio maníaco tras una desgracia. Esto da una idea de hasta qué punto los factores biológicos, más que los psicológicos, son decisivos en esta enfermedad. (p.4)

Aunque estos acontecimientos forman parte de la experiencia humana, en el contexto del trastorno bipolar su efecto puede ser particularmente desestabilizador, debido a la mayor sensibilidad al estrés que presentan muchas personas con este diagnóstico. La exposición prolongada a situaciones de tensión se ha asociado con una mayor tasa de hospitalización, mayor riesgo de recaída y una peor respuesta al tratamiento. Por consiguiente, el primer episodio afectivo, ya sea depresivo o maníaco, suele estar temporalmente relacionado con un evento vital significativo. Posteriormente, una vez establecido el diagnóstico, estas situaciones continúan siendo relevantes como posibles precipitantes de nuevas fases, especialmente cuando coinciden con otras vulnerabilidades individuales (como alteraciones en el sueño, consumo de sustancias, o baja adherencia al tratamiento). En definitiva, los estilos cognitivos disfuncionales, incluyendo creencias extremas sobre el yo, el perfeccionismo, la rumiación y el pensamiento dicotómico, no solo afectan la interpretación que el paciente hace de sí mismo y del mundo, sino que también interactúan con factores biológicos y emocionales para aumentar la vulnerabilidad a nuevos episodios.

En conjunto, estas vulnerabilidades interfieren con la recuperación y la adaptación funcional. Por ello, abordar estas distorsiones cognitivas desde la psicoterapia, especialmente con enfoques cognitivo-conductuales o basados en la terapia de regulación emocional, es fundamental para mejorar el pronóstico y reducir el impacto funcional del trastorno afectivo bipolar. De acuerdo con Rivera (2022) “El pronóstico del trastorno bipolar suele ser malo si no se trata adecuadamente. Muchas personas con trastorno bipolar que reciben el tratamiento adecuado pueden llevar una vida plena y productiva” (p.5) En este sentido, el abordaje clínico del trastorno bipolar requiere no sólo un enfoque farmacológico, sino también un seguimiento psicoterapéutico que contemple el manejo de eventos vitales estresantes, enseñando estrategias de afrontamiento, fortaleciendo la resiliencia emocional y trabajando preventivamente sobre los factores de riesgo contextuales.

Por tanto, el entorno interpersonal tiene un peso considerable en el curso del trastorno afectivo bipolar, por esta razón, es fundamental incluir el trabajo sobre las relaciones sociales en el abordaje terapéutico del trastorno afectivo bipolar a través de intervenciones familiares, psicoeducación para el entorno y promoción de habilidades sociales que fortalezcan la capacidad del paciente para construir y mantener relaciones saludables, así como el impacto global del trastorno.

Cuando las personas cercanas al paciente comprenden la naturaleza cíclica del trastorno, aprenden a identificar señales de alerta temprana y conocen la importancia de la adherencia al tratamiento, se fortalecen los factores protectores del entorno y se reduce notablemente el riesgo de recaídas, con la finalidad de que promuevan el bienestar, la autonomía y una mejor calidad de vida para quienes lo padecen.

CAPÍTULO 3: SALUD MENTAL Y FORMA DE AFRONTAMIENTO DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (TAB)

3. 1 SALUD MENTAL PREVENTIVA EN EL TAB

La salud mental es uno de los pilares importantes del bienestar humano, aunque a menudo se pasa por alto o se subestima. No se trata sólo de la ausencia de trastornos psicológicos, sino también de la capacidad de disfrutar la vida, gestionar el estrés diario, desarrollar relaciones significativas y alcanzar objetivos personales. En principio, es la base sobre la que se crea una vida equilibrada y plena. Una mente sana permite pensar con claridad, tomar decisiones sólidas y adaptarse a los cambios con más flexibilidad. Además, la ineficiencia de la salud mental repercute directamente en la salud física, porque posibilita problemas como el estrés, la ansiedad o la depresión que pueden provocar situaciones como insomnio, enfermedades cardiovasculares o un sistema inmunológico debilitado.

De acuerdo con Carrazana (2021):

La salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social. (p.1)

Las personas emocionalmente equilibradas son más comprensivas, accesibles y fáciles de comunicar, esto mejora su relación y crea un entorno más positivo. Del mismo modo, el

fortalecimiento de la atención de salud mental en la sociedad ayuda a reducir el estigma sobre los trastornos mentales, ayudar a más personas cuando sea necesario y crear una sociedad más consciente.

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una condición compleja que afecta tanto la salud emocional como la cognitiva y social de quienes lo padecen. Este trastorno, caracterizado por episodios de manía, hipomanía y depresión, no solo impacta el bienestar emocional, sino que también puede interferir con la funcionalidad diaria, las relaciones interpersonales y la calidad de vida en general. Por ello, abordar la salud mental de manera integral es fundamental para garantizar un manejo efectivo del trastorno y una vida equilibrada. Un estilo de vida equilibrado puede desempeñar un papel crucial en la promoción de la salud mental en personas con TAB. La salud mental preventiva en el Trastorno Afectivo Bipolar es una estrategia fundamental para minimizar el impacto del trastorno en la vida de quienes lo padecen.

Así también, las relaciones sociales positivas, estables y empáticas se caracterizan por un bajo nivel de crítica y una comunicación abierta. En este contexto, el paciente suele sentirse contenido, comprendido y acompañado, lo cual contribuye a su bienestar y equilibrio emocional. Por ello, un entorno que ofrece comprensión y acompañamiento emocional puede tener un efecto altamente protector frente a la aparición de nuevos episodios ya que promueve la detección temprana de signos de descompensación, reduce el estrés psicosocial, facilita la recuperación emocional y la adherencia al tratamiento.

Es importante no temer por el apoyo profesional cuando sea necesario, porque los psicólogos, psiquiatras y otros expertos están capacitados para ayudar en tiempos difíciles.

De acuerdo con Carrazana (2021):

En este sentido la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. (p.2).

La salud mental tiene un impacto directo y profundo en la calidad de vida de una persona, especialmente en aquellos que viven con trastornos como el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB). Cuando la salud mental se ve afectada, las dificultades para funcionar en la vida cotidiana se vuelven evidentes. Esto puede manifestarse en la incapacidad para cumplir responsabilidades laborales o académicas, la dificultad para mantener relaciones interpersonales saludables y el aumento de la vulnerabilidad al estrés, lo que complica la capacidad de afrontar los desafíos propios del trastorno.

Como menciona Morales (2021):

Las consecuencias suelen ser un comportamiento difícil, relaciones personales dañadas y serias limitaciones en el rendimiento escolar y laboral. Por desgracia, el trastorno acarrea también la estigmatización, que lleva a la discriminación y al aislamiento. Todo ello reduce la calidad de vida de manera significativa. (p.9)

Por otro lado, una buena salud mental ofrece innumerables beneficios para las personas con TAB. En términos de manejo de los síntomas, una mente equilibrada facilita la regulación emocional, lo que reduce la intensidad de los episodios maníacos o depresivos. Además, favorece la adaptación a los tratamientos, ya que el paciente se siente más motivado para seguir las indicaciones médicas, asistir a las sesiones de terapia y adherirse al uso de medicamentos de manera adecuada. Este compromiso con el cuidado personal no solo mejora la respuesta al tratamiento, sino que también contribuye a prevenir episodios graves que puedan poner en riesgo su bienestar o su vida.

De acuerdo con Morales (2021):

La buena noticia es que, una vez diagnosticado el trastorno bipolar, todas estas consecuencias negativas se pueden subsanar. Con un tratamiento eficaz se consigue mantener bajo control los severos cambios de estado de ánimo, lo que a su vez permite a los pacientes y a los que les rodean empezar a rehacer sus vidas. (p.9)

Por lo tanto, priorizar la salud mental en el manejo del TAB no solo ayuda a controlar los síntomas, sino que también proporciona las herramientas necesarias para que los pacientes enfrenten los desafíos con mayor resiliencia y construyan una vida más equilibrada y satisfactoria.

3.2 DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN CLÍNICA

El diagnóstico del trastorno afectivo bipolar (TAB) se basa en criterios clínicos definidos por el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), considerando el historial médico, los episodios previos y las características específicas de los síntomas. Además, el uso de herramientas como entrevistas estructuradas y cuestionarios estandarizados, junto con la observación de patrones de comportamiento que faciliten el diagnóstico preciso. Es esencial diferenciarlo de otros trastornos, como la depresión unipolar, que se caracteriza por episodios depresivos sin episodios maníacos, y los trastornos psicóticos, que incluyen alteraciones de la realidad como alucinaciones o ideas delirantes.

Según el DSM-5, los criterios diagnósticos para el TAB son los siguientes:

A. Episodios maníacos:

1. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable de manera anormal, persistente y claramente diferente del estado habitual.
2. Aumento significativo de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora.
3. Duración mínima de una semana
4. Presencia de tres o más (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) de los siguientes síntomas
 - Autoestima inflada o grandiosidad.
 - Disminución de la necesidad de sueño.
 - Más hablador de lo habitual o presión para seguir hablando.
 - Fuga de ideas o sensación de que los pensamientos van muy rápido.
 - Distraibilidad.

- Aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora.
- Participación excesiva en actividades con alto potencial de consecuencias negativas (ej.: compras impulsivas, inversiones riesgosas, conductas sexuales).

B. Episodios depresivos:

- Estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, durante al menos dos semanas.
- Presencia de al menos cinco síntomas adicionales, entre los que se incluyen:
 - Cambios significativos en el apetito o peso.
 - Alteraciones del sueño.
 - Agitación o retraso psicomotor.
 - Fatiga o pérdida de energía.
 - Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
 - Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
 - Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

C. Criterios adicionales:

- Los episodios maníacos y depresivos deben alterar significativamente la funcionalidad social, ocupacional u otras áreas importantes.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental ni por efectos de sustancias o condiciones médicas.

Para ello, se requiere la entrevista clínica que es el primer paso y el componente central en la evaluación del TAB. Durante esta, el profesional de la salud mental recopila información detallada sobre los síntomas del paciente, su historia médica y psiquiátrica, y los antecedentes familiares.

De acuerdo con Vázquez (2025):

El trastorno afectivo bipolar es una enfermedad crónica. Esto no significa que no se pueda tratar. Con las medicaciones disponibles, en la actualidad es posible lograr que las personas que sufren un trastorno bipolar estén estables durante largos periodos de tiempo, manteniendo la enfermedad compensada. (p.2)

Ahora bien, en la exploración de síntomas actuales, el clínico evalúa si el paciente experimenta síntomas característicos del TAB, como: estados de ánimo eufóricos, irritables o expansivos (manía/hipomanía). Períodos prolongados de tristeza, desesperanza o anhedonia (depresión). Cambios en el nivel de energía, patrones de sueño, apetito y capacidad de concentración. Asimismo, la duración e intensidad de los episodios es crucial (al menos 4 días para hipomanía y una semana para manía) y el grado de interferencia en la vida diaria. Así también, es importante que se investiguen eventos estresantes, consumo de sustancias, alteraciones del sueño o cualquier otro factor que pueda haber precipitado los episodios.

La evaluación médica y familiar es esencial para descartar otras posibles causas de los síntomas y comprender la predisposición genética al TAB. Se revisa si el paciente tiene afecciones médicas que puedan imitar los síntomas del TAB, como trastornos tiroideos, epilepsia o desequilibrios hormonales. Se evalúa el consumo de sustancias, ya que permite evaluar el impacto de sustancias como alcohol, drogas estimulantes o medicamentos en los cambios del estado de ánimo.

Como menciona Hernández (2022):

Para diagnosticar el trastorno bipolar, un médico u otro proveedor de atención médica puede hacer un examen físico completo, solicitar pruebas médicas para descartar otras enfermedades, y remitir a la persona a un profesional de la salud mental para una evaluación. Se diagnostica el trastorno bipolar en función de la gravedad, la duración y la frecuencia de los síntomas y las experiencias de la persona afectada en el transcurso de la vida. (p.4)

Uno de los mayores desafíos en la evaluación del TAB es diferenciarlo de otros trastornos psiquiátricos que presentan síntomas similares. Un diagnóstico temprano del TAB es crucial para prevenir complicaciones asociadas con el trastorno como, mayor riesgo de suicidio, comorbilidad con trastornos de ansiedad, abuso de sustancias o enfermedades médicas, el deterioro funcional significativo en áreas clave de la vida del paciente. La identificación precoz permite iniciar intervenciones oportunas, como el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y la psicoeducación, que pueden mejorar significativamente el pronóstico del paciente.

3.3 TRATAMIENTO Y MANEJO INTEGRAL

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) requiere de un tratamiento y manejo integral para fomentar la autonomía, mejorar la calidad de vida, mantener la estabilidad emocional y prevenir recaídas. Promover la salud mental en personas con TAB implica combinar tratamientos médicos, estrategias psicológicas y hábitos de vida saludables, con un énfasis en la educación del paciente y su red de apoyo. De acuerdo con Banabarré (2022) “Con el tratamiento adecuado la evolución es generalmente buena. Sin tratamiento son frecuentes las recaídas y conllevan importantes repercusiones familiares, sociales y laborales” (p.8). Al adoptar un enfoque colaborativo y centrado en el paciente, es posible enfrentar los desafíos del TAB de manera efectiva y construir un camino hacia el bienestar.

El manejo integral del TAB busca alcanzar varios objetivos, que incluyen: estabilizar los episodios agudos, controlar los síntomas maníacos, depresivos o mixtos para reducir el sufrimiento y el riesgo de complicaciones, minimizar la probabilidad de recurrencia de episodios mediante tratamientos ajustables, ayudar al paciente a recuperar su desempeño en áreas clave como el trabajo, las relaciones interpersonales y el bienestar general, aumentar la comprensión del paciente sobre su condición para fomentar el cumplimiento del plan terapéutico.

De acuerdo con Hernández (2022):

La mayoría de las veces, los síntomas del trastorno bipolar comienzan durante la adolescencia tardía o la edad adulta temprana. En ciertas ocasiones, los niños pueden tener síntomas del trastorno bipolar. Aunque los síntomas pueden aparecer y desaparecer, generalmente, el trastorno bipolar requiere un tratamiento de por vida y no desaparece por sí solo. (p.2)

En este sentido, las intervenciones psicológicas son fundamentales en el manejo integral del TAB, ya que abordan los aspectos emocionales, conductuales y sociales del trastorno. El enfoque biopsicosocial constituye la base del tratamiento integral del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), ya que reconoce que este trastorno no puede ser comprendido únicamente desde una perspectiva médica. En cambio, integra los factores biológicos (causas genéticas y neuroquímicas), psicológicos (procesos cognitivos y emocionales) y sociales (dinámica familiar, apoyo comunitario y entorno sociocultural). Este modelo permite diseñar intervenciones más completas y personalizadas, orientadas a lograr la estabilidad clínica y funcional del paciente, además de favorecer su calidad de vida a largo plazo.

De acuerdo con Banabarre (2022):

La psicoterapia (a veces denominada “terapia de diálogo”) es un término utilizado para una variedad de técnicas de tratamiento que tienen como objetivo ayudar a una persona a identificar y cambiar emociones, pensamientos y comportamientos problemáticos. La psicoterapia puede ofrecer apoyo, educación, habilidades y estrategias a las personas con trastorno bipolar y sus familias. (p.5)

En este contexto, las intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas son fundamentales. La terapia cognitivo-conductual (TCC) se destaca por su efectividad al ayudar a los pacientes a identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales, manejar el estrés y desarrollar estrategias para afrontar las fluctuaciones en el estado de ánimo. Igualmente, técnicas de

reducción del estrés como la meditación o el yoga contribuyen a mejorar el bienestar general y a fortalecer la autorregulación emocional.

Por consiguiente, la combinación de tratamientos médicos, intervenciones psicológicas, hábitos saludables es posible reducir la frecuencia e intensidad de los episodios, prevenir complicaciones y promover un bienestar emocional. Con un manejo preventivo adecuado, las personas con TAB pueden alcanzar una estabilidad emocional y una calidad de vida significativa.

El tratamiento farmacológico es la base para manejar los síntomas del TAB y prevenir episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos, entre los principales fármacos utilizados se encuentran: Estabilizadores del estado de ánimo, resulta eficiente para alcanzar la estabilidad en cuanto a las manifestaciones; de los episodios maníacos y depresivos, este requiere un monitoreo regular de los niveles en sangre para evitar toxicidad. Anticonvulsivantes: Incluyen medicamentos como el (Ácido Valproico), la (Lamotrigina) y la (Carbamazepina). Antipsicóticos atípicos medicamentos como la (Olanzapina), (Quetiapina) y (Aripiprazol) son útiles para tratar episodios de manía y síntomas psicóticos asociados.

Como menciona Banabarré (2022):

Ciertos medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas del trastorno bipolar. Algunas personas quizás tengan que probar con varios medicamentos diferentes antes de encontrar los que funcionan mejor. Los tipos más comunes de medicamentos que recetan los médicos incluyen estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos atípicos. (p.5)

Es importante seguir las indicaciones del médico para evitar recaídas. Estos medicamentos pueden ser útiles para tratar episodios agudos y prevenir recaídas en el largo plazo. Las consultas periódicas con un psiquiatra permiten ajustar la medicación según las necesidades individuales, minimizar efectos secundarios y monitorear la efectividad del tratamiento.

De acuerdo con Rivera (2023):

Se trata de una enfermedad muy frecuente. Incluyendo las formas menos graves, cerca de un 4% de la población mundial sufre algún tipo de trastorno bipolar. Es importante volver a destacar el papel del tratamiento farmacológico. La correcta toma de la medicación que recomiende el especialista permitirá alcanzar la estabilidad psicopatológica necesaria para el desarrollo del día a día con una mayor calidad de vida. (p.2)

De la misma manera, la psicoeducación también resulta esencial, tanto para el paciente como para su entorno cercano. Informar acerca de los síntomas, factores desencadenantes y la importancia de la adherencia al tratamiento permite reducir el riesgo de recaídas, mejorar el autocontrol y aumentar la conciencia de enfermedad. Asimismo, la terapia familiar ofrece un espacio de comunicación que ayuda a disminuir conflictos, fortalecer la cohesión del núcleo familiar y potenciar el apoyo emocional hacia el paciente. Programas de rehabilitación complementan estas estrategias, facilitando la reintegración en los ámbitos académico, laboral y social, a la vez que promueven la construcción de planes de seguridad en situaciones de crisis.

Por otro lado, las modificaciones en el estilo de vida juegan un papel crucial en la estabilidad del TAB, pues complementan las intervenciones médicas y psicológicas. Mantener rutinas regulares de sueño, alimentación y actividad diaria contribuye a estabilizar los ritmos circadianos y disminuir la probabilidad de recaídas. Así también, la práctica regular de ejercicio físico y el seguimiento de una dieta equilibrada favorecen la energía, la regulación emocional y la salud general del paciente. Es importante evitar sustancias nocivas como el alcohol, las drogas y el consumo excesivo de cafeína, dado que pueden interferir con el tratamiento y precipitar episodios.

Finalmente, el entorno social y las redes de apoyo cumplen una función protectora y de sostén en el proceso de recuperación. La participación de familiares, amigos y grupos de apoyo fomenta la empatía, reduce el estigma y ayuda a identificar síntomas tempranos de recaída. De esta manera, se evita el aislamiento social y se favorece la construcción de un entorno comprensivo

que respalde la continuidad del tratamiento. La alianza terapéutica de confianza, junto con el acompañamiento informado de la familia y la comunidad, refuerzan la adherencia y la motivación del paciente, consolidando así la estabilidad a largo plazo.

CAPÍTULO 4: CIERRE

4.1 CONCLUSIONES

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una condición compleja y multifactorial, caracterizada por episodios recurrentes de manía (períodos de ánimo anormalmente elevado o irritabilidad, con aumento de energía y actividad), hipomanía (formas más leves de manía con síntomas menos intensos pero significativos) y depresión (episodios de tristeza profunda, pérdida de interés y disminución de la funcionalidad), los cuales impactan de manera considerable la capacidad de funcionamiento, la calidad de vida y las relaciones interpersonales de quienes lo padecen. Con frecuencia, el TAB se presenta acompañado de manifestaciones comórbidas, como ansiedad, estrés persistente, alteraciones del sueño y depresión residual (persistencia de síntomas depresivos leves o moderados entre episodios agudos), que dificultan la estabilidad emocional, afectan la adherencia al tratamiento y complican la adaptación del paciente a su entorno social y cotidiano.

Los avances científicos han permitido comprender con mayor profundidad los factores genéticos, biológicos y ambientales implicados en el TAB, favoreciendo el desarrollo de estrategias terapéuticas más eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, el manejo integral del TAB implica la integración de diferentes dimensiones: la biológica, que incluye factores genéticos, neuroquímicos y neuroanatómicos que influyen en la predisposición y expresión clínica; la psicológica, que contempla los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que modulan la percepción de los síntomas como la capacidad de

afrontamiento; y la social, que abarca la dinámica familiar, el entorno laboral y comunitario, así como las redes de apoyo, esenciales para mantener la estabilidad emocional, prevenir recaídas y favorecer la reintegración social.

El enfoque biopsicosocial se establece como la estrategia más eficaz para guiar la intervención en pacientes con TAB, constituyendo la base sobre la cual se sustenta esta investigación. Este modelo permite diseñar planes terapéuticos individualizados que no sólo estabilizan el estado de ánimo, sino que fortalecen la autonomía, la resiliencia y la calidad de vida. La combinación de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas, psicoeducativas y cambios en los hábitos de vida configura un abordaje integral y coherente, potenciando los resultados clínicos.

Por consiguiente, la intervención farmacológica constituye un pilar central, al contribuir a estabilizar los episodios de manía, hipomanía y depresión, prevenir recaídas y reducir la intensidad de los síntomas, mejorando la funcionalidad y la calidad de vida del paciente. Los estabilizadores del ánimo y los anticonvulsivos forman la base del tratamiento, mientras que los antipsicóticos atípicos y, en algunos casos, los antidepresivos, se emplean según las necesidades clínicas individuales.

La psicoterapia complementa la medicación y favorece la estabilidad emocional. La terapia cognitivo-conductual permite identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales, desarrollar estrategias de afrontamiento ante cambios de ánimo y manejar el estrés. La terapia familiar fortalece la comunicación y el apoyo dentro del núcleo familiar, reduce conflictos y facilita la detección temprana de signos de recaída. Además, se incorporan técnicas de manejo del estrés, como meditación, mindfulness y ejercicios de relajación, que contribuyen a regular la ansiedad y prevenir episodios maníacos o depresivos. Estas intervenciones promueven la conciencia de la enfermedad, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y la mejora de las relaciones interpersonales, fortaleciendo la autonomía y la adaptación social del paciente.

De la misma manera, brindar información clara al paciente y a su entorno sobre los síntomas, los factores desencadenantes y la importancia de la adherencia al tratamiento, favorece la comprensión del trastorno, refuerza el autocontrol y disminuye la probabilidad de recaídas. La participación de las redes de apoyo mejora la comunicación, reduce los conflictos y proporciona asistencia emocional constante, contribuyendo a la estabilidad del paciente y a la disminución del estigma asociado a la enfermedad. Los cambios en el estilo de vida constituyen un componente esencial que potencia la eficacia de las intervenciones médicas y psicológicas. Mantener rutinas regulares de sueño, alimentación y actividad diaria ayuda a regular los ritmos circadianos, reducir la aparición de episodios y mejorar la regulación emocional.

La práctica habitual de ejercicio físico y una dieta equilibrada favorecen la energía, la motivación y la capacidad de afrontamiento frente al estrés. Asimismo, evitar sustancias nocivas, como alcohol, drogas o cafeína, resulta fundamental para garantizar la continuidad del tratamiento y prevenir la aparición de nuevos episodios. El entorno social y las redes de apoyo juegan un papel fundamental en la recuperación del paciente. La interacción positiva con familiares, amigos y grupos de soporte facilita la detección temprana de signos de recaída, reduce el aislamiento y refuerza la adherencia a las estrategias terapéuticas. Un ambiente comprensivo y colaborativo favorece la reintegración social, fortalece la autoestima y promueve un compromiso activo del paciente con su proceso de tratamiento.

La coordinación entre profesionales de la salud, familiares, comunidad, la combinación de farmacoterapia, intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas, cambios en el estilo de vida y apoyo social, conforman un enfoque integral que garantiza la estabilidad emocional, optimiza la adherencia al tratamiento, previene complicaciones resulta indispensable para el bienestar sostenido del paciente y para alcanzar la estabilidad emocional a largo plazo.

Por lo tanto en la presente investigación se lograron cumplir los objetivos planteados. A nivel general, se logró determinar las formas de afrontamiento y las posibles secuelas en personas diagnosticadas con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), lo cual permitió comprender cómo este trastorno impacta en la vida diaria de los pacientes.

Con respecto a los objetivos específicos, se identificó el impacto del diagnóstico de TAB, evidenciando sus repercusiones emocionales, sociales y funcionales. Asimismo, se analizaron los factores que permiten reconocer el Trastorno Afectivo Bipolar como un padecimiento crónico, destacando la importancia de la continuidad en el tratamiento y la educación sobre la enfermedad. Finalmente, se describieron las formas de intervención para la estabilización del TAB, resaltando estrategias terapéuticas y de apoyo que contribuyen a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

De esta manera, la investigación no solo cumplió con los objetivos planteados, sino que también proporcionó un marco de comprensión integral sobre el TAB, sus implicaciones y las herramientas disponibles para su manejo adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akiskal, H. S. (2007). *Mood disorders: Clinical management and research*. Springer.

Becerra R. C. (2025, septiembre 2). El impacto del trastorno bipolar en la vida cotidiana. Universidad Anáhuac. <https://www.anahuac.mx/mexico/noticias/el-impacto-del-trastorno-bipolar-en-la-vida-cotidiana>

Monroy, P. (2023, octubre 10). La importancia de abordar la salud mental de manera intersectorial. Noticias UdeC. <https://noticias.udc.cl/la-importancia-de-abordar-la-salud-mental-de-manera-intersectorial/>

Cherry, K. (2025, febrero 4). The role of the biological perspective in psychology. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/what-is-the-biological-perspective-2794878>

Cleveland C.(2025, marzo 12). Trastorno bipolar (trastorno maníaco-depresivo). My Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9294-bipolar-disorder>

Coryell, W. (2023, octubre 8). Trastornos bipolares. Manual MSD (versión para profesionales).. https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-bipolares?ruleredirectid=757#Signos-y-s%C3%ADntomas_v47623754_es

- Escuela de Psicología. (2024, agosto 22). *¿Qué es el enfoque sistémico en psicología?* Recuperado el 2 de septiembre de 2025, de <https://eepsicologia.lat/que-es-enfoque-sistemico-psicologia/>
- Acosta, N. (2023, mayo 18). ¿Cómo afecta el trastorno bipolar la vida cotidiana de las personas? Top Doctors. <https://www.topdoctors.cl/articulos-medicos/como-afecta-trastorno-bipolar-vida-cotidiana-personas/>
- Fisac, G., y Pardo, M. (2018, abril 28). La química de los sentimientos y las emociones. Jesuitas Burgos. <https://jesuitasburgos.es/biblioteca/wp-content/uploads/2018/01/SMLa-qu%C3%ADmica-de-los-sentimientos-y-las-emociones.-Gema-Fisac-y-Marina-Pardo>.
- Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. (s.f.). *Teorías psicodinámicas*. Recuperado el 2 de septiembre de 2025, de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/teorias_psicodinamicas_espanol.
- Ghaemi, S. N. (2003). *Bipolar disorder: A practical clinical approach*. Lippincott Williams & Wilkins.
- González, S. (2025, septiembre 2). Historia de la psicología biológica. Portal Psicología. <https://portalpsicologia.org/psicologia-biologica/historia>
- González, A., Vieta, E., y Martínez, M. (2015, mayo 11). Sleep disturbances in bipolar disorder: Clinical implications and treatment strategies. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.060>
- González, A., Vieta, E., y Martínez, M. (2019, octubre 12). Sleep disturbances in bipolar disorder: Clinical implications and treatment strategies. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00501>
- Gómez, S., Hernández, H. E., Givaudan, J., Guerrero, C., Alvarado, P., y Velasco, A. (2022, agosto 19). Importancia del estigma en epilepsia. *Revista de la Facultad de Medicina*. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.6.02SciELO México+1>
- Hospital Clínic Barcelona. (2025, julio 1). *Causas del trastorno bipolar*. Recuperado el 2 de septiembre de 2025, de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-bipolar/causas-y-factores-desencadenantes>
- Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH). Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2025, septiembre 13). *Trastorno bipolar*. Recuperado el 2 de septiembre de 2025, de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar>
- IPSIA Psicología. (s.f.). *Psicólogo Aaron T. Beck, desarrollo de la terapia cognitiva*. Recuperado el 2 de septiembre de 2025, de <https://www.psicologosmadrid-ipsia.com/psicologo-aaron-t-beck-desarrollo-de-la-terapia-cognitiva/>

- Laboratorios Bagó. (s.f.). *Prevalencia elevada de trastornos de ansiedad en pacientes bipolares*. Recuperado el 2 de septiembre de 2025, de <https://www.bago.com.ar/vademecum/bibliografia/prevalencia-elevada-de-trastornos-de-ansiedad-en-pacientes-bipolares/>
- Manber, R., Edinger, J. D., Gress, J. L., Salcedo, M. G., Kuo, T. F., y Kalista, T. (2008). *Principles and practice of sleep medicine*. Elsevier Saunders.
- Manrique, D., & Londoño, P. (2012, noviembre 23). De la diferencia en los mecanismos estructurales de la neurosis, la psicosis y la perversión. *Revista de Psicología*. <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/De-la-Diferencia-en-los-Mecanismos-Estructurales-de-la-Neurosis%2C-la-Psicosis-y-la-Perversi%F3n.htm>
- Martínez, C. (2021, septiembre 29). Trastorno bipolar. *Psiquiatra Cordova*. <https://psiquiatracordoba.es/trastorno-bipolar/>
- Mayo Clinic. (2024, agosto 14). Trastorno bipolar: síntomas y causas. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/bipolar-disorder/symptoms-causes/syc-20355955>
- McIntyre, R. S. (2010, abril 12). Bipolar disorder: A review. *Psychiatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.11.001>
- Morales, G., y Goikolea, J. M. (2011, octubre 20). Aprendiendo a vivir con trastorno bipolar: Guía práctica. *Con Salud Mental*. <https://consaludmental.org/publicaciones/Aprendiendovivircontrastornobipolar.pdf>
- Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Brosson.
- Puentes, Y. (2025, septiembre 2). Emil Kraepelin. *Especialidades*. <https://especialidades.sld.cu/psiquiatria/historia-y-personalidades/emil-kraepelin/>
- Rahmani, R., & Pacheco, L. (2016, noviembre 25). Henri Ey y el organodinamismo. *Lmentala*. https://lmentala.net/admin/archivosboletin/Henri_Ey