



Protocolo de Atención para el Trastorno Bipolar



Protocolo de Atención para el trastorno bipolar

Gloria Andrea Romero Vaca
Yuri Camila Castro Marín

Universidad Cooperativa de Colombia
Práctica Organizacional
Villavicencio, Meta
2020



Contenido

1 INTRODUCCIÓN

- 1 Recomendaciones generales
- 2 Marco legal
- 3 Introducción

2 MARCO CONCEPTUAL

- 5 Etiología
- 6 Síntomas
- 8 Criterios Diagnósticos

3 EVALUACIÓN

- 14 Metodo de evaluación

4 INTERVENCIÓN

- 15 Psicoeducación
- 16 Terapia centrada en la familia
- 16 Terapia cognitivo-conductual
- 16 Terapia de ritmo interpersonal y social

Recomendaciones generales

Se debe considerar que cada uno de los temas tratados en la presente guía de atención clínica se encuentran basados en el DSM-V, el CIE 10 y en diferentes investigaciones. Por lo cual el manejo, evaluación e intervención que se especifican en el protocolo se describen como una generalidad. De manera que resulta importante tener en cuenta que a cada paciente se le debe proporcionar un manejo individual que responda a las necesidades y particularidades que el caso presenta. Adicionalmente se incluye el código F31 que hace referencia al trastorno bipolar como posible RIPS (Registros individuales de prestación de servicios) para el diagnóstico que se basa en el CIE-10. Para la adecuada comprensión del documento algunas palabras se encuentran con abreviatura como es el caso de trastorno bipolar (TB).



Artículo 13

Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.



Artículo 44

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.



Artículo 47

El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

Introducción

El propósito fundamental del presente manual de atención es direccionar a los expertos en salud mental de la ESE SOLUCION SALUD quienes brindan atención clínica a la población que presenta algún tipo de trastorno. A partir de la revisión del documento se pueden adquirir los elementos necesarios para realizar un proceso de evaluación e intervención integral en pacientes con la patología. Los trastornos bipolares son un conjunto de diferentes enfermedades que intervienen directamente de manera extrema en el estado de ánimo y el sufrimiento subjetivo, pueden ser crónicos o episódicos, lo cual lleva a la persona a experimentar desde trastornos de depresión hasta episodios maniacos. El malestar subjetivo genera un alto impacto sobre la función ocupacional, afectando todas las áreas del paciente e impidiéndole que pueda desarrollarse en la vida normal (Martínez, Montalván & Betancourt, 2019).

El trastorno bipolar se caracteriza por el curso clínico y las diversas formas de manifestarse. En las alteraciones del estado de ánimo se puede evidenciar cambios en el nivel de energía y en el desarrollo de las actividades de la vida diaria. El paciente puede presentar episodios depresivos, maniacos e hipomaniacos. Pero además puede estar en determinados periodos eutímico, con o sin la presencia de síntomas interepisódicos. Durante los episodios depresivos se pueden experimentar síntomas atípicos o de melancolía, estos son más frecuentes que en los episodios maniacos. Lo cual genera que el impacto negativo en la vida cotidiana del paciente y del entorno cercano sea mucho más fuerte y duradero. El inicio de la patología puede manifestarse entre la adolescencia tardía y la adultez joven, que es alrededor de los 25 años (Martínez, Montalván & Betancourt, 2019). Todas las personas en algún momento de la vida experimentan altibajos emocionales y estos son completamente normales, el problema radica cuando los cambios en el estado de ánimo van de un extremo a otro.

Existen dos tipos de TB. El trastorno bipolar tipo I (TBI) se manifiesta con la presencia de episodios de depresión, el sujeto se siente triste, indiferente o desesperado y muestra un nivel de actividad muy bajo. Contrario a la manía, en donde la persona puede sentirse muy feliz, irritable u optimista y evidencia un marcado aumento en el nivel de la actividad. El trastorno bipolar tipo II (TBII) esta caracterizado por del desarrollo de hipomanía y depresión. La principal diferencia entre los dos tipos de TB es la severidad en que se presenta. La manía produce impedimento severo en la funcionalidad, además incluye síntomas psicóticos y en los casos mas graves requiere que la persona sea hospitalizada (Martínez, Montalván & Betancourt, 2019).



Etiología

La causa específica del TB aun es incierta, pero puede presentarse como una combinación de factores que contribuyen al desarrollo de la patología, tales como factores genéticos, factores ambientales y las diferencias biológicas. Es probable que la interacción genética de muchos genes inespecíficos para una patología entre sí, eventos estresantes y alteraciones bioquímicas deban producirse para generar el TB (Instituto nacional de la salud mental 2019).

- **Factores genéticos:** Gran parte de los desórdenes mentales (las enfermedades mas complejas) se deben a una combinación de predisposición genética combinada con factores ambientales o del entorno. El TB es mas frecuente en pacientes que tiene un familiar de primer grado de consanguinidad que padece la patología.
- **Diferencias biológicas:** personas con la patología presentan alteraciones en la estructura y función de las principales redes de control emocional en el cerebro.

Síntomas

Según el instituto nacional de la salud mental (2019), los síntomas del TB pueden variar. Una persona que presenta trastorno bipolar puede manifestar episodios maníacos, depresivos, o mixtos. Cada episodio puede aparecer de forma diferente, pero con un factor en común, el cambio en el estado de ánimo es drástico, produciendo síntomas que pueden durar de una a dos o varias semanas. Presentes durante todo el día o en la mayor parte del día e inclusive en algunos casos todos los días. Los sentimientos son fuertes y ocurren junto con cambios en el comportamiento y en los niveles de energía o de actividad. Los síntomas suelen presentarse con una intensidad diferente en cada persona que padece la patología. Si bien los síntomas pueden aparecer a cualquier edad, generalmente es en la adolescencia o poco tiempo después de los 20 años cuando se diagnostica.

La manía e hipomanía son dos tipos diferentes de episodios, pero comparten la misma sintomatología. La manía se presenta con mayor gravedad que la hipomanía, generando cambios abruptos en áreas como la laboral, familiar, personal y social, e inclusive puede llegar a provocar una desconexión de la realidad (psicosis). Los signos y síntomas suelen ser difíciles de detectar especialmente en etapas como la niñez y adolescencia. Esto se debe a lo complicado que resulta detectar si los altibajos que manifiestan son normales por la edad en la que se encuentran o si se deben a algún problema mayor. Los signos más notables del TB en niños y adolescentes pueden comprender cambios importantes en el estado de ánimo que se presentan de manera diferente de los cambios anímicos habituales (Instituto nacional de la salud mental 2019).

**Episodio Maniaco e
Hipomaniaco**

Sentimientos optimistas, euforia, extremadamente irritable o sensible
Sentirse sobresaltado o nervioso, más acelerado que de costumbre
Sentir que sus pensamientos van muy rápido
Disminución en la necesidad de dormir
Fuga de ideas
Apetito excesivo por la comida, la bebida, el sexo u otras actividades placenteras
Pensar que puede hacer muchas cosas a la vez sin cansarse
Sentir que es inusualmente importante, talentoso o poderoso

Episodio depresivo

- Sentimientos de tristeza, decaído o ansioso
- Se siente más lento o inquieto
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Dificultad para conciliar o mantener el sueño
- Habla muy lento, sentir que no tiene nada que decir u olvidar las cosas
- Sentimientos de incapacidad para realizar las tareas de la vida diaria
- Sentimientos de desesperanza.
- Pérdida de interés en la mayoría de actividades

Criterios Diagnósticos

Trastorno Bipolar I

Para un diagnóstico del trastorno bipolar I es necesario que se cumpla los criterios siguientes para un episodio maniaco. Antes o después del episodio maniaco puede haber existido episodios hipomaniacos o episodios de depresión mayor.

Episodio Maníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y esta presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (ej, se siente descansado después de sólo tres horas de sueño)
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencias subjetivas de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia fácilmente a estímulos externos poco importantes o relevantes).
6. Aumento de la actividad dirigida a un objeto (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito o no dirigida a un objetivo)
7. Participación excesiva en actividades que tiene muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (ej, dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej, droga, un medicamento, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de ese trastorno bipolar I.

Episodio Hipomaníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (ej, se siente descansado después de sólo tres horas de sueño)
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencias subjetivas de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia fácilmente a estímulos externos poco importantes o relevantes).
6. Aumento de la actividad dirigida a un objeto (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito o no dirigida a un objetivo)
7. Participación excesiva en actividades que tiene muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (ej, dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

- C.** El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D.** La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
- E.** El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante en el funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición maníaco.
- F.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej, droga, un medica, otro tratamiento).

Episodio de Depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes ha estado presente durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos unos de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (ej, se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (ej, se le ve lloroso). (**Nota:** en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (ej, modificación del más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperando).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o centrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo de miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevar a cabo.

- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Trastorno Bipolar II

Para un diagnóstico del trastorno bipolar I es necesario que se cumpla los criterios siguientes para un episodio maniaco. Antes o después del episodio maniaco puede haber existido episodios hipomaniacos o episodios de depresión mayor.

Episodio Hipomaniaco

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

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

Episodio de Depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes ha estado presente durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos unos de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (ej, se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (ej, se le ve lloroso). (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (ej, modificación del más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperando).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o centrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo de miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevar a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante en el funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej, droga, un medica, otro tratamiento).

Trastorno Ciclotímico

A. Durante dos años como mínimo (al menos un año en niños y adolescentes) han existido numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco, y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.

B. Durante el período de dos años citado anteriormente (un años en niños y adolescentes), los períodos hipomaníacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos.

C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco.

D. Lo síntomas del criterio A no se explican mejor por un trastornos esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej,, una droga, un medicamento) o una afección médica (ej, hipertiroidismo).

F. Los síntomas clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Evaluación

En la fase de evaluación se debe realizar una exploración profunda tanto psiquiátrica como somática. Para ello es necesario que se atienda al paciente en varias consultas, lo cual permitirá llenar a cabalidad la historia clínica, además se podrá conocer mejor la historia evolutiva del trastorno e indagar antecedentes personales y familiares del paciente (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2012)

Se debe evaluar:

- **Evaluación de riesgos:** Pacientes con la patología presentan riesgos frecuentes en el suicidio cuando se da una rotación de manía o hipomanía a depresión. Además, existe el riesgo de autoagresión y hetero agresión (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2012).
- **Evaluación de la salud física:** Las personas con TB presentan morbilidad física y alta prevalencia de enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, enfermedades pulmonares o migraña. Por lo cual es importante evaluar la salud física del paciente (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2012).
- **Evaluación del entorno:** Es necesario conocer las redes de apoyo socio-familiar con las que cuenta el paciente, para facilitar la comprensión de la vivencia subjetiva de la enfermedad (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2012).

Intervención

Psicoeducación

Cuanto más sepa sobre su enfermedad, mejor preparado estará para controlarla. La psicoeducación se basa en este principio dentro de un programa terapéutico bien estructurado, en el cual un profesional formado ofrece información especializada, concebida para reducir tanto la frecuencia como la intensidad de los síntomas.

Hay diferentes formas de psicoeducación: sesiones individuales con un terapeuta; sesiones destinadas específicamente a los familiares; sesiones en grupo, en las que participan varias personas con trastorno bipolar, y sesiones en grupo mixtas, en las que participan varias personas con trastorno bipolar y sus familiares.

En un programa de psicoeducación suelen tratarse los siguientes temas:

- Reconocimiento de las causas y factores desencadenantes de los episodios maníacos y depresivos.
- Detección precoz de los síntomas de la manía y la depresión.
- Estrategias para prevenir los síntomas precoces que desembocan en episodios completos.
- Cómo utilizar los diarios sobre el estado de ánimo para registrar la evolución de su enfermedad.
- El uso de medicamentos.
- Cómo reconocer los efectos secundarios y cómo tratarlos.
- Embarazo y asesoramiento genético.
- Los riesgos de interrumpir el tratamiento.
- Ayuda para evitar el consumo de alcohol y de drogas.
- Ayuda en el establecimiento de un estilo de vida regular.
- Cómo tratar los problemas de sueño - ya sea dormir demasiado o poco.
- Cómo manejar el estrés.
- Ayuda para la resolución de problemas.

La psicoeducación orientada a la familia incluye aspectos tales como la carga económica, social y psicológica que a veces supone el cuidar de una persona con trastorno bipolar.

Terapia centrada en la familia (TCF)

Este tipo de terapia reconoce que el trastorno bipolar puede afectar a familias enteras, no sólo a un individuo de la misma. Se enseñan técnicas a las familias para ayudarles a comunicarse mejor entre sí, afrontar las situaciones difíciles y ofrecerse apoyo mutuo. El objetivo es reducir los niveles de estrés dentro de la familia (los cuales pueden agravar los síntomas del trastorno bipolar) y crear un entorno de apoyo que contribuya a la recuperación del paciente.

Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Consiste en un tratamiento estructurado que tiene como objetivo ayudar a identificar y cambiar patrones de conducta y pensamiento poco saludables, también puede ayudar a identificar qué desencadena los episodios bipolares y aprender estrategias eficaces para controlar el estrés y enfrentar situaciones angustiantes.

La Terapia de ritmo interpersonal y social

El trastorno bipolar altera en muchas ocasiones los patrones de sueño y las rutinas normales de la vida diaria, lo cual, a su vez, puede afectar a las relaciones personales y crear dificultades en la forma en la que vive su vida. Esta terapia tiene como objetivo restablecer esos patrones, haciendo que su vida sea más controlable.

referencias

- Martínez, O., Montalván, O. & Betancourt, Y. (2019). Trastorno bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. Revista médica electrónica. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n2/1684-1824-rme-41-02-467.pdf>
- Otsuka Pharmaceutical Europe y Bristol-Myers Squibb Company. (2011). Aprendiendo a vivir con trastorno bipolar. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Aprendiendovivircontrastornobipolar.pdf>
- Instituto nacional de salud mental. (2019). Trastorno bipolar. NIH Núm. 19-MH-8088S. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar/pdf_19-mh-8088s_159451.pdf
- Asociación americana de psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-5®), 5ª Ed. España: Panamericana.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2012). Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar. Madrid, España: Imprenta Arenas S.L.