

OFICINA DE POSGRADOS

Tema:

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON
TRASTORNO BIPOLAR EN RELACIÓN A SU BIENESTAR PSICOLÓGICO.**

**Proyecto de Investigación y Desarrollo previo a la obtención del Título de Magíster en
Psicología con Mención en Intervención.**

Línea de Investigación:

Salud integral, Determinación social y Desarrollo humano y Salud y grupos vulnerables.

Autor:

Psi. Cl. Carlos David Yanchaliquín Yanchaliquín

Director:

Dra. Johanna Cristina Luzuriaga Mera

Ambato – Ecuador

Febrero 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

TEMA:

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO BIPOLAR EN RELACIÓN A SU BIENESTAR PSICOLÓGICO.

Autor:

Carlos David Yanchaliquin Yanchaliquin

Johanna Cristina Luzuriaga Mera, Ps. Msc.

f. 

CALIFICADOR

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Psi. Msc.

f. 

CALIFICADOR

María Isabel Ramos Noboa, Psi. Msc.

f. 

CALIFICADOR

Padre. Juan Carlos Acosta Tenada, Msc

f. 

DIRECTOR DE POSGRADOS

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f. 

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato-Ecuador

Febrero 2022

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Carlos David Yanchaliquin Yanchaliquin con cédula de ciudadanía N. ° 180345816-3, autor del trabajo de graduación intitulado: “**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO BIPOLAR EN RELACIÓN A SU BIENESTAR PSICOLÓGICO**”, previa a la obtención del título profesional de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN INTERVENCIÓN**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador “PUCE”, de conformidad con el artículo N°144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación “SENESCYT” una copia del referido trabajo de graduación en formato digital para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública considera los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, Sede Ambato, el referido trabajo de graduación, considera políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, febrero 2022



Carlos Yanchaliquin

CI. 1803458163.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre y su lucha constante de todos los días, a mis hermanas que están ahí, desde lejos, acompañado todos mis sueños y locuras, y a mis sobrinos que son la demostración de un amor sincero.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es diseñar una propuesta de intervención en personas diagnosticadas con trastorno bipolar de la Clínica “Nuestra Señora de Guadalupe” de la ciudad de Quito, la metodología a utilizar, es mixta, de diseño exploratoria secuencial, con la utilización de instrumentos psicológicos, como la observación, entrevistas semiestructuradas, y la escala de bienestar psicológico, con los datos de la observación, se muestra que acuden el 24 % son hombres y el 76 % equivale a mujeres, las personas que asisten a la consulta externa de psicología y psiquiatría son personas adultas entre 25 y 59 años, la mitad de los pacientes contaban con un grado superior de instrucción, en la ficha de observación los resultados son que las personas tomaron la decisión de considerar los medicamentos posiblemente debido a la presencia de efectos secundarios; Los diagnósticos que más predominaron son “Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado” y el “Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente”. Los participantes de esta investigación, se aplicó la escala de “Bienestar Psicológico de Ryff”, este instrumento consta de 6 subescalas, para evaluar la asociación de las variables y el diagnóstico definitivo y preventivo, se realizó la prueba chi-cuadrado y adicional a ello, se calculó la correlación de Spearman para medir su grado de asociación como resultado que: Las variables “Relación Con Superiores” y “¿Con Quién Vive?” tienen relación con el “Diagnóstico Definitivo”. Las variables “Etnia”, “Estado Civil”, “Relación de Compañeros” y “Red de Apoyo” tiene relación con el “Diagnóstico Prevención”

Palabras clave: Intervención, personas, bienestar psicológico; trastorno bipolar.

ABSTRACT

The objective of this study is to design an intervention proposal for people diagnosed with bipolar disorder at "Nuestra Señora de Guadalupe" Clinic in the city of Quito. The methodology to be used will be an exploratory sequential mixed design, with the use of psychological instruments, such as observation, semi-structured interviews, and the psychological well-being scale. With the observation data, it is shown that 24% are men and 76% are women, the individuals who attend the psychology and psychiatry outpatient clinic are adults between 25 and 59 years old, half of the patients have a higher level of education, in the observation sheet the results are that people made the decision to abconsideran the drugs possibly due to the presence of side effects. The most predominant diagnoses were "Bipolar Affective Disorder, Mild or Moderate Present Depressive Episode" and "Bipolar Affective Disorder, Present Mixed Episode". The participants of this research applied the "Ryff Psychological Well-being" scale, this instrument consists of 6 subscales; to evaluate the association of the variables and the definitive and preventive diagnosis, the chi-square test was performed and in addition to this the Spearman correlation was calculated to measure the degree of association, giving as a result that: The variables "Relationship with Superiors" and "With whom do you live?" are related to "Definitive Diagnosis". The variables "Ethnicity", "Marital Status", Partner Relationship " and "Support Network" are related to the "Prevention Diagnosis". Keywords: intervention, individuals, psychological well-being; bipolar disorder. "

Keywords: Intervention, individuals, psychological well-being; bipolar disorder.

ÍNDICE

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Descripción clásica.....	3
1.3 Trastorno bipolar tipo I.....	3
1.4 Trastorno bipolar tipo II	4
1.5 Trastorno ciclotímico	4
1.6 Ciclación rápida.....	4
1.7 Ciclotimia.....	4
1.8 Fase de hipomanía	4
1.9 Evaluación	7
1.10 La entrevista clínica.....	7
1.11 Evaluación psiquiátrica	7
1.12 Tratamiento Psiquiátrico	10
1.13 Tratamiento psicológico	11
1.14 Tipos de psicoeducación	12
1.15 Bienestar Psicológico	12
1.16 Modelo del bienestar psicológico.....	13
1.17 Terapia cognitiva conductual	17

1.18	Técnicas cognitivo conductual	17
1.19	Activación conductual	18
1.20	Psicoeducación	19
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO		21
2.1	Metodología de la investigación.....	21
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		26
3.1	Análisis de las evaluaciones psicológicas	26
3.2	Análisis descriptivo de la ficha de observación	26
3.3	Análisis descriptivo de datos sociodemográficos.....	26
3.4	Análisis cualitativo de la entrevista semiestructurada.....	29
3.5	Análisis de datos sociodemográficos	31
3.6	Análisis de los resultados de las Escalas de Bienestar Psicológico de Carol Ryff	38
3.7	Análisis de la dominancia de los afectos positivos y negativos según las dimensiones de la escala de bienestar psicosocial.....	43
3.8	PROPUESTA.....	44
3.9	Psicoeducar a paciente bipolares	44
3.10	Ventajas de la técnica psicoeducativa	44
3.11	Propuestas teóricas	45
3.12	Psicoeducación	45
3.13	Terapia familiar y terapia marital.....	45
3.14	Terapia focalizada en la familia (TFF).....	45
3.15	Terapia interpersonal y del ritmo social	46
3.16	Terapia cognitivo condutal.....	46
3.17	Propuesta de intervención	46

3.18	Ejecución de la propuesta.....	47
	CONCLUSIONES.....	58
	RECOMENDACIONES	62
	Biografía	63
	ANEXOS.....	71
	ANEXO 1: Consentimiento informado	71
	ANEXO 2: Ficha de observación	73
	ANEXO 3: Entrevista semi-estructurada	75
	ANEXO 4: Escala de bienestar psicológico de RYFF (1995).....	80
	ANEXO 5: Acuerdo de confidencialidad por acceso a información en temas relacionados a salud	85

INDICES DE TABLAS

Tabla 1.- Clasificadores Dsm-V.....	5
Tabla 2.-Tastarnos bipolares y trastornos relaciones a otra enfermedad medica	6
Tabla 3.-Descripción de cuadros prodrómicos de las fases maniacas y depresivas.....	8
Tabla 4.-Manifestaciones prodrómicas de las fases de manía e hipomaniacas	9
Tabla 5.-Dimensiones del bienestar psicológico de “carol ryff”	15
Tabla 6.-Principios y estrategias de la terapia cognitivo condutal	19
Tabla 7.- Baremos de los rangos del bienestar psicológico	25
Tabla 8.-Datos sociodemográficos	26
Tabla 9.- Análisis de ficha de observación	28
Tabla 10.- Entrevista semiestructurada contrastes de variables.....	31
Tabla 11.- Prueba de independencia y correlación de la entrevista semiestructurada.....	36
Tabla 12.- Escala de bienestar psicológico carol ryff.....	38
Tabla 13.-Prueba de independencia y correlación de dimensiones vs diagnóstico	42
Tabla 14.- Bienestar psicológico	43

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación busca analizar las estrategias terapéuticas en el trastorno bipolar, en la análisis y la búsqueda de información hasta el momento , no se han encontrado datos estadísticos relevantes sobre la salud mental en el país, se ha obtenido información del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, refiere que en el año 2016 fueron atendidos cerca de 245.188 pacientes con trastorno de salud mental y de estos el 17.3 % corresponde a trastorno del humor, incluido la Bipolaridad no hay estudios en el área de la psicología que investiguen temas clínicos de patologías recurrentes, que se presenta en la consulta aun, cuándo, se evidencia la presencia de alteración en esta área.

Este estudio es importante para ampliar el estado del arte y permitir el acceso a futuros procesos de diagnósticos e intervención, esta investigación tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención en personas diagnosticadas con trastorno bipolar de la “Clínica Nuestra Señora de Guadalupe” mediante estrategias cognitivo conductuales para favorecer su Bienestar Psicológico, la metodología, que se utilizara es mixta, el diseño, es exploratorio secuencial (dexplos) la modalidad comparativa, la primera etapa es cualitativa en la recolección de datos médiate entrevista semiestructuradas, la segunda fase es cualitativa aquí, se aplicara la escala de Bienestar Psicológico, los descubrimientos de ambas etapas ,se comparan e integran en la interpretación; y elaboración del reporte del estudio. Se espera efectuar un programa de intervención en las personas con trastorno bipolar y la relación con el bienestar psicológico de las personas que son atendidos en la consulta externa de la Clínica Nuestra Señora De Guadalupe con respecto a las variables de interés.

La Clínica Nuestra Señora de Guadalupe es una institución que presta servicios integrales en en el campo de la “Salud Mental” tanto en consulta externa como hospitalización. Durante el año 2019 esta clínica atendió a 6.255 personas con trastornos mentales de diferentes patologías (Oña, 2019). Cerca del 2 % presentaron trastorno bipolar y Trastornos Relacionados (American Psychiatric Association, 2014).

En consulta externa, se han realizado observaciones preliminares y observaciones sistematizadas con las personas que están diagnosticados con trastorno bipolar, de estos datos los resultados obtenidos son: abandonar los procesos terapéuticos, poca adherencia a los procesos terapéuticos, poca aceptación de su médico tratante, entre otros.

En el proceso sistemático, se ha identificado que los niveles del bienestar psicológico, autoaceptación, relaciones no adecuadas con la familia, pareja, hijos, amigos, se presenta en niveles muy bajos, con esta investigación, se procura buscar e implantar estrategias de intervención para mejorar el bienestar psicológico.

La bipolaridad es uno de los problemas más graves en el ámbito de la salud pública que está enfrentado la sociedad en este siglo, la característica particular en el estado de ánimo que generan sufrimiento subjetivo a las personas que lo padecen (Martinez-León, Garcia-Rincon, Valencia, Barreto, Alfonso, Quinero, Roncancio, Parra, 2016)

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) en lo, que se refiere a la morbilidad, que se presenta a nivel mundial de las enfermedades, este trastorno ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos psiquiátricos, representa una de las enfermedades más comunes, y severas.

Esta patología afecta al estado del ánimo normalmente, se desarrolla a una edad temprana, la brecha de la aparición de los síntomas iniciales y la instauración del diagnóstico provoca una alteración a nivel bio-psicosocial, se considera un desconocimiento general de la enfermedad (J. Cabrera y Horwitz, 2018)

Se considera que en la juventud es la edad de inicio variar, cerca del 50% de los casos, se han diagnostican antes de los 25 años de edad el curso de los episodios, se modifican ampliamente desde días hasta meses, por lo general los estados depresivos suelen presentarse mucho más largos, y frecuentes que las etapas etapas maniacas (Ríos-Flores y Escudero-Corrales, 2017).

(Martínez, Montalvan y Betancourt, 2019) Refiere que a nivel mundial la prevalencia de la enfermedad, se presenta en la juventud entre los 20 a 30 años de edad aproximadamente, éstas varían, si bien las manifestaciones clínicas, se confunden con episodios depresivos no diagnosticados.

Hipótesis de trabajo:

Las personas diagnosticadas con trastorno bipolar, no muestran diferencia en la percepción de su bienestar psicológico

Objetivo General

Diseñar una propuesta de intervención en personas diagnosticadas con trastorno bipolar de la Clínica “Nuestra Señora de Guadalupe” de la ciudad de Quito, mediante la aplicación de estrategias cognitivo conductuales para favorecer su bienestar psicológico.

Objetivos Específicos

1. Evaluar los niveles de bienestar psicológico en personas diagnosticadas con Trastorno Bipolar.
2. Analizar la percepción de bienestar psicológico que tienen las personas con Trastornos Bipolar.

El presente estudio, se enfoca en la línea de salud integral, determinación social desarrollo humano salud y grupos vulnerables, la metodología, es mixta para responder los objetivos como la hipótesis, el diseño exploratorio, de modalidad comparativa este estudio, se enmarca en la primera etapa, es cualitativa en la recolección de datos mediante la entrevista semiestructuradas, la segunda etapa es cuantitativa donde, se aplicó la escala.

Se tomaron en cuenta a 50 personas con diagnosticadas de bipolar que asisten a consulta externa de la “Clínica Nuestra Señora de Guadalupe”, a esta muestra, se aplicó la entrevista semiestructurada posterior, se aplicaron la Escala de Bienestar Psicológico Ryff, adapta por Sánchez-Cánovas, consta de 39 ítems, medir el grado de bienestar psicológico, elevado, alto, moderado, bajo, este instrumento consta de seis escalas, como son Autoaceptación, dominio del entorno, relaciones positivas, crecimiento personal, autonomía, propósito en la vida.

Este trabajo de investigación se desarrolla por secciones, en el capítulo uno consta la fundamentación teórica de las variables. Dentro del capítulo dos la metodología de la investigación, modalidad, alcance, en el capítulo tres se expone los resultados alcanzados a partir de los objetivos propuestos en base a análisis estadísticos descriptivos y correlacionales para, finalmente generar la propuesta, las conclusiones relevantes alcanzadas y recomendaciones según sea el caso.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1 Introducción

En la búsqueda de información hasta el momento, no se han encontrado datos estadísticos relevantes sobre la salud mental en Ecuador. La información del “Ministerio de Salud Pública” (MSP,2016). Refleja que fueron atendidos cerca de 245.188 pacientes con trastornos de salud mental, cerca del 17.3 % corresponde a trastorno del humor, incluido la bipolaridad.

La “Organización Mundial de la Salud” (OMS,2018). Afirmó que cerca de 300 millones de personas a nivel mundial padecen de depresión, 60 millones presentaron trastornos bipolares (Rocha, 2019).

Respecto al trastorno bipolar hace referencia la “Organización Panamericana de la Salud” (OPS) y OMS, menciona que alrededor del 1.5 % de personas presenta discapacidad en Salud Mental, es el trastorno bipolar una causa significativa de la misma, en Sudamérica la tasa de fallecidos por esta causa es elevada.

Los cuadros clínicos varían de acuerdo a la sintomatología, depende de los episodios, las fluctuaciones de estado de ánimo van desde leves a moderadas, los síntomas van ir evolución de estados depresivos a fases maniacos severas; estos llevan a situación complicadas de la vida como al suicidio, a la ruina social económica y familiar, o la discapacidad si estos, no se tratan a tiempo los resultados son una agudización de la patología, ocasionado disfuncionalidad leve, o el deterioro completo de las persona (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Al respecto conviene decir que en el país el trastorno bipolar es una patología recurrente crónica, que necesita ser atendida en todos los campos, es una enfermedad cíclica, que se presenta en episodios cortos o largos, estos cambios son inusuales con fluctuaciones en el estado de ánimo en: episodios depresivos, maniacos e hipomaniacos (Alonso-Lana, 2016).

Martínez et al., (2019) refiere que el trastorno bipolar presenta un conjunto de tipologías particulares en el estado de ánimo, estas generan sufrimiento subjetivo a las personas que padecen la enfermedad como el entorno de la persona que presenta esta enfermedad (p, 468).

Sobre la morbilidad relacionada con el trastorno bipolar es importante conocer que cerca de 400 millones de personas a nivel mundial presentan enfermedades relacionadas con la salud mental, de este número, se estima que cerca de un millón de personas, se suicidan anualmente, el trastorno afectivo bipolar, se encuentra en el sexto puesto entre todos los trastornos psiquiátricos, este trastorno representa una de las enfermedades más frecuentes, cíclicas, severas y persistente (Martínez et al., 2019). Con respecto al curso de la enfermedad, se reportan altos índices de morbilidad y mortalidad vinculados a los síntomas presentes en los diferentes episodios, particularmente en las fases mixtas o depresivas (Rios-Flores y Escudero-Corrales, 2017)

A nivel mundial la prevalencia de la enfermedad es principalmente en la juventud, entre los 20 a 30 años de edad, aunque esto varía. Si bien las manifestaciones clínicas, se confunden con episodios depresivos no diagnosticados, dentro de los estudios epidemiológicos realizados, se calcula que cerca del 10% de personas que han presentado cuadros depresivos, desarrollan algunas de las variantes de Trastorno Bipolar (Martínez et al., 2019).

La bipolaridad, es de origen netamente biológico pues, se presentan alteraciones desde la genética; en investigaciones sugieren, que se hereditaria pero no es imperativo que sea heredado por cada miembro de la familia, como versa Zubrycki. Algunos estudios de gemelos idénticos han revelado que incluso considera un gemelo presenta el trastorno bipolar, es posible que el otro gemelo no lo tenga, las personas con antecedentes familiares de trastorno bipolar no presentan episodios o síntomas de la enfermedad (Zubrzycki, 2018, pp.3-8).

Acerca de las alteraciones neurofuncionales del trastorno afectivo bipolar es importante conocer que más allá de obedecer al contenido de los pensamientos y las emociones conviene pensarse, como efecto directo de la alteración de la homeóstasis cerebral en los circuitos límbicos y sus proyecciones dentro y fuera del sistema nervioso (Rios-Flores y Escudero-Corrales, 2017).

Se menciona que el sistema límbico dentro de su función principal es el manejo de los estados emocionales del ser humano, se lo considera como “el cerebro emocional”, debido a , que es parte del control de la emociones, motivaciones, e iniciativa y juega un papel importante en los procesos cognitivos (Gamarra y Velarde, 2017).

Particularmente en las redes sinápticas hipotalámicas-pituitarias-tiroideas e hipotálamo-pituitarias- adrenales; el desarrollo de la sintomatología característica del trastorno bipolar es propio de alteraciones en la química cerebral, principalmente en torno a la serotonina, dopamina y oxitocina, y las síntesis de enzimas y neurotransmisores derivados de estas sustancias, llegan han considera y a comprometer el funcionamiento de la acetilcolina y su acción sobre la memoria y el aprendizaje (Rios-Flores y Escudero-Corrales, 2017).

Con lo anteriormente menciona, se indica que la causa principal del trastorno bipolar es siempre biológica, los factores psicológicos y sociales influyen en el trastorno bipolar como disparadores de algún episodio; entre estos factores están el estrés acontecimientos vitales negativos o positivos. Todos estos aspectos juegan un papel importante como factores desencadenantes de un episodio, el consumo de sustancias blandas y duras, enmascara los síntomas físicos y conductuales, estos son factores que disparan los episodios depresivos o maniacos.

Con este análisis hay que tener en cuenta que la bipolaridad es un tema de vital importancia, con muchas aristas presentes, la psiquiatra maneja criterios de diagnóstico en cada una de las fases de la enfermedad, es necesario desarrollar la clasificación del trastorno bipolar considerar su conceptualización inicial y la evolución de los estudios de esta enfermedad.

1.2 Descripción clásica

El en siglo IXI la definición clásica era “trastorno maníaco-depresivo o psicosis afectiva”, se consideran los criterios de los episodios, tanto depresivo como maniacos, o síndromes completos, que cursan la mayor parte de su vida (American Psychiatric Association, 2014).

1.3 Trastorno bipolar tipo I

En este cuadro, se espera, que se dé una subida o un período maníaco que ha durado aproximadamente una semana en algunas personas, se presentan fases maniacas, acompañadas de delirios y alucinaciones auditivas y visuales (Benabarre,Vieta, Perrino,González-Pinto,Garcia,y Sarramea, 2009). Los que padecen este trastorno solamente en fases maniacas, con la presencia de etapas de depresión (Suárez-Vergne, 2019).

Este tipo de trastorno ya, no se considera una patología leve, debido a la duración e intensidad de los episodios, se consideran el alto impacto en su funcionalidad social, laboral y familiar (Morrison, 2014).

1.4 Trastorno bipolar tipo II

En esta fase la depresión mayor es un indicador importante para ser considerado, esta presenta síntomas maníacos moderados (llamados hipomaniacos) no requieren necesariamente ser hospitalizados (Suárez-Vergne, 2019).

1.5 Trastorno ciclotímico

Este cuadro clínico, se observa alrededor 2 años entre episodios depresivos, e hipomaniacos, si llegar a un estado depresivo mayor o a una manía, regularmente, se presenta en adultos (Martínez et al., 2019).

1.6 Ciclación rápida

Esta fase suele aparecer de forma tardía, se da con mayor frecuencia en mujeres, bipolares tipo II, es la forma de inicio de un episodio depresivo (Perez et al., 2018)

1.7 Ciclotimia

Es un trastorno poco habitual en el estado de ánimo, son tan intensos como el tipo I y el tipo II, la ciclotimia lo desarrollan en trastorno bipolar completo según su intensidad y duración (Suárez-Vergne, 2019).

Los signos y síntomas de la manía, se presenta la mayor parte del día y durante al menos una semana, las señales frecuentes son estado de ánimo expansivo, en otros caso irritable, su actividad y energía es elevada, pérdida de sueño, incremento exagerado de su autoestima, verbosidad, agitación psicomotriz y conductas de riesgo; casi siempre en esta fase es necesaria la hospitalización, en la fase de manía, se acompaña por síntomas psicóticos (Yatham, Kenned, y Berk, 2018).

1.8 Fase de hipomanía

Diferenciada por el tiempo de duración de los síntomas, se mantienen al menos durante cuatro días y en la misma intensidad, sin necesidad de ser hospitalizado (Rios-Flores y Escudero-Corrales, 2017).

En el siguiente apartado, se hace una recopilación del trastorno afectivo bipolar centrado en el Manual “DSM-V, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014a).

Con lo anteriormente descrito, se presenta la siguiente la siguiente tabla de los clasificadores.

Tabla 1.- Clasificadores DSM-V

Detalle	Códigos
Leve	296.41-F31.11
Moderado	296.42-F31.12
Grave	296.43-F31.13
Con características psicóticas	296.44-F31.2
En remisión parcial	296.45-F31.73
En remisión total	296.46-F31.74
No especificado	296.40-F31.9
Episodio hipomaníaco actual o más reciente	296.40-F31.0
En remisión parcial	296.45-F31.71
En remisión total	296.46-F31.72
No especificado	296.46-F31.9
Episodio depresivo actual o más reciente	
Leve	296.51-F31.31
Moderado	296.52-F31.32
Grave	296.53-F31.4
Con características psicóticas	296.54- F31.5
En remisión parcial	296.55 -F31.75

En remisión total	296.5-F31.76
No especificado	296.50 -F31.9
Episodio no especificado actual o más reciente	296.7-F31.9
Trastorno bipolar II	296.89-F31.8.

Fuente: tomado de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014p-71-102)
Autoría propia.

En el proceso es menester especificar los, episodios actuales o más reciente: hipomaníaco, depresivo, en los criterios para un episodio del estado de ánimo: Como en remisión parcial y total considera la gravedad, se cumplen con todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: leve, moderado, grave, trastorno ciclotímico (Pichot,Lopez-IboryValdes, 2014p.395).

En el diagnóstico es importante considerar el uso de sustancias, en fase de intoxicación, o abstinencia (American Psychiatric Association, 2014).

Las enfermedades médicas afectan el estado de ánimo, por lo que es necesario comprender y considerar el siguiente diagnóstico;

Tabla 2.-*Tastarnos bipolares y trastornos relaciones a otra enfermedad medica*

Con características maníacas	(F06.33)
Con episodio de tipo maníaco o hipomaníaco	(F06.33)
Con características mixtas	(F06.34)
Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado	F31.89)
Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado	(F31.9)

Fuente: tomado Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2014) Autoría propia.

Desde los críticos de diagnóstico es necesario que cumplan con los síntomas de cada una de las categorías, considerar los episodios desde la hipomanía, manía, episodios depresivos graves.

1.9 Evaluación

En el proceso de valoración y diagnóstico, se exige una completa anamnesis, evaluación, exploración tanto psiquiátrica como somática, valorar los síntomas, es necesario considerar varias entrevistas para conocer la historia de vida, y como ha evolucionado el trastorno, ampliar el conocimiento de antecedentes personales familiares, la evaluación de la duración y frecuencia de los síntomas, considerar la utilización de los manual de diagnósticos de enfermedades, de esta forma, se llegar a concluir si cumple los criterios de diagnósticos para determinar si sufre el trastorno bipolar.

1.10 La entrevista clínica

Es el principal instrumento en la práctica psiquiátrica, esta presenta muchas diferencia de la entrevista médica (Vidal., 2009).

1.11 Evaluación psiquiátrica

Recolección de signos y síntomas, que se presentan en el paciente con intensidad y duración, el médico Psiquiatra evalúa, diagnostica según los criterios establecidos desde el modelo medicó (Morrison, 2014).

Desde la psicología clínica, se parte desde el proceso de evaluación clínica, este procedimiento inicia con la recolección e indagación de la demanda de la persona, con esta información, se busca conocer al individuo, en todos sus entornos, se logra comprender su situación actual, en las evaluaciones, se utilizan una serie de técnicas y herramientas clínicas (Jorge-Elizabeth, 2018).

La entrevista clínica, se presentan en tres momentos:

- Observación clínica
- Generación de hipótesis
- Determinar el diagnóstico respectivo

En las entrevistas clínicas, se presentan en fases o momentos:

- Solicitar consulta con el especialista de salud mental
- Primera entrevista clínica

- Planteamiento de hipótesis
- Estrategias técnicas para el diagnóstico
- Revisión de teórica e ejecución de la técnica más adecuada a la persona (Jorge-Elizabeth, 2018).

Un diagnóstico cumple etapas para llegar a una conclusión, con esto, se plantea procesos terapéuticos adecuados; es necesario llevar un registro de estado de ánimo, instrumento, que se utiliza para identificar las características del ánimo el sueño, y los factores estresantes del paciente.

El registro de ánimo ayuda a mantener una evaluación y el tratamiento más adecuado (Cabrera, 2018).

En el siguiente punto es importante diferenciar las fases de cada uno de los episodios, que se presentan, en la tabla, se muestra los síntomas de las fases maniaca y episodios depresivos.

Tabla 3.-Descripción de cuadros prodrómicos de las fases maniacas y depresivas

Episodio maníaco	Episodio depresivo
Optimista	Sentirse muy decaído, triste o ansioso.
Eufórico	Apreciar más lento e inquieto.
Extremadamente irritable	Insomnio de conciliación y mantenimiento
Taquipsiquia	Cambios en los horarios de despertarse o de dormir.
Frecuentemente verborrea	Hablar muy despacio, sentir que no tiene nada que decir u olvidar muchas cosas.
Periodos de hiperfagia.	Perder el interés en casi todas las actividades.
Lívido elevado	Sentirse sin esperanza o que no tiene valor.
Aumento de la autoestima	Pensar en la muerte o el suicidio.

Fuente: tomada de caballo (2007). Autoría propia.

Tabla 4.-Manifestaciones prodrómicas de las fases de manía e hipomaniacas

Hipomanía	Manía
Duerme menos de siete horas	Discute con más facilidad
Aumenta las horas o la intensidad del ejercicio	Habla más alto o más rápido
Aumenta el consumo de tabaco y/o café	Irritable
Empieza a consumir alcohol (incluido en pequeñas cantidades)	Tiene ganas de hacer más cosas de las que no está acostumbrado a realizar
Más hablador, verborreico	Seductor, seductora
Mayor gasto de dinero	Inicia nuevos proyectos
Inicia conversaciones con desconocidos.	

Fuente: tomada Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2002) Autoría propia.

Los científicos mencionan que no hay una causa única, la eventualidad de los factores genéticos, ambientales, ejercen simultáneamente para que, se manifieste el trastorno (Velayos, Jiménez,García, Ladera, y Pera, 2015)

El trastorno bipolar, se caracteriza por fluctuaciones del estado de ánimo, los factores ambientales son los que desencadenan en episodios, o recaídas, dentro de los principales disparadores encontrar a.-

- No se acatan a la toma de la medicación. - al suspender la toma de los fármacos por la falsa creencia de estar bien, el paciente deja la medicación y esto desemboca en una recaída en meses o días.
- Consumo de sustancias alcohol drogas. – el uso de cualquier sustancia conduce a enmascarar los síntomas, o generar una patología dual.
- Los problemas familiares, pareja, laborales, o alguna situación que le generen estrés la persona no los controla, se presentan los episodios del trastorno bipolar.

- La resistencia terapéutica. - conductas y actitudes de rechazo u oposición frente al tratamiento.

1.12 Tratamiento Psiquiátrico

El tratamiento en el trastorno bipolar inicia con la farmacoterapia, incluidos tratamientos psicológicos, procesos de psicoeducación grupal e individual, terapia familiar con proceso de psicoeducación.

El trastorno bipolar como, se menciona anteriormente consiste en una patología, crónica, cíclica y recurrente, el procedimiento de la farmacoterapia, las recomendaciones más comunes, se basan en la primera, segunda, y tercera línea (Yatham L. et al., 2018).

El tratamiento farmacológico es necesario para alcanzar la estabilidad de las personas que presentan esta patología, con la disminución de los síntomas, se llega a un estado eutímico, con la finalidad que la persona mantenga una calidad de vida adecuada y en equilibrio su función psicosocial.

Los medicamentos utilizados en el trastorno bipolar, en fases depresivas, maníacas e hipomaniacas, estos medicamentos, se denominan estabilizadores del estado, generalmente, se manejan con:

- carbonato de litio
- ácido valproico
- lamotrigina.

En el proceso, se utilizan los antipsicóticos:

- Olanzapina
- Quetiapina
- Ziprasidona.

El tipo de medicación y de la adherencia que el paciente tenga a los procesos terapéuticos, se presentan algunos efectos adversos y efectos secundarios que son temporales. Estos requieren

la atención de psiquiatría para que regule la medicación, o hacer cambios de dosis; en este sentido los síntomas más comunes son:

	Síntomas
Efectos frecuentes con la toma de medicación	Nauseas
	Vómitos
	Diarrea
	Dolor y distensión abdominal
	Cefalea
	Temblor
	Hipotiroidismo
	Aumento de peso
	Caída de cabello

(Velayos Jiménez et al., 2015).

1.13 Tratamiento psicológico

Desde la psicología el tratamiento inicia con el método y la técnica de psicoeducación, esto busca proporcionar a los individuos diagnósticos con este trastorno, y a sus familiares la información sobre la patología, se busca dar a conocer como es la enfermedad para disminuir las recaídas, considerar la necesidad de internamiento en una institución de salud.

Desde la perspectiva historia, conviene decir que la psicoeducación generalmente , se ha considerada un componente del tratamiento en la psicoterapia (Lana, Scneider,y Lemos, 2008). El objetivo importante es lograr que las personas aprendan a manejar la enfermedad de una manera adecuada, donde reconozcan los síntomas prodrómicos, desarrollar la capacidad

autónoma de contactarse con el Médico Psiquiatra considera la hospitalización por la agudización de los síntomas por una de sus fases (Michel-Bourin, 2018).

Los posibles riesgos en la psicoeducación es que la personas con trastornos agudos, se sugestionan debido a la información , el aprendizaje meticuroso de la enfermedad llegar a estresar al paciente y a sus familiares (Cabrera y Horwitz, 2018).

1.14 Tipos de psicoeducación

Psicoeducación individual: El proceso lo maneja la persona a su a su propia velocidad (Saito-tanji,Tsujimoto,Taketani,Yamamoto,y Ono, 2016).

Psicoeducación grupal: Se refiere a la intervención con personas con el mismo diagnóstico donde, se detectan las necesidades del grupo para esto, se respalda en un modelo compuesto por:

1. Estilo de vida
2. Hábitos saludables
3. Detección prodrómicos
4. Intervención farmacológica,
5. Cumplimiento del tratamiento (cabrera y horwitz, 2018).

En función de lo planteado, el ampliar el estado del arte de este estudio que busca establecer nuevos procesos de intervenciones no centradas en el diagnóstico sino en la persona.

1.15 Bienestar Psicológico

El bienestar, se lo define desde la construcción teoría que presenta tres características subjetivas, sociales, comportamentales, cada una de ellas están afines a la “salud mental”, estas guían a los individuos a manejarse de un modo positivo, busca considerar el desarrollo de las capacidades personales, para lograr un vida de satisfacción (Sánchez,Anaya,y Iguarán, 2020)

El bienestar psicológico, se ha contextualizado en dos conceptos en el bienestar hedónico y el bienestar eudaemónica; El bienestar hedónico, se relaciona con el concepto felicidad este, se vincula con el bienestar subjetivo. Por su parte el bienestar eudaemónica ha sido relacionado con el desarrollo del potencial humano. Estos dos conceptos están vinculados con el estudio del bienestar psicológico (González,Quintero,Veray,y Rosario, 2016).

El bienestar, se define en las vivencias positivas, considera que la flexibilidad psíquica son las que permiten disfrutar de la existencia y sobrevivir al dolor (Contreras y Esguerra, 2006). Cada persona posee rasgos positivos, se busca optimizar el estilo de la vida, así disminuir la psicopatología.

La definición etimológica de la palabra bienestar la cual, se divide en dos términos: “bien” y “estar”, provenientes “del latín” “bene” y “stare” respectivamente “bien estar”. Esto denota un buen estado, la conclusión es lograr un estado óptimo de manera integral (Merino, 2019).

Definir el concepto de salud mental en términos positivos implica un estado emocional positivo, y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos, y los demás, poseer expectativas de un futuro positivo y, en general, un modo adaptativo de interpretar la realidad. Pero , supone disponer de recursos para afrontar adversidades y, aún más importante, para desarrollarnos como seres humanos (Vázquez, Hervas, Rohana, y Gómez, 2008).

Desde la teoría de la psicología positiva este estudio, se centra en la identificación y aplicación de estrategias intervención en personas diagnosticadas con trastorno bipolar, en relación a su bienestar psicológico. Se espera que tenga un impacto social positivo, que no solo permita dejar de definir a una persona por su diagnóstico, si no de la estructura de nuevos procesos para alcanzar crecimiento personal, estabilidad emocional y mejorar la calidad de vida.

1.16 Modelo del bienestar psicológico

El estudio, se centra en la teoría Multidimensional de Carol Ryff, la principal autora que desarrolla la idea sobre el bienestar psicológico, quien fue la pionera en desarrollar el “modelo multidimensional” que consiste en seis dimensiones donde interactúan diferentes componentes (Muñoz, 2019).

La mayor exponente de este modelo es la Autora “Carol Ryff”, quien incorporar conceptos que han sido estudiados anteriormente sobre el bienestar psicológico, donde plantea un guía sobre estos temas, la poca articulación con los conceptos eudaimónica, que incluyen definiciones como la “autorrealización”, el crecimiento personal, potenciar las aptitudes individuales (Rodríguez y Quiñones, 2012).

La psicóloga Carol Ryff, catedrática en la *University of Pennsylvania* directora del *Institute of Aging*, fue quién planteo el tema sobre el “Bienestar Psicológico”, quien diseño una test constituida por 6 escalas o dimensiones, consta de baremos para interpretar el instrumento (Muñoz, 2019).

Las dimensiones planteadas por Ryff, se las contextualizan de la siguiente manera:

La autoaceptación: Hace referencia que los individuos, se conciben bien consigo mismos, conscientes de sus limitaciones.

1. Dominio del entorno: Capacidad para organizar espacios adecuados para sí mismo, guiar de una manera adecuada su vida.
2. Relaciones positivas: Corresponde a mantener un nexo de confianza con otros. Esta escala valora las destrezas de sustentar relaciones sociales de calidad.
3. Crecimiento personal: Se refiere al desempeño óptimo, se adaptan a todas sus potencialidades para crecer como persona.
4. Autonomía: Corresponde a niveles de presión social, donde el individuo tiene la capacidad de autorregular su comportamiento.
5. Propósito en la vida: hace referencia al potencial de la persona para definir sus objetivos de vida (Barrientos,Doner París,y Burgos, 2017).

En la tabla siguiente tabla, se detalla el nivel óptimo y el nivel deficitario de las personas que presentan un bienestar psicológico, según el modelo de Carol Ryff.

Tabla 5.-Dimensiones del bienestar psicológico de “Carol Ryff”

DIMENSIÓN	NIVEL ÓPTIMO	NIVEL DEFICITARIO
AUTOACEPTACIÓN	Control y competitividad Sacar provecho de oportunidades Facultad de establecer, y optar por nuevos contextos.	Emociones de desamparo, creencia de descontrol
DOMINIO DEL ENTORNO	Desarrollo constante Progreso de sí mismo Abierto a nuevas experiencias Capacidad de valorar progresos propios.	Sensación de no aprendizaje impresión de no mejora, no transferir logros pasado al presente Sentirse estancado
RELACIONES POSITIVAS	Propósito de vida Llevar un rumbo El pasado y el presente poseen sentido	Impresión de no tener rumbo problemas Psico-sociales inquietud psicomotriz
CRECIMIENTO PERSONAL	Capacidad de soportar presiones sociales Independiente Auto regulación de la conducta Autovaloración constante	Pobres niveles de asertividad no mostrar preferencias conducta sumisa, y complaciente Incertidumbre
AUTONOMÍA	Cualidades positivas individuales Aceptación de los aspectos positivos y negativos Valoración del pasado positivamente	Exigente, se deja llevar por razonamientos externos
PROPÓSITO DE VIDA	Relaciones estrechas Le inquieta el bienestar de los demás Buena conexión de apego y confianza	Pérdida de afecto poca intimidad escasa empatía

Fuente: tomada de Bienestar psicológico Tamariz (2015).

Los estudios realizados por la principal autora Carol Ryff han dejado aportaciones importantes al bienestar psicológico, con el desarrollo de la escala , se busca correlacionar con el bienestar y la satisfacción vital (Muñoz, 2019).

El bienestar hedónico está relacionado con el bienestar subjetivo esta, se define en vivir de una forma plena, sin magnificar las situaciones buenas y tampoco minimiza lo malo (Morán Astorga, Castro,Sánchez, Cabaco, y Montes Velasco, 2016). Las emociones positivas cumplen un rol en la felicidad, una persona que , se encuentra feliz vive mejor, su salud física tiene una mejoría importante (Solano, 2011).

El bienestar eudaimonia o plenitud, se traduce en “felicidad” (Tomás, Galiana, Guitierrez,Sancho, y Oliver, 2016). La perspectiva eudaimónica plantea que los conceptos de felicidad están relacionados con el estado de plenitud y armonía, esto establece al bienestar psicológico como una percepción de compromiso y cambios de la vida, centrado en los principales factores del funcionamiento óptimo del ser humano (Suárez-Vergne, 2019).

Con este antecedente sobre el bienestar psicológico y la bipolaridad, en la institución que, se realizó el estudio, se ejecutaron observaciones preliminares y observaciones sistematizadas con las personas que han sido diagnosticados con trastorno bipolar, los resultados, que se han obtenido de estos procesos de observación son: alejamientos terapéuticos, poca adherencia terapéutica,

La OMS la definió como el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (Valverde-Merino, 2018).

1.17 Terapia cognitiva conductual

Definición.

El enfoque cognitivo conductual, se fundamenta principalmente en el estudio de las conductas humanas, se centra en la conducta observable, y como los factores medioambientales disparan o mantienen los comportamientos no adecuados (Almenara, 2008)

La Terapia Conductual, se origina por los años 50, a mediados de la época del siglo pasado, a modo de una opción a las intervenciones de la psicoterapia dominantes en la época, lo desarrolla frente al modelo psicoanalítico especialmente, se lo define como la aplicación clínica, se basa en elementos y técnicas validados (Díaz, Ruiz, y Villalobos, 2017).

El modelo de la terapia cognitiva conductual es uno de los métodos teóricos que ha tenido mayor apogeo en la psicoterapia en la actualidad, logrado despegar con importantes investigaciones en el campo de la salud (Simon, Hernández, y Ortea, 2016)

Las metas de la terapia cognitiva, se centran en ayudar a los individuos en solucionar los problemas, que se presenta en la vida real, cambiar su pensamiento inadecuado; con esto, se busca aliviar el desorden con el objetivo de prevenir la reincidencia (Martínez-León et al., 2016).

La psicoterapia cognitivo conductual, se ha convertido en un eje importante en el tratamiento de los trastornos mentales (Londoño, 2017). El campo de acción de la terapia cognitiva conductual es muy amplio en la parte clínica, esto lo demuestran estudios sobre estos temas.

La ejecución de la terapia cognitiva conductual, se centra en un sin número de técnicas que son aplicadas para diferentes patologías en el campo de la clínica, en este estudio, las técnicas que han presentado mayor acogida en el tratamiento de la bipolaridad.

1.18 Técnicas cognitivo conductual

Reestructuración cognitiva “Este tipo de procedimientos tiene como finalidad cambiar los pensamientos desadaptativos. Muchas de estas distorsiones, se identifican mientras que otras pasan inadvertidas, la persona no plantea su autenticidad” (Caballo, 2014 p.179).

Bados y García Grau, (2010) en su estudio hacen referencia a la cualidad que presentan los pacientes “estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo, se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen” (p.36). Las cogniciones identificadas a través de instrumentos o técnicas como son la “entrevista, cuestionarios, autorregistros” estas cogniciones son conscientes y preconscientes, se pretende transformar las cogniciones, es empleado para lograr cambios terapéuticos.

Los esquemas de pensamiento disfuncionales son valorados de una forma subjetiva estos provocan malestar, principalmente en la disminución de la autoestima y autoeficacia, desde la reestructuración cognitiva, se presenta sub categorías que son importantes conocer (Bados y García Grau, 2010).

1. Flecha descendente. - Identificar la creencia elemental que está por debajo del pensamiento disfuncional.
2. Diálogo socrático. -Se cuestionan las creencias de la persona, sin antes haber detectado las distorsiones cognitivas.
3. Intención paradójica. -Hace referencia a que la persona hago lo contrario a lo que está pensado.
4. Juego de roles. -Intenta cambiar los pensamientos y conducta por medio de juegos de roles.
5. Qué pasaría si. - En esta técnica, se pregunta a la persona que cree, que se lo peor que pasaría por determinada situación.
6. Enjuiciar los pensamientos. -La persona, se somete a un riguroso proceso de su forma de pensar, pero de diferentes visiones y puntos de vista.

1.19 Activación conductual

Es un procedimiento estructurado y breve en la depresión, el objetivo principal es la activación de la conducta incrementado recompensas en la vida de la persona; es uno de los procedimiento clínicos no farmacológicos, que se utilizan en la depresión, la característica esencial es la flexible, se centra únicamente en las necesidades del paciente (Becerra, Reynoso-Erazo, Bravo, y Ordaz, 2017).

El objetivo de la activación conductual busca incrementar experiencias de recompensas en la vida del paciente, se busca inhibir conductas de evitación; esta técnica está orientada a la acción y enfocadas en la resolución de problemas (Stamp, 2010).

Tabla 6.-Principios y estrategias de la terapia cognitivo condutal

ELEMENTOS	ESTRATEGIAS
Principio 1	Modificar cómo sienten-cambiar lo que hacen
Principio 2	Habilidades de adaptación a corto plazo
Principio 3	La clave para descubrir qué cosas tiene un efecto antidepresivo, se localiza en lo que pasa justo antes y justo después de nuestros comportamientos.
Principio 4	Organizar un guion de actividades, no un estado de ánimo.
Principio 5	El cambio empieza desde algo pequeño.
Principio 6	Hacer hincapié en actividades que sean reforzadoras por naturaleza.
Principio 7	Desempeñarse como un guía.
Principio 8	Resolución de problemas, reconocer que todos los logros son ventajosos.
Principio 9	Se centra en “hazlo”
Principio 10	Detectar barreras que dificulten la activación.

Fuente: tomada de Martell, Dimidjan, Herman-Dunn, 2017, p50 adaptación propia.

1.20 Psicoeducación

Es una técnica, que permite a una persona y a la familia obtener información de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento, se centra en evidencias probadas actualizadas y relevantes para el abordaje terapéutico de la enfermedad (Godoy, Eberardb, Abarca, Acula, y Muñoz,2020).

Los principios metodológicos que basan la psicoeducación, se estructuran de la siguiente forma:

1. Diagnóstico.
2. Efectuar un procedimiento integral.
3. Fundamento del tratamiento psicofarmacológico.

4. Psicoterapia recomendada (individual-familiar-grupal).
5. Objetivo del tratamiento (Erausquin, Deneri, y Michele, 2019).

La psico-educación, se orientada en la intervención para comprender de una manera sencilla la enfermedad. Esta técnica presenta diferencias significativas de las demás, porque incluye métodos especialmente encaminados a la comprensión y disminución del malestar psíquico del entorno en donde, se encuentra la persona que presenta alguna alteración en la salud mental, con esta técnica, se busca proporcionar la información más adecuada a la familia y a la persona que presenta esta patología (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017).

La efectividad de la psicoeducación como parte de las terapias psicosociales, la psicoeducación aplicada a pacientes con trastorno bipolar “mostró una marcada mejoría en el estado de salud de los pacientes menos recaídas, intervalos más largos sin un crisis, mejor cumplimiento de los tratamientos médicos y menos hospitalizaciones” (Michel-Bourin, 2018).

Con todo lo anterior descrito en este estudio, se busca categorizar las áreas que están alteradas por esta patología severa, se pretende generar nuevas propuestas de intervención y finalmente, se busca efectuar una adaptación del bienestar psicológico y la terapia cognitiva conductual.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Metodología de la investigación

En el presente estudio, es mixta, el diseño, es exploratorio secuencial (dexplos) y la modalidad comparativa. La primera etapa, es cualitativa en esta los datos, se recolectan mediante la ejecución de entrevistas semiestructuradas, la segunda etapa, es cuantitativa (Sampieri, 2014); en esta etapa, se aplicó la escala de bienestar psicológico. Los resultados de estas etapas, son examinados e integrados en la explicación y en la elaboración del reporte del estudio.

La investigación, se realizó en la Congregación “Hermanas Hospitalarias” “Clínica Nuestra Señora De Guadalupe”, ubicada en Ecuador- Provincia de Pichincha, ciudad de Quito.

La Clínica “Nuestra Señora De Guadalupe” es una institución que brinda servicios de salud en el área de Psiquiatría y Psicología, proporciona los servicios de: hospitalización en el área de psiquiatría, consulta externa en las áreas de psicología y psiquiatría. En el año 2019, se atendió a 6.255 personas que presentan trastornos mentales, de esta cifra el 2% de los personas presenta trastorno bipolar (Oña, 2019).

La población de este estudio a considerar es el conjunto de pacientes que asisten regularmente a los controles de consulta externa en las áreas de psiquiatría y psicología. La población determinada en esta investigación son 50 personas diagnosticadas con trastorno bipolar.

Este estudio contiene protecciones de la bioética e información, con protocolos instituciones aprobados desde el “Comité de Bioética, Docencia e Investigación”. Cuenta con el “acuerdo de confidencialidad para acceso a información en temas relacionados con salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador”(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

Por otra parte, cada una de las personas que fueron parte de esta investigación cumplió los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión, que se utilizaron en este estudio son:

- Personas que son atendidas en consulta externa en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe.

- Que los participantes no estén internados.
- Personas diagnosticadas con trastorno bipolar.
- Los participantes, que se encuentran en la fase eutímica.
- Que durante los últimos tres meses los participantes tengan estabilidad.
- Que presenten una red de apoyo estable.

Los criterios de exclusión son:

- Los participantes que estén hospitalizados.
- Que presenten recaídas en los últimos dos meses.
- Que sus recaídas sean constantes.
- Las personas que presenten síntomas depresivos, maníacos e hipomaniacos.
- Que presenten algún grado de consumo de sustancias nocivas legales e ilegales, no recomendadas en el tratamiento habitual.

La selección de la muestra para esta investigación, se realizó durante un año aproximadamente, inició con la conformación de un grupo terapéutico con personas diagnosticadas con bipolaridad, el grupo terapéutico, se centraba en el objetivo de impedir recaídas en las personas posteriormente, se plantearon líneas de acción con las personas que eran parte de este grupo, se utilizó la técnica de psicoeducación.

Los resultados de este proceso fueron: recaídas en muy corto plazo, poca adherencia a los procesos terapéuticos, poco apoyo de la familia y no contar con una red de apoyo adecuada. Con estas observaciones empíricas, nace la necesidad de saber cuál es el nivel de bienestar psicológico de cada una de las personas que presentan el trastorno.

Con estos antecedentes en la primera etapa, se realizó la entrevista semiestructurada durante esta fase, se utilizó una metodología cualitativa posteriormente, se realizó el análisis de los datos obtenidos.

La segunda fase fue cuantitativa, se aplicó la Escala de Bienestar Psicológico conocido como “EBP” adaptada por el español Dr. José Sánchez-Cánovas. Es importante señalar que esta escala fue inicialmente diseñada por “Carol Ryff, catedrática en la University of Pennsylvania, directora del Institute of Aging” (Muñoz, 2019). Reconocida investigadora, condujo temas centrados en el bienestar de las personas, y la facultad de restauración psicológica, amplio conocimiento teórico sobre el “Modelo de Bienestar Psicológico” que fue parte importante en la psicología positiva (Velasco, 2016). En este mismo sentido y ante la necesidad de optimizar su aplicación el Dr. José Sánchez-Cánovas, efectúa una adaptación a una versión española (José Sánchez-Cánovas, 2018)

La administración de esta escala, es aplicada de manera unipersonal, o grupal, los rangos de edad para la toma de esta escala van desde los 17 a 90 años de edad, el tiempo que toma la aplicación tiene una duración de 20 a 25 minutos, el nivel académico de la persona influye en la aplicación de la escala.

La escala está constituida por “39 afirmaciones, los participantes responden un formato de respuesta tipo Likert con puntuaciones comprendidas entre 1 y 6, descritos de la siguiente manera: totalmente en desacuerdo; en desacuerdo; algunas veces de acuerdo; frecuentemente de acuerdo; de acuerdo; totalmente de acuerdo”. (Muñoz, 2019).

El resultado global de la escala da un total de 243 puntos como máximo, los puntajes, se interpretan con los siguientes resultados adicionales:

- Puntajes de 176, se considera elevado.
- De 141 a 175, se interpreta Alto
- De 117 a 140 moderado
- 116 bajo nivel.

Se realiza un análisis en cada dimensión, para describir los elementos positivos sobre los negativos. De esta forma, se categorizan en multidimensional, perciben diferentes nociones de categoría emocional y cognoscitivo.

Las escalas están divididas por ítems; “autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, y propósito de vida comprende por 6 ítems, la dimensión de crecimiento personal está compuesto por 7 ítems, la dimensión de autonomía comprende de 8 ítems”(J Sánchez-Cánovas, 2013)

Para realizar la interpretación es necesario efectuar el siguiente procedimiento, se invierte la calificación en los ítems que, se detallada: 2-4-5-8-9-13-15-20-22-25-26-27-29-30-33-34-36 con el siguiente procedimiento: (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1)

Para conocer los resultados de las 6 dimensiones, se efectúa la suman las 39 preguntas de la escala, prestar una considera atención en utilizar los puntajes recodificados (rec.), se procede a realizar como, se detalla en el ejemplo:

$$\begin{aligned}
 \text{Auto-aceptación} &= (1 + 7 + 13\text{rec} + 19 + 31 + 25\text{rec}) \\
 \text{Relaciones positivas} &= (2\text{rec} + 8\text{rec} + 14 + 20\text{rec} + 26\text{rec} + 32) \\
 \text{Autonomía} &= (3 + 4\text{rec} + 9\text{rec} + 10 + 15\text{rec} + 21 + 27\text{rec} + 33\text{rec}) \\
 \text{Dominio del Entorno} &= (5\text{rec} + 11 + 16 + 22\text{rec} + 28 + 39) \\
 \text{Crecimiento personal} &= (24 + 30\text{rec} + 34\text{rec} + 35 + 36\text{rec} + 37 + 38) \\
 \text{Propósito en la vida} &= (6 + 12 + 17 + 18 + 23 + 29\text{rec})
 \end{aligned}$$

(José Sánchez-Cánovas, 2018)

La forma que, se efectúa el análisis e interpretación de la Escala de Bienestar Psicológico

1. La media de Autoaceptación: de 31– 32 puntos, se considera que los sujetos tienen una gran autoestima, 19 puntos por debajo poca autoaceptación.
2. La Dimensión relaciones positivas: si el puntaje nos da 32–34 puntos nos muestran que el sujeto presenta muy buenas relaciones positivas, por debajo de los 20 a 23, se interpreta que tienen pobres relaciones con los otros.
3. Autonomía: 40 puntos por encima indica que el individuo tiene libertad, autonomía, con 28 puntos por debajo pocas habilidades de elección e independencia.

4. Dominio del Entorno: 30 puntos capacidad de control del ambiente, con 22 puntos, se perciben que tiene poca capacidad de controlar del medio.
5. Crecimiento personal: dentro de 37–38 puntos la capacidad de aprender, crecer y adaptarse, 27–28, se menciona poco crecimiento personal.
6. Propósito en la vida: 32 puntos , se atribuye sentido a su vida; un resultado de 22 , se interpreta que el individuo no tiene metas ni propósito de vida (Páez, 2008).

En la siguiente tabla, se muestran las escalas del bienestar psicológico, y las dimensiones que muestran en la escala.

Tabla 7.- Baremos de los rangos del Bienestar psicológico

“DIMENSIONES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO, DOMINANCIA DE LOS AFECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS”

Rangos	Autoaceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida
Alto	> 27	> 27	> 27	> 32	> 36	>27
Medio	18-26	18-26	18-26	21-31	24-35	18-26
Bajo	< 25	< 25	< 25	>20	>23	< 25
Puntaje máximo	36	36	36	42	48	36

Fuente: tomado de José Sánchez-Cánovas, (2018).

Con los resultados obtenidos , se realizan los análisis de periodicidad de los “afectos positivos sobre los afectos negativos” (José Sánchez-Cánovas, 2018).

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 Análisis de las evaluaciones psicológicas

En este apartado, se expone el análisis de los resultados obtenidos de la ficha de observación, entrevista semiestructurada y la escala de bienestar psicológica. Los datos fueron tabulados en las hojas de cálculo de Microsoft Excel 2019 y procesados con el Software IBM SPSS 25.

3.2 Análisis descriptivo de la ficha de observación

Se identificaron 50 observaciones dentro del dominio de las variables estudiadas, para el análisis descriptivo de la ficha de observación, se usan 30, y las 20 personas no aprobaron el uso de su información para este proceso en particular. Este es un acontecimiento que no se sabe controlar pues es inherente al comportamiento humano por ende al análisis descriptivo de la ficha de observación con 30 individuos, esto no afecta el resto del proceso pues en los demás análisis, se cuenta con la totalidad de la información.

3.3 Análisis descriptivo de datos sociodemográficos

Tabla 8.-*datos sociodemográficos*

FRECUENCIA n (%n)	
GÉNERO	
Femenino	24 (80%)
Masculino	6 (20%)
EDAD	
Jóvenes (18 a 26)	4 (13.3%)
Adultos (25 a 59)	17 (56.7%)
Personas mayores (60 a 100)	9 (30%)
ETNIA	
Blanco	7 (23.3%)
Mestizo	23 (76.7%)
INSTRUCCIÓN	
Secundaria	9 (30%)
Superior	16 (53.3%)
Cuarto nivel	4 (13.3%)
Otros	1 (3.3%)
ESTADO CIVIL	
Casado	6 (20%)

Separado	10 (33.3%)
Soltero	11 (36.7%)
Unión libre	3 (10%)
<hr/>	
SITUACIÓN LABORAL	
SI	25 (83.3%)
NO	5 (16.7%)
<hr/>	

De los datos que, se obtienen de la ficha de observación, se concluye que el 80% fueron de sexo femenino y el 20% de género masculino. Conforme a los resultados el 56.7% de las personas son adultos con edades entre 25 y 59 años, por otro lado, el 13.13% son jóvenes entre edades de 18 y 26 años; el 76.7%, se consideran mestizos y el 23.3% blancos, los participantes con el 53.3% tienen una instrucción académica superior, mientras que el 3.3% tiene una instrucción diferente; respecto al estado civil de los personas en estudio el 36.7% son solteros y el 10% mantiene una relación de unión libre; en el ámbito laboral el 83.3% mantiene un empleo, mientras que el 16.7% , se encuentran desempleados.

Tabla 9.- Análisis de ficha de observación

Preguntas	FRECUENCIA n (%n)				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ocasionalmente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿Considera que la relación médico-paciente es adecuada?	5 (16.7%)	4 (13.3%)	11 (36.7%)	2 (6.7%)	8 (26.7%)
¿Considera que tiene toda la información sobre la enfermedad?	2 (6.7%)	10 (33.3%)	7 (23.3%)	6 (20.0%)	5 (16.7%)
¿Tiene información sobre el tratamiento?	3 (10%)	3 (10%)	15 (50%)	6 (20%)	3 (10%)
¿Conoce sobre el plan terapéutico que se lleva a cabo?	13 (43.3%)	3 (10.0%)	8 (26.7%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)
¿Siente apoyo de su familia?	2 (6.7%)	7 (23.3%)	15 (50.0%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)
¿Su familia está involucrada en la enfermedad?	2 (6.7%)	7 (23.3%)	13 (43.3%)	6 (20.0%)	2 (6.7%)
¿Considera que tiene una red de apoyo?	0 (0.0%)	7 (23.3%)	17 (56.7%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)
¿Resuelve los problemas que se presenta con su familia?	5 (16.7%)	8 (26.7%)	10 (33.3%)	4 (13.3%)	3 (10.0%)
¿Cuida sus hábitos saludables?	1 (3.3%)	6 (20%)	16 (53.3%)	4 (13.3%)	3 (10%)
¿Ha presentado efectos secundarios de la medicación?	6 (20%)	19 (63.3%)	4 (13.3%)	1 (3.3%)	9 (16.7%)
¿Ha dejado de tomar la medicación por sentirse bien?	3 (10%)	4 (13.3%)	19 (63.3%)	1 (3.3%)	3 (10%)
¿Ha sentido maltrato del médico tratante?	20 (66.7%)	2 (6.7%)	4 (13.3%)	3 (10%)	1 (3.3%)
¿Tiene objetivos de vida?	0 (0.0%)	4 (13.3%)	13 (43.3%)	9 (30%)	4 (13.3%)
¿Mantiene una relación de confianza con sus amigos?	0 (0.0%)	2 (6.7%)	12 (40%)	13 (43.3%)	3 (10%)
Mantiene actividades que disfruta habitualmente	1 (3.3%)	4 (13.3%)	12 (40%)	9 (30%)	4 (13.3%)

En el análisis descriptivo de la ficha de observación realiza, se obtienen los siguientes el 36.7% considera que ocasionalmente la relación médico-paciente es adecuada, y solamente el 6.7% está satisfecho con la relación que mantiene con su médico, el 33.3% está en desacuerdo dado que consideran que no tienen toda la información sobre su enfermedad y apenas el 6.7% afirmó tener toda la información, el 50% de ellos considera que ocasionalmente tienen información sobre el tratamiento mientras que solo el 10% afirma recibir detalles sobre su tratamiento; el 43.3% afirmaron que desconocían el plan terapéutico, que se lleva a cabo y por otro lado solo es 6.7% refiere conocerlo, se observa que el 50% de los participantes en estudio respondieron que sienten apoyo familiar de manera ocasional, con los porcentajes más bajos 6.7%, se contrastaron dos realidades: la presencia y la ausencia de apoyo familiar. El 56.7% de respondieron que de manera ocasional cuentan con una red de apoyo y por otro lado hubo un 6.7% de pacientes que afirmaron que siempre tienen una red de apoyo; conforme a los resultados del análisis el 33.3% de los pacientes en estudio consideran que ocasionalmente logran resolver los problemas que, se presentan con su familia mientras que un solo un 10% aseveraron que son capaces de resolver los problemas familiares. En estudio el 53.3% cuida ocasionalmente sus hábitos saludables y el 3.3% no presta atención alguna, con respecto a la medicación el 63.3% de los pacientes ocasionalmente presentaron efectos secundarios y un 3.3% siempre padece de efectos secundarios, el 63.3% manifestaron que ocasionalmente han dejado de tomar la medicación para sentirse bien y tan solo el 3.3% suspendió la medicación para sentirse bien, el trato médico-paciente el 66.7% estuvieron a gusto con y tan solo el 3.3% afirmó sentir maltrato por el médico tratante, los datos revelan que el 43.3% de la personas tienen objetivos de vida, y el 13.3% carecen de ellos, en estudio el 43.3% mantienen una relación de confianza con sus amigos mientras que el 6.7% desconfían de su relación de amistad, a partir del análisis, se concluye que el 40% de los pacientes mantienen ocasionalmente actividades que disfrutan y el 3.3% no mantiene actividades que disfrute.

3.4 Análisis cualitativo de la entrevista semiestructurada

Con respecto a los objetivos planteados en el presente proyecto de investigación y de acuerdo con la naturaleza de las variables, la técnica estadística que analiza la relación que existe entre

las diferentes dimensiones y las mudables estadísticas, es la prueba de independencia chi-cuadrado. La prueba chi cuadrado dictamina la existencia de una relación significativa entre las variables categóricas, no mide o cuantifica esta relación, por ello, se utilizó la correlación de spearman.

Los resultados, se resumieron en las siguientes tablas de contingencia:

3.5 Análisis de datos sociodemográficos

Tabla 10.- Entrevista semiestructurada contrastes de variables

VARIABLES	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA								
	F31.0	F31.1	F31.2	F31.3	F31.5	F31.6	F31.7	F31.9	F32.9
CON QUIEN VIVE									
Familia	3 (6.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	14 (28.0%)	7 (14.0%)	8 (16.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)
Hermanos	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Hijos	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Padres	1 (2.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Solo	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Tíos	6 (12.0%)	3 (6.0%)	1 (2.0%)	15 (30.0%)	7 (14.0%)	14 (28.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)
RELACIÓN CON SUPERIORES									
Muy insatisfactoria	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)
Insatisfactoria	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	3 (6.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)
Relativamente satisfactoria	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Satisfactoria	4 (8.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	14 (28.0%)	4 (8.0%)	12 (24%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)
HISTORIA LABORAL									
Satisfactoria	6 (12.0%)	3 (6.0%)	1 (2.0%)	15 (30.0%)	7 (14.0%)	14 (28.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)
TIENE RED DE APOYO									
Si	5 (10%)	3 (6.0%)	1 (2.0%)	13 (26%)	6 (12.0%)	13 (26%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)
No	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	2,00%	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
COMO EVALUA HISTORIA DE PAREJA									
Mala	1 (2.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	4 (8.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)
Buena	3 (6.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12,00%	3 (6.0%)	7 (14.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)
Inestable	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	3 (6.0%)	2 (4.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
S/P	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
PRESENTA PROBLEMA DE PAREJA									
Buena	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Carácter	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Celos	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Económicos	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Engaño	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Familia	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)
Ninguno	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	10 (20%)	3 (6.0%)	8 (16%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)
s/p	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Violencia	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

COMO VALORA HISTORIA DE VIDA

Buena	6 (12.0%)	3 (6.0%)	1 (2.0%)	15 (30.0%)	7 (14.0%)	14 (28.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)
-------	-----------	----------	----------	------------	-----------	------------	----------	----------	----------

OCUPACION

Desempleado	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Empleado	2 (4.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	4 (8.0%)	4 (8.0%)	9 (18%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)
Estudiante	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Jubilado	3 (6.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	5 (10%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)

REMUNERACION

Nada satisfactorio	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	1 (2.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Poco satisfactorio	0 (0.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)
Satisfactorio	2 (4.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	5 (10%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)
Muy satisfactorio	2 (4.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	4 (8.0%)	3 (6.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Estudiante	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

TIPO DE TRABAJO

Muy insatisfactoria	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Insatisfactoria	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	3 (6.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Relativamente satisfactoria	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Satisfactoria	5 (10%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	5 (10%)	3 (6.0%)	11 (22%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)
Estudiante	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

CALIDAD DE TRABAJO

Insatisfactoria	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Relativamente satisfactoria	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Satisfactoria	6 (12%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	6 (12%)	7 (14%)	13 (26%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)

Estudiante	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
RELACION CON COMPAÑEROS									
Muy insatisfactoria	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Insatisfactoria	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Relativamente satisfactoria	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Satisfactoria	4 (8.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	11 (22%)	7 (14%)	9 (18%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)
CALIDAD DE RENDIMIENTO LABORAL									
Satisfactoria	6 (12%)	3 (6%)	1 (2.0%)	15 (30%)	7 (14%)	14 (28%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)

Interpretación de los datos obtenidos de la entrevista semiestructurada, revele que el 64% son adultos son los que en su mayoría asisten a las consultas, y dentro de esta categoría el 20% de las personas presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*, cerca de 76% fueron de género femenino y dentro de esta categoría un 24% presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado* y otro 24% presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*.

El 86% de los pacientes en su mayoría fueron mestizos y un 28% presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*.

En relación a la preparación académica el 52% tenían una instrucción superior, cerca del 18% presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*.

De acuerdo con los datos de la entrevista semiestructurada el 34% de las personas en el estudio, se encontraban separados de su pareja y el 14% de ellos presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*. El 72% viven con su familia, es así que el 28% presenta un diagnóstico de *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*. Con base en la información recopilada, se obtuvo que existe un 78% mantienen una relación satisfactoria con sus superiores, dentro de esta categoría el 28% de las personas presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*.

Según las respuestas proporcionadas en el estudio, el 100% de los pacientes evaluaron como satisfactoria su historia laboral y en su mayoría el 30% presentó *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*.

Existe un 90% de pacientes que tienen una red de apoyo, entre ellos un 26% de las personas presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado* y otro 26% presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*.

El 44% de las personas que fueron parte del estudiado comentaron que tienen una buena historia de pareja, dentro de esta categoría predominó el 14% de las personas con *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*. De las personas que asisten regularmente a las consultas psicológicas el 52% no presentaron ningún problema de pareja, y en esta categoría el

20% son personas que presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*.

El 100% de los individuos de la presente investigación, manifestaron que tienen una buena historia de vida, dentro de esta categoría el 30% de las personas fueron diagnosticadas con *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*.

En relación con el empleo el 50% de las personas mantienen un empleo estable, el 18% de los participantes presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*. En la remuneración el 26% consideran que tienen una remuneración muy satisfactoria de ellos el 8% presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Grave Presente con Síntomas Psicóticos*. Así mismo el 58% de los participantes sienten que el tipo de trabajo que tienen es satisfactorio, el 22% de ellos presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*, el 78% piensan que la calidad del trabajo es satisfactoria, en esta categoría el 26% de los pacientes presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*.

En base a la información, el 74% de los pacientes sostienen una relación satisfactoria con sus compañeros y entre ellos el 22% presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*, el 100% de las personas del estudio consideran satisfactorio su rendimiento laboral y el 30% presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*.

Tabla 11.- Prueba de independencia y correlación de la entrevista semiestructurada

VARIABLES		DIAGNÓSTICO	
		DEFINITIVO	PREVENCIÓN
EDAD	Valor P	0.44	0.31
	Correlación	-0.08	-0.21
SEXO	Valor P	0.62	0.43
	Correlación	0.22	-0.07
ETNIA	Valor P	0.18	0.002
	Correlación	0.14	0.20
INSTRUCCIÓN	Valor P	0.07	0.56
	Correlación	-0.07	0.01
ESTADO CIVIL	Valor P	0.52	0
	Correlación	0.09	0.06
CON QUIEN VIVE	Valor P	0.001	0.31
	Correlación	-0.04	-0.42
OCUPACIÓN	Valor P	0.51	0.30
	Correlación	0.08	-0.10
REMUNERACIÓN	Valor P	0.55	0.13
	Correlación	-0.04	0.10
TIPO DE TRABAJO	Valor P	0.10	0.26
	Correlación	0.04	0.02
CALIDAD DE TRABAJO	Valor P	0.45	0.40
	Correlación	0.04	0.11
RELACION DE COMPAÑEROS	Valor P	0.10	0.01
	Correlación	-0.02	0.04
RELACION CON SUPERIORES	Valor P	0	0.89
	Correlación	-0.10	-0.14
TIENE RED DE APOYO	Valor P	0.99	0.002
	Correlación	-0.09	0.04
COMO EVALUA HISTORIA DE PAREJA	Valor P	0.61	0.08
	Correlación	-0.10	0.21
PRESENTA PROBLEMAS DE PAREJA	Valor P	0.58	0.99
	Correlación	0.18	0.18

Para evaluar la asociación de las variables y el diagnóstico definitivo y preventivo, se realizó la prueba chi-cuadrado y adicional a ello, se calculó la correlación de Spearman para medir su grado de asociación, se cuenta con el resultado que:

- Las variables “Relación Con Superiores” y “¿Con Quién Vive?” tienen relación con el “*Diagnóstico Definitivo*”.
- Las variables “*Etnia*”, “*Estado Civil*”, “*Relación de Compañeros*” y “*Red de Apoyo*” tienen relación con el “*Diagnóstico Preventivo*”.

Además, hay que tener en cuenta que a pesar de que las variables presentaron una relación el grado de asociación es débil por lo, que se recomienda expandir la muestra de estudio de tal manera, que se refuercen los resultados.

Por otro lado, de acuerdo con los resultados obtenidos inicialmente destacamos los hechos más relevantes:

En su mayoría las personas que asistieron a las consultas externas de psicología y psiquiatría en la clínica “Nuestra Señora de Guadalupe” fueron personas adultas entre 25 y 59 años, el género predominante fue el femenino y más de la mitad de los pacientes contaban con un grado superior de instrucción.

Los diagnósticos que más predominaron en los pacientes fueron el “*Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*” y el “*Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*” adicionalmente, se encontró que algunos pacientes tomaron la decisión de abandonar los medicamentos posiblemente debido a la presencia de efectos secundarios.

Por último, enfatizamos que un pequeño porcentaje manifestó haber experimentado maltrato durante la interacción médico-paciente

3.6 Análisis de los resultados de las Escalas de Bienestar Psicológico de Carol Ryff

Tabla 12.- *escala de bienestar psicológico Carol Ryff*

TEST DE BIENESTAR PSICOSOCIAL

VARIABLES		DIAGNÓSTICO DEFINITIVO								
		F31.0	F31.1	F31.2	F31.3	F31.5	F31.6	F31.7	F31.9	F32.9
1. AUTOACEPTACIÓN	Alto n (%n)	4 (8.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)	3 (6.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)
	Medio n (%n)	1 (2.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	11 (22.0%)	3 (6.0%)	8 (16.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	Bajo n (%n)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
2. RELACIONES POSITIVAS	Alto n (%n)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	3 (6.0%)	3 (6.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)
	Medio n (%n)	4 (8.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	11 (22.0%)	3 (6.0%)	9 (18.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)
	Bajo n (%n)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
3. AUTONOMÍA	Alto n (%n)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	Medio n (%n)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	2 (4.0%)	6 (12.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)
	Bajo n (%n)	3 (6.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	9 (18.0%)	5 (10.0%)	7 (14.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
4. DOMINIO DEL ENTORNO	Alto n (%n)	4 (8.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	3 (6.0%)	5 (10.0%)	4 (8.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)
	Medio n (%n)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	12 (24.0%)	1 (2.0%)	7 (14.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)
	Bajo n (%n)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
5. CRECIMIENTO_PERSONAL	Alto n (%n)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	4 (8.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	Medio n (%n)	3 (6.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	11 (22,0%)	3 (6.0%)	11 (22,0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)
	Bajo n (%n)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
6. PROPÓSITO EN LA VIDA	Alto n (%n)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	3 (6.0%)	8 (16,0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)
	Medio n (%n)	3 (6.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	Bajo n (%n)	1 (2.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)	11 (22,0%)	3 (6.0%)	4 (8.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Según el análisis de los resultados de la escala de bienestar psicológico de la dimensión de autoaceptación un 54% de pacientes, se identificaron con autoaceptación de nivel medio, dentro de esta categoría el 22% presentan *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*. El 64% tienen un bienestar medio con respecto a la dimensión de relaciones positivas y a partir de esta categoría el 22% de las personas presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*. el 52% tienen autonomía baja y el 18% de ellos fueron diagnosticados con *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*.

En los resultados de la escala de bienestar psicológico, se encontró que el 52% de las personas mantienen una capacidad media de control del ambiente y el 24% presentó *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*.

De acuerdo con la dimensión de crecimiento personal el 68% de los pacientes tienen una capacidad media para aprender, crecer y adaptarse, de los cuales el 22% fueron diagnosticados con *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*.

En la investigación, se obtuvo que el 42% de los presentaron un bienestar psicológico bajo al momento de atribuirle sentido a su vida y dentro de esta categoría el 22% de los pacientes presentaron *Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado*.

Tabla 13.-Prueba de independencia y correlación de Dimensiones vs Diagnóstico

VARIABLES		DIAGNÓSTICO	
		DEFINITIVO	PREVENTIVO
AUTOACEPTACIÓN	Valor P	0.22	0.60
	Correlación	0	-0.08
RELACIONES POSITIVAS	Valor P	0.95	0.51
	Correlación	0.01	-0.16
AUTONOMÍA	Valor P	0.04	0.58
	Correlación	-0.04	-0.03
DOMINIO DEL ENTORNO	Valor P	0.26	0.39
	Correlación	0.23	-0.20
CRECIMIENTO PERSONAL	Valor P	0.10	0.81
	Correlación	0.01	0.14
PROPÓSITO DE VIDA	Valor P	0.02	0.94
	Correlación	-0.30	-0.10

Luego de aplicar la prueba de independencia chi-cuadrado para estudiar la posible asociación de las dimensiones de la escala de bienestar psicosocial y la patología de trastorno afectivo bipolar, se estableció que las dimensiones de “Autonomía” y “Propósito de Vida” están relacionadas con el diagnóstico definitivo. Es decir que la ausencia de libertad para elegir o independizarse y el propósito de vida intervienen en el mantenimiento del “Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve o Moderado”.

3.7 Análisis de la dominancia de los afectos positivos y negativos según las dimensiones de la escala de bienestar psicosocial

Tabla 14.- Bienestar psicológico

DIMENSIONES	ALTO	MEDIO	BAJO
	n (%n)	n (%n)	n (%n)
AUTOACEPTACIÓN	16(32%)	27(54%)	7(14%)
RELACIONES POSITIVAS	14(28%)	22(64%)	4(8%)
AUTONOMÍA	8(16%)	16(32%)	26(52%)
DOMINIO DEL ENTORNO	20(40%)	26(52%)	4(8%)
CRECIMIENTO PERSONAL	8(16%)	34(68%)	8(16%)
PROPÓSITO EN LA VIDA	20(40%)	9(18%)	21(42%)

Atraves de este estudio y análisis de datos, se llegan a una conclusión que las personas presentaron un bienestar psicológico alto en las dimensiones de “Dominio del Entorno” y “Propósito de Vida” y un bienestar psicológico bajo en las dimensiones “Autonomía”, “Propósito en la Vida”.

Por lo, que se recomienda organizar espacios adecuados, de modo que tengan herramientas para su vida de una manera adecuada de esta forma, se busca impulsar, desarrollar su potencial con el fin de descubrir sus objetivos de vida.

Finalmente, con la intención en el bienestar psicológico bajo, se plantea fortalecer las áreas debilitadas, considera espacios donde tengan la capacidad de autorregular.

3.8 PROPUESTA

Los procedimientos psicoterapéuticos señalan a un fin definido: lograr un reajuste, una reorganización para una adaptación armoniosa y facilitar la reeducación psíquica de los pacientes con Trastorno Bipolar. La intervención psicológica, se enmarca en procedimientos de constantes aprendizajes por tanto la propuesta, se contextualiza en la psicoeducación esta es una técnica terapéutica que, se utiliza en cualquier proceso (Tena-Hernández, 2020).

Al mismo tiempo esta técnica, se considera como tratamiento adyuvante, clínicamente efectiva y rentable para el trastorno bipolar, con resultados muy alentadores en el trastorno bipolar tipo I y II. Esta técnica cumple una gama de objetivos terapéuticos, la psicoeducación: aumenta los procesos de adherencia a la medicación y otros elementos del tratamiento, la disminución de recaídas y el aumento de la autoestima en estado eutímicos. (J. Cabrera y Horwitz Barak, 2018).

En el marco de la salud mental, la psi-coeducación reivindica su función informativa, lo que para algunos es un acercamiento terapéutico, se le suministra a la persona, y su círculo cercano todo el conocimiento sobre la patología, el diagnóstico, la preparación en técnicas para hacer frente al problema. El abordaje del padecimiento, se realiza de forma individual, familiar, de pareja y grupal, (Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2016).

3.9 Psicoeducar a paciente bipolares

La técnica de psicoeducar no es únicamente para guiar a las personas que son diagnosticadas con trastorno bipolar acerca de la afección que padecen, va más allá. La psicoeducación está basada en el modelo biopsicosocial, esto pretende proporcionar a las personas un acercamiento teórico y práctico para comprender y afrontar las consecuencias de su enfermedad. Se trata de fortalecer la alianza terapéutica con las personas en participantes eficaces en el manejo de la enfermedad(Pino, Belenchón,Sierra,yLivianos, 2008).

3.10 Ventajas de la técnica psicoeducativa

Los procesos de psicoeducación presentan ventajas importantes:

- Las personas mejoran el conocimiento de la enfermedad, así como los aspectos de la naturaleza de la patología, conocen los factores disparadores de los episodios.
- Se logra mejorar el proceso de adherencia terapéutica y, se informa sobre las consecuencias del incumplimiento farmacológico, lograr la conciencia sobre la importancia de la medicación.
- Otra importante ventaja es que los pacientes convivan con la enfermedad, mejorado las habilidades para afrontar las consecuencias psicosociales y reducir el impacto funcionalidad.
- Fomentar a las personas hábitos de la vida saludable para evitar comorbilidades físicas y emocionales.
- Manejo del consumo de sustancias.
- Conocer sobre los efectos nocivos de cualquier sustancia. (Michel-Bourin, 2018).

3.11 Propuestas teóricas

La intervención está enfocada en las personas, no en el diagnóstico, las intervenciones psicoterapéuticas de mayor impacto son:

3.12 Psicoeducación

Esta técnica mejora la adherencia a los medicamentos, reduce las recaídas, se estima que un numero de sesiones van desde las de 9 a 12 sesiones, con una duración de una hora (Casañas, 2015).

3.13 Terapia familiar y terapia marital

Las familias, se benefician de las intervenciones, en la capacidad para manejar los disparadores generadores de estrés, y regular su estado de ánimo, se estima una duración de 23 sesiones en un tiempo establecido de 9 meses (Becoña y Lorenzo, s. f.)

3.14 Terapia focalizada en la familia (TFF)

El ambiente donde la persona vive influye en las recaídas la TFF, se aplica en fase eutímicas, la enfermedad y el funcionamiento familiar, se influyen de forma bidireccional. “Especialmente relevante ha sido el estudio de la Alta Emoción Expresada A.E.E actitudes

críticas, hostiles y de sobre implicación), que aumenta la probabilidad de recaída” (Medina-Pradas, 2016). En las terapias familiar las intervenciones, se estima un promedio de 21 sesiones.

3.15 Terapia interpersonal y del ritmo social

Se enfoca en las relaciones e interacciones interpersonales, resolución de problemas, establecer ritmos circadianos, regulación del sueño, rutinas y horarios, la duración de las sesiones, se plantea 20 sesiones con una duración de una hora, contar con un plan terapéutico y objetivos planteados (López y Valverde, s. f.).

3.16 Terapia cognitivo conductual

Los principios cognitivo-conductuales, combinados con la terapia farmacológica, el objetivo es adquirir habilidades para reducir los problemas del trastorno bipolar (Leonardo y Muñoz, 2011). En este modelo, se les enseña la importancia de su entorno, como disparador de síntomas, se generar estrategias de afrontamiento, en este modelo teórico, se plantea de 10 a 20 sesiones los objetivos planeados van con las necesidades de las personas con bipolaridad.

3.17 Propuesta de intervención

Se describen los modelos más significativos en el tratamiento del trastorno bipolar, con los resultados de la Escala Bienestar Psicológico, se identificaron las escalas con menor resultado para lo cual, se plantea las siguientes estrategias. -

3.18 Ejecución de la propuesta

Escala Sub escalas de bienestar psicológico	Modelo	Objetivos	Técnica	Numero de sesiones
<p>Autoaceptación</p> <p>Esta dimensión hace referencia a los aspectos de uno mismo, de aceptarse. Las puntuaciones bajas de la EBP, se considera baja autoestima.</p>	<p>“La terapia racional emotivo-conductual (TREC) de Albert Ellis”, es un modelo que remarca la importancia de la tríada: pensamiento-emoción-conducta. La terapia favorece a mejorar la calidad de vida, minimizar sus problemas emocionales (Ríos Potes, 2018)</p>	<p>Analizar los factores que están involucrados en la autoestima.</p>	<p>La teoría TREC que la autoevaluación es un rasgo especialmente humano que causa defensividad y una, serie de perturbaciones a nivel emotivo-conductual.</p> <p>“La autoevaluación es un proceso cognitivo irracional basado en cuestiones de autoestima improbable razonamiento ilógico y auténticos trastornos del pensamiento”.</p>	<p>Se estima de 10 a 16 sesiones</p>

La TREC está constituida por una visión tripartita de las dificultades de auto-estima: “creencias irracionales” y deformaciones.

Las técnicas que, se utilizan son reconocer las creencias irracionales y sustituirlas por actitudes racionales.

Practicar ejercicios de imaginación-emotiva.

a) Asignar tareas conductuales que fuerzan al individuo a confrontar y renunciar a acciones contraproducentes.

b) Intercambiar roles con el terapeuta y resolver un problema en simulado semejante al suyo.

c) La asignación del ejercicio «ataque de la vergüenza».

Auto-manejo de recompensas y castigos(Ellis y Grieger, 2016).

<p>Dominio Del Entorno</p> <p>Esta sub escala hace referencia a la capacidad que tiene el individuo a adaptarse en un ambiente complejo, contar con las habilidades para adaptarse a las</p>	<p>La “Resolución de Problemas” busca identificar, como afrontar los inconvenientes, que se presentan en la vida (Augusto-Landa López-Zafra, Niemiec, Loma, y Ivtzan , 2014)</p>	<p>El objetivo de las personas adquieran habilidades de resolución de problemas, para enfrentar problemas futuros.</p>	<p>Las técnicas, que se utilizarán:</p> <p>-Valoración del problema.</p> <p>-Control personal: posee 2 elementos</p> <p>a) La posibilidad de percibir un problema como resolverlo y</p>	<p>De 2 a 6 sesiones de una hora cada consulta, se podrá alargarse a 3 sesiones adicionales, en estas consultas, se evaluarán las consecuencias de corto y largo plazo</p>
---	--	--	---	--

situaciones hostiles.

manejarlo.

b) La probabilidad de ser capaz de manejar una dificultad con sus propios esfuerzos.

-Dedicación de tiempo y esfuerzo:

a) Estimar con precisión el tiempo que le ejercerá para resolver un problema.

b) La personas están dispuesta en hacer el intento necesario para resolver la situación dedicar el tiempo y esfuerzo (Augusto-Landa et al., 2014).

<p>Relaciones Positivas La dimensión, se refiere con el potencial</p>	<p>Terapia cognitiva Beck, el modelo de procesamiento de información le servirá para</p>	<p>Desarrollar conocimiento sobre</p>	<p>Las intervenciones en este modelo están muy estructuradas, con</p>	<p>Las intervenciones terapéuticas parte de: sesiones iniciales, se evalúan el problema, en</p>
--	--	---------------------------------------	---	---

de relacionar con los demás de una manera sincera y abierta.	entender el funcionamiento de las distorsionan la realidad del mundo, de sí mismo, y del futuro, (Rodríguez, 2019).	emociones irracionales, y racionales. Identificar tipos de pensamientos automáticos, “creencias intermedias”.	<p>explicaciones claras y para cada paso.</p> <p>La técnica busca aprender a pensar de una manera determinada: ¿qué ventajas y desventajas tiene pensar así?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿qué beneficios, se derivarían?. • Las preguntas sobre las consecuencias buscan desdramatizar los hechos. • La técnica del «y si...». <p>La flecha descendente (Rodriguez, 2019)</p>	las sesiones intermedias en este momento, se trabajan todos los aspectos cognitivos, en las sesiones finales, se prepara el cierre y, se devuelve su responsabilidad.
--	---	---	---	---

Crecimiento Personal la capacidad de las	En esta escala, se plantea La terapia de la realidad: es la	Identificar las necesidades	La técnica a utilizar es: El WDEP, las siglas en	El número de sesiones, se establece con los
--	---	-----------------------------	--	---

<p>personas para aprender de las experiencias nuevas y desafiantes, si en esta escala hay puntuación baja, se indica que la persona, se siente estancada o desmotivada.</p>	<p>metodología para la aplicación de los conceptos claves de la teoría de la elección, la cual, se basa en la idea de que el comportamiento humano es intencional y, se origina en el interior de los individuos y no de fuerzas externas; la teoría plantea cinco necesidades básicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervivencia y autopreservación: tiene un carácter biológico es la más básica, satisfacer necesidades fisiológicas, comer beber, tener sexo. • Amor y pertenecía: son necesidades psicológicas de 	<p>básicas, fijar metas claras y reales.</p>	<p>inglés correspondientes a Wants (deseos), Direction and Doings (dirección y actuación), Evaluation (evaluación) y Planning (planificación).</p> <p>1. Deseo: descubrir necesidades básicas.</p> <p>2. Dirección y actuación: revisión total de la conducta, esta esta etapa, se analiza a parte condutal más relevante: Buscar mayor especificidad posible.</p> <p>El énfasis, se pone en el presente.</p> <p>Interesan “también” los momentos que no salen bien las cosas.</p>	<p>objetivos planteado, se estima un numero de 6 a 9 sesiones.</p>
---	---	--	--	--

cercanía y reconocimiento.

- Control interno y autoestima: control de lo que sucede en nuestras vidas, conseguir lo que nos proponemos y somos competentes.
- Libertad, independencia y autonomía: ser libre y elegir mi propio destino.
- Diversión o disfrute: actividades satisfactorias, que , se disfrutar la vida (Rodríguez,pp 205-210 2019)

3. Evaluación. -

- a) La eficacia de su conducta.
- b) Los realistas que son los deseos.

4. Planificación.

El resultado de una buena intervención es, que se revierten las tres fases de creación de Patología, que se describían en ese apartado. Las tres fases de progreso hacia la salud

mental son: 1) toma de conciencia de que el cambio es posible («quiero cambiar y lo haré»); 2) aparición de síntomas positivos:

conductas asertivas y altruistas, sentimientos de confianza, y pensamiento racional y positivo; 3) adicciones positivas: ejercicio, meditación, práctica de aficiones positivas (lectura, música, etc.) (Rodríguez,p209, 2019).

<p>Autonomía</p> <p>Esta sub escala evalúa la independencia en diferentes aspectos de la vida, toma decisiones propias.</p>	<p>“Las habilidades sociales”, se define como la unión de las capacidades, y habilidades que nos permiten socializar con el entorno de una “forma adecuada, es, capaces de expresar nuestros sentimientos, opiniones, deseos o necesidades en diferentes contextos o situaciones, sin experimentar</p>	<p>Desarrollar recursos personales, para establecer relaciones interpersonales gratificantes.</p>	<p>Las habilidades sociales la actuación que los individuos presentan en diferentes contextos, la conducta, que se socialmente aceptada involucra tres componentes: 1.“Dimensión conductual”: “Tipo de habilidad”</p>	<p>Caballo (2015) refiere: que las sesiones tienen una duración de una para a la semana en un promedio de 12 sesiones.</p>
--	--	---	---	--

tensión, ansiedad u otras emociones negativas” (V. E. Caballo, 2015)

2. “Dimensión personal”: “contenidos cognitivos”

3. “Dimensión situacional”: “contexto o situación”

Con este antecedente podría mencionar que las técnicas a utilizar son:

“Asertividad

Pensamiento y creencias

Comunicación eficaz

Hacer y rechazar peticiones

Conflictos

interpersonales

Pedir cambios de conducta

Afrontar el comportamiento

irracional de otra
 persona
 Manejar la ira”
 (Roca, 2014).

<p>Propósito de Vida Encontrar un propósito que le dé sentido a la vida, con objetivo y metas.</p>	<p>La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés) es considerada como parte de la tercera generación de Terapias Cognitivo Conductuales. Se centra en ayudar a los clientes a desarrollar habilidades de aceptación de los pensamientos y sentimientos del momento presente, al servicio de perseguir metas de vida basadas en valores personales Comprende el uso de técnicas</p>	<p>Identificar las reglas y propósitos de vida que tiene cada una de las personas con este diagnóstico</p>	<p>La ACT utiliza tres tipos de técnicas: Metáforas: Se usan para ayudar a las personas a entender su situación y a diferenciar entre ella y sus contenidos de conciencia. Ejercicios experienciales: Su finalidad es dar recursos a las personas para exponerse de una manera abierta a experimentar sus eventos privados.</p>	<p>Se estima un promedio de 14 sesiones (Hernández Gómez, 2019)</p>
--	--	--	---	---

de la terapia cognitivo
conductual (Montero, 2021)

Paradojas: “también”
para hacer conscientes a
las personas y promover
aprendizajes.

CONCLUSIONES

- Para partir a la última etapa de esta investigación es importante mencionar que, a los participantes de este estudio, no se les ha tratado como “pacientes”, si no como “personas” es, esto la parte fundamental que, se centra la propuesta, considera las individualidades de cada uno, por tal razón la propuesta de intervención no es cuantitativa, se busca integrar a un desarrollo óptimo de la persona logrado un bienestar psicológico adecuado.
- El estudio estableció como primer paso el contacto con las personas diagnosticadas con trastorno bipolar, se les aplica el método clínico, que se compone de observación clínica, entrevista psicológica, la ejecución del instrumento para medir el “bienestar psicológico”; técnicas que permiten establecer el proceso psicodiagnóstico para proponer estrategias de intervención terapéutica en función de los hallazgos encontrados.
- De los resultados, que se obtienen en este proceso, se menciona lo siguiente, en la ficha de observación el mayor número de personas que asiste a la consulta son mujeres, los resultados que hay que tener en cuenta es la relación médico tratante, proporcionar la información necesario sobre medicación, efectos de cada mediación, de esta forma, se logra un buena adherencia en los proceso terapéuticos, que se llevan con las personas con este diagnóstico, mantener contacto directo con las familiares para aprender a manejar la enfermedad, se considera importe que las personas tenga grupos y redes de apoyo en momentos de crisis de la propia enfermedad de igual mantener redes de apoyo constante ,favorece a la

estabilidad y contención de la persona.

- Luego de la tabulación y análisis de la entrevista semiestructuran los datos más relevantes en los diagnósticos definitivos es que el 30% de las personas tiene un diagnóstico de *F313 Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Presente Leve O Moderado*, el 28 % presenta un diagnóstico de *F316 Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente*, con el 14 % su diagnóstico es de *F315 Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Depresivo Grave Presente Con Síntomas Psicóticos*, y el 12% *F310 Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Hipomaniaco Presente*, son los datos más relevantes de la entrevista, se concluye que la patología es muy variable, se establecen procedimientos adecuados con estas investigaciones.
- En la Hipótesis planteada, se estableció “Las personas diagnosticadas con trastorno bipolar, no muestran diferencia en la percepción de su bienestar psicológico” en el estudio con el análisis respectivo de la hipótesis planteada en este estudio no refleja una marcada discrepancia entre las sub escalas lo que, se aprecia es una leve inconsistencia en áreas que están relacionadas entre sí. Esto quiere decir que no es un indicador generalizado de las personas que fueron parte de esta investigación la presencia persé del bienestar psicológico inadecuado, sino que existen áreas específicas, que se necesita fortalecer de acuerdo con la percepción individual de cada persona evaluada.
- La escala de bienestar psicológico está diseñada por “seis dimensiones; 1. Autoaceptación, 2. Dominio del entorno, 3. Relaciones positivas, 4. Crecimiento personal, 5. Autonomía y 6. Propósito en la vida.” Cada una de estas mide aspectos importantes relacionados con el bienestar psicológico, de los resultados obtenidos, se evidencia que los participantes presentan entre buenos y aceptables niveles de bienestar psicológico, lo que nos indica, que no se cumple con la hipótesis planteada puesto que el diagnóstico de bipolaridad en cada persona tiene una particular percepción de bienestar psicológico.

- La propuesta de intervención está abordada con el modelo cognitivo conductual y centrada en la psicoeducación. Esta técnica es útil en el manejo y abordaje, se trabajan en afrontar situaciones, que se presenta en la vida y en el malestar de la persona, y se toman en cuenta las inquietudes que presentan los familiares sobre el abordaje de la patología. Toda la información, que se proporciona tiene su base científica, se tratan temas de proceso de adherencias, con esto, se pretende conocer e informar sobre el pronóstico de la persona y hacer cambios en su estilo de vida, esto permite conocer cómo está la enfermedad. Por otra parte, esta técnica busca que la persona reconozca los síntomas o fases de la bipolaridad, de esta manera conoce sobre lo que le esta pasado y es la forma más adecuada de entender la patología.
- La factibilidad de utilizar esta técnica, se fundamenta en procesos establecidos y comprobados, esta técnica es poco invasiva y, se han demostrado buenos resultados; este estudio plantea generar estrategias de intervención en las escalas con menor puntaje.
- La sub escala de Autoaceptación hace referencia a la autoestima, se plantea desde la teoría de la terapia racional emotiva, trabajar ideas irracionales y suplantarlas por cualidades más realistas de cada consultante con esto, se busca generar estrategias de fortalecimiento de la autoestima.
- En la escala de dominio del entorno la persona maneja las situaciones adversas, que se presenta en el diario vivir, la técnica, que se propone es de resolución de problemas, considerar estrategias más adecuadas para gestionar los conflictos que están presentado las personas con diagnostico bipolar.
- Las “relaciones positivas” en la “escala de bienestar psicológico”, se enlazan con la capacidad, que se tiene para vincularse con el entorno, en esta sub escala, se utiliza la técnica cognitiva de Beck, que busca desarrollar el conocimiento sobre pensamientos automáticos y cómo estos influyen en la conducta del consultante, para proponer otros pensamientos más adaptativos.

- La escala de crecimiento refiere a las experiencias nuevas y desafiantes en esta área, se busca generar estrategias de manejo de emociones donde las personas reconozcan los disparadores de cada episodio, para anticiparse y gestionarlos funcionalmente.
- En la sub escala de autonomía, se evalúan la independencia y toma de decisiones propias, sin que el entorno influya. Con la técnica planteada de habilidades sociales, se busca generar autonomía y una conducta socialmente aceptada con la que el consultante, se sienta cómodo.
- La escala de propósito de vida, trata de encontrar sentido a su existencia con objetivos y metas, se plantea utilizar la terapia de valoración cognitiva, que la persona asuma su responsabilidad y disminuya la tendencia de culpabilizar a los otros. Lo que busca es lograr un propósito con metas a corto mediano y largo plazo.
- Con esta propuesta de investigación, se busca adaptar procesos comprobados con base científica en el tratamiento de las personas que presenta trastorno bipolar, se espera desde el quehacer psicológico, se vea a las personas más allá de un diagnóstico, conocer los contextos individuales, esperado lograr desmitificar muchos conceptos de la salud mental en especial de la bipolaridad.

RECOMENDACIONES

En este estudio, se plantea sugerencias específicas para cada una de las partes relacionadas con esta investigación.

- Con los resultados es recomendable establecer líneas de investigación con los datos sociodemográficos, en especial con el género femenino.
- Para la institución auspiciante es necesario generar más líneas de investigación en temas relacionados al trastorno bipolar, para ampliar el estado del arte.
- Fortalecimiento del trabajo interdisciplinario para el manejo de las personas que presenta este diagnóstico.
- Es necesario la creación de grupos de apoyo, dirigidos por profesionales de salud, donde, se planteen objetivos de la persona y no sobre la patología.
- Es importante que, se organicen grupos de apoyo con las familias, de las personas que tienen bipolaridad.
- Mantener redes de apoyo constantes en especial en las fases eutímicas.
- Se requiere la elaboración de material educomunicación en los procesos de concientización sobre el trastorno bipolar.
- Capacitar al personal, que se parte de la Institución, con una visión más integral de las personas que asisten a la consulta.
- Mantener encuentros con invitados externos que guarden una perspectiva similar a la del estudio.
- Realizar campañas de sensibilización de la bipolaridad dirigidos a la ciudadanía.

Biografía

- Almenara, T. (2008). Conceptos y enfoques: Enfoque Cognitivo-Coductual. *Universidad Autónoma de Barcelona, 1*, 17. http://paidopsiquiatria.cat/files/enfoque_cognitivo_coductual.pdf
- Alonso-Lana Silvia. (2016). El Trastorno Bipolar: Cambios cerebrales asociados con el estado de ánimo y el deterioro cognitivo. *Tesis Doctoral*. <http://tesisenred.net/handle/10803/565911>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnostico y Estadistico de los Transtorno Mentales (DSM-5). En *5Ta Edición* (Vol. 5).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios de diagnosticos DSM-5. En *Archives of Neurology And Psychiatry* (Vol. 9, Número 5). <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1923.02190230091015>
- Augusto-Landa, J. M., Pulido-Martos, M., Lopez-zafra, E., Niemiec, R. M., Lomas, T., Ivtzan, I., Peterson, C., Ruch, W., Niemiec, R. M., Peterson, C., Stephens, J. P., Park, N., Lee, F., Seligman, M. E. P. P., Peterson, C., Information, G., Information, G., Diseases, M., Disease, R., ... Overfield, D. V. (2014). RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS. *Journal of Happiness Studies, 10*(2), 1-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.12.003><http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18504/1/T-UCE-0007-CPS-120.pdf><http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf><http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n1/v19n1a04.pdf><http://dx.do>
- Bados, A., y García Grau, E. (2010). LA TÉCNICA DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Arturo. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*, 1-63.
- Becerra Gálvez, A. L., Reynoso-Erazo, L., Bravo González, M. C., y Ordaz Carrillo, M. I. (2017). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: Una revisión. *Psicooncología, 14*(2-3), 203-216. <https://doi.org/10.5209/PSIC.57080>
- Becoña, E., y Lorenzo, M. (s. f.). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema., 13*(Número 3), 543-554. <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7903/7767>

- Benabarre, A., Vieta, E., Perrino, C. de D., González-Pinto, A. M., Gracia, A. M., Sarramea, F., Miguel, P. S. S., y Toledo, F. (2009). GUÍA INTERACTIVA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN El trastorno bipolar. *Forum Clinic*, 5-32.
- Caballo, vicente E. (2014). *MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Vol. 2: Formulación clínica, medicina Conductual y trastornos de relación*.
- Caballo, V. E. (2015). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. 407.
- Cabrera, J. (2018). Registro ánimo. *sociendad chilena de trastorno bipolar*.
- Cabrera, J., y Horwitz, J. (2018). Psicoeducación en trastorno bipolar: Programa de Enfermedades Afectivas (PEA). *Psiquiatría y Salud Mental*, 35(3/4), 196-206.
- Casañas, R. (2015). *Evaluación de la efectividad de la psicoeducación grupal en depresión mayor (síntomas leves/moderados) en atención primaria*. 161.
<http://www.tdx.cesca.cat/handle/10803/369034>
- Contreras, F., y Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *REVISTA DIVERSITAS – PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA*, 2(2), 311.
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2006.0002.10>
- Cuevas-Cancino, J. J., y Moreno-Pérez, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207-218.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Díaz, M. I., Ruiz, M. Á., y Villalobos, A. (2017). Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales. *Biblioteca de psicología*, 570-581.
- Ellis, A., y Grieger, R. (2016). Manual De Terapia Racional-Emotiva. En *Editorial Desclée De Brouwer* (Vol. 2).
- Erausquin, C., Denegri, A., y Michele, J. (2019). Estrategias y modalidades de intervención psicoeducativa: historia y perspectivas en el análisis y construcción de prácticas y discursos. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 1-25.

- Gamarra, A. A., y Velarde, K. G. (2017). Sistema límbico y educación emocional. *Alétheia*, 5(1), 43-53. <https://doi.org/10.33539/aletheia.2017.n5.2102>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- González, J., Quintero, N., Veray, J., y Rosario, A. (2016). Adaptación y validación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en una muestra de adultos puertorriqueños. *Salud y Conducta Humana*, 3(1), 1-14.
- Hernández Gómez, A. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicología y Ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(2), 156-172. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602>
- Jorge-Elizabeth. (2018). La evaluación clínica como una función integral del psicólogo. *Perspectivas En Psicología*, 15, 98-107. <https://doi.org/1668-7175>
- Lana, M., Schneider, L., y Lemos, K. (2008). Trastornos Bipolares. *Revista de Posgrado*, 177(6). <http://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=trastorno+bipolar+en+adolescentes&btnG=&lr=#6#6>
- Leonardo, D., y Muñoz, I. (2011). *INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR DOUGLAS*.
- Londoño, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139-145.
- López, M. M., y Valverde, C. V. (s. f.). *TERAPIA INTERPERSONAL*. 148, 148-162.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., y Herman-dunn, R. (2017). *activación Conductual para la depresion una guia clinica*.
- Martinez-León, N. C., García-Rincón, L., Valencia, D., Barreto, S., Alfonso, A., Quintero, C., Roncancio, C., y Parra, A. (2016). Efecto de una intervención cognoscitivo conductual para el

manejo de los celos en la relación de pareja. *Psychologia*, 10(1), 113-123.

<https://doi.org/10.21500/19002386.2472>

Martínez, O., Montalván, O., y Betancourt, Y. (2019). Trastorno Bipolar Consideraciones clínicas y epidemiológicas Bipolar. *Revista médica electrónica*, 41(2), 467-482.

Medina-Pradas, C. (2016). Actualización En Torno a La Emoción Expresada: Consideraciones Teóricas, Metodológicas Y Prácticas Update on Expressed Emotion: Theoretical, Methodological and Practical Considerations. *Nº*, 27, 251-266.

Merino, F. (2019). Adaptación Lingüística y Baremación de la Escala de Bienestar Psicológica de Ryff al contexto de la Población Ecuatoriana. *Sifonoforos*, 1(August 2015), 105.

Michel-Bourin. (2018). Psychoeducation of bipolar disorder patients and their relatives. *Archives of Depression and Anxiety*, 001-002. <https://doi.org/10.17352/2455-5460.000026>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Reglamento de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. *Acuerdo ministerial 5216*, 1-8.

MONTERO, S. M. C. (2021). *DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL BASADA EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PROCRASTINACIÓN.*

Montiel-Castillo, V., y Guerra-Morales, V. (2016). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19(36), 324-335. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372016000200324&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/psico/v19n36/0124-0137-psico-19-36-00324.pdf

Morán Astorga, C., Vicente Castro, F., Sánchez Cabaco, A., y Montes Velasco, E. (2016). La Psicología Positiva: Antigua O Nueva Concepción. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 3(1), 439. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v3.522>

Morrison, J. (2014). *DSM-5 ® Guía para el diagnóstico clínico.*

- Muñoz, A. (2019). *¿Qué es el bienestar psicológico? El modelo de Carol Ryff*.
<https://www.aboutespanol.com/que-es-el-bienestar-psicologico-el-modelo-de-carol-ryff-2396415>
- Oña, E. (2019). *Matriz de atenciones de consulta extrema y hospitalización Clínica Nuestra Señora de Guadalupe*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. En *Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas*.
- Páez, D. (2008). Cuaderno De Prácticas De Psicología Social y Salud: Fichas técnicas sobre bienestar y valoración Psico-social de la Salud Mental. *San Sebastián: Universidad del País Vasco*, 1-35.
- Perez, J. A. C., Armengod, C. K., Cleries, F. M., & Lacal, G. S. (2018). *Clozapina Casos Clínicos Experience*.
- Pichot, P., Lopez-Ibor, J. J., y Valdes, M. (2014). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Número 819).
- Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P., y Livianos, L. (2008). Trastorno bipolar y psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos: Desarrollo de un programa para clínicos. *Editorial Club Universitario*, 140.
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39004412/psicoeducacion_manual_bipolares.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521979156&Signature=4i9RIzLgfQ1cIMRib7Q8W0GIrc=&response-content-disposition=inline;filename=Psicoeducacion_manual_
- Ríos-Flores, J. A., y Escudero-Corrales, C. (2017). Características Neuropsicológicas y bases biológicas y conceptuales del Trastorno Afectivo Bipolar. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 24, 239-268.
- Ríos Potes, M. A. (2018). Terapia racional emotiva conductual: Una revisión teórica del enfoque de Albert Ellis. *Experiencias significativas en la psicología de hoy*, 2018, 15-34.

<https://doi.org/10.35985/9789585522343.1>

Roca, E. (2014). *CÓMO MEJORAR TUS HABILIDADES SOCIALES*.

Rocha, V. A. (2019). *Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad: solapamiento sintomático y diagnóstico diferencial*. December.

<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25122.79044>

Rodriguez, A. (2019). *Manual de psicoterapias Teoría y técnicas*.

Rodríguez, Y. R., y Quiñones, A. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot (Etapa IV - Colección completa)*, 5(1), 7-17.

Saito-tanji, Y., Tsujimoto, E., Taketani, R., Yamamoto, A., y Ono, H. (2016). *Efectividad de la psicoeducación individual simple para el trastorno bipolar II*.

Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*.

Sánchez-Cánovas, J. (2013). Escala de bienestar psicológico (EBP). *Jose Sánchez-Cánovas, 3a edición*.

<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Escala+de+bienestar+psicologico#1>

Sánchez-Cánovas, José. (2018). *Escala de Bienestar Psicologico*. 1-5.

Sánchez, L., Anaya, C., y Iguarán, A. (2020). Bienestar psicológico de jóvenes víctimas del conflicto armado. *Cultura Educación Y Sociedad*, 11(2), 9-26.

<https://doi.org/10.17981/cultedusoc.11.2.2020.01>

Sconsideraval Barrientos, S., Dorner Paris, A., y Veliz Bueos, A. (2017). Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 260-266.

<https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.004>

Simon, N. D., Hernández, H. S., y Castillo, G. O. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. *Wimb Lu*, 11(1), 19-38.

<https://doi.org/10.15517/wl.v1i1.24074>

- Solano, A. C. (2011). Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico. Un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 1(31), 37-57.
- Stamp, S. (2010). Los principios fundamentales de la Acticacion Conductual. *Hacienda Pública Española*, 114, 197-206.
- Suárez-Vergne, Á. (2019). Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 26, 155-168. <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i26.509>
- Tamariz, D. L. M. (2015). Proceso de validacion de la escala de binestar Psicologico con estuadintes de bachillerato de AguasCaientes. *XIII CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACION EDCUATIVA*, 7(2), 1-16.
- Tena-Hernández, F. J. (2020). “ Psicoeducación y salud mental ” Resumen “ Psychoeducation and mental health ” Abstract. *Sanum*, 4(3), 36-45.
https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf
- Tomás, J., Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P., & Oliver, A. (2016). Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico en envejecimiento con éxito. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(3), 167-176. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v6i3.177>
- Valverde-Merino, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*, 59(3), 163-172. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0926641018300163>
- Vázquez, C., Hervás, G., & Eds. (2008). *Psicología positiva aplicada* (pp. 339-370).
- Velasco, G. (2016). No Title. *El Modelo de Bienestar de Carol Ryff*.
<https://gerryvelasco.wordpress.com/2016/11/03/el-modelo-de-bienestar-de-carol-ryff/>
- Velayos Jiménez, L., García García, R., Ladera Fernández, V., y Pera Barolomñe, M. V. (2015). Función ejecutiva en pacientes con trastorno bipolar tipo I durante la fase asintomática
Executive functions in patients with bipolar disorder type I during asymptomatic phase. *Rev. Chil. Neuropsicol*, 10(1), 44-49. <https://doi.org/10.5839/rcnp.2015.10.01.09>

- Vidal., D. D. J. P. (2009). La entrevista clínica psiquiátrica. *Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)*, 1(1), 1-11. <http://www.academia.cat/files/425-7295-DOCUMENT/entrevistaclinicapsiquiatricaintroduccinDP.pdf>
- Yatham L., Kennedy, S., y M, B. (2018). Recomendaciones Fundamentadas y Actualizadas para el Tratamiento de los Pacientes con Trastorno Bipolar. *Roemmers*.
- Zubrzycki, A. (2018). Trastorno bipolar. *torno bipolar National Institute of Mental Health*, 18(3), 1-8. [https://doi.org/10.1016/s0304-5412\(03\)71042-7](https://doi.org/10.1016/s0304-5412(03)71042-7)

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Carlos David Yanchaliquin Maestrante de la Carrera de Psicología con Mención en Intervención de la Pontificia Universidad Católica con Sede en Ambato, me encuentro en el proceso de estudio del Proyecto intitulado. -

Tema: **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO BIPOLAR EN RELACIÓN A SU BIENESTAR PSICOLÓGICO**

El propósito de esta investigación tiene como objetivo: **Diseñar una propuesta de intervención en personas diagnosticadas con trastorno bipolar de la Clínica “Nuestra Señora de Guadalupe” de la ciudad de Quito, mediante la aplicación de estrategias cognitivo conductuales para favorecer su bienestar psicológico**, de cual me dirijo a usted la participen de manera voluntaria en esta investigación por lo que, se procederá a informar las siguientes premisas:

- 1.- Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de la escala de Bienestar Psicológico
- 2.- La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información recogida, es de uso confidencial y, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario, se codificarán con el número de identificación y, por lo tanto, son anónimas.
- 3.- Si tiene alguna duda sobre este proyecto, realice las preguntas en cualquier momento durante su participación en el estudio.
- 4.- Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo, _____, CC: _____, a los ____ del mes de _____ del _____, He sido informado de los propósitos de la investigación y acepto formar parte de la misma, retirarme del mismo si así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona

Nombre del evaluado
CC: _____

Nombre del evaluador
CC: _____

ANEXO 2: FICHA DE OBSERVACIÓN

Nombre y Apellido:.....						
Sexo F:..... M Edad:.....Nivel de Instrucción:.....						
Estado civil:Como se considera:.....Etnia:.....Situación laboral:.....						
#	PREGUNTAS	Totalmente En desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Ocasionalmente 3	De acuerdo 4	Totalmente de acuerdo 5
1	La relación médico-paciente considera, que se adecuada					
2	Considera que tiene todo la Informar sobre la enfermedad					
3	Tiene información sobre el tratamiento					
4	Conoce sobre el plan terapéutico que se lleva acabo					
5	Siente apoyo de su familia					
6	Está involucrada su familia en la enfermedad					
7	Considera que tiene una red de apoyo					
8	Resuelve los problemas, que se presenta con con su familia					
9	Cuida sus hábitos saludables					
10	Ha presentado efectos secundarios de la medicación					

11	Ha dejado de tomar la mediación por sentirse bien					
12	Ha sentido maltrato del médico tratante					
13	Tiene objetivos de vida					
14	Tiene y confía en sus amigos					
15	Mantiene actividades que disfruta					

Firma de observador

ANEXO 3: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Fecha:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Código de identificación (Iniciales nombres, apellidos y cuatro últimos dígitos de la cédula “ASDE8794”)

Sexo: hombre:.....mujer:.....Género:.....Edad:

Fecha y lugar de nacimiento:

Identificación étnica:.....

Identificación religiosa:

Estado civil:.....Nª Hijos:.....

¿Con quién vive actualmente?:.....

Nivel de instrucción académica:

Teléfono:

Correo electrónico:

Ocupación actual:

Profesión u oficio:

2. MOTIVO DE CONSULTA

Primera vezMOTIVO DE CONSULTA:.....

Subsecuente.....MOTIVO DE CONSULTA:.....

ORIGEN DE DEMANDA DE PACIENTE

Familia:.....

.....

Persona:.....

.....

- Que espera conseguir en este espacio

.....

.....

.....

- TIPO DE DEMANDA-implícita-explicita

.....

.....

.....
.....

3. ANTECEDENTES de la ENFERMEDAD MÉDICA /PSICOLÓGICA, FAMILIARES Y PERSONALES PERSONAL enfermedades mentales, crónicas o catastróficas)

.....
.....
.....
.....
.....

4. En la actualidad toma usted medicamentos

1. Si ____ 2. No ____

.....
.....
.....

HISTORIA FAMILIAR
Genograma

5. ¿Ha consumido algún tipo de sustancias? ¿Qué tipo de sustancias?; ¿Hace cuánto y por qué tiempo?; ¿Le trajo algún tipo de problema laboral, familiar, personal o interpersonal?; ¿en la actualidad consume alguna sustancia?

.....
.....
.....
.....
.....

6. COMORBILIDAD PATOLOGÍA DUAL

.....

.....

.....

.....

.....

7. BIOGRAFÍA LABORAL

Evalúe el grado de satisfacción con su trabajo actual, en relación a las siguientes características (1= muy poca satisfacción y 3= mucha satisfacción):

Remuneración	1 - 2 - 3
1. Tipo de trabajo que realiza	1 - 2 - 3
2. Cantidad de trabajo	1 - 2 - 3
3. Relación con sus compañeros de trabajo	1 - 2 - 3
4. Calidad de su rendimiento laboral	1 - 2 - 3
5. Relación con sus superiores	1 - 2 - 3
6. Estabilidad laboral	1 - 2 - 3

En un balance global, ¿cómo evalúa usted su historia laboral?

- Muy satisfactoria _____
1. Satisfactoria _____
2. Relativamente satisfactoria _____
3. Insatisfactoria _____
4. Muy insatisfactoria _____

8. HISTORIA SOCIAL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Con respecto a la cantidad y calidad de amigos cercanos que tiene en la actualidad usted, se siente que mantiene una red de apoyo.

.....
.....
.....
.....

10. En un balance global, indique cómo evalúa, usted, su historia de relaciones de pareja:

.....
.....
.....
.....
.....

11. Presenta algún problema con su pareja.

.....
.....
.....
.....

12. Como valora su historia de vida (criterios de realidad)

.....
.....
.....
.....

13. EXÁMEN DE FUNCIONES

Aspecto:.....
Atención:.....
Orientación:.....
Conciencia:.....
Memoria:.....
Pensamiento:.....
Sensopercepciones:.....
Lenguaje:.....
Voluntad:.....

Juicio:.....
Afectividad:.....
Conducta:.....
Instintos:.....
Alimentación:.....
Sueño:.....

14. DIAGNOSTICO.

Presuntivo: :.....Definitivo:.....
Morbilidad.....Prevención.....
Comorbilidad:.....
.....

15. Conclusiones (que, considera algún episodio o fases, Depresiva, o Maniaca, factores predisponentes coadyuvantes, desencadenante)

.....
.....
.....
.....

16. OBSERVACIONES ADICIONALES

.....
.....
.....

Firma del entrevistador:

ANEXO 4: ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF (1995)

Evaluador: _____

Fecha: _____

Nombre y Apellido	sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Nivel de Instrucción
--------------------------	-------------	-------------	----------------------------	-----------------------------

INSTRUCCIONES

Aquí encontrará 39 afirmaciones. Su tarea es indicar su nivel de acuerdo con cada afirmación, donde 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 algunas veces de acuerdo, 4 frecuentemente de acuerdo, 5 de acuerdo y 6 totalmente de acuerdo. Por favor, lea atentamente cada afirmación y complete en el espacio correspondiente.

Recuerde que no hay ni buenos ni malos resultados en esta prueba, por lo tanto, seleccione el número que mejor le describe para cada afirmación. Los resultados son anónimos, así que por favor conteste de la manera más honesta posible. Intente contestar a todas las afirmaciones, y en caso de que tenga alguna duda consúltelo con el evaluador.

Nº	ÍTEMS	1 Totalmente en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Algunas veces de Acuerdo	4 Frecuentemente de Acuerdo	5 De Acuerdo	6 Totalmente De Acuerdo
1.	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2.	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3.	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones						

	de la mayoría de la gente.						
4.	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						
5.	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.						
6.	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7.	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8.	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.						
9.	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.						
10.	Me juzgo por lo que yo creo, que se importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.						
11.	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						
12.	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
13.	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí						

	mismo que cambiaría.						
14.	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
15.	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.						
16.	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
17.	Me siento bien considera pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
18.	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
19.	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
20.	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.						
21.	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
22.	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
23.	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
24.	En general, con el tiempo						

	siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
25.	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.						
26.	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
27.	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						
28.	Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.						
29.	No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.						
30.	Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.						
31.	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.						
32.	Sé que pudiendo o confiar en mis amigos, y ellos saben que pudiendo en confiar en mí.						
33.	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.						

34.	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.						
35.	Pienso, que se importante tener nuevas experiencias que desafien lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.						
36.	cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.						
37.	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
38.	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
39.	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.						
Sumatoria:							
Puntuación Total:							

ANEXO 5: ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD POR ACCESO A INFORMACIÓN EN TEMAS RELACIONADOS A SALUD

El (la) Señor (a) Carlos David Yanchaliquin. con cargo de Psicólogo clínico, que, en adelante, se denominará el INTERESADO, de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

Cláusula Primera. - ANTECEDENTES: El artículo 18 numeral 2 de la Constitución de la República del Ecuador, ordena que: “Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a: 2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información”.

La Norma Suprema en su artículo 362 prescribe:

“ (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes

(...)”

La Ley Orgánica de Salud, determina:

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (...)

4. *Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizar la confidencialidad de la información*

El artículo 5 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, prescribe: *“Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las, que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o, se hayan producido con recursos del Estado.”*

El artículo 6 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, determina: *“Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.*

*El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes (...).”**

El artículo 179 del Código Integral Penal tipifica que:

“La persona que, teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pudiendo a causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año”.

Cláusula Segunda. - OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, el INTERESADO, se comprometo a guardar sigilo y reserva sobre la información y documentación que se maneja en el Ministerio de Salud Pública y que pudiendo a poner en riesgos la seguridad de la información.

Cláusula Tercera. - OBLIGACIONES:

El INTERESADO ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública, por tanto, se obliga a mantener el sigilo de toda la información que por razones de sus actividades tendrá acceso. Se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, verbal o escrito, y en general, aprovecharse de ella en cualquier otra forma, o utilizarla para efectos ajenos a lo requerido por el INTERESADO.

Cláusula Cuarta. - SANCIONES:

Como interesado en la información, he sido informado y quedo sometido a las Leyes y Reglamentos pertinentes sobre la materia, principalmente, quedo advertido de las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana. En especial conozco que el incumplimiento de lo previsto en este “Acuerdo de Confidencialidad (...)” acarreará las siguientes sanciones:

Para los INTERESADOS (servidores públicos) podrá ser sancionado de conformidad con lo determinado en la Ley Orgánica del Servicio Público, en su Capítulo IV Del Régimen Disciplinario.

Para los INTERESADOS (ciudadano no servidor público, podrá ser sancionado de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Código Integral Penal ecuatoriano.

Cláusula Quinta. - DECLARACIÓN:

El interesado declara conocer la información, que se maneja en esta Cartera de Estado y utilizará en virtud de sus competencias la mencionada información únicamente para los fines para los cuales, se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que gozan de conformidad con la legislación vigente.

El interesado declara, además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República, Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley Orgánica del Servicio Público y el Código Orgánico Integral Penal.

Cláusula Sexta. - VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Convenio de Confidencialidad, se mantendrán vigentes desde la suscripción de este documento, sin límite, en razón de la sensibilidad de la información.

Cláusula Séptima. - ACEPTACIÓN:

El interesado Carlos David Yanchaliquin. Acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente convenio y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en tres ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de

Quito 19 de noviembre del 2020.

.....

Firma

C.I. 1803458163