

**FACTORES CLINICOS, SOCIO-ECONOMICOS Y  
COMPORTAMENTALES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR. SERVICIO DE PSIQUIATRIA,  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA  
1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2004**

**ANGELICA SOLANO GOMEZ      Cod. 99100263  
EDGAR ARANGO AGUDELO      Cod. 98101500**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
NEIVA 2005**

**FACTORES CLINICOS, SOCIO-ECONOMICOS Y  
COMPORTAMENTALES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR. SERVICIO DE PSIQUIATRIA,  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA  
1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2004**

**ANGELICA SOLANO GOMEZ    Cod. 99100263  
EDGAR ARANGO AGUDELO    Cod. 98101500**

**Asesorado por:  
Dolly Castro Betancourt  
Enfermera  
Mgr. Salud Pública y Epidemiología**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
NEIVA 2005**

## TABLA DE CONTENIDO

ABSTRACT	
RESUMEN	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	7
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	8
2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	10
3. JUSTIFICACIÓN	12
4. OBJETIVOS	13
4.1 OBJETIVOS GENERALES	13
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
5. MARCO TEORICO	14
5.1 HISTORIA	14
5.2 ETIOPATOGENIA	15
5.2.1 Genética	15
5.2.2 Hallazgos Anatómicos	15
5.2.3 Neurotransmisores	16
5.2.4 Hallazgos Endocrinos	16
5.3 DIAGNOSTICO Y CURSO	17
5.3.1 El Trastorno Afectivo Bipolar I	20
5.3.2 El Trastorno Afectivo Bipolar II	20
5.4 EPIDEMIOLOGÍA	21
5.5 TRATAMIENTO	22
6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE	28
7. CONSIDERACIONES ETICAS	30
8. HIPÓTESIS	31
9. DISEÑO METODOLOGICO	32
9.1 TIPO DE ESTUDIO	32
9.2 ÁREA DE ESTUDIO	32
9.3 POBLACIÓN A ESTUDIO	32
9.4 INSTRUMENTO	33
9.4.1 Instrumento de Recolección de Datos	33
9.4.2 Prueba Piloto	33
9.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
9.6 PROCEDIMIENTO	34
9.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	34
9.8 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	34
10. ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
11. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43

	<b>Pág.</b>
12. CONCLUSIONES	44
13. RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFIA	46
REFERENCIAS	47
ANEXOS	50
ANEXO A	51
ANEXO B	53
ANEXO C	54
ANEXO D	55
ANEXO E	56
ANEXO F	57

## **RESUMEN**

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes por la cual consultan muchas personas a los servicios de urgencias y consulta externa. Según estudios realizados en el año 2004, se considera que cerca de un 2% de la población mundial padece de esta patología, lo que alarma a los servicios de salud.

Los objetivos del proyecto son los de determinar y relacionar los factores clínicos, socio-económicos y Comportamentales que predisponen a la aparición del Trastorno bipolar.

El presente es un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de 42 casos de TAB en los pacientes que consultan al servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Neiva entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2004. Los resultados obtenidos mostraron que la enfermedad afecta en igualdad tanto a hombres como a mujeres, con un nivel educativo bajo, un estrato socio-económico bajo, en los cuales prevalece un inestabilidad laboral. Se determino que estos pacientes en algún grado han tenido en su infancia y adolescencia factores externos que han provocado un disbalance mental, como lo es el maltrato y violencia intrafamiliar; clínicamente la enfermedad tiene como característica representativa la manía. Es notable la pobreza que existe como consecuencia de la violencia, la desintegración familiar y frustración personal, causando un desequilibrio mental patológico, lo que determina que por la falta de recursos económicos estas personas no alcanzan un nivel educativo y a su vez no logran estabilidad laboral; sumado este hecho a que por su patología tienen imposibilidades para desenvolverse en el ámbito educativo y laboral, debido a su enfermedad prevalece en toda su vida.

## **ABSTRACT**

Bipolar disorder (BD) is one of the most common psychiatric issues of consultation, from emergencies, to programmed consultation. From 1994 scientific studies, it is considered that approximately 2% of world population suffers this pathology, what means a great consideration issue for health services.

The project objectives are to determine and relate clinical, socio-economic and behavioral issues that precede Bipolar disorder.

The present, is an observational, descriptive and retrospective study, of 42 cases of BD that consult psychiatry service in Neiva's university hospital between January 1 to December 31 of 2004. The obtained results showed that this pathology affects

both men and women, with a low socio-economic stratum, low educational level, with the prevalence of laborum instability. These patients have had sometime in their adolescence and/or childhood external agents that provoked mental disbalance, such as abuse and familiar violence; clinically, this pathology has one representative characteristic: mania. Poorness is notable as a result of violence, familiar disintegration, personal frustration, what leads to mental instability, and so both laborum and educational instability, because this pathology is maintained, for the rest of their lives.



## INTRODUCCIÓN

Desde tiempos inmemorables, el hombre durante su desarrollo y evolución ha tenido grandes cambios en su manera de pensar, actuar y vivir. Tales cambios han sido causados por los factores sociales, económicos y comportamentales que se han dado a través de los años. Estos factores influyen de manera directa e indirecta sobre el cerebro y la mente de las personas, dando como resultados alteraciones mentales, tales como el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), el cual será el tema tratado en este proyecto.

A nivel mundial es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes, siendo en Colombia una de las primeras en presentarse y por la cual se consulta cada día más en dicha rama de la medicina. En nuestro país y especialmente en el departamento del Huila sitio de desarrollo de la investigación, representa aproximadamente el 60% de la consulta psiquiátrica. Es notable la pobreza que existe como consecuencia de la violencia, la desintegración familiar, frustración personal y causando así, un desequilibrio mental patológico.

El resultado de las últimas encuestas epidemiológicas, el Trastorno Afectivo Bipolar se presenta en todas las culturas y razas con tasas de prevalencia similares del orden de un 1,6%. Sin embargo, estudios que consideran todo el rango del espectro bipolar, reportan una prevalencia a lo largo de la vida que oscila entre un 3.7% y 6%. Por otra parte, la razón de hombres / mujeres afectadas es de 1.3 a 2.1 respectivamente. Si bien el trastorno afectivo bipolar puede desarrollarse a cualquier edad, el momento de más frecuente presentación es entre los 15 y 19 años; debutando en un 59% de los casos durante la adolescencia.

Los adolescentes son el grupo poblacional de mayor riesgo en desarrollar la enfermedad por esto es de gran importancia conocer los aspectos relevantes de esta patología como son: epidemiología, etiología, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, para tomar así medidas preventivas que puedan ayudar a disminuir la incidencia y/o establecer medidas terapéuticas efectivas que disminuyan los casos y las complicaciones en dicho grupo poblacional, ya que los jóvenes son el futuro de nuestro país.

## 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En la actualidad, tal y como postula el modelo de vulnerabilidad al estrés, se acepta que las influencias ambientales juegan, junto con las genéticas y las biológicas, un papel fundamental en el Trastorno Bipolar; lo cual evidencia la necesidad de llevar a cabo enfoques psicoterapéuticos que complementen y faciliten la farmacoterapia. Las intervenciones psiquiátricas que se han realizado con pacientes bipolares abarcan tratamientos muy diversos, aunque muchos estudios carecen de un soporte metodológico apropiado<sup>1</sup>.

La enfermedad bipolar es un trastorno que se caracteriza por producir alteraciones del estado de ánimo, generando períodos de tristeza, episodios de exaltación del ánimo o irritabilidad (manía). Se considera que cerca de un 2% de la población mundial padece esta enfermedad, que generalmente se manifiesta a edad temprana (después de los 15 años). Varias investigaciones señalan que existe una clara susceptibilidad genética asociada a la aparición de este trastorno<sup>2</sup>.

De acuerdo con el psiquiatra Carlos López, coordinador del grupo que desarrolló el trabajo ganador en Montreal, la investigación comenzó hace un año para "encontrar características más precisas de la enfermedad bipolar, con el fin de facilitar los estudios genéticos sobre este trastorno".

Durante mucho tiempo se creyó que la enfermedad bipolar no dejaba secuelas ni estaba asociada con ningún trastorno de las funciones neuropsicológicas (el lenguaje, atención, memoria, fluidez verbal, memoria ejecutiva, entre otras). Hoy en día se sabe que las personas bipolares tienen alteraciones específicas, algunas de las cuales ya se habían reportado en otros estudios, como los problemas de atención, y otras que determinó el estudio del grupo de médicos Antioqueños, como la alteración del lenguaje y la memoria visual<sup>3</sup>.

En México serían aproximadamente 2 millones de personas afectadas entre pacientes diagnosticadas y no diagnosticadas y si le agregamos un mínimo de 3 personas relacionadas y sufriendo por el problema (familiares, amigos, etc) llegamos a una cifra alarmante de 6 millones de personas<sup>4</sup>.

Hay en el mundo una falta de conocimientos y difusión masiva de enfermedades mentales, falta educación e información acerca de los trastornos afectivos. Muchas personas han pasado decenas de años sufriendo de alguno de estos trastornos. En ocasiones las personas son mal diagnosticadas o están<sup>5</sup> recibiendo tratamientos que no les ayudan mucho. El Trastorno Bipolar es una enfermedad reconocida clínicamente, sin embargo no siempre se hace el diagnóstico adecuado o de manera oportuna.



Muchos pacientes canalizados a algún centro de Salud Mental, reciben una atención inicial, en cuanto se estabilizan son regresados a su hogar donde no

tienen la atención, ni el cuidado que verdaderamente necesitan para su recuperación. Se descuida la parte de atención secundaria y terciaria, es decir se hace el diagnóstico, se inicia el tratamiento farmacológico pero se carece de programas educativos o de seguimiento, de manera que su recuperación se pone en riesgo y no se hace énfasis en la reintegración social del paciente<sup>3</sup>.

Muchos pacientes viven en precarias situaciones, por la falta de información acerca de su enfermedad, lo que no les ha permitido romper con el tabú del estigma con que se rodea cualquier enfermedad mental.

## 2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Constituye una psicosis afectiva que puede aparecer en forma depresiva, y/o maníaca, en forma sucesiva o con un intervalo de normalidad. Se le conoce asimismo, como psicosis fasotímica, ciclotimia y psicosis circular, y en el DSM-IV se la incluye dentro de los “trastornos del estado de ánimo” como “Trastorno Bipolar”. Algunos autores dan cifras de 0,4% de morbilidad entre la población general; parece oportuno referirnos a él por cuanto muchos pacientes presentan episodios moderados, ya sean de tipo depresivo o maníaco, acudiendo en general, por iniciativa familiar, al médico de familia o al médico general<sup>6</sup>.

La clínica de las fases maníacas, es posible distinguir su clásica tríada de síntomas: a) estado de ánimo exaltado y expansivo; b) taquipsiquia con rápida asociación de ideas (“fuga de ideas” en casos extremos), y c) aumento de la actividad motora.

En el fondo de todo ello hay una “exageración del impulso psíquico” que lleva al paciente a una mayor actividad y a una necesidad de moverse. La situación puede hacerse difícilmente compatible con una vida social normal en la manía aguda y más todavía en los estados de manía delirante, en los que el individuo pierde el contacto con la realidad, su lenguaje se hace incoherente, mantiene una sobreactividad incontrolable y puede presentar delirios y alucinaciones<sup>5</sup>.

La fase de depresión cursa con un sentimiento abrumador de tristeza, ansiedad, baja autoestima, que puede incluir pensamientos e intentos suicidas, esto último es el riesgo más real de estos pacientes, lo que preocupa demasiado e incentiva a brindar el apoyo emocional y profesional a estas personas.

El diagnóstico no resulta difícil, atendiendo a la historia familiar del paciente y al estado de ánimo exaltado o deprimido.

El pronóstico depende de la frecuencia con que aparezcan los episodios depresivos y maníacos, ya que su repetición frecuente repercute negativamente en la vida normal del paciente. En algunos casos, la depresión o la manía son crónicas, entonces puede aparecer, con los años, un cierto deterioro de la personalidad (“demencia secundaria”)<sup>6</sup>.

Actualmente según estudios realizados por el ICBF con ayuda del Ministerio de Protección Social, se determinó que la prevalencia global de trastornos mentales es de 851 millones de personas, equivalente al 15% de la carga mundial de enfermedades, siendo miles de personas afectadas en Colombia por este tipo de enfermedades. De estos en nuestro país el 2% presentan Trastorno Afectivo Bipolar actualmente y se espera que la cifra aumente debido a los altos índices de pobreza, violencia y desintegración familiar<sup>7</sup>.

El problema formulado para este proyecto de investigación es: ¿ Cuáles son los Factores Clínicos, Socio-Económicos y Comportamentales de pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, que consultan al servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de Neiva, entre el 1 de Enero del 2004 al 31 de Diciembre del 2004 ?

### 3. JUSTIFICACIÓN

El Trastorno Afectivo Bipolar es una patología psiquiátrica de prevalencia mundial principalmente en los países en vía de desarrollo como el nuestro. Los altos costos de vida, la violencia intrafamiliar que es desencadenada en muchas ocasiones por la falta de ingresos debido al desempleo e irresponsabilidad en algunos casos por los padres, lo cual induce a los niños y jóvenes a tener traumas y conflictos internos que los llevan a alteraciones mentales patológicas, que requieren de ayuda profesional urgente.

El departamento del Huila actualmente es foco de trastornos psiquiátricos debido a la violencia generada en los últimos años y que afecta directamente a la población en general.

La falta de investigación epidemiológica e inadecuadas políticas por parte de los estamentos encargados, sumado esto a la pérdida del interés investigativo en el área de la Psiquiatría y una escasa postulación de estrategias de promoción y prevención, han hecho que la población de nuestro departamento sean susceptibles a presentar enfermedades del orden mental, que rápidamente y sin una atención adecuada deterioran el estado general de las personas que las padecen. Tal es el caso de las depresiones, estrés post-traumáticos, esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar entre otras enfermedades psiquiátricas, que son de prevalencia hoy en día en jóvenes adolescentes y que son motivo de consultas frecuentes en los centros hospitalarios del país.

Por no haberse realizado un estudio previo en la capital del departamento del Huila, por parte de profesionales en Medicina que cuente con un soporte científico adecuado en referencia al Trastorno Bipolar, nos ha hecho tomar conciencia y nos ha permitido idear un proyecto de investigación donde podamos asociar los Factores Clínicos, Socio-Económicos y Comportamentales de los pacientes diagnosticados con TAB, que consultan al servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Neiva.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 GENERAL**

Determinar y relacionar los Factores Clínicos, Socio-Económicos y Comportamentales que predisponen a la aparición del Trastorno Afectivo Bipolar, en los pacientes que consultan al servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Neiva entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2004. Para brindar información fundamental e identificar los posibles factores que influyen en la presentación del Trastorno Bipolar.

### **4.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar los Factores Socio-Económicos, que influyen en la aparición del Trastorno Afectivo Bipolar en el departamento del Huila.
- Reconocer los patrones de comportamiento de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar.
- Determinar los Factores Clínicos representativos del Trastorno Afectivo Bipolar en quienes lo padecen.
- Buscar métodos o estrategias que nos sirvan para prevención y promoción de la enfermedad y así lograr un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno de la misma.

## 5. MARCO TEORICO

### 5.1 HISTORIA

Los antiguos griegos ya hacían mención a un estado de locura delirante con ánimo exaltado. Soranus en el primer siglo antes de nuestra era, ya había notado la relación entre estos estados y la melancolía, e incluso describió los episodios mixtos. Pero fue Aretaeus de Capadocia el que hizo la conexión entre los dos episodios: "la melancolía es el principio y parte de la manía"... "algunos pacientes después de ser melancólicos tienen brotes de manía... de manera que la manía es una posible variedad del estar melancólico"<sup>8</sup>.

Kraepelin fue el primero en agrupar todas las formas de melancolía y manía en el término de enfermedad maníaco-depresiva. Para él todas las formas tenían una base hereditaria común, se alternaban una a otra, permitían intervalos libres de síntomas, recurrían y podían presentarse juntos en un mismo episodio. Uno de los grandes aportes de Kraepelin fue diferenciar la enfermedad maníaco-depresiva de la "demencia precoz"; además, fue uno de los primeros en señalar que el estrés psicológico puede precipitar los episodios iniciales de manía y que los episodios posteriores ocurren de forma espontánea.

Adolfo Meyer creía que la psicopatología surgía de interacciones "biopsicosociales". Esta conceptualización se ve reflejada en el DSM I (1952) con la inclusión del término "reacción maníaco depresiva".

En 1957 Leonhard observó que algunos pacientes tenían historia tanto de depresión como de manía, mientras que otros solo tenían historia de depresión; posteriormente notó que los pacientes con historia de manía (aquellos a los cuales llamó bipolares) tenían una alta incidencia de manía en sus familias cuando los comparaba con aquellos que tenían solamente historia de depresión (a los cuales llamó monopolares).

La distinción bipolar - unipolar fue formalmente incorporada en el sistema americano DSM-III en 1980. Luego, Dunner et al. en 1976, sugieren subdividir el Trastorno bipolar: tipo I, pacientes con historia de manía lo suficientemente severa como para requerir hospitalización (muchos de estos cuadros se acompañan de síntomas psicóticos) y tipo II, que tienen una historia de hipomanía además de tener una historia previa de depresión mayor que requirió hospitalización<sup>5</sup>.

## 5.2 ETIOPATOGENIA

**5.2.1 Genética:** también se han encontrado alteraciones en el cromosoma Xq27-Xq28<sup>9</sup> y en el centrómero del cromosoma 18. La mayoría de los autores acepta hoy en día que el trastorno afectivo bipolar es una enfermedad genética que exhibe una heterogeneidad genética no alélica, con diferentes genes afectados en diferentes individuos pero produciendo un trastorno clínico similar<sup>10</sup>.

La transmisión del trastorno bipolar no depende del sexo del paciente. Un estudio de "linkage" genético encontró que la anticipación (una disminución en la edad de inicio y un incremento en la severidad de la enfermedad con generaciones sucesivas) se presentó en la muestra de 34 familias<sup>9</sup>.

Es más frecuente entre monocigóticos (80% para bipolar I y 78% para bipolar II) que entre dicigóticos (20%). Las tasas de concordancia para depresión bipolar fueron del 62% para monocigóticos (vs. 43% para depresión unipolar) y del 8% en dicigóticos (vs. 18% para depresión unipolar). Las tasas de concordancia son superiores en la depresión bipolar que en la unipolar para monocigóticos y dicigóticos, con un 72% vs. 40% y un 40% vs. 11% respectivamente. Un 50% de los pacientes tienen antecedentes familiares de trastorno afectivo.

En parientes biológicos de pacientes adoptados la tasa de trastornos bipolares es de 7% y de depresión unipolar del 21% vs. 0% y 2% para los controles respectivamente. Esto sugiere una base genética similar para estos 2 trastornos. Pero también se ha demostrado que tanto el trastorno ciclotímico como los cicladores rápidos, están relacionados genéticamente con el trastorno bipolar, ampliando aún más el espectro de trastornos afectivos con una base genética común. En un estudio con hijos de mellizos monocigóticos discordantes para depresión bipolar mostró que la influencia genética era similar a pesar del fenotipo con tasas de prevalencia del 10% en ambos grupos<sup>11</sup>.

Un niño con un padre bipolar tiene un 27% de riesgo de desarrollar un episodio maníaco, y con los 2 padres afectados, un 50 a 75% de riesgo; además de un 20-40% de riesgo para presentar otros trastornos del afecto. El riesgo de padecer la enfermedad entre hermanos de enfermos es del 19% y en los hijos de pacientes con trastorno bipolar, del 22% contra un 1% de la población general (4-24% para trastorno bipolar I y 1-5% para trastorno bipolar II)<sup>5</sup>.

**5.2.2 Hallazgos Anatómicos:** cuando se presentan lesiones estructurales que llevan a síntomas maníacos, éstas se ubican generalmente a nivel de la región basotemporal, estructuras paratalámicas y lóbulo frontal medial inferior. Estudios con PET de pacientes que desarrollaron manía después de una lesión cerebral revelan un metabolismo reducido en la porción inferior del lóbulo temporal derecho. En la TAC se ha encontrado atrofia cerebelosa; en la RM, disminución bilateral del lóbulo temporal medial (controversial), aumento de los ventrículos

laterales (o rango ventrículo/cerebro aumentado) principalmente en varones y de carácter progresivo (debido tal vez al efecto de la hipercortisolemia que conduce a disminución de los receptores de glucocorticoides y a la muerte celular). En la PET se ha documentado una disminución de la actividad cerebral durante la fase depresiva a nivel de lóbulos frontales, cíngulo, caudado y tálamo<sup>12</sup>.

El compromiso de la corteza prefrontal fue recientemente evaluado con técnicas de mayor resolución como el PET con ubicación estereotáxica. En este estudio, el metabolismo en la corteza prefrontal subgenual de bipolares se observó disminuido en un 16.3% con respecto a los controles.

En los pacientes maníacos el metabolismo se incrementó significativamente con respecto al grupo control ( $p < 0.05$ ), los bipolares deprimidos y los unipolares. El volumen de materia gris de esta corteza también fue evaluado encontrándose una reducción del 39% con respecto a los controles. Los autores sostienen además que las alteraciones en el TAB no están confinadas a la corteza prefrontal subgenual y que además se ha observado una disminución del volumen de la amígdala izquierda y un alargamiento del tercer ventrículo<sup>13</sup>.

**5.2.3 Neurotransmisores:** desde el punto de vista bioquímico, los trastornos bipolares se deben a un desequilibrio adrenérgico-colinérgico con disfunción del hemisferio no dominante y elevación de los niveles de noradrenalina a nivel sináptico<sup>14</sup>. La disminución intraneuronal de sodio se postula también como otro mecanismo implicado en la aparición de los episodios maníacos, ya que conduce a un estado inestable de hiperexcitabilidad neurofisiológica.

La concentración de  $Ca^{++}$  intracelular libre se encuentra elevada en plaquetas y linfocitos de pacientes maníacos y deprimidos bipolares, lo que no es evidenciable en pacientes unipolares, controles o bipolares eutímicos<sup>15</sup>.

Aunque no se han encontrado diferencias significativas al comparar los pacientes maníacos con los controles al medir el GABA en LCR, en diversos experimentos con animales se ha demostrado cómo la estimulación eléctrica con una intensidad subumbral y de manera repetida llega a producir convulsiones espontáneas. Este se ha considerado un modelo análogo para explicar la tendencia a la recurrencia y el hecho que los episodios posteriores de un paciente con TAB tienden a ser cada vez más espontáneos con poca o ninguna mediación de eventos desencadenantes<sup>14</sup>. También a nivel experimental, se ha visto como la Carbamazepina, el Ácido Valproico y la TEC inhiben el Kindling (los disparos repetitivos) en neuronas cultivadas, lo que ha reforzado esta hipótesis acerca de la fisiopatología del TAB.

**5.2.4 Hallazgos Endocrinos:** en estos pacientes también se han encontrado alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides, con respuesta exagerada de la TSH a la TRH. Por otro lado, varios autores han encontrado una alta prevalencia de hipotiroidismo en pacientes bipolares con ciclaje rápido (60% a 90%) y



resistentes al tratamiento. Las concentraciones plasmáticas y en LCR de cortisol se encuentran elevadas, presentándose también una no supresión de los glucocorticoides plasmáticos después de la administración de dexametasona<sup>16</sup>.

### 5.3 DIAGNÓSTICO Y CURSO

Los cambios en el afecto constituyen el núcleo de la enfermedad bipolar. Episodios alternantes de manía (hipomanía) o depresión o mixtos, de 3 a 6 meses de duración que recidivan cada 2 años en promedio. A los 5 años el 75% de los pacientes ha tenido un episodio recidivante, principalmente pacientes con TAB tipo I (1.5 veces más); la polaridad del primer episodio y el recidivante es concordante en un 80.8%<sup>17</sup>. El número promedio de episodios maníacos mayores en un paciente con trastorno bipolar a lo largo de su vida sin tratamiento es de 8 a 9 episodios.

Los episodios maníacos son el sello del TAB. A pesar de la alternancia con los episodios depresivos (el episodio maníaco se presenta como manifestación única en menos del 10% de los casos), no podría hablarse de TAB sin su presencia (episodios hipomaníacos en el caso del TAB tipo II).

Se ha encontrado que el 90% o más de los pacientes maníacos se mostraban hiperactivos, tenían una disminución de la necesidad de sueño, o tenían aumento de la fluidez verbal. La autoestima estaba aumentada entre un 70-80% (incluida la grandiosidad) y el 75-100% de los pacientes presentaban algún grado de desinhibición (sexual o social)<sup>18</sup>.

Entre el 90-100% de los pacientes presentaban distracción. Las ideas delirantes se presentan en un 48% de los casos, de los cuales aproximadamente la mitad son de tipo grandioso, 1/4 a 1/3 son de tipo persecutorio y solamente un 4-15% de experiencias de pasividad. En promedio el 15% de los pacientes presenta alucinaciones predominantemente auditivas, menos frecuentemente visuales y excepcionalmente olfatorias. Un 58% de los pacientes presentaban historia de síntomas sicóticos y hasta un 18% presentaban trastornos del pensamiento<sup>19</sup>.

Otros síntomas comunes son: comportamiento errático y desinhibido (promiscuidad, gasto excesivo de dinero, etc), baja tolerancia a la frustración, anorexia y disminución de peso, euforia, ropas coloridas y mal combinadas (inatención a la apariencia personal), actitud amenazante, fuga de ideas, lenguaje incoherente, neologismos, y juicio alterado con negación de la enfermedad, comportamiento impulsivo y labilidad afectiva. Puede acompañarse de síntomas catatónicos (estupor, mutismo, negativismo, y posturismo) o de síntomas depresivos en forma concomitante<sup>20</sup>. En algunos casos, el disturbo puede manifestarse como irritabilidad.

Carlson & Goodwin realizaron un estudio descriptivo longitudinal de 20 pacientes con manía sin tratamiento, para observar su curso, dividiendo esta en tres estadios basados principalmente en los cambios del afecto: en el estadio 1, se destacaba la euforia (aumento de la actividad psicomotora, labilidad afectiva, irritabilidad) como afecto predominante, con expansividad y grandiosidad.

En el estadio 2 prevalecían la ira y la irritabilidad, mayor actividad psicomotora y presión del habla hasta una fuga de ideas evidente con aumento de la desorganización del estado cognoscitivo; las preocupaciones iniciales con tendencias persecutorias y de grandiosidad adquirieron, durante éste estadio, una calidad delirante.

En el estadio 3, presente en el 70% de los pacientes, predominó un estado de desespero, de terror y, en general, un afecto experimentado como disfórico, acompañado de una actividad psicomotora más bizarra<sup>21</sup>.

El proceso de pensamiento, que inicialmente era difícil de seguir, alcanzó la magnitud de incoherencia con pérdida de asociaciones. Algunos pacientes presentaron delirios bizarros, alucinaciones, desorientación en tiempo lugar y pocos tuvieron ideas de autoreferencia. La secuencia de progresión sintomática fue consistente en todos los pacientes. La velocidad en que un paciente puede llegar hasta un estadio 3 es variable, en algunos se instaura en horas, mientras que en otros se alcanza en varios días.

La observación continuó hasta la desaparición de los síntomas, la cual presentaba en forma regresiva el mismo orden de estadios. Llama la atención que aquellos pacientes que presentaron un estadio 3 no tuvieron una mayor frecuencia de recaídas que los pacientes que alcanzaron el estadio 2 durante el seguimiento.

El primer episodio de un paciente con TAB puede ser maníaco, hipomaníaco, mixto o depresivo<sup>20</sup>. Hasta dos tercios de los pacientes con TAB presentan un episodio depresivo como primera manifestación del trastorno; este episodio depresivo suele darse con características atípicas como retardo psicomotor, durando unas pocas semanas o meses.

Cuando el episodio depresivo presenta características psicóticas o se da en edades tempranas (pubertad) o es secundario a un parto, la predictibilidad de un curso bipolar es mayor aún. El otro tercio de los pacientes exhibe un episodio maníaco psicótico severo con características esquizofreniformes como primera manifestación<sup>22</sup>. En algunos casos, un trastorno distímico o ciclotímico puede preceder por años al TAB.

La edad de inicio para el primer episodio maníaco es cercana a los 20 años (15 a 19 años), a veces antes de los 7 o después de los 70, duran de pocas semanas a varios meses (3 a 6), siendo más abruptos y cortos que los episodios depresivos mayores<sup>23</sup>. En el adolescente la manía es a menudo caracterizada por estados

afectivos mixtos, de rápido ciclaje, irritabilidad (más que ánimo exaltado) y psicosis.

Aunque algunos pacientes experimentan sólo episodios maníacos, la mayoría terminará por presentar uno o más episodios depresivos y un tercio presentarán episodios mixtos; en un 50-60% de los casos un episodio depresivo mayor precede o sigue a un episodio maníaco inmediatamente, sin aparecer un período de eutimia.

El episodio depresivo de los trastornos bipolares suele ser más corto que los episodios de los pacientes con trastorno unipolar; se presenta con características más atípicas como hipersomnia y retardo psicomotor, con un inicio más temprano e intervalos más cortos entre un episodio y otro<sup>3</sup>.

Los estresores psicosociales están implicados en la aparición de los primeros episodios en un 60% de los casos, pero pasan a ser poco importantes para el desencadenamiento de episodios posteriores (36%).

El curso del TAB es variable, pero en general los ciclos pueden hacerse más cortos con cada recurrencia, es decir que los episodios se vuelven más frecuentes con el paso del tiempo, aunque se alcanza cierta estabilidad en la frecuencia luego de 3 a 5 episodios. Prácticamente todos los pacientes bipolares presentarán recurrencias de su enfermedad, siendo excepcional el paciente que presenta un solo episodio a lo largo de su vida.

Hoy es claro que este mejor pronóstico no implica benignidad, ya que el trastorno bipolar es una enfermedad de características severas y, en un número importante de las veces, de curso "maligno" con pobre respuesta al tratamiento y déficit cognitivos persistentes hasta en el 5% a 34% de los casos<sup>5</sup>. Un 25% o más de los pacientes con TAB I siguen un curso crónico dominado por recurrentes episodios maníacos y poca aceptación de la medicación. Los episodios mixtos pueden apreciarse en un 30-40% de estos pacientes con un curso prolongado.

Se ha calculado que un paciente pasa en promedio 125 meses enfermo durante toda su vida, pierde hasta 14 años de su vida productiva, en el 50% de los casos no alcanza un adecuado status laboral, tiene una probabilidad del 10% de cometer suicidio y puede tener un pronóstico sombrío a largo plazo.

Según un meta-análisis efectuado por Goodwin & Jamison con 28 estudios sobre el suicidio en pacientes con TAB, éste se presenta en el 18.9% de los pacientes. El 25 a 50% de los pacientes bipolares intentan alguna forma de suicidio alguna vez en la vida y por lo menos una quinta parte de todos los pacientes lo logran.

El 90% de los intentos revisten suficiente gravedad como para requerir hospitalización. El 82% de los pacientes bipolares deprimidos presentan ideación suicida. Los pacientes bipolares tipo II tienen un riesgo mayor de cometer suicidio

que los pacientes bipolares tipo I y hasta el 50% de los pacientes con manía mixta se suicidan<sup>24</sup>.

En general las mujeres (15-48%) presentan mayor porcentaje de intento de suicidio que los hombres (4-27%), pero los hombres consumen el suicidio con mayor frecuencia que las mujeres; Por otro lado, el abuso de alcohol es observado en el 35% a 50% de los pacientes con trastorno bipolar y hasta en el 46% de los pacientes con TAB I (31% con dependencia al alcohol) (60% en promedio). Estas tasas son ampliamente superiores a las encontradas en la población general (2.6% a 15.7%) o en los pacientes deprimidos (18%). Las mujeres con TAB II abusan más del alcohol que aquellas con TAB I (12% vs. 0%). Una elevada tasa de alcoholismo en los familiares de pacientes con TAB I no ha sido demostrada, a diferencia de los pacientes con TAB II<sup>24-25</sup>.

La mayoría de los pacientes bipolares que consumen alcohol afirman que la sustancia disminuye la sintomatología afectiva, especialmente si cursan con un episodio mixto o son cicladores rápido. La mayoría de pacientes bipolares usa cocaína (11 veces más que la población general), principalmente cuando se encuentran en estado maníaco. Las tasas de abuso parecen ser el doble para los pacientes con TAB II cuando se comparan con aquellos que presentan TAB I<sup>25</sup>.

Akiskal, estudiando rasgos de personalidad en test de autoreporte en 559 pacientes con depresión mayor, encontró que los que se convirtieron en bipolares I (3.9%) presentaban características similares a los unipolares, mientras los bipolares II (8.6%) presentaban un inicio más temprano de los episodios depresivos (25.4 años vs. 31.3), altas tasas de abuso de drogas (22.9% vs. 11.4%), mayores episodios depresivos (3.5 vs. 2.2), trastornos ocupacionales, maritales o educacionales y actos antisociales menores<sup>22</sup>.

En total se pueden presentar más de 10 episodios durante la vida de un paciente no tratado, que hacen su irrupción más frecuentemente a medida que progresa la enfermedad, pero estabilizándose en duración después del cuarto a quinto episodio.

Aunque poco se conoce del curso del TAB durante el embarazo, se conoce que puede haber una modesta reducción en el número de episodios y hospitalizaciones durante el embarazo, pero con un incremento de casi 8 veces en el primer mes y de 2 veces entre el 2o. y el 12o. mes posparto<sup>5</sup>. La recaída en este período demanda un tratamiento agresivo con hospitalización, reinstauración de estabilizadores del ánimo e incluso TEC.

**5.3.1 Trastorno Afectivo Bipolar I (TAB I):** es el más diagnosticado de todos los subtipos, aunque no necesariamente el más frecuente. Esto posiblemente se debe a la severidad de sus episodios y a la frecuente necesidad de intervención urgente y hospitalización durante las crisis. Se caracteriza por la presencia de

episodios maníacos (de diversos grados de severidad) que suelen alternarse con episodios depresivos mayores<sup>3-5-9</sup>.

**5.3.2 Trastorno Afectivo Bipolar II (TAB II):** puede ser más común que el TAB I, pero menos diagnosticado. Hasta un 30% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor inicialmente diagnosticado puede culminar con este nuevo diagnóstico. Se diferencia del TAB I por la ausencia de episodios maníacos y la presencia de episodios hipomaníacos que suelen alternarse con episodios depresivos mayores.

Los episodios hipomaníacos sin depresión acompañante son muy raros. Aunque es motivo de controversia, los diferentes estudios han mostrado una tendencia a un peor pronóstico en el paciente con TAB II (vs. TAB I), situación que puede ser secundaria al subdiagnóstico (especialmente con los episodios hipomaníacos) y a las dificultades terapéuticas que esto conlleva<sup>5-9-15</sup>.

## 5.4 EPIDEMIOLOGIA

La incidencia del trastorno afectivo bipolar (TAB) se ha calculado en 9/100mil/año para hombres y en 7.4 /100mil/año para mujeres. La prevalencia a lo largo de la vida, según el estudio ECA (Epidemiological Catchment Area) realizado por el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos es del 0.8% para trastorno bipolar I y 0.5% para trastorno bipolar II, con igual proporción entre ambos sexos (principalmente en el tipo I)<sup>5-15-17</sup>.

El National Comorbidity Survey, que utilizó criterios del DSM-III-R, reveló tasas de prevalencia de TAB I de 1.6%. En Colombia el Estudio de Salud Mental con una muestra de 15.045 entrevistados revela una prevalencia a lo largo de la vida de 1.2% para TAB I y 0.5% para TAB II sin diferencias entre los sexos, con un pico de mayor prevalencia para TAB I en individuos entre los 20 - 24 años (2.0%)<sup>7</sup>.

Edad de inicio: 15 a 19 años, siendo poco común antes de los 12 años de edad. Varios estudios retrospectivos sugieren que un 20% a 40% de los pacientes con TAB han experimentado su primer episodio durante la adolescencia, cifras que incluso pueden incrementarse más si se tiene en cuenta que el primer episodio suele ser depresivo en el 60% de éstos pacientes; sin embargo, el diagnóstico temprano es poco frecuente porque los episodios suelen ser malinterpretados como trastorno de conducta, esquizofrenia, depresión u otros trastornos<sup>5</sup>.

Un 10% de todos los pacientes bipolares sufren su primer episodio de depresión mayor o manía después de los 50 años de edad. Casi un tercio de los casos de manía de inicio tardío se han asociado a hipertiroidismo o a una enfermedad neurológica (enfermedad cerebrovascular con compromiso de la corteza frontal derecha, epilepsia, trauma cerebral, demencia o enfermedad neoplásica). Medicamentos como corticoesteroides, levodopa, antidepresivos y

broncodilatadores también pueden ser causa de manía secundaria y la farmacoterapia con Litio u otro estabilizador del ánimo puede ser necesario<sup>26</sup>.

En los ancianos los síntomas incluyen confusión, irritabilidad, paranoia y trastornos de la concentración.

A diferencia del trastorno unipolar, el nivel socioeconómico alto se convierte en un factor de riesgo en algunos casos; otros factores de riesgo son el divorcio, la soledad y una historia familiar positiva. El primer episodio en hombres suele ser maníaco y en las mujeres, depresivo. Se ha encontrado que aquellos pacientes que únicamente han presentado episodios maníacos tienen un mejor pronóstico que aquellos que presentan adicionalmente episodios depresivos<sup>20</sup>.

El peor pronóstico se evidencia en los pacientes con episodios mixtos o en cicladores rápidos. Un 15% a 20% de los pacientes se convertirán en cicladores rápidos.

## 5.5 TRATAMIENTO

El tratamiento puede disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas al trastorno, al disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias psicosociales de los episodios y al mejorar el funcionamiento psicosocial entre los mismos. El episodio maníaco puede durar más de 3 meses sin tratamiento, con una posibilidad de recurrencia del 45%<sup>27</sup>.

El tiempo de duración del tratamiento con el mismo medicamento está también relacionado con las tasas de recaídas. En el caso del Litio las recaídas son más frecuentes en terapias de meses (12) que en terapias prolongadas (2 a 5 años). La forma de discontinuación de la terapia con Litio determina también la aparición de las recaídas, siendo más frecuentes en la discontinuación rápida (< 2 semanas) que en la gradual (2 a 4 semanas) con tasas de 2.8 para episodio maníaco y 5.4 para depresión<sup>28-29</sup>. Se calcula que sólo un tercio de los individuos con TAB reciben tratamiento.

Existen algunas variables que predicen una pobre respuesta a los medicamentos antimaniacos: edad de inicio tardía, una más larga duración de la enfermedad, síntomas subsindrómicos intercríticos y un pobre soporte psicosocial. El género masculino, el estado civil, los trastornos de personalidad, el subtipo (I o II) y una frecuencia de episodios estable también se han señalado como predictores de una pobre respuesta pero sus implicaciones son menos claras<sup>28</sup>.

Síntomas como cambios en los patrones de sueño, o inicio de actividades poco usuales pueden indicar la posible aparición de un episodio maníaco en un paciente al que se le ha diagnosticado este trastorno<sup>29-30</sup>. En el sentido inverso también, se postula que la privación de sueño agrava el cuadro maníaco.

El manejo incluye una intervención farmacológica (tanto durante el episodio como en forma preventiva), la terapia electroconvulsiva en algunos casos, la instauración de patrones de actividad diaria y el abordaje psicoterapéutico individual y grupal.

La educación sobre el trastorno y la identificación temprana de los episodios es fundamental para la colaboración del paciente y su familia en la terapia, ya que la negación del trastorno o su severidad, en especial durante el estado maníaco, o los cuidados que rigen el manejo farmacológico a largo plazo y sus efectos secundarios, pueden conducir a la suspensión del tratamiento<sup>28</sup>.

Entre los medicamentos utilizados se encuentran aquellos que estabilizan el afecto (acciones antimaníacas y antidepresivas) como Litio, Carbamazepina y Valproato, antimaníacos únicamente como Haloperidol, Clozapina y otros antipsicóticos, antidepresivos y otros que son considerados atípicos: Verapamilo, Clonazepam, Lorazepam, Clonidina, tiroxina y Flunarizina<sup>28-29-30</sup>.

Los episodios maníacos agudos son frecuentemente de tal severidad que requieren hospitalización, en especial si se acompañan de síntomas psicóticos, comportamiento suicida u homicida, abuso de sustancias, poca colaboración con el tratamiento, entorno poco favorable, complicaciones médicas o psiquiátricas adicionales o la falta de respuesta al tratamiento no hospitalario. En vista que los moduladores del afecto pueden tomarse entre 2 a 3 semanas para alcanzar una respuesta completa, muchos pacientes pueden requerir la asociación de benzodicepinas o antipsicóticos en casos de extrema agitación o síntomas psicóticos

Los antipsicóticos son útiles en aquellos pacientes que se presentan con fuga de ideas delirios de grandeza, agitación psicomotora y combatividad. Algunos autores consideran que los antipsicóticos también poseen una acción antimaníaca o estabilizadora del ánimo por la disminución en la intensidad y frecuencia de los episodios maníacos, lo cual es controvertido en el manejo profiláctico, asociándose incluso a episodios depresivos más severos y prolongados y al ciclaje rápido<sup>29-31</sup>. La utilización de antipsicóticos atípicos como la Clozapina y la Olanzapina ha permitido obtener un adecuado resultado en el control agudo y de mantenimiento de los episodios maníacos y depresivos.

La Clorpromazina, fue ensayada por Kurt Schneider por vez primera para el tratamiento de un paciente maníaco, en 1951. En Estados Unidos, donde aún no conocía el Litio, se convirtió en el tratamiento de elección para la manía aguda. El Haloperidol, introducido en 1960, fue preferido en muchos casos por producir menor hipotensión y sedación, siendo aún recomendado a dosis no mayores de 10 mg./día ante la presencia de síntomas severos particularmente cuando el paciente exhibe hiperactividad severa o síntomas sicóticos.

Dosis mayores de Haloperidol pueden conducir a la presentación de discinesia tardía o a psicosis de abstinencia por supersensibilidad de receptores

dopaminérgicos al disminuir las dosis abruptamente o al ser suspendido. En caso de requerirse una mayor sedación, en lugar de incrementar la dosis del antipsicótico, se sugiere la adición de una BZD como el Lorazepam<sup>32</sup>.

En pacientes con episodios maníacos recurrentes con marcada irritabilidad y potenciales consecuencias para su vida o la de los otros, puede intentarse asociar antipsicóticos a largo plazo a la administración de Litio, teniendo en cuenta el riesgo de desarrollo de discinesia tardía. En estos casos, los antipsicóticos de depósito permiten una reducción significativa en la frecuencia de los episodios maníacos.

La Clozapina, sola o asociada al Litio, puede tener un efecto antimaniaco tanto en pacientes psicóticos como en no psicóticos resistentes a los antipsicóticos clásicos, a dosis de 25 a 90 mg. /día<sup>33-34</sup>. Estos pacientes toleran menos el incremento acelerado de las dosis y presentan varios efectos secundarios: hipersialorrea, sedación, mareo, ganancia de peso e incontinencia urinaria.

En un estudio con 14 pacientes bipolares con elementos psicóticos y resistentes o intolerantes al tratamiento convencional, 86% mostraron una moderada o marcada respuesta con Clozapina después de 6 o más semanas de tratamiento.

Los pacientes con manía disfórica o cicladores rápidos parecen responder particularmente bien a este medicamento. Resultados similares se han observado con Clozapina en pacientes con manía clásica, cicladores rápidos y en refractarios al tratamiento convencional con estabilizadores del estado de ánimo<sup>35</sup>.

A diferencia del Haloperidol y de la Clozapina, la mayoría de los pacientes tratados con Clozapina han mostrado un perfil de tolerabilidad favorable con reducción de la sintomatología extrapiramidal persistente. Con Risperidona los resultados son muy contradictorios, pues algunos autores sostienen que es eficaz a bajas dosis en el control de los síntomas maníacos, mientras otros han reportado casos de aumento de tales síntomas<sup>31</sup>.

El efecto antimaniaco de los antipsicóticos atípicos no depende exclusivamente del control de la sintomatología psicótica, sino más bien del control de los síntomas afectivos per se.

Las BZD se utilizan en el control de la agresividad, en la normalización del sueño y en la hiperactividad motora, permitiendo reducir la dosis de antipsicóticos utilizados para tal fin y acortar la duración de esos hallazgos clínicos, aunque con poca incidencia en la presentación de efectos extrapiramidales de los antipsicóticos asociados<sup>36</sup>.

Aunque algunos afirman que el Clonazepam pueden tener algún efecto antimaniaco (especialmente en pacientes con taquialia, hiperactividad, agitación, intrusividad, hipersexualidad, violencia y ansiedad). Un estudio mostró que a dosis de 11.3 mg. /día por 14 días no tuvo ningún efecto en la severidad de la



enfermedad, a diferencia del Lorazepam el cual demostró ser efectivo en los mismos pacientes.

El Clonazepam o el Lorazepam no son efectivos en el manejo a largo plazo del trastorno bipolar debido a la taquifilaxia y a la tolerancia desarrollada en tratamientos prolongados, pero pueden ser útiles en los episodios agudos asociados a los estabilizadores del ánimo. La dependencia a benzodiazepinas ocurre en sólo un 0.3% de los pacientes maníacos comparado con el 12% de los pacientes con trastornos de ansiedad<sup>33</sup>.

El Litio, cuyos efectos antimaniacos se conocen desde 1949, ha sido considerado como el tratamiento farmacológico primario de los pacientes con trastornos bipolares, pero desde 1970 los otros moduladores del afecto se consideran alternativas de primera línea, con tasas de respuesta similares. El Litio, la CBZ y el Valproato son efectivos hasta en el 70% a 80% de los pacientes con manía aguda y hasta en el 65% a 75% cuando se usan como profilaxis del TAB<sup>30</sup>.

La TEC se reserva para aquellos pacientes que no responden a la medicación, que no toleran sus efectos secundarios, que no pueden acceder a ella por sus contraindicaciones, que la prefieren o cuando se necesita una respuesta rápida.

Cerca de un 50-80% de los pacientes responden al Litio, con mantenimiento de la mejoría a los 2 años en sólo la mitad de los mismos.

En adolescentes las tasas de respuesta al Litio son del 50% a 60% durante la fase aguda, tasa que puede incrementarse en la edad adulta como lo muestra un estudio doble-ciego con 36 pacientes que no respondieron al Litio durante sus episodios de la adolescencia pero que en la adultez muestran una significativa mejoría.

Debe tenerse en cuenta que aquellos con mayor severidad, con episodios mixtos, con una transición continua de un episodio depresivo a uno maníaco, consumo concomitante de sustancias de abuso, presentación secundaria a condiciones médicas generales), cicladores rápidos, o presentación o exacerbación de otras patologías como acné, psoriasis, disfunción cognitiva, insuficiencia renal o tiroidea, podrían responder mejor a la Carbamazepina o al Valproato (20 mg./kg./día); sin embargo, la revisión de Calabrese y colaboradores revela que los únicos predictores que parecen favorecer al Valproato y a la Carbamazepina sobre el Litio son los episodios mixtos y los cicladores rápidos.

Por otro lado, aunque el Valproato presenta una acción antimaniaca desde el quinto día de administración con efectividad comparable al Litio, la Carbamazepina ha mostrado una tasa de respuesta variable cuando se compara con el Litio en episodios maníacos puros<sup>31</sup>. Algunos pacientes son refractarios al Litio, (20% a 40%) ya sea por ausencia total de respuesta o por controlar únicamente la manía o la depresión o por la aparición de tolerancia o refractariedad inducida por

suspensión del tratamiento profiláctico, o por niveles plasmáticos de mantenimiento inferiores a 0.6 mEq./Lt.

La manía es la tercera indicación más común para terapia electroconvulsiva (TEC) y está indicada en aquellos pacientes que no respondan al tratamiento farmacológico, que requieran un rápido inicio del efecto antimaniaco o que estén en embarazo. Los pacientes con depresión bipolar, estados mixtos, psicóticos, catatónicos, comprometidos médicamente o con comportamiento suicida severo son candidatos de primera opción a la TEC.

En cuanto al número de sesiones de TEC requeridas para lograr la remisión, una revisión encuentra utilidad en siete a diez sesiones para la mayoría de los pacientes. La TEC de mantenimiento debe ser aplicada cada mes, lográndose tasas de recurrencia de sólo un 12% luego de 6 años de administración regular, lo que contrasta con el 45% a 80% de los pacientes que recaen tras la discontinuación de la TEC.

En el episodio maniaco se han hecho estudios también sobre la efectividad del Verapamilo (calcioantagonista), pero sólo en aquellos respondedores al Litio, por lo que no sería una alternativa en pacientes refractarios sino más bien en pacientes que no toleren el Litio<sup>32</sup>. La Flunarizina, un bloqueador de canales de Ca<sup>++</sup>, a dosis de 10 mg./día y niveles séricos entre 34 y 91 ng./ml. probó ser efectiva en una paciente de 36 años con más de 20 episodios y poca respuesta y marcada intolerancia al Litio.

En los episodios depresivos es imprescindible la reducción o suspensión del antipsicótico que se esté administrando concomitantemente, ya que esta sola medida puede conducir a la disminución de los síntomas depresivos. En pacientes que no estén recibiendo antidepresivos puede hacerse un intento con Litio, el cual ha demostrado ser el más eficaz de los moduladores del afecto para controlar el episodio depresivo, aunque con menor respuesta que la Imipramina<sup>31</sup>.

En pacientes con episodios leves o autolimitados, la psicoterapia podría ser suficiente para acompañar el tratamiento inicia<sup>29</sup>. En casos de depresión bipolar recurrente puede mantenerse el antidepresivo acompañando a los estabilizadores del estado de ánimo, aunque ningún estudio ha precisado el tiempo de mantenimiento del mismo.

Las mujeres en edad reproductiva deben tener un esquema de planificación adecuado, teniendo en cuenta que los anticonceptivos orales pueden interactuar con la Carbamazepina, que incrementa su metabolismo.

El uso de los estabilizadores del afecto durante el primer trimestre del embarazo, puede traer serias consecuencias para el feto, como malformaciones cardíacas en el caso del Litio, defectos del tubo neural o craneofaciales con Carbamazepina o Valproato.

En estas pacientes se recomienda el tratamiento psicoterapéutico o la TEC. En los siguientes trimestres, las dosis de la medicación deberán ser evaluadas por los cambios farmacocinéticos. Se recomienda discontinuar la medicación días antes del parto para minimizar los efectos tóxicos en el neonato<sup>3</sup>.

Es indispensable la implementación de estrategias psicoeducativas (las llamadas clínicas de pacientes afectivos) y psicoterapéuticas (psicoterapia de apoyo) para garantizar la adherencia o cooperación con el tratamiento por parte del paciente, sus familiares y su medio laboral. Los efectos adversos y la posibilidad de dar una atención rápida y efectiva a estos, es una de las variables que influyen de manera definitiva en la adherencia al tratamiento.

Es importante mantener un medio ambiente libre de estímulos fuertes y estresores, y promover la realización de ejercicios.

En conclusión, existe evidencia suficiente para recomendar la terapia psicofarmacológica profiláctica con litio por un mínimo de 3 años en los pacientes que presenten un episodio maníaco que indique TAB, la farmacoterapia combinada en caso de pobre respuesta y la necesidad de un apoyo psicoeducativo y psicoterapéutico constante para el paciente con trastorno bipolar<sup>28-33-34</sup>.

## 6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	DEFINICION	CATEGORÍA	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES
<b>Socio-económicas</b>	Conjunto de datos del paciente, relacionados con identificación y otras características particulares	Edad	Edad del paciente al momento de sufrir la patología	Número de años	Cuantitativa de razón	%
		Sexo	Género del paciente	Masculino Femenino	Nominal	%
		Área de residencia	Área del municipio donde se ubica la vivienda del paciente	Rural Urbana	Nominal	%
		Escolaridad	Nivel educativo que cursa o a cursado	Ninguno Primaria Secundaria Tecnología Universidad	Nominal	%
		Estrato socio-económico	Nivel socioeconómico en el cual se encuentra	Bajo Medio Alto	Nominal	%
		Ocupación	Trabajo al cual se dedica	Tipo de ocupación	Nominal	%
<b>Comportamental</b>	Características referentes al paciente	Historia de aprendizaje	Experiencias de tipo traumático	Tipo de trauma	Nominal	%
<b>Patrones clínicos</b>	Características referentes a la evolución, curso y desenlace de la enfermedad durante la	Tiempo de la enfermedad	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico del TAB	Número en Años	Cuantitativa de razón	%
		Síntomas	Síntomas que aparecieron en el curso de la enfermedad	Nombre de síntoma	Nominal	

	hospitalización	Característica de la crisis	Determinar si es manía o depresión la característica principal de la crisis	Manía Depresión	Nominal	%
		Tratamiento	Tipo de tratamiento instaurado	Especifique nombre de medicamento	Nominal	%

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se recibió autorización de las personas responsables de la integridad y vigilancia de las historias clínicas en la Subgerencia Técnico Científica del Hospital Universitario de Neiva.

Se garantiza que la información obtenida de ellas no será manipulada, ni se revelarán los nombres o datos de identificación de los pacientes pertenecientes al estudio.

Los instrumentos de recolección de datos, quedarán bajo custodia exclusiva de los investigadores, bajo absoluta confidencialidad y reserva absoluta del secreto profesional.

## **8. HIPÓTESIS**

- 8.1. El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), está determinado por Factores Socio-Económicos y Comportamentales, debido a que la población afectada y mas vulnerable son los jóvenes de escasos recursos y que han vivido alguna experiencia traumática a lo largo de su existencia.
- 8.2. El cuadro clínico más característico del Trastorno Bipolar es la manía.
- 8.3. La prevalencia del TAB a lo largo de la vida de los pacientes diagnosticados es indefinida, quizás porque los tratamientos reducen los síntomas, mas no curan la enfermedad.

## **9. DISEÑO METODOLOGICO**

### **9.1 TIPO DE ESTUDIO**

El presente es un estudio observacional descriptivo de los casos de Trastorno Afectivo Bipolar tratados en el Hospital Universitario "Hernando Moncaleano Perdomo" de Neiva, entre el primero de Enero y el treinta y uno de Diciembre de 2004. Se consideró como caso a todo paciente cuyo diagnóstico de egreso fue el de Trastorno Afectivo Bipolar

El tipo de estudio observacional infiere que el investigador estudia hechos concretos ocurridos en la población y no permite la manipulación de los sujetos. El estudio descriptivo implica la recopilación y presentación sistemática de datos para dar una idea clara de determinada situación a partir de las variables seleccionadas. Permite explicar el comportamiento de una enfermedad o de un evento epidemiológico, en una comunidad o región determinada; conocer la distribución de una patología en un lugar o área geográfica y plantear bases para la investigación clínica, terapéutica y preventiva.

Es un estudio retrospectivo porque la información se toma del año 2004, de las historias clínicas de pacientes que egresaron del Hospital con un diagnóstico TAB.

### **9.2 ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario "Hernando Moncaleano Perdomo" de Neiva, ubicado en la calle 9°, entre carreras 15 y 16. Esta Institución de tercer nivel, hace parte de la red hospitalaria pública, prestando servicios a toda la población del Sur de Colombia.

Es una Empresa Social de Estado, que cuenta con atención especializada y atiende a pacientes de los regímenes subsidiado, contributivo y vinculado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **9.3 POBLACIÓN A ESTUDIO Y MUESTRA**

Se recogieron 42 historias clínicas de pacientes a quienes se les ha realizado el diagnóstico Trastorno Afectivo Bipolar, y que consultaron al Hospital Universitario de Neiva, durante el periodo comprendido entre el primero de Enero y el treinta y uno de Diciembre del 2004.



Las historias se encontraron en el archivo de la institución de salud. A su vez las anteriores cumplieron con los requisitos, como el poseer completos los datos de edad, sexo, área de residencia, seguridad social, ocupación, escolaridad, antecedentes, síntomas, diagnóstico y tratamiento. Las historias que no cumplieran con los datos mencionados, no hicieron parte de esta Investigación

## **9.4 INSTRUMENTO**

**9.4.1 Instrumento de Recolección de Datos:** para la recolección de datos fue diseñado un formato en el cual estuvieron incluidas todas las variables y sus características, de tal forma que cuando fue aplicado por el Investigador-recolector de datos, se marcó con un lapicero de tinta negra en casillas determinadas, la presencia o ausencia de esa variable o característica.

El formato de recolección de datos (Ver anexo A) constó, primero de una variable socio-económica, donde está la información general de paciente, es decir: edad, sexo, área de residencia, seguridad social, Etc.; segundo una variable comportamental, donde se incluye las experiencias traumáticas; tercero una variable clínica que contiene, duración de la enfermedad, síntomas, así como la estancia hospitalaria y el tratamiento.

Cada variable enunciada constó de unas características propias, cada una con una casilla correspondiente para marcar su presencia o ausencia y así diligenciar se una manera más eficaz y organizada su contenido.

**9.4.2 Prueba Piloto:** la prueba piloto fue realizada aplicando el cuestionario a 10 Historias Clínicas, que no participaran en el estudio, de pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar encontradas en el archivo del Hospital Universitario de Neiva. El cuestionario fue observado por el especialista en Psiquiatría Doctor Carlos Julio Corredor, dando el visto bueno para la recolección de datos.

A cada Historia se le aplicó el instrumento de recolección de datos por parte de los investigadores – recolectores de datos. Posteriormente se procedió a verificar si se presentó dificultad con algún ítem. Se obtuvo un buen resultado sin problemas de búsqueda o de falta de información, no fue necesario recurrir a la modificación o supresión de ninguna variable.

## **9.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Según las variables ya establecidas se elaboró un Instrumento, que logró recopilar los datos necesarios para la recolección y comprensión de las variables. Se seleccionó un formulario, donde fueron incluidas las variables a analizar.

Se buscaron las historias clínicas incluidas en el estudio, que se encontraban en el archivo del Hospital, a cada una de ellas se les aplicó el instrumento, buscando la información necesaria de los pacientes en las hojas rotuladas como: “Hoja de Ingreso, Evolución Médica, Epicrisis, Notas de Enfermería y Tratamiento”. Se logró recolectar la totalidad de los datos requeridos.

La recolección de los datos se hizo por parte de los Investigadores, Edgar Arango y Angélica Solano, conocedores del correcto diligenciamiento del formulario.

## **9.6 PROCEDIMIENTO**

Se acudió al Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de Neiva solicitando permiso por escrito al Subgerente Técnico – Científico, para poder tener acceso a las historias clínicas del Servicio de Psiquiatría durante el año 2004, de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar; dado este permiso se visitó la oficina de sistemas del Hospital para que asignara números de dichas historias clínicas.

Al obtener estos códigos nos dirigimos al archivo general del Hospital y se tomaron las historias que contenían la información requerida para así llenar el instrumento de recolección de datos.

Este formato es diligenciado con las variables más sobresalientes del estudio y se omitió aquellas historias que pudieran conllevar a confusión y sesgo.

## **9.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Ya obtenidos los datos, se ingresaron a un formato igual diseñado en Epi Info 3.3.2 del 2005 para su análisis. Los gráficos, las estadísticas epidemiológicas, así como las tablas fueron realizadas con algunos comandos como Freq, Tabla, Gráfico y Microsoft Office 2003.excel.

## **9.8 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Ya ingresados los datos en Epi Info 3.3.2 del 2005, se busca obtener la frecuencia de presentación de cada variable y su relación con la presencia o ausencia de otro tipo de variables.

La presentación de la información se hizo por medio de porcentajes de frecuencia, presentaciones con Gráficas de Barras y Tortas, correspondientes a cada dato.

Una vez obtenidos los datos de los resultados, se realiza el análisis, la discusión, las conclusiones y recomendaciones de lo contenido.

## 10 ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el análisis de los resultados se obtuvieron datos a cerca de distintas variables relacionadas con el Trastorno Bipolar, entre ellas se encuentran la variable socioeconómica, la comportamental y la clínica. Para este estudio se consideraron 42 casos tratados en el Hospital Universitario "Hernando Moncaleano Perdomo" de Neiva, y que fueron diagnosticados con Trastorno Afectivo Bipolar.

**Tabla 1.** Características socio-económicas de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Neiva entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2004.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Masculino	20	47.6%
	Femenino	22	52.4%
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>
EDAD	10-20	2	4.5%
	21-30	8	18%
	31-40	15	37.5%
	41-50	9	22.5%
	51-60	6	13%
	61-70	2	4.5%
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>
RESIDENCIA	Urbana	37	88.1%
	Rural	5	11.9%
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>
ESCOLARIDAD	Ninguna	10	23.8%
	Primaria	14	33.3%
	Secundaria	14	33.3%
	Tecnología	4	9.5%
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>
ESTRATO	Alto	1	2.4%
	Medio	4	9.5%
	Bajo	37	88.1%
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>
OCUPACION	Agricultor	1	2.4%
	Cajero de banco	1	2.4%
	Electricista	1	2.4%
	Empleada domestica	1	2.4%
	Estilista	2	4.8%
	Hogar	13	31%
	Pensionado	3	7.1%
	Técnico Rx	1	2.4%
	Varios	18	42.7%
	Vendedor ambulante	1	2.4%
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Los datos arrojados en el análisis, muestran una frecuencia de presentación similar en ambos sexos, lo cual corrobora que no existen factores asociados a esta variable que aumenten su frecuencia de presentación. El área de residencia mas representativa en el estudio es la zona urbana con lo anterior nos aclara el panorama de los pacientes que padecen Trastorno bipolar, ya que hay mayor acceso a los servicios de salud y en especial a las consultas periódicas por psiquiatría, lo que mejora un poco el pronostico ya que se cuenta con mejor información y mayor adherencia a los tratamientos. Un porcentaje representativo para pacientes que pertenecen a un estrato socio-económico bajo; lo anterior indica que su nivel educativo se ve afectado por esta variable ya que hay un gran porcentaje de pacientes que tiene un nivel de educación bajo, lo que demuestra que sus empleos no son estables ( ver anexo F).

**Tabla 2.** Características comportamentales de pacientes con Trastorno Bipolar que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Neiva entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2004.

		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MALTRATO Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</b>	Si	10	23.8%
	No	32	76.2%
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>
<b>DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA</b>	Si	7	16.7%
	No	35	83.3%
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

En maltrato y violencia intrafamiliar de toda la muestra esta indicando que las personas afectadas de TAB si tuvieron factores comportamentales; sumado esto al antecedente familiar de consumo de alcohol y drogas. Estas son cifras importante ya que las anteriores junto con otras variables de la historia de aprendizaje de los pacientes, son desencadenantes en muchas ocasiones de traumas y conflictos internos en los niños y jóvenes, lo cual los inducen a alteraciones mentales patológicas, que requieren de ayuda profesional urgente.

**Tabla 3.** Tiempo de evolución del Trastorno Bipolar en pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Neiva entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2004.

Tiempo de Enfermedad (años)	Frecuencia	Porcentaje
1	5	12.2%
2	2	4.9%
3	2	4.9%
4	1	2.4%
5	2	4.9%
6	1	2.4%
7	1	2.4%
8	1	2.4%
9	1	2.4%
10	4	9.8%
11	1	2.4%
12	3	7.3%
15	3	7.3%
16	1	2.4%
17	1	2.4%
18	1	2.4%
19	1	2.4%
20	3	7.3%
23	1	2.4%
26	1	2.4%
27	2	4.9%
28	1	2.4%
29	1	2.4%
40	1	2.4%
<b>Total</b>	41	100%

Los porcentajes para este punto son significativos, ya que mas del 50% de los pacientes la evolución del Trastorno bipolar fue de 10 años y mas. Los datos arrojados por el estudio en esta variable clínica y con respecto al tiempo de padecimiento de la enfermedad, demuestra que el TAB data de mucho tiempo atrás en estos pacientes. Se sabe por estudios recientes que estas personas conviven con esta patología por el resto de sus vidas.

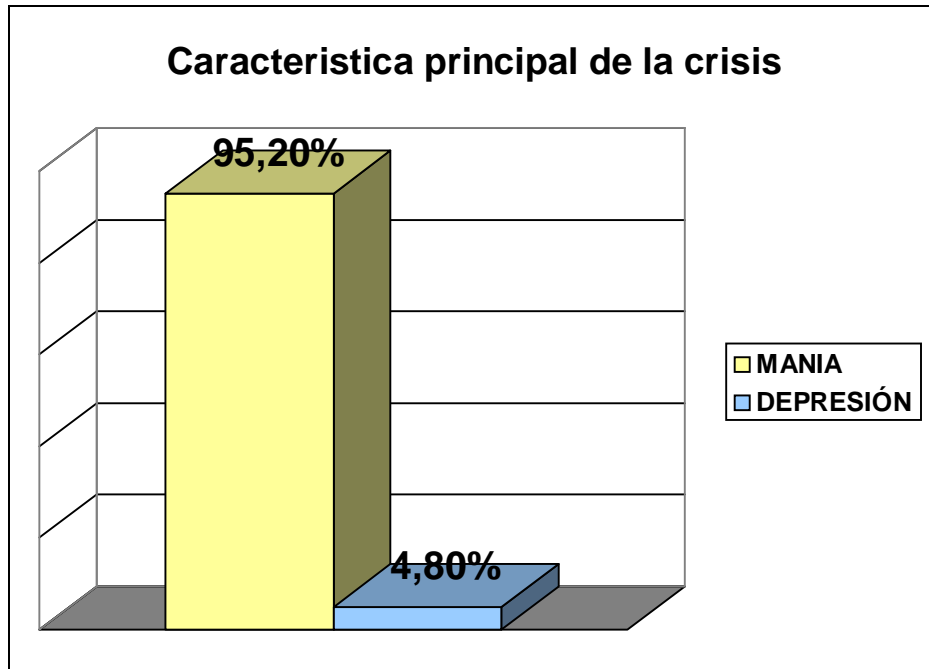
**Tabla 4.** Características clínicas del Trastorno Bipolar en pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Neiva entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2004.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>EXALTACION</b>	Si	32	76.2%
	No	10	23.8%
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>
<b>AGRESIVIDAD</b>	Si	30	71.4%
	No	12	28.6%
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Los datos obtenidos muestran que los pacientes sufren de exaltación durante algún episodio del TAB, además tienen como uno de los síntomas principales en cada crisis la presencia de agresividad, indicándonos que el TAB tipo I es el más común en la población estudiada. Estos datos apoyan los hallazgos de investigaciones anteriores, ya que estos exponen que los episodios maníacos son el sello para diagnosticar el TAB.

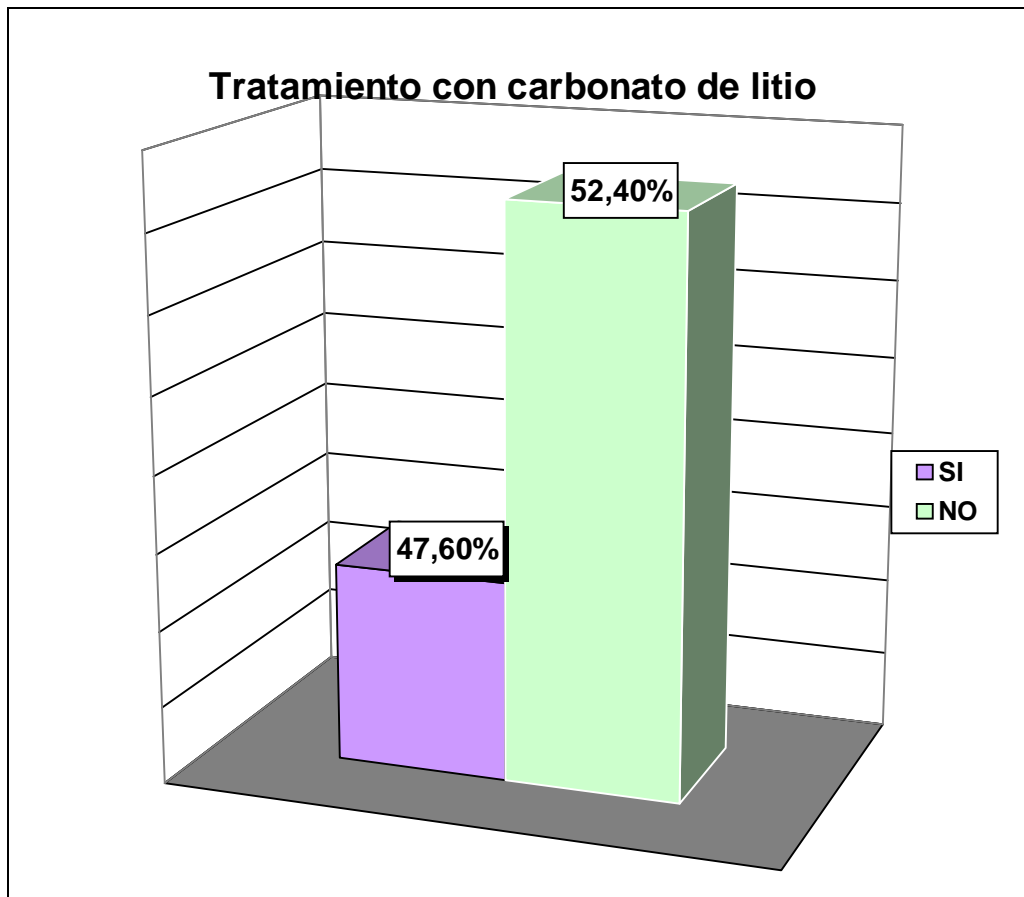


**Gráfica 1.** Característica principal en las crisis de TAB que se presentaron en pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Neiva entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2004.



No se puede hablar de Trastorno afectivo bipolar sin tenerse en cuenta la manía, ya que tan solo con hipomanía no podemos hacer el diagnóstico. El gráfico determina que en un gran porcentaje de todos los pacientes tuvieron como característica principal la manía en cada crisis; lo que nos está indicando principalmente, que el TAB I es el más frecuente de todos los subtipos, ya que la clínica representativa son episodios maniacos en mayor frecuencia, alternados de depresión en menor escala.

**Grafica 2.** Tratamiento medico principal con carbonato de litio en pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Neiva entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2004.



Al diagnosticar TAB, en el plan de tratamiento para la mayoría de los pacientes ha sido usando carbonato de litio. Lo anterior determina que realmente el litio si se utiliza en un gran porcentaje como medicamento de elección en el manejo de la manía producida en las crisis.

## 11. DISCUSION DE RESULTADOS

Al final del análisis de los datos, se encontró, que la gran mayoría de los resultados estadísticos no presentan ninguna variación considerable respecto a lo encontrado en el estudio ECA (Epidemiological Catchment Area) realizado por el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos<sup>15</sup>. En especial hubo concordancia con la presentación delo TAB según el sexo, el área de residencia, la educación, la ocupación, los antecedentes, sintomatología y tratamiento.

La edad de presentación fue en pacientes que se encontraban en la tercera década de la vida, aclarando que esta no es la fecha de la primera crisis de su existencia, sino la que se indica en el momento de la consulta específica para el año 2004.

La relación hombre/mujer fue similar, lo que indica que no hay establecidas bases genéticas ligadas al sexo, según estudios de la American Journal of Psychiatry de 1997<sup>11</sup>. En cuanto a la edad, escolaridad y ocupación, se definió claramente la afectación de la vida laboral tan marcada que estas personas presentan, debido a su imposibilidad mental para mantener un trabajo, sumado esto al hecho de su bajo nivel socioeconómico que se convierte en factor de riesgo para el padecimiento de enfermedades siquiátricas.

Los antecedentes son de suma importancia, ya que la historia de aprendizaje de estos pacientes fue marcada en cuando al maltrato, violencia intrafamiliar, los problemas intrafamiliares de drogadicción y alcoholismo. La variable clínica mostró una representatividad en cuanto al tiempo de padecimiento de la patología de 10 años, lo que indica que el TAB es para el resto de la existencia de los pacientes.

Los síntomas mas representativos fueron los de exaltación y agresividad, los que son característicos de la manía que es la presentación clínica mas común en el grupo de población estudiada. Además este tipo DE TAB II, es el mas común en frecuencia dentro de la población mundial estudiada recientemente, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría<sup>5</sup>.

Finalmente el tratamiento medicamentoso de elección para la mayoría de los casos fue el Carbonato de Litio, lo que esta acorde con estudios documentados en la British Medical Journal del 2000<sup>31</sup>.

## 12. CONCLUSIONES

- Existe una relación estrecha entre, el estrato socioeconómico, la escolaridad y la ocupación, debido a que cada uno tiene un factor que afecta a la siguiente, lo que determina que por la falta de recursos económicos estas personas no alcanzan un nivel educativo y a su vez no logran estabilidad laboral; sumado este hecho a que por su patología tienen imposibilidades para desenvolverse en el ámbito educativo y laboral, debido a sus crisis maniacas.
- La violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y los antecedentes de problemas de alcoholismo y drogadicción dentro de los hogares, muestran un riesgo potencial para el aumento en la frecuencia de alteraciones mentales; siendo las campañas masivas de educación a cerca de los problemas que trae consigo estos escenarios de vida e historia de aprendizaje.
- Los síntomas mas notables son los del TAB II, el cual se determina por un cuadro de manía representativa y depresión menor en cualquier crisis. Lo anterior sugiere un mayor control a nivel institucional de dichos pacientes, evitando así las altas tasas de suicidios.
- Los datos obtenidos en las tablas de tratamiento y tiempo de evolución de la enfermedad desde la primera crisis hasta el momento de la consulta en el año 2004, determina que los tratamientos para esta patología son para controlar síntomas mas no para curar definitivamente la enfermedad.

### 13. RECOMENDACIONES

- Continuar con la buena elaboración de historias clínicas Siquiátricas, ya que los datos se obtuvieron de una manera adecuada y completa para aplicarlos al estudio.
- Promover en la institución programas de seguimiento a estos pacientes con TAB, extendido a los municipios donde residen el grupo de pacientes.
- Promover campañas de información, a nivel de todo el departamento a cerca de las consecuencias que conlleva el maltrato físico, la violencia intrafamiliar, el abuso de alcohol y la drogadicción dentro de los hogares.
- Fomentar actividades de impacto social y educativo en la comunidad y en los familiares de pacientes con Trastorno Bipolar, para así brindar apoyo y protección en caso de una crisis.
- Recomendar a los pacientes y sus familias el uso adecuado de los medicamentos, para que se siga en forma estricta y responsable el tratamiento suministrado para cada uno de los casos y así poder eliminar y prevenir complicaciones que pueden llegar a ser mortales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de Investigación Genética de los Trastornos Psiquiátricos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, 2003.
- DOCUMENTO I Congreso del ICBF y XI Congreso Colombiano de prevención y atención del maltrato infantil, 2002, Pág. 2
- Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales - Cuarta edición (DSM-IV). Washington D.C. Sociedad Americana de Psiquiatría, 1994.
- FIERRO MARCO, Semiología del Psiquismo, Grupo farmacéutico sanofi-synthelaeo Colombia, 2002.
- Asociación Mexicana de Trastorno Bipolar, Estadísticas, 2002.
- Organización Mundial de la Salud 2002, El informe mundial de salud.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Practice Guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Washington D.C. 1994
- Goodman and Gilman's, The Pharmacological Basis of Therapeutics, 9th edition, sección III, chapter 19, Pp 26-42.
- Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A. Trastorno bipolar. En: Roca M (ed.). Trastornos del humor. Madrid, Editorial Médica Panamericana 1999: 441-540 Kelse et al, 1989.
- Wolf T, *Bipolar* Disord, 2002 Aug; Vol. 4 (4), pp. 263-70. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales – Cuarta edición.

## REFERENCIAS

1. Zaretsky AE, Segal ZV. Psychosocial interventions in bipolar disorder. *Depression* 1994/1995; 2:179-188
2. Vedel Kessing L, *J Psychiatr Res*, 2004 Jul-Aug; Vol. 38 (4), pp. 395-402.
3. FIERRO MARCO, *Semiología del Psiquismo* Grupo farmacéutico sanofi-synthelaeo Colombia, 2002 pags, 44-45.
4. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, *El informe mundial de la salud, 2000*, Pág. 5-7.
5. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales - Cuarta edición (DSM-IV)*. Washington D.C. Sociedad Americana de Psiquiatría, 1994, pag 323-400.
6. Brown GW, Carstairs GM, Topping G. Post hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet* 1958;2:685-689.
7. DOCUMENTO I Congreso del ICBF y XI Congreso Colombiano de prevención y atención del maltrato infantil, 2002, Pág. 2-6.
8. M<sup>a</sup> Consuelo Llinares Zaragoza, *Psiquiatra*. Hospital Psiquiátrico Provincial de Alicante, 2000, Pág. 1-5.
9. Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A. Trastorno bipolar. En: Roca M (ed.). *Trastornos del humor*. Madrid, Editorial Médica Panamericana 1999: 441-540 Kelse et al, 1989.
10. Joffe RT, *Bipolar Disord*, 2004 Feb; Vol. 6 (1), pp. 62-6.
11. Alda M. Bipolar disorder: from families to genes. *Can J Psychiatry* 1997; 42:378–387
12. Evans DL. Bipolar disorder: diagnostic challenges and treatment considerations. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Supp 13):26–31.
13. Keck PE, Jr., McElroy SL, Arnold LM. Bipolar disorder. *Med Clin North Am* 2001; 85:645–61.

14. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *Am J Psychiatry* 1965; 122:509–522.
15. Wolf T, *Bipolar Disord*, 2002 Aug; Vol. 4 (4), pp. 263-70. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales – Cuarta edición.
16. Manji HK & Lenox RH. The nature of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Supp 13:42–57.
17. Organización Mundial de la Salud 2002, El informe mundial de salud, Pág. 4-9.
18. Suppes T, Dennehy EB, Gibbons EW. The longitudinal course of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl 9):23–30.
19. Torrey EF. Epidemiological comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res* 1999; 39:101–106.
20. American Psychiatric Association, Practice Guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Washington D.C. 1994, Pp 12-21.
21. Goodwin FK, Jamison KR (eds). *Manic-Depressive Illness*. London: Oxford University Press, 1990.
22. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59 (Suppl 1):S5–S30.
23. Robb AS. Bipolar disorder in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* 1999; 11: 317–322.
24. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 9:47–51.
25. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2001; 3:181–188.
26. Parikh SV, Kusumakar V, Haslam DRS, Matte R, Sharma V, Yatham LN. Psychosocial interventions as an adjunct to pharmacotherapy in bipolar disorder. *Can J Psychiatry* 1997;42(Suppl 2):74S-78S.
27. VanGent EM, Zwart FM. Psychoeducation of partners of bipolar manic patients. *J Affect Disord* 1991;21:15-18.
28. Miklowitz DJ. Psychotherapy in combination with drug treatment for bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16(Suppl. 1):565-665.



29. Fitzgerald RG. Mania as a message. Treatment with family therapy and lithium carbonate. *Am J Psychotherapy* 1972;26:547-553.
30. Berk M, Segal J, Janet L, et al. Emerging options in the treatment of bipolar disorders. *Drugs* 2001; 61:1407–1414.
31. Young AH: Treatment of bipolar affective disorder. *Brit Med J* 2000; 321:1302–1303.
32. Fieve RR: Lithium prophylaxis of depression in bipolar I, bipolar II, and unipolar patients. *Am J Psychiatry* 1976; 133:925–929.
33. Solomon DA, Bauer MS: Continuation and maintenance pharmacotherapy for unipolar and bipolar mood disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 16:515–540 .
34. Baldessarini RJ: Drugs and the treatment of psychiatric disorders: depression and mania, in Goodman and Gilman's, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 9th edition, sección III, chapter 19, Pp 26-42.
35. Baldessarini RJ: *Pharmacological treatment of bipolar disorders*. New York, John Wiley & Sons, 1996, pp 299–338
36. R. J. Baldessarini: Maintenance Treatment in bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*, May 1, 2000; 57(5): 490 - 492.

# ANEXOS

## ANEXO A

### FACTORES CLINICOS, SOCIO-ECONOMICOS Y COMPORTAMENTALES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR. SERVICIO DE PSIQUIATRIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2004

#### VARIABLE SOCIO-ECONOMICA

##### Historia Clínica No

1. **Edad:** \_\_\_ años
2. **Sexo:** M\_\_\_ F\_\_\_
3. **Área de residencia:** Urbana \_\_\_ Rural \_\_\_
4. **Escolaridad:**  
Ninguna\_\_\_ Primaria\_\_\_ Secundaria\_\_\_ Tecnología\_\_\_ Universidad\_\_\_
5. **Estrato Socioeconómico:**  
Alto\_\_\_ Medio\_\_\_ Bajo\_\_\_
6. **Ocupación:** \_\_\_\_\_

#### VARIABLE COMPORTAMENTAL

##### 10. Historia de Aprendizaje:

- Maltrato infantil\_\_\_
- Violencia intrafamiliar\_\_\_
- Familia con problemas de alcoholismo o drogadicción\_\_\_

#### VARIABLE CLINICA

8. **Tiempo de la enfermedad:** \_\_\_\_\_ Años

##### 9. Síntomas

- ↓ Pérdida de la autoestima\_\_\_
- ↓ Pérdida del apetito\_\_\_
  
- ↑ Exaltación del estado de ánimo\_\_\_
- ↑ Agresividad \_\_\_

**10. Característica principal de la crisis:** Manía\_\_ Depresión \_\_  
**11. Tratamiento:**

Carbonato de litio\_\_

Haloperidol\_\_

Biperideno\_\_

Ácido valproico\_\_

Sinogan\_\_

## ANEXO B

### INSTRUCTIVO

**6. ESTRATO SOCIOECONÓMICO:** nivel alto para estratos 5–6, nivel medio para estratos 3-4, nivel bajo para estratos 1-2.

**7. HISTORIA DE APRENDIZAJE:** marcar con una X, la que se ha presentado. Se aclara que maltrato infantil encierra: maltrato físico, verbal, emocional, abandono y abuso sexual. Violencia intrafamiliar: todo tipo de maltrato entre los progenitores.

**8. TIEMPO DE LA ENFERMEDAD:** tiempo transcurrido en años desde que se le diagnóstico el TAB.

**9. SÍNTOMAS:** específicamente todos los síntomas que presentó el paciente en las crisis, marque con X los que ocurrieron.

**11. TRATAMIENTO:** marque con una X, el tratamiento específico que recibió el paciente durante la hospitalización.

**ANEXO C**

**PRESUPUESTO**

<b>RUBROS</b>	<b>RECURSOS PROPIOS</b>	<b>PATROCINADOR</b>	<b>TOTAL</b>
<b>HUMANOS</b>			
<b>HONORARIOS</b>			800.000
Asesor del proyecto	200.000		
Asesor estadístico	200.000		
Investigadores	400.000		
<b>TRANSPORTE</b>	200.000		200.000
Transporte urbano			
<b>PAPELERIA</b>			180.000
	50.000		
Internet	100.000		
Impresión	30.000		
Fotocopias			
<b>IMPREVISTOS</b>			59.000
5% de los gastos totales	59.000		
<b>TOTAL</b>	<b>1'239.000</b>		<b>1'239.000</b>

## ANEXO D

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2003

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>V</b>	<b>VI</b>	<b>VII</b>	<b>VIII</b>	<b>IX</b>	<b>X</b>	<b>XI</b>	<b>XII</b>
Revisión 1° literatura	—							
Planteamiento		—						
Enunciación Problema Justificación Propósitos Objetivos			—					
Análisis crítico Investigación Individual Global				—				
Primer borrador Introducción Problema Revisión litera Marco teórico Preguntas e hipótesis					—			
Contactos administrativos							—	

## ANEXO E

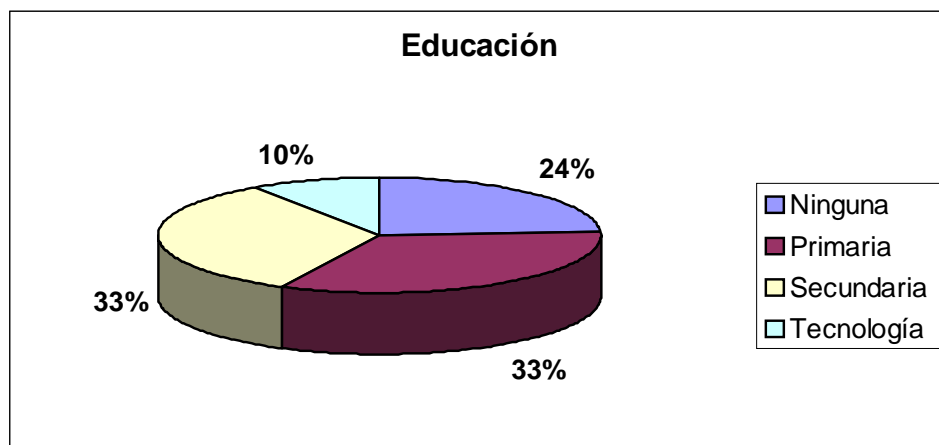
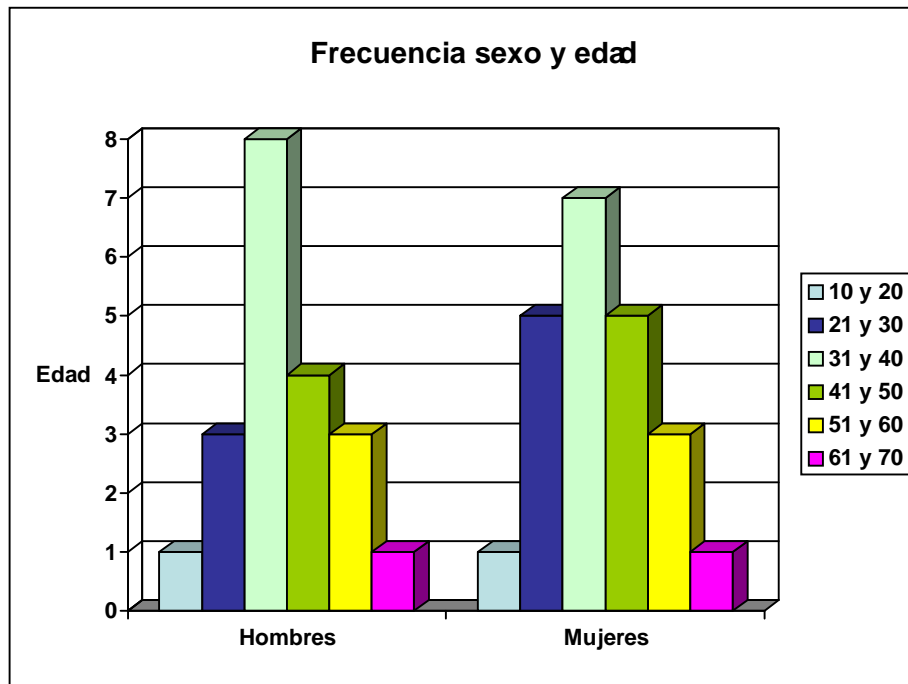
### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2004-2005

ACTIVIDADES	II	III	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	
Diseño metodológico	—————											
Presupuesto				—————								
Prueba piloto					—————							
Recolección de la información							—————					
Procesamiento de datos									—————			
Análisis de datos e interpretación de resultados										—————		
Elaboración de capítulos de análisis e interpretación de los resultados											—————	
Elaboración de capítulos de conclusiones											—————	
Sustentación del trabajo final											—————	
Entrega del documento final											—————	



## ANEXO F

### GRAFICAS DE RESULTADOS



---