

Universidad Nacional Autónoma
de México

Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría y Salud
Mental

Título:

"Sensibilidad y especificidad de un instrumento de tamizaje para el espectro del trastorno bipolar: El Cuestionario para trastornos del estado de ánimo."

Tesis que para obtener el diploma de especialista en Psiquiatría
Presenta:

Dr. Alfonso Rodrigo Corona Amezcua

Tutor Teórico:

Dra. Doris Gutierrez Mora

Tutor Metodológico:

Dr. Carlos Berlanga Cisneros

Instituto Nacional de Psiquiatría

"Ramón de la Fuente Muñiz"

México, D.F. a 9 de enero de 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimiento

El esfuerzo necesario para realizar esta tesis no hubiera sido suficiente sin la valiosa ayuda de las Doctoras Erandi Molina-Enríquez Simón e Ingrid Vargas Huicochea. Gracias por su trabajo, profesional y oportuno, que apoyó la elaboración de esta tesis.

Con este trabajo agradezco a la Clínica de Trastorno Bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Carmen, Doris, Claudia, Abigail, Yalí, Margarita, nuevamente Ingrid, Frida, Francisco, Rodrigo y Patricia. Han sido años muy formativos para mí y recordaré siempre el haber compartido el trabajo mutuo y la amistad.

A los pacientes que con su sufrimiento nos enseñan más que cualquier libro. Por ustedes vale la pena todo el trabajo.

Finalmente, un reconocimiento al profesional apoyo del Dr. Carlos Berlanga Cisneros y la Dra. Doris Gutierrez Mora, quienes amablemente accedieron a ser los tutores de esta tesis y con su consejo y supervisión hicieron de mí un mejor médico y psiquiatra.

*... A mi familia,
a los que siempre han estado,
a los que han llegado,
a la mujer que me ha acompañado en mi incipiente carrera,
y a los que se nos adelantaron antes de ver el resultado
de diez años de estudio y esfuerzo.
Por ustedes haré más.*

Índice

1.- Resumen.....	6
2.- Introducción.....	7
3.- Antecedentes.....	8
a) Características Clínicas del Trastorno Bipolar.....	8
Historia del Trastorno bipolar.....	8
Prevalencia, edad de inicio y curso del TBP.....	9
Factores de riesgo para el TBP.....	14
Características Demográficas del TBP.....	17
Etiología del TBP.....	17
Tratamiento del Trastorno Bipolar.....	19
Comorbilidad en el Trastorno Bipolar.....	22
b) Diagnóstico longitudinal de los Trastornos Afectivos.....	23
Criterios diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Bipolar.....	23
Estabilidad diagnóstica del Trastorno Depresivo Mayor versus Trastorno Bipolar.....	26
Beneficios del diagnóstico oportuno del trastorno bipolar.....	27
c) Instrumentos para el trastorno bipolar.....	29
i) Diagnóstico.....	29
ii) Severidad de los episodios.....	29
iii) Lista de características del temperamento hipertímico.....	30
iv) Diagnóstico oportuno o tamizaje.....	31

d) Mood Disorder Questionnaire (MDQ o Cuestionario para trastornos del estado del ánimo).....	31
4.- Justificación	34
5.- Planteamiento del problema.....	34
6.- Hipótesis.....	34
7.- Objetivos	35
8.- Metodología.....	35
a) Diseño del estudio.....	35
b) Sujetos.....	35
c) Locación.....	36
d) Criterios de inclusión.....	36
e) Criterios de exclusión.....	36
f) Variables.....	37
g) Instrumentos.....	38
9.- Procedimiento (diagrama de flujo).....	38
10.- Análisis Estadístico.....	40
11.- Resultados.....	42
12.- Discusión.....	47
13.- Conclusiones.....	49
14.- Bibliografía.....	49

1.- Resumen

La prevalencia de los trastornos del espectro bipolar ha mostrado ser tan alta como 2.6% hasta 6.5%, siendo en los estudios más recientes de tamizaje de aproximadamente el 4%. Bajo esta perspectiva la importancia de aprender a distinguir en la clínica entre un episodio unipolar y un episodio bipolar cobra un nuevo sentido, puesto que implica ahorrarle aproximadamente al 4% de la población mundial (cerca de 200,000,000 de personas) los efectos deletéreos que los antidepresivos representan para los pacientes con TBP, o el rechazo que implica un primer episodio maniaco o hipomaniaco; permitiéndoles un pronóstico más favorable en vista de un diagnóstico temprano. Es por eso que a lo largo de los años diversos grupos han buscado la manera de efectuar algún procedimiento de tamizaje para distinguir entre trastornos unipolares y bipolares. Se sabe ya que la prevención y en este caso la intervención temprana permiten un menor deterioro del paciente y mayor funcionalidad.

Hirschfield y colaboradores crearon un cuestionario denominado Mood Disorders Questionnaire (MDQ) que permite detectar con adecuada sensibilidad y especificidad a aquellas personas que se encuentran dentro del espectro bipolar, y por tanto, en riesgo de desarrollar TBP. Este instrumento ha sido traducido a diversos idiomas y se ha evaluado su sensibilidad y especificidad con resultados equiparables entre los distintos idiomas. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo es evaluar su sensibilidad y especificidad en población mexicana y en idioma español. **Método:** Se reclutó una muestra de 100 pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo de acuerdo a una entrevista clínica breve por personal calificado y posteriormente se les aplicó por separado un evaluación de acuerdo a la entrevista clínica estructurada (SCID-I) y al MDQ. Se recolectaron los datos clínicos necesarios para su análisis y comparación. **Resultados:** Con el punto de corte en 7 se obtuvo una sensibilidad de 0.85 y una especificidad de 0.47. Tras elaborar la curva ROC se encontró como punto de corte ideal 8 puntos, con lo que la sensibilidad del instrumento fue de 0.79 y la especificidad de 0.82. **Discusión:** El tamizaje de los trastornos del espectro bipolar permitirá un diagnóstico más preciso y más temprano lo que podría redundar en una mejor atención y mejor pronóstico de los pacientes dentro del espectro bipolar y con TBP. En general un mejor y más rápido diagnóstico permite mejor evolución tratamiento y pronóstico.

2.- Introducción

En años recientes las fases tempranas de las enfermedades mentales se han convertido en un importante campo de investigación psiquiátrica y las estrategias terapéuticas que han sido desarrolladas a partir de esta investigación parecerían estar empezando a funcionar para lograr una mejoría en la evolución de los pacientes con trastornos psiquiátricos, la mayoría de ellos con importante deterioro funcional.

El estudio de las fases tempranas de la enfermedad mental ha sido uno de los campos mas desarrollados en la investigación, dado que mientras más temprana sea la intervención, más efectiva será. El Trastorno Bipolar (TBP) sin embargo implica un reto a la habilidad clínica del entrevistador, pues en muchas ocasiones es únicamente la evolución longitudinal del padecimiento la que nos permitirá hacer un diagnóstico certero. La dificultad aumenta si tomamos en cuenta que no únicamente existe la posibilidad de padecer Trastorno Bipolar, sino además ser parte del Espectro Bipolar. El identificar a un paciente que es parte del espectro permite al clínico efectuar un seguimiento más estrecho y un diagnóstico más temprano, evitando así el riesgo incrementado de suicidio y adicción a sustancias, entre otras cosas, que muestran estos pacientes.

El Trastorno Bipolar ocasiona la muerte de miles de personas cada año, la mayoría de las cuales mueren jóvenes. Es muy posible que la clave de la intervención temprana en los cuadros agudos, principalmente la detección temprana, con intervenciones óptimas, intensivas y sostenidas durante los primeros años de la enfermedad se pueda aplicar de forma amplia a pacientes con trastorno bipolar así como se esta aplicando en la actualidad a pacientes con psicosis desde estadios tempranos. Para lograr dicha intervención temprana es necesario un mayor y mejor conocimiento de los aspectos clínicos de la fase temprana de la enfermedad y de preferencia contar con un instrumento de tamizaje que identifique a los pacientes en riesgo que están dentro del espectro bipolar. Dicho instrumento ya existe, por lo que la finalidad de este estudio está dirigida a identificar su sensibilidad y especificidad en población mexicana y en idioma español.

A continuación veremos brevemente la teoría circundante al Trastorno Bipolar y al cuestionario a evaluar: el Mood Disorders Questionnaire o MDQ. Revisaremos los

cuestionarios disponibles en la actualidad para valorar el diagnóstico y la severidad de los episodios. Posteriormente se hará un resumen respecto a la definición del síndrome maníaco, una revisión de sus diversas etiologías, características clínicas y abordaremos específicamente el Trastorno Bipolar. Finalmente se revisará la asociación entre el resultado arrojado por el MDQ y la entrevista clínica estructurada (SCID).

3.-Antecedentes

a) Características clínicas del Trastorno Bipolar.

Historia del Trastorno bipolar

La categorización de Trastorno Bipolar como una enfermedad es generada desde 1851 por Falret en base a las observaciones longitudinales nombrándose como "locura circular" definida por episodios de manía y melancólicos separados por episodios libres de síntomas. Kraepelin les denominó "ataques dobles", describiéndolos como una condición recurrente, prototipo de un grupo de psicosis afectivas (*Angst, 2000*).

El TBP actualmente se incluye dentro de los trastornos afectivos o trastornos del estado de ánimo ya que comprende períodos de un estado anímico eufórico y períodos de depresión, es una enfermedad de curso crónico, con episodios de depresión o de manía que se presenta de manera cíclica y con remisiones entre episodio y episodio (*Akiskal, 2002*).

Prevalencia, edad de inicio y curso del TBP

Las estimaciones de riesgo de por vida para el TBP tipo I, basados en estudios epidemiológicos varían del 0.2%-0.9% (*Angst, 2003*).

El estudio del área de captura de epidemiología (ECA) reportó una prevalencia de por vida del 1.6% por tipo I o tipo II con variantes.

Actualmente se calcula que incluyendo todo el espectro bipolar la prevalencia del TBP se eleva hasta un 5%. (*Angst, 2003*).

En México, los datos de la prevalencia arrojados por la encuesta nacional de enfermedad mental muestran que el total de la población que ha presentado episodios de manía alguna vez en la vida es del 1.3%, lo que constituye un promedio entre el 1.6% para la población masculina y el 1.2% para la población femenina. (*Medina-Mora, 2005*).

El Trastorno Bipolar inicia aproximadamente 10 años antes que el trastorno depresivo mayor recurrente, anteriormente la edad promedio de inicio se consideraba entre los 28 y los 33 años, los estudios epidemiológicos más nuevos indican la presencia de sintomatología desde la adolescencia y la presentación de los episodios maniacos desde los 20 años de edad (Angst 2000). En México, en población urbana, el promedio de edad a la que se presenta el primer episodio de hipomanía es de 18 años, 19 años para el primer episodio de manía y 23 años para el primer episodio depresivo. Estos resultados son similares a los hallados en estudios realizados en otros países (*Medina-Mora, 2005*).

La mayoría de los estudios reportan que el curso del trastorno bipolar se caracteriza principalmente por episodios de la misma polaridad que el inicial, encontrando estos hallazgos en estudios que incluían muestras con y sin tratamiento profiláctico. Sin embargo cabe mencionar que el tratamiento si puede influenciar el curso del trastorno bipolar en términos de severidad, número y polaridad de las recaídas (*Perugi, 2000*).

En un estudio realizado para determinar la influencia de la polaridad del primer episodio en el curso del trastorno bipolar, con una muestra de 320 pacientes quienes tenían diagnóstico establecido de trastorno bipolar se examinó la evolución de la enfermedad de acuerdo a la polaridad inicial (episodio maniaco, depresivo o mixto). En este estudio se compararon las características familiares, demográficas, clínicas y del curso clínico en una población amplia de pacientes con Trastorno Bipolar tipo I. Éstos a su vez se subdividieron en base a la polaridad del primer episodio, con particular interés en reconstruir de modo retrospectivo los antecedentes de patrones mixtos y de ciclaje rápido. Los resultados indicaron que la mayor parte de los pacientes debutó con un episodio depresivo (51.6%), una menor proporción presentó inicialmente un episodio mixto (25.6%) y el menor porcentaje fue el correspondiente a episodios maniacos (22.8%). No se demostró ninguna

influencia del sexo, edad, estado marital y nivel escolar, aunque sí influyó el sitio de residencia y la ocupación: el vivir en zonas urbanas y el desempleo se relacionaron más con la presentación inicial de un episodio mixto que con manía o depresión.

Los tres grupos fueron similares en la edad de inicio, edad del primer tratamiento, edad de la primera hospitalización y número de hospitalizaciones; respecto a la recurrencia de episodios se encontró que aquellos que iniciaron con episodios de manía o depresión presentaron nuevos episodios maniacos de manera más frecuente, mientras aquellos que debutaron con episodios mixtos presentaron una mayor recurrencia de este tipo de episodios. Los pacientes que inicialmente tuvieron episodios depresivos mostraron mayor número de recaídas que los otros dos grupos. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en el tipo de episodios: cada paciente presentó un mayor número de episodios de la misma polaridad que el primero, además de que presentar un primer episodio depresivo se asoció con un número significativamente mayor de episodios de hipomanía y una mayor prevalencia de tratamiento previo al primer episodio de este último tipo.

Los síntomas psicóticos fueron significativamente menos comunes en el grupo de debutantes con episodio depresivo. Los tres grupos presentaron el mismo porcentaje de eventos estresantes previos y de episodios crónicos. La tasa de intentos suicidas a lo largo de la vida fue significativamente mayor en los grupos de depresión y mixtos. El número de episodios por año fue similar en los tres grupos, sin embargo el ciclaje rápido fue significativamente más frecuente en los depresivos.

Los tres grupos presentaron el mismo porcentaje de antecedentes heredofamiliares para trastorno bipolar y otras enfermedades psiquiátricas (*Perugi, 2000*).

En el estudio anterior existen varias consideraciones que ameritan mención para el trabajo actual, entre ellas que los pacientes que debutan con episodios depresivos son los que más frecuentemente reciben tratamiento que posteriormente dispara un episodio hipomaniaco/maniaco.

La evolución y el pronóstico del trastorno bipolar son diversos, muchos autores han demostrado que es mejor que el de aquellos pacientes que presentan episodios psicóticos

sin síntomas afectivos. Sin embargo en base a la información existente hasta la actualidad no se ha logrado documentar que dicha evolución sea tan buena como se creía anteriormente (Tohen, 2000b).

Los diversos estudios han demostrado que la evolución no alcanza en la mayoría de los pacientes un regreso al funcionamiento premórbido *ad integrum*, sino que hay áreas que mejoran, cada una de forma independiente y con intervalos de tiempo distintos, con un funcionamiento menor al previo. Sin embargo la información al respecto es escasa y con distintas variables de confusión que no permiten aún establecer conclusiones respecto al pronóstico de los pacientes con dichas características, enfatizándose aún mas la importancia de estudiar este grupo de pacientes (*Strakowsky, 2000*).

La duración de los episodios generalmente varía entre 4 y 13 meses, con episodios depresivos generalmente más largos que los episodios maníacos o hipomaníacos. Las mujeres parecen tener más recaídas depresivas que maníacas, mientras que los hombres tienen una distribución más equitativa. Revisiones recientes de la literatura indican que la mayoría de las personas con el trastorno tienen cuatro o más episodios en su vida (*Angst, 2003*).

De los estudios realizados para determinar la estabilidad de la recurrencia, se cuenta con el realizado por Angst, que es un estudio multicéntrico en el cual se recolectaron retrospectivamente datos de paciente bipolares y depresivos unipolares, midiendo la edad de inicio y la duración de los episodios, así como los aspectos de tratamiento en el cual se logra demostrar un acortamiento sistemático de los primeros cuatro episodios de la enfermedad (*Angst, 1973*).

En el estudio de seguimiento de Zurich, se incluyeron a pacientes con episodios depresivos severos o de manía. Se les dio seguimiento a lo largo de 27 años, el estudio inició en 1959 y terminó en 1985. Se encontró un acortamiento significativo en el tiempo transcurrido entre el primer y segundo episodios. La duración promedio de los episodios fue de 28 meses. Se concluyó que al principio del trastorno bipolar, sí existe un acortamiento

en el tiempo de duración de los episodios y que durante el transcurso restante de la enfermedad existe una persistencia de las recaídas, las cuales se presentaban a intervalos irregulares

(Angst, 1995).

Estos datos corroboran lo descrito por Winokur quien enfatizaba que la enfermedad bipolar era altamente recurrente, con una continuación inexorable de episodios y hospitalizaciones sin encontrar datos que sugirieran que la enfermedad se agotara en una etapa tardía (*Winokur, 1993*).

De acuerdo a esto Coryell, reporta el hecho de que el ciclaje rápido, observado en un 20 a 25% de los pacientes bipolares es una manifestación transitoria y no una característica del curso a largo plazo del trastorno (*Coryell, 1992*).

La respuesta o remisión del episodio es un concepto complejo, debido a la relación que se ha establecido entre la mejoría del cuadro y la posibilidad de establecer diagnósticos. Esto esta directamente relacionado con la idea de que pacientes con esquizofrenia no podían sufrir una remisión completa de la sintomatología, así como de que pacientes con trastorno bipolar deberían lograr la recuperación funcional completa posterior a los episodios de manía

(*McGorry, 1995*).

Se ha cuestionado dicha creencia permitiendo un mayor espectro dentro de la enfermedad maniaco depresiva. Para poder evaluar la evolución hay varias posibilidades, entre ellas: el considerar el tiempo de remisión del episodio actual, así como el tiempo para la siguiente recurrencia. Se ha tratado de determinar por lo tanto cual podría ser la mejor forma de evaluar la evolución y mejoría, por lo que una propuesta corresponde a dos tipos de mejoría (*Strakowsky, 1998, 2000*), lo que sería la mejoría sintomática, definida como la presencia por 8 semanas con mínimos síntomas psiquiátricos y la mejoría sindromática, la cual a su vez se divide en evaluación del desempeño social, relaciones interpersonales, actividad sexual, actividades recreacionales, las cuales han sido áreas en las que se ha

detectado que a pesar de la mejoría sintomática persisten con alteración y menor funcionamiento en relación al premórbido (*MacQueen, 1997*).

Actualmente se asume que el cambio de un episodio depresivo a una hipomanía es debida a la inducción por medicamentos, sin embargo este fenómeno ya se conocía como "hipertimia reactiva" desde antes de la introducción de los antidepresivos. En el siglo pasado esto era frecuentemente observado y no se consideraba como bipolaridad, sino mas bien como "hipertimia reactiva postmelancólica" (*Angst 2000*).

La investigación general de la historia natural del trastorno bipolar confirma el pobre pronóstico, reflejado en una alta recurrencia, presencia de síntomas residuales, muerte prematura por suicidio hasta en un 7.8%, y trastornos somáticos. Sin embargo a diferencia de la esquizofrenia, la cual se caracteriza por mucha mayor cronicidad y predominio de síntomas negativos y psicóticos, en el trastorno bipolar la presencia de síntomas residuales como depresivos leves o de leve hipomanía se presenta tan solo en el 20% de los pacientes (*Angst, 2000*).

El seguimiento a cuatro años de un estudio descriptivo de manía mostró una recurrencia en un 72% de los pacientes con tan solo el 28% que se mantuvieron en remisión. Los pacientes que tuvieron sintomatología presente a los seis meses de seguimiento tuvieron hasta el 45% de riesgo de tener una recurrencia dentro de los siguientes 3.5 años (*Tohen, 1990ª*).

Factores de riesgo para el TBP

Múltiples estudios han investigado cuales son los factores asociados a la presentación del trastorno bipolar. Los factores genéticos han sido sugeridos como uno de los factores de mayor peso en su presentación, sugiriéndose que hasta el 50% es atribuible genéticamente, y que los factores ambientales pueden tener una asociación independiente al trastorno. Hasta la década de los 90's no existía suficiente información que estableciera con certeza los factores desencadenantes. Dentro de los factores ambientales se ha estudiado factores demográficos, factores relacionados con el nacimiento, antecedentes

personales, antecedentes familiares, condiciones médicas. Dentro de otros factores que no se ha logrado determinar su relación con el inicio del trastorno bipolar está el uso de antidepresivos, la terapia electroconvulsiva, trastornos endocrinos, comorbilidad psiquiátrica y el temperamento.

En un estudio realizado recientemente con la finalidad de revisar factores de riesgo diferentes a la historia familiar, como predictores del inicio del trastorno bipolar, se hizo una revisión de toda la literatura disponible en línea desde 1966 hasta el 2001. Se determinaron los factores probablemente relacionados en base a la presencia del primer episodio del TBP y se consideró la temporalidad de los eventos. Se seleccionaron 95 estudios. Dentro de los factores demográficos se evaluó el género y la raza. No se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia a lo largo de la vida del TBP, los resultados de los estudios que llegan a demostrar una mayor prevalencia en el sexo femenino son inconsistentes, sin embargo sí se ha encontrado mayor prevalencia a lo largo de la vida de episodios de manía en hombres que en sujetos femeninos. En aquellos estudios en que se demuestra mayor prevalencia en sujetos masculinos puede relacionarse con la mayor presentación de episodios maniacos, por lo que son más diagnosticados, mientras que para aquellos estudios que revelan mayor prevalencia en el sexo femenino puede tener relación con una mayor inclinación de las mujeres a buscar atención psiquiátrica. Los hallazgos respecto a la raza son inconsistentes, se ha encontrado mayor diagnóstico de trastorno bipolar en la raza blanca que en la negra o asiáticos, pero esto podría tener que ver con un mal diagnóstico, así como también podrían estar involucrados factores como la migración y culturales (*Tsuchiya, 2003*).

Dentro de los factores relacionados con el nacimiento se encuentran la gestación y complicaciones neonatales, la época del año del nacimiento y el número de hijo. De la época del año durante la cual se da el nacimiento se ha encontrado una asociación en nueve estudios entre nacimiento en invierno y primavera con mayor riesgo de desarrollar TBP. Los estudios respecto a factores maternos durante la gestación, infecciones prenatales o cualquier complicación prenatal son inconsistentes y brindan conclusiones inespecíficas (*Tsuchiya, 2003*).

De los antecedentes personales, se incluye el coeficiente intelectual premórbido, el cual no ha sido estudiado más que en un estudio en el que no se encontró asociación. Se han realizado estudios sobre el funcionamiento premórbido en sujetos con TBP y se reporta que fue menor que en controles normales durante la adolescencia, particularmente se encontraron problemas de disciplina en adolescentes como predictores del TBP, sin embargo esto debe tomarse con precaución (*Tsuchiya, 2003*).

En el estudio realizado por Apiquian y cols. de Primer Episodio Psicótico Mexicano en el cual se incluyeron 102 pacientes en su primera admisión a un servicio de psiquiatría, incluyeron tanto pacientes psicóticos no afectivos como psicóticos afectivos, en base a la teoría de que un pobre ajuste premórbido se asocia con el sexo masculino, una menor edad de inicio de la enfermedad, una prolongada duración de la psicosis no tratada y la presencia de síntomas negativos, encontrando ellos datos sugerentes de que el curso del ajuste premórbido puede identificar a los subtipos de pacientes de acuerdo a la presentación y severidad de los síntomas de la enfermedad. Sus hallazgos coincidieron con los reportados en la literatura previa de que las mujeres tienen un mejor ajuste premórbido que los hombres, probablemente en relación con el mayor número de psicosis afectivas en las mujeres (Fresan, 2003^a).

Dentro de los antecedentes sociales, se encuentran factores relacionados con el nivel socioeconómico, educación, ocupación, desempleo, estado civil y el lugar de residencia. De todas estas variables, solamente se han encontrado datos relativamente consistentes en términos de ser factores de riesgo mayores para TBP son la soltería, el desempleo y la percepción económica baja (*Tsuchiya, 2003*).

Los antecedentes familiares incluyen la disfunción familiar y las pérdidas parentales, encontrándose en el estudio mencionado que ninguno de los dos factores tiene una relación consistente con la presentación del trastorno bipolar (*Tsuchiya, 2003*).

La historia médica previa incluye datos respecto al posparto, traumatismos craneoencefálicos, epilepsia, esclerosis múltiple. Se han encontrado datos respecto a que

el inicio de un episodio depresivo posparto confiere un riesgo hasta dos veces mayor para la presentación de Trastorno Bipolar, en comparación con episodios depresivos aislados. La incidencia de psicosis posparto es de uno en 1000 nacimientos y muchos estudios demuestran que una gran parte de estas psicosis posparto corresponden al espectro bipolar. Así mismo se demuestra en múltiples estudios que se ha encontrado una asociación entre el TCE y la presentación de TBP, respecto a la epilepsia, existe un solo estudio que explora este antecedente y aunque la evidencia es inconsistente, se afirma si existe una posible asociación apoyada por las implicaciones de las lesiones en sustancia blanca y anormalidades de la amígdala, las cuales pueden estar involucradas en la epilepsia del lóbulo temporal y en algunas ocasiones conectado con la emergencia de un trastorno bipolar. Finalmente se han encontrado datos de una asociación consistente entre el trastorno bipolar y la esclerosis múltiple, desde dos hasta 13 veces mayor, sin embargo es confuso si se presenta previo a la enfermedad o como parte del estadio final (*Tsuchiya, 2003*).

Características Demográficas del TBP

No se han encontrado diferencias en las manifestaciones del TBP en relación al género, a grupos de edad o cultura. Sin embargo, parece que el ser mujer representa un riesgo más alto de ser cicladoras rápidas y de presentar disforia durante la manía (*Calabrese, 2001*).

En el estudio Zurich, realizado por Angst en 1978, con seguimiento de pacientes bipolares a lo largo de 20 episodios, se confirma una diferencia de género en la psicopatología del trastorno, encontrando que pacientes de sexo femenino presentaban de forma significativa mas episodios depresivos, mientras que los sujetos masculinos presentaban episodios cíclicos, tanto maniacos como depresivos, mientras que los episodios maniacos y los mixtos eran igual de frecuentes en ambos géneros. Lo que significa que las proporciones sindromáticas se mantienen estables a lo largo de 20 episodios y que por lo tanto la edad no incrementa el componente depresivo en la enfermedad (Angst, 1978).

El trastorno bipolar tiene aproximadamente una distribución equitativa entre los géneros, sin embargo existen pocos estudios que describan las diferencias entre grupos étnicos, culturales, sitios demográficos y el trastorno bipolar (Akiskal,1996).

Etiología del TBP

La etiología del trastorno bipolar permanece incierta, encontrándose en la actualidad diversas teorías que explican su fisiopatología, convirtiendo al trastorno bipolar en una enfermedad multifactorial. Dentro de las teorías podemos englobar aquellas meramente biológicas, psicosociales y psicobiológicas. Dentro de las teorías biológicas del trastorno bipolar, encontramos hipótesis que involucran factores genéticos, de los neurotransmisores, del sistema del segundo mensajero, neuroendocrinas, neuroanatómicas y de ritmos biológicos y circadianos (Bauer, 2001).

Aunque las causas y mecanismos precisos respecto al inicio y la progresión del trastorno bipolar no son precisas existe evidencia acerca de los distintos procesos involucrados, se sabe en la actualidad que la carga familiar para el trastorno bipolar, con el rol de la vulnerabilidad o predisposición genética como uno de los principales factores para el inicio de la enfermedad aparece hasta en un 50% de los pacientes. Diferentes mecanismos biológicos han sido involucrados en las diferentes etapas de la enfermedad. Por lo tanto la ocurrencia de estresores tempranos puede aumentar la sensibilidad a estresores subsecuentes y al desarrollo asociado de los altos niveles de cortisol durante episodios depresivos. En aquellos sujetos en los que la predisposición genética es elevada la enfermedad puede presentarse aun en ausencia de estresores psicosociales. En la depresión se han encontrado anomalías bioquímicas y estructurales asociadas con una actividad neuronal disminuida en la corteza frontal, así como alteraciones en la función de las áreas límbicas del cerebro, las cuales se considera están íntimamente involucradas con la regulación de la emoción. Por lo tanto los episodios depresivos pueden ser el resultado de la deficiente excitación o inhibición incrementada, suponiendo que lo opuesto pueda ocurrir en los episodios de manía. Se considera así mismo que las alteraciones neurobiológicas asociadas con cada episodio confieren un carácter recurrente a la

enfermedad, incrementándose con cada episodio la vulnerabilidad a nuevas recurrencias y de ahí la importancia extrema del tratamiento (*Findling, 2003*).

Dentro de las Teorías Psicosociales se incluyen aquellas psicoanalíticas, interpersonales, cognitivas, conductuales, las cuales en general proponen que los síntomas de los trastornos del estado de ánimo son generadas por factores psicológicos y que los componentes biológicos juegan un papel secundarios en la generación de los síntomas.

Las teorías psicobiológicas son aquellas en las cuales se trata de establecer la interacción entre los factores biológicos y psicosociales en el desarrollo del trastorno, tratando de integrarlos en un mismo modelo. Dentro de esto se ha propuesto que la regulación del ritmo biológico en personas con trastorno bipolar puede ser interrumpida por cambios en los eventos psicosociales (*Ehlers, 1998*). De una forma más específica se propone que los episodios afectivos generan cambios en el ritmo social tales como el comer, dormir y aspectos cotidianos, y que estos ritmos sociales son reguladores importantes a su vez, de los ritmos circádicos biológicos y que sin estos reguladores se desarrollan las anormalidades circadianas, llevándolos al debut, empeoramiento o perpetuación de los síntomas afectivos (*Hunt, 1992; Jonson, 1995*).

Tratamiento del Trastorno Bipolar

El tratamiento del trastorno bipolar incluye un enfoque integral, el cual debe estar enfocado principalmente al uso de medicamentos estabilizadores del ánimo, sin dejar de lado la importancia del tratamiento psicosocial de los pacientes y familiares con trastorno bipolar.

La importancia del tratamiento del trastorno bipolar se basa principalmente en el costo personal y social que la enfermedad implica, se sabe que hasta 75% de la incapacidad funcional global se debe a la presencia de enfermedades afectivas. En el trastorno bipolar la pérdida total de la productividad y el sufrimiento de la persona y de sus familiares se observan frecuentemente. La evidencia clínica indica que los costos por pérdida de productividad son bastante substanciales. Sin el tratamiento adecuado una

persona con trastorno bipolar, debido a la edad de inicio en la juventud temprana puede llegar a perder hasta 14 años de actividad productiva, en áreas de trabajo, escolares, familiares y por lo menos con una sobrecarga 9 años menor. El 15% de las personas portadoras de trastorno bipolar están desempleadas por lo menos durante 5 años consecutivos y más del 25% de las que tienen menos de 65 años reciben pagos gubernamentales por incapacidad (Kupka, 2001; Malkoff, 1998; O'Connell, 1985).

En un estudio a dos años Fleiss et al encontraron que bajo tratamiento con placebo el 80% de los pacientes bipolares tipo 1 encontraron recurrencias dentro de las siguientes 70 semanas (Fleiss, 1978).

Uno de los primeros medicamentos desarrollados para el tratamiento del trastorno bipolar fue el litio, el cual definitivamente ha modificado el curso del trastorno bipolar debido a que este no solo trata los episodios de manía sino también el primer fármaco psicotrópico que ha demostrado tener un efecto profiláctico en prevenir episodios futuros de la enfermedad. El litio muestra una efectividad en general del 40 al 50% de los pacientes, no es tan efectivo para ciclos rápidos o episodios mixtos. El litio también funciona para el tratamiento de la depresión en los pacientes bipolares, aunque su efecto no es tan poderoso como antidepresivo, si se llega a utilizar incluso para potenciar el efecto de antidepresivos. Otros estabilizadores del ánimo, se han originado del grupo de medicamentos que fueron inicialmente desarrollados como anticomiciales y han mostrado tener un importante lugar en el tratamiento del trastorno bipolar.

Es importante mencionar sin embargo que existen hallazgos respecto a la recuperación y recurrencia asociados a los distintos psicofármacos empleados. Incluso se ha encontrado que aun bajo terapia sostenida de litio de forma profiláctica llegan a presentarse recurrencias hasta en un 70% de los casos en los siguientes cinco años (Coryell, 1995). Otros datos apoyan esta información respecto a que el 73% de los pacientes tienen recaídas en un promedio de 4.3 años a pesar de mantenerse con farmacoterapia de mantenimiento (Gitlin, 1995).

Varios anticomociales como la carbamazepina, ácido valproico, lamotrigina, topiramato, etc, son especialmente útiles en los pacientes que cursan con episodios de manía, mixtos, ciclos rápidos así como para la fase depresiva de la enfermedad. Los antipsicóticos también son de mucha utilidad en el tratamiento del trastorno bipolar (Stahl, 2000). Los antipsicóticos atípicos bloquean los receptores 5-HT₂, bloqueo asociado comúnmente con la regulación a la baja de los mismos receptores. Tarazi et al sugieren que esta regulación a la baja está asociada con el alivio de los síntomas depresivos, y es posible que sea éste el mecanismo por el cual los antipsicóticos atípicos ejercen sus efectos antidepresivos de manera aguda y psicoprofiláctica. Adicionalmente los antipsicóticos atípicos se unen a receptores dopaminérgicos y muchos estudios han sugerido que esta interacción es la responsable de los efectos antimaniacos de estos agentes farmacológicos (Yatham, 2005). Existe cada vez mayor evidencia de la utilidad de los antipsicóticos atípicos en la terapia aguda y de mantenimiento del trastorno bipolar, ya sea como monoterapia o en combinación con agentes estabilizadores del estado del ánimo en episodios de manía (Vieta y Goikolea, 2005). Existe evidencia emergente que señala a estos agentes farmacológicas como prometedoras opciones de tratamiento de la fase depresiva del trastorno bipolar, en un estudio controlado contra placebo en pacientes bipolares tipo I en depresión, la olanzapina como monoterapia o en combinación con fluoxetina se asoció con una mejoría significativa medida con la escala de depresión Montgomery-Asberg, sin diferencias significativas entre los grupos para virajes a manía. En otro estudio controlado contra placebo por 8 semanas con pacientes bipolares tipo II cursando por un episodio depresivo, tratados con quetiapina, mejoraron significativamente (Keck, 2005).

El uso de antidepresivos en el tratamiento es controversial, se ha descrito que modifica el curso a largo plazo del trastorno bipolar, si es que se utilizan deben ser usados en combinación con estabilizadores del ánimo, para la reducción de la depresión bipolar, sin embargo pueden ocasionar el viraje de pacientes deprimidos a episodios de manía o mixtos o inducir ciclos rápidos mas aun cuando se manejan sin estabilizadores del animo. El uso excesivo de antidepresivos en el manejo del trastorno bipolar empeora el curso a largo plazo, inclusive existe evidencia de que la terapia antidepresiva puede disminuir la eficacia a futuro de los estabilizadores del animo, por lo que la mayoría de las recomendaciones terapéuticas han sugerido evitar la monoterapia antidepresiva en pacientes bipolares

excepto para depresiones severas en conjunción con estabilizadores del ánimo (Chun, 2004).

Sin la presencia de un tratamiento consistente a largo plazo, el trastorno bipolar es altamente disruptivo, los pacientes a menudo experimentan un curso crónico y caótico, con ingresos continuos al hospital, con episodios psicóticos y recaídas. Existe importante preocupación respecto a que el uso intermitente de los estabilizadores del ánimo, la falta de apego y un mayor número de episodios conducirán a un número aun mayor de episodios con menos respuesta al tratamiento. Por lo tanto el estabilizar a los pacientes con trastorno bipolar con estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y antidepresivos es sumamente importante, no solo en la remisión del episodio agudo sino en la prevención de una evolución desfavorable a largo plazo (Stahl, 2000).

Comorbilidad en el Trastorno Bipolar

El abuso y la dependencia a alcohol y a sustancias psicoactivas representan la comorbilidad psiquiátrica más importante del trastorno. Mientras que la tasa de abuso de alcohol/dependencia va del 3%-13% en la población en general, las estadísticas sobre la dependencia del alcohol tomadas del estudio de ECA, reporta una tasa de dependencia de alcohol de más del 30% (Ferrier, 2001; Rapport, 2001).

Se han descrito otros trastornos comórbidos con TBP como los de ansiedad, comunes en estos pacientes, así como los trastornos de la personalidad principalmente el de tipo límite y antisocial que en ocasiones confunden al clínico y dificultan el diagnóstico y el tratamiento del TBP. De manera importante la información reciente de la Sociedad Stanley, dedicada a la investigación sobre TBP, indica que la comorbilidad puede ser mayor en mujeres que en hombres, lo que puede contribuir a la tendencia de que al género femenino se le asocie con formas más complejas tales como el ciclaje rápido (Kupka, 2001).

Por definición, el trastorno bipolar cursa con episodios de manía alternando con episodios depresivos. Siempre es necesario hacer el diagnóstico diferencial entre el episodio

depresivo mayor como parte de un trastorno unipolar y una fase depresiva del trastorno bipolar. De acuerdo con la OMS, hasta el 10% de la población mundial sufrirá en el transcurso de su vida un episodio depresivo mayor, pero hasta un 30% de todos los episodios depresivos pueden ser parte de la evolución del trastorno bipolar.

Diagnóstico longitudinal de los Trastornos Afectivos

Criterios diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Bipolar

El DSM-IV distingue entre episodios y trastornos del estado de ánimo. Un episodio es un período que dura al menos 2 semanas, durante las cuales hay suficientes síntomas que cumplen criterios completos para el trastorno. Los criterios de un episodio depresivo mayor se resumen en la tabla (). Los pacientes con o sin antecedentes de manía presentan un episodio depresivo mayor si cumplen estos criterios, pero el trastorno depresivo mayor hace referencia a uno o más episodios de depresión mayor en ausencia de manía o hipomanía (llamada también depresión unipolar). Un episodio depresivo mayor puede modificarse por los especificadores adicionales para los síntomas melancólicos y/o síntomas atípicos.

Tabla 1. Criterios DSM-IV para el episodio depresivo mayor.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej. Un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Una de las diferencias más importantes en los trastornos del estado de ánimo es la distinción entre las categorías unipolar y bipolar. Los trastornos unipolares están caracterizados por síntomas depresivos en ausencia de una historia de estado de ánimo patológicamente elevado. En los trastornos bipolares del estado de ánimo, la depresión se alterna o se combina con la manía o la hipomanía. A los pacientes que presentan sólo manía recurrente se les diagnostica un trastorno del estado de ánimo bipolar asumiendo que finalmente desarrollarán un episodio depresivo. Los criterios DSM-IV para el episodio

maníaco se resumen en la tabla (). Aunque muchas personas consideran que la elevación del ánimo es la característica definitoria de la manía y de la hipomanía, muchos pacientes experimentan sólo irritabilidad, ansiedad o un sentido disfórico de aumento de la energía, como si "no cupieran en su piel". Este tipo de cuadros pueden darse con mayor frecuencia en las mujeres, en los pacientes más jóvenes con un trastorno bipolar y en aquellos con hipomanía inducida por antidepresivos. En el DSM-IV se indica que la manía supone un estado de mayor actividad dirigida a objetivos, que es placentera y que tiene un potencial obvio de autolesiones, mientras que el comportamiento en la hipomanía a menudo es excesivo, desorganizado y disfórico, aunque no claramente lesivo o peligroso.

Tabla 2 Criterios DSM-IV para el episodio maníaco.

- A. Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 - (1) autoestima exagerada o grandiosidad
 - (2) disminución de la necesidad de dormir (p.ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
 - (3) más hablador de lo habitual o verborreico
 - (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
 - (5) distraibilidad (p.ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
 - (6) aumento en la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o en los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
 - (7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
- C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.
- D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los

demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos

- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p.ej., hipertirodismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p.ej. un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Estabilidad diagnóstica del Trastorno Depresivo Mayor versus Trastorno Bipolar

Se define como estabilidad diagnóstica al grado en que un diagnóstico se confirma en puntos de valoración subsecuente (Fenning et al. 1994; Kessing L.V. 2005). En el caso de trastorno depresivo mayor se ha calculado en Dinamarca que en aproximadamente 56% de los pacientes, el diagnóstico inicial de trastorno depresivo cambio eventualmente durante su seguimiento. Principalmente el diagnóstico cambió al espectro esquizofrénico (16%) pero también a trastornos de personalidad (9%), somatomorfos, neuróticos o relacionados al estrés (8%) y trastorno bipolar en un 8%. Para el trastorno bipolar existen pocos estudios de estabilidad diagnóstica, pero el realizado por Kessing en población danesa reporta que de un total de 4116, sólo un 56.2% recibió el diagnóstico en el primer contacto, mientras que el resto, el 43.8%, lo hizo en contactos posteriores. Aproximadamente el 30% de los pacientes con el diagnóstico inicial de trastorno bipolar por episodio maniaco eventualmente cambiaron de dictamen durante el seguimiento. Una proporción substancial de pacientes tuvo inicialmente síndromes prodrómicos como psicosis transitoria, trastorno adaptativo o reacción al estrés, o trastorno mental o de la conducta secundario a uso de sustancias psicoactivas y posteriormente se le dio diagnóstico de trastorno bipolar. Los pacientes con mayor riesgo de que se retrasara su diagnóstico definitivo eran los jóvenes y mujeres (Kessing LV, 2005), en quienes se detectó trastorno bipolar en la primera visita sólo en un 34.9% para los menores en edad. La mediana de tiempo entre que los pacientes tuvieron su primer contacto con un servicio psiquiátrico y que se les dio el diagnóstico de trastorno bipolar fue de casi un año y para el 25% de la

población estudiada hasta 2.5 años. En este mismo estudio se señala que los pacientes que inicialmente no se diagnosticaron como bipolares recibieron originalmente el diagnóstico de episodio depresivo mayor o trastorno depresivo mayor recurrente en un 38.6%, o de un diagnóstico principal dentro del espectro afectivo en un 40.7% en el primer egreso. Este resultado es congruente con lo reportado por Lish en 1994, quien señaló errores diagnósticos hasta en un 48%. Con fundamento en la investigación realizada a nivel comunitario en Estados Unidos y Reino Unido, Hirschfeld reporta una frecuencia de errores o retrasos diagnósticos de hasta 69%, y el diagnóstico errado más frecuente es la depresión unipolar (Hirschfeld, 2003). Este conjunto de evidencia ilustra la gran dificultad en identificar las presentaciones iniciales del trastorno bipolar, sin tomar en cuenta la complicación que implica la comorbilidad.

Beneficios del diagnóstico oportuno del trastorno bipolar

El diagnóstico del trastorno bipolar tipo II y de trastornos del espectro bipolar es complicado por las complejidades que surgen al definir los límites de los episodios hipomaniacos y por el error diagnóstico con otros trastornos psiquiátricos, como el uso/abuso de sustancias psicoactivas, esquizofrenia con recuperación inter episódica, la inestabilidad afectiva reportada en pacientes con trastorno límite de personalidad pero sobretudo el episodio depresivo unipolar. El paciente que no es diagnosticado y por lo tanto no recibe tratamiento esta expuesto a los riesgos de la historia natural de la enfermedad. El paciente bipolar tiene un riesgo de realizar un intento de suicida de 25-50% a lo largo de toda su vida (Robins, 1991). El diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias es mas alto en pacientes con trastorno bipolar que en cualquier otro trastorno del Eje I (Regier, 1990). El reconocimiento y tratamiento oportuno del trastorno bipolar en la adolescencia puede reducir el riesgo de abuso de sustancias subsecuente en esa población (Geller, 1998). Los pacientes bipolares diagnosticados erróneamente como deprimidos unipolares son expuestos a menudo a tratamiento con antidepresivos, con menor respuesta terapéutica que la que se obtiene con estabilizadores del estado del ánimo o la combinación de ambos agentes y con el riesgo de experimentar virajes a episodios de manía y/o el agravamiento de la evolución a largo plazo del trastorno al promoverse los episodios mixtos o ciclaje rápido (Sachs, 2000; Altshuler 1995). Los pacientes con trastornos dentro del espectro bipolar experimentan pérdidas significativas en el

funcionamiento social y calidad de vida, generando tensión en las relaciones interpersonales. La tasa de divorcio es de 3 a 6 veces mayor entre todas las variedades de casos de hipomanía en el estudio realizado por Angst, en comparación con grupos control de población general. Además, el desempleo, la dificultad para recuperarlo, los días laborables perdidos e incluso el potencial de problemas con el sistema judicial contribuyen a la discapacidad y menor calidad de vida asociada al padecimiento del espectro bipolar. Adicionalmente la esperanza de vida puede estar reducida por la asociación a mayores tasas de suicidio consumado en el trastorno bipolar (Dunner, 2005).

El trastorno bipolar es la sexta causa de discapacidad mundial, y el costo basado en su incidencia asciende a 24 mil millones de dólares, y basado en la prevalencia, a 45 mil millones de dólares. Se dividen en costos directos asociados al cuidado del paciente interno y externo, mientras que el resto, el 83%, corresponde a los costos indirectos, derivados de la pérdida de productividad o al suicidio del paciente. En estos estudios no se han contabilizado las pérdidas ocasionadas por la pérdida de productividad de los cuidadores y familiares, o los servicios sociales.

Por lo tanto, tras considerar los puntos previos, se concluye que el reconocimiento adecuado del trastorno bipolar repercute en la evolución clínica del paciente al disminuir el riesgo de suicidio consumado, disminución en el abuso de sustancias y complicaciones iatrogénicas como la exposición a antidepresivos, mejoría en la calidad de vida del paciente y sus familiares y minimización de los costos directos e indirectos de la enfermedad (Dunner, 2005).

c) Instrumentos para el trastorno bipolar

i) Diagnóstico

SCID – I: Entrevista semiestructurada en que el clínico sigue los criterios del DSM IV TR para diagnosticar categóricamente la presencia de alguno de los diagnósticos psiquiátricos contemplados en esta clasificación. Tiene una confiabilidad

interobservador de 0.61, no está validada en México pero existe una versión en español reconocida por la WMH.

ii) Severidad de los episodios

Young Mania Rating Scale (YMRS): instrumento de 11 ítems empleado para valorar la severidad de los síntomas maníacos. Fue desarrollada en 1978 y tiene una alta correlación inter evaluador. No valora síntomas depresivos. Está diseñada para ser administrada por un clínico entrenado en una entrevista de 15-30 minutos. La evaluación de la severidad se basa en el reporte subjetivo del paciente sobre su estado en las 48 horas previas y en las observaciones clínicas hechas durante la entrevista. El puntaje se basa en una escala de 5 puntos con descriptores variables (*Young et al., 1978*).

Manic State Rating Scale (MSRS): ésta emplea 26 ítems y puede ser administrada por personal de enfermería; valora conductas maníacas que pueden ser observadas normalmente en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Es confiable y su validez es bastante aceptable, el inconveniente es su longitud (*Beigel et al., 1971*).

Petterson Scale: instrumento de 7 reactivos para evaluar manía con gran confiabilidad pero enfoca los síntomas de modo estrecho (*Petterson et al., 1973*).

Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale: instrumento de 11 ítems que permite valorar síntomas maníacos y puede emplearse en conjunto con la Escala de depresión de Hamilton (HAM-D) para evaluar el estado maniaco-depresivo. La correlación inter evaluador es de 0.80 a 0.95. Incluye síntomas motores, verbales, velocidad de pensamiento, nivel de ruido, hostilidad, ánimo, auto estima, contacto, sueño, y actividad sexual y laboral. Se valora cada ítem de normal (0 puntos) a extremo (4 puntos). El total de puntos (44 puntos) se emplea para determinar el grado de manía (*Bech, et al; 1978*).

Clinical Global Impression- Bipolar (CGI-BP): esta escala modificada para emplearse en trastorno bipolar está constituida por tres subescalas globales que consideran manía, depresión y en general al trastorno bipolar respectivamente. Fue diseñada

específicamente para evaluar la severidad y cambios globales de la enfermedad. Se ha vuelto útil en estudios clínicos farmacológicos para tratar el TBP. Está basada en el CGI publicado por Guy en 1976, aunque difiere en que los periodos de tiempo están mejor definidos para ser comparados, las definiciones para severidad de la enfermedad y cambio se han esclarecido y los efectos del tratamiento y efectos colaterales se han separado para ser valorados de modo independiente (*Guy, 1976; Spearing, 1997*).

iii) Lista de características del espectro bipolar

SCI-MOODS: Se trata de una entrevista clínica estructurada que explora siete dominios relacionados con trastornos afectivos del espectro bipolar, de acuerdo a la experiencia de clínicos americanos e italianos. En su proceso de validación se pudo distinguir a pacientes sanos, con enfermedad somática gastrointestinal, depresivos unipolares y bipolares en remisión, con una consistencia interna para los siete dominios oscilando entre 0.72 y 0.92. Posteriormente se ha desarrollado una versión autoaplicable y una versión para el último mes que se usa para seguir la evolución de estos pacientes (Cassano, 2002).

TEMPS-A.: Es el acrónimo en inglés para la evaluación del temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego. Es un instrumento autoaplicable de 21 reactivos de verdadero o falso para experiencias durante la mayor parte de la vida. Cuando se responden 10 o mas reactivos como positivos se considera que el sujeto tiene un temperamento ciclotímico, relacionado con distintos trastornos psicopatológicos que pueden tener relación con aspectos afectivos, ansiosos o de falla en el control de impulsos. Sobre la base de un temperamento ciclotímico-ansioso-sensible puede cimentarse un trastorno bipolar, hipomanía asociada a antidepresivos, ansiedad de separación, trastorno dismórfico corporal, fobia social, personalidad antisocial, problemas de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y uso, abuso o dependencia a sustancias (Perugi, 2002).

iv) Diagnóstico oportuno o tamizaje.

MDQ: El "Mood Disorder Questionnaire" es el primer instrumento desarrollado específicamente para el tamizaje en población abierta del trastorno bipolar y otros del mismo espectro. Ya que es el motivo de nuestra investigación, hablaremos extensamente de él a continuación:

d) Mood Disorder Questionnaire (MDQ o Cuestionario para trastornos del estado del ánimo)

La prevalencia del espectro bipolar es mayor a 1%. El espectro bipolar se ha definido de varias maneras, pero generalmente incluye al TBP I, TBP II, TBPNE y ciclotimia. La prevalencia de trastornos del espectro bipolar a lo largo del ciclo vital es tan alta como 2.6 a 6.5%, lo que es equiparable a la tasa de adicciones o trastornos de ansiedad.

Los trastornos del espectro bipolar en muchas ocasiones se subdiagnostican o se pasan por alto debido a que la gama de síntomas es muy amplia e incluye comportamiento impulsivo, abuso de alcohol y sustancias, fluctuaciones en el nivel de energía y problemas legales. Los resultados de un diagnóstico equivocado o retrasado pueden ser devastadores.

Un método para aumentar el reconocimiento de algún padecimiento es realizar tamizaje, y aunque existen instrumentos que permiten la búsqueda de distintos padecimientos aquellos que abarcan específicamente al trastorno bipolar son escasos. Ninguno de estos instrumentos se ha empleado en población mexicana.

Hirschfield y colaboradores (2000) describieron el desarrollo y validación de un instrumento de tamizaje para espectro bipolar breve y fácil de usar llamado Mood Disorder Questionnaire (MDQ); este estudio fue diseñado para determinar el umbral sintomático óptimo para determinar trastornos del espectro bipolar y asesorar la sensibilidad y especificidad de dicho umbral al compararlo con un diagnóstico hecho por un profesional de la salud mental como criterio estándar. Se llevó a cabo en cinco clínicas psiquiátricas con pacientes ambulatorios en un total de 198 sujetos y se concluyó que el punto de corte para obtener una sensibilidad óptima (73%) y especificidad óptima (90%) deben ser siete reactivos positivos.

La estructura sintomática de la hipomanía no ha sido estudiada a profundidad. Ello se debe a que en general los pacientes con TBP II no se presentan para manejo de la hipomanía, sino para manejo de la depresión. Es importante definir dicha estructura

debido a que la hipomanía no es sólo una variante más leve de la manía. Diferentes líneas de evidencia apoyan la distinción entre TBP I y TBP II.

La manera más frecuente para estudiar la hipomanía es entrevistar a los pacientes deprimidos acerca de episodios hipomaniacos pasados. Dado que la prevalencia de TBP II en pacientes deprimidos va desde 27 hasta 61% (Akiskal et al, 2000; Benazzi, 1997; Benazzi y Akiskal 2003) el diagnóstico preciso de esta entidad tiene gran relevancia en la práctica clínica, ya que puede evitar efectos potencialmente deletéreos de los antidepresivos como inducción de hipomanía, estados mixtos, ciclado rápido, riesgo de suicidio y comorbilidad alta con trastornos de ansiedad y consumo de sustancias.

Benazzi y Akiskal en 2003 realizaron un análisis cuyo objetivo principal era definir las interrelaciones de los síntomas hipomaniacos a través del análisis factorial del MDQ. Este estudio se llevó a cabo en 126 pacientes con DM, 187 con TBP II y 181 pacientes con DM remitida. Y concluyeron que los síntomas principales asociados a hipomanía se relacionan con aumento de la energía y ánimo irritable con taquipsiquia.

Gorski y Willis tradujeron y validaron el MDQ en francés (2003) en una muestra de 96 pacientes, los pacientes fueron evaluados un mes después para observar la estabilidad de los síntomas. El grupo fue evaluado además con el SCID. De acuerdo a éste 54 pacientes padecían trastorno bipolar y 42 de trastorno unipolar. El MDQ fue capaz de identificar al 74.1% de ellos, con sensibilidad más alta para TBP I (90.3%) que para TBP II (52.4%) y con 90.5% de especificidad. Al disminuir el nivel de alteraciones necesarias para un tamizaje positivo mejoró la sensibilidad para pacientes con TBP II (76.2%). La versión francesa del MDQ demostró validez interna adecuada (alfa de Chronbach=0.89). Las pruebas de confiabilidad en prueba - re prueba probaron ser satisfactorias con un coeficiente kappa de 0.79. Se obtuvo una estabilidad similar a un mes para TBP I y TBP II. (kappa=0.75 y 0.77, respectivamente); sin embargo algunas de sus limitantes son que tiene una menor sensibilidad para TBP II. A pesar de ello la versión francesa del MDQ probó ser un instrumento confiable y útil (Weber, 2005).

Se realizó la versión italiana del mismo cuestionario con 154 pacientes del hospital psiquiátrico de la Universidad de Cagliari (Italia), y se comparó nuevamente con el SCID. De estos pacientes 51 (33.1%) fueron diagnosticados como bipolares o esquizoafectivos tipo bipolar, y a 63 (40.9%) se les diagnosticó al menos un trastorno psiquiátrico en el Eje

I de algún otro tipo, mientras que 40 (25.9%) no mostraron afección psiquiátrica. El MDQ mostró especificidad para TBP y Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar. Con el punto de corte en 4 mostró sensibilidad de 0.90 y especificidad de 0.58; con el punto de corte en 5 la sensibilidad fue de 0.84 y la especificidad de 0.70; mientras que al elevar el punto de corte a 6 la sensibilidad fue de 0.76 y la especificidad 0.86 (Hardoy, 2005).

Hirschfield y Calabrese (2003) emplearon el MDQ en un estudio de tamizaje para TBP en EUA con una muestra de 127,800 sujetos representativos de la población; 66.8% de los sujetos contestaron a esta encuesta y se observó que la tasa de TBP era de 3.7%; de estos sólo el 19.8% reportó haber recibido previamente un diagnóstico de este tipo y el 31.2% reportó haber recibido un diagnóstico previo de enfermedad unipolar; el 49% restante no había recibido diagnóstico de ningún tipo.

Dado que la mayor parte de las entrevistas diagnósticas estructuradas toman demasiado tiempo y requieren de un especialista entrenado para practicarlas, el MDQ se mantiene como una buena opción de tamizaje.

4.- Justificación

El conocimiento de la sensibilidad y especificidad del Cuestionario para los trastornos del estado del ánimo (MDQ) permitirá saber si es una herramienta útil en la población de la ciudad de México para la detección precoz del trastorno bipolar. El descubrimiento de este trastorno por nuestro servicio mejorará su tratamiento y permitirá una intervención temprana.

El cuestionario podría usarse en el futuro para el tamizaje de población general en estudios comunitarios sobre trastornos del espectro bipolar. Nuevamente es muy importante conocer la sensibilidad y especificidad de este instrumento.

5.- Planteamiento del problema

¿El Cuestionario para los trastornos del estado del ánimo es un instrumento de tamizaje útil para el trastorno bipolar?

6.- Hipótesis

Hipótesis General

H0 No existen diferencias entre la calificación del MDQ en pacientes con depresión unipolar y pacientes bipolares. No se puede distinguir a pacientes que sufren del trastorno bipolar de los que no, basados en la calificación obtenida en el Cuestionario de los trastornos del estado de ánimo. El MDQ no prueba ser sensible ni específico.

HA Existen diferencias estadísticamente significativas entre las calificaciones obtenidas en el MDQ por pacientes que padecen trastorno bipolar y deprimidos unipolares. El MDQ prueba ser sensible y específico para la detección de trastorno bipolar.

7.- Objetivos

Objetivo General.

Determinar la utilidad del MDQ como instrumento de tamizaje para el trastorno bipolar.

Objetivos específicos.

- 1.- Determinar la sensibilidad y especificidad del Cuestionario de trastornos del estado del ánimo (Mood Disorder Questionnaire traducido al español) para trastorno bipolar en pacientes con trastornos afectivos.
- 2.- Determinar el punto de corte óptimo del Cuestionario de trastornos del estado del ánimo (Mood Disorder Questionnaire traducido al español) para el tamizaje del trastorno bipolar en pacientes con trastornos afectivos en la población estudiada.
- 3.- Determinar la sensibilidad y especificidad del Cuestionario de trastornos del estado del ánimo (Mood Disorder Questionnaire traducido al español) en base al punto de corte óptimo establecido en la población estudiada.

8.- Metodología

a) Diseño del estudio

El estudio es de tipo descriptivo y transversal.

b) Sujetos

Se incluyeron pacientes que cursaron con un trastorno afectivo en estudio y cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra consistió en 100 pacientes tratados en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" entre junio y septiembre del 2005.

c) Locación

La muestra incluye pacientes que se tratan en el Instituto Nacional de Psiquiatría, "Ramón de la Fuente Muñiz" en Servicios Clínicos.

d) Criterios de inclusión

Se incluyó a todos aquellos pacientes que cursaron con un primer episodio de manía en base a entrevista clínica estructurada (SCID-I), del sexo femenino o masculino, edad mayor a 18 años, con o sin tratamiento farmacológico previo, con o sin consumo de sustancias, con o sin comorbilidad médica o psiquiátrica, con o sin presencia de síntomas psicóticos, que aceptaran participar en el protocolo a través de carta de consentimiento informado.

e) Criterios de exclusión

Se excluyó del estudio a menores de 18 años, a pacientes que experimentaban síntomas de tal intensidad que afectaran su conducta de tal modo que no pudieran responder a una entrevista semiestructurada o a el cuestionario escrito, a pacientes analfabetas, y a aquellos que retiraron su consentimiento informado.

f) Variables de Estudio. (Definición conceptual y operacional)

Tabla 2. Definición conceptual y operacional de variables de estudio.

<u>Variable</u>	<u>Tipo de Variable</u>	<u>Medición</u>
Edad	Dimensional	Años
Sexo	Categórica	Femenino/masculino
Diagnóstico psiquiátrico de Eje I	Categórica	Categorías diagnósticas para trastornos del estado de ánimo de acuerdo al DSM IV (Episodio depresivo mayor, Trastorno depresivo mayor, Trastorno bipolar tipo I, II, distimia, ciclotimia, no especificado)
MDQ	Dimensional	Puntos

1.- Edad

Definida a partir de la edad cronológica del paciente al momento de ingresar al estudio. El nivel de medición de la variable es de tipo dimensional, por lo que los resultados serán presentados en forma de medias y desviaciones estándar.

2.- Sexo

Definido como "masculino" o "femenino" a partir del género del paciente. El nivel de medición de la variable es de tipo categórico, por lo que los resultados serán presentados en frecuencias y porcentajes.

3.- Diagnóstico psiquiátrico en el Eje I.

Se trata del diagnóstico obtenido tras realizar la entrevista semiestructurada SCID – I versión clínica, parte correspondiente a trastornos afectivos.

4.- Puntuación de MDQ.

El Cuestionario de Trastornos Afectivos (MDQ por sus siglas en inglés) es un inventario autoaplicable, breve y sencillo que puede calificarse fácilmente y que inquiriere acerca de síntomas maníacos o hipomaniacos a lo largo de la vida empleando 13 preguntas Si/No a partir de los criterios del DSM IV y la experiencia clínica, una pregunta más evalúa el estado anímico de ese momento y otra pregunta evalúa las alteraciones funcionales debidas a esto síntomas. Puede ser aplicado por cualquier miembro del staff con algo de entrenamiento

g) Instrumentos

- ★ Cuestionario de trastornos del estado del ánimo (versión español mexicano) o Mood Disorder Questionnaire (MDQ).

★ SCID I.

9.- Procedimiento

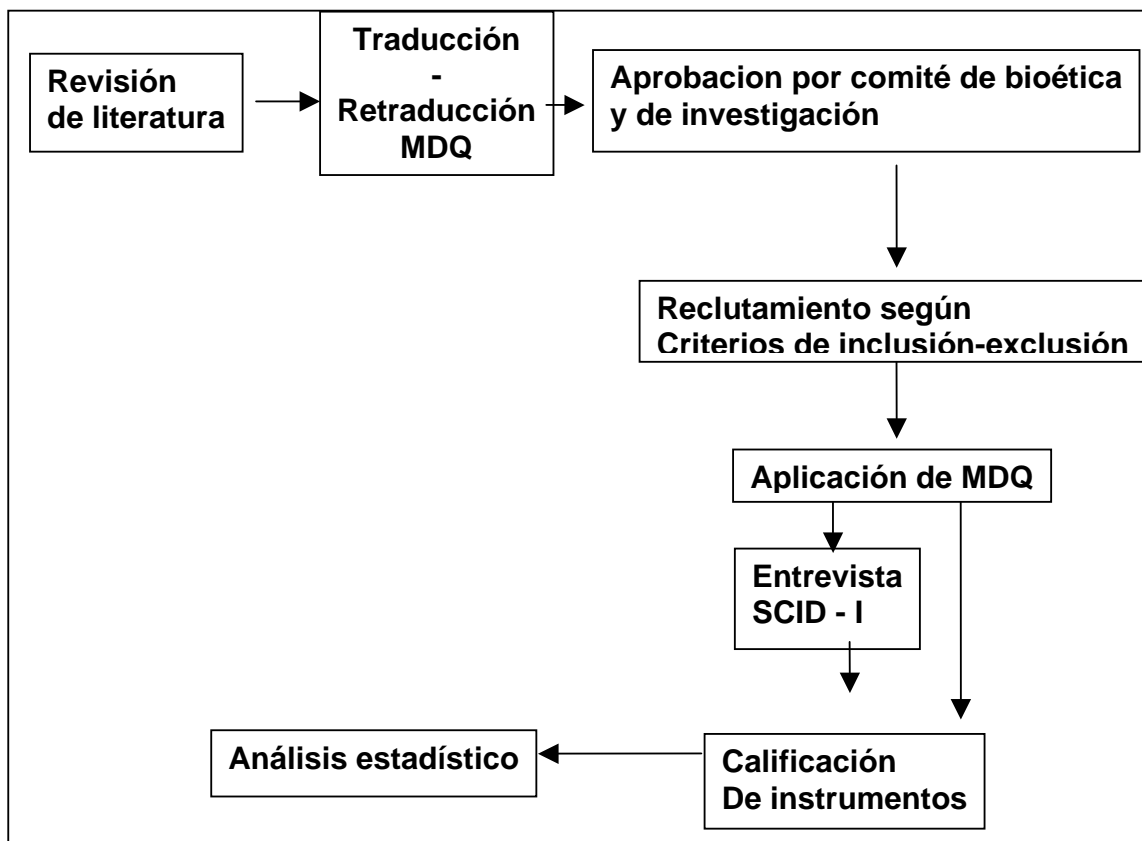
Tras revisión de literatura referente a instrumentos de tamizaje de trastorno bipolar, específicamente el MDQ, se procedió a la traducción - retraducción del cuestionario por 4 psiquiatras con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos, en particular el trastorno bipolar. Una vez realizado el Cuestionario de los Trastornos del Estado de Ánimo en español mexicano se presentó el presente proyecto al comité de bioética correspondiente hasta su aprobación. Fue supervisado también por el comité de investigación científica del INPRFM para que se llevara su realización.

Se invitó a participar a 100 pacientes recién admitidos en el servicio de preconsulta o a servicios de atención (Consultorios de Consulta Externa, Clínicas de subespecialidad u hospital) dentro del INPRFM cuya principal queja era sufrir de un trastorno de su estado de ánimo y cumpliera con los criterios de inclusión al momento de la entrevista. Cuando un paciente se diagnosticó con algún otro trastorno distinto a trastorno del estado de ánimo se excluyó de la muestra y se siguió capturando hasta cumplir con la muestra deseada de 100 sujetos. No se excluyeron pacientes de acuerdo a los criterios descritos previamente. Los pacientes firmaron un consentimiento informado el momento de aceptar su participación, leído previamente en voz alta por el médico entrevistador, dando tiempo adecuado para responder dudas respecto a la investigación. Ya autorizada la participación del paciente se procedió a presentarle el Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo, aclarando las instrucciones y sin mayor intervención por el entrevistador el paciente respondió a la prueba en un tiempo aproximado de 5-10 minutos.

Tras ser contestado, se recogió el Cuestionario y siguió la entrevista semiestructurada basada en el SCID – I versión para el clínico, apartado de trastornos afectivos, para

determinar la existencia o ausencia de trastorno bipolar, así como la determinación del diagnóstico en ese momento de acuerdo a los criterios para trastornos afectivos del DSM IV.

Así se evaluaron a 100 pacientes, y se comparó el diagnóstico obtenido con la calificación del MDQ, para su posterior análisis estadístico que respondiera a los objetivos de la investigación. Como se ve en el cuadro 1:



10.- Análisis Estadístico

Se utilizó el programa SPSS versión once para la elaboración de la base de datos para el análisis estadístico. La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con promedios y desviación estándar (+/-) para las variables dimensionales. Como pruebas de hipótesis en la comparación de los distintos grupos se utilizó la t de Student para muestras independientes. Se elaboró una curva ROC con cálculo de coordenadas para determinar la sensibilidad y especificidad de la prueba al punto de corte determinado por la literatura. Se clarificó el mejor punto de corte para la población estudiada y nuevamente se registró la sensibilidad y especificidad en este punto de corte. El nivel de significancia se fijó en $p < 0.01$

11.- Resultados

a) Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

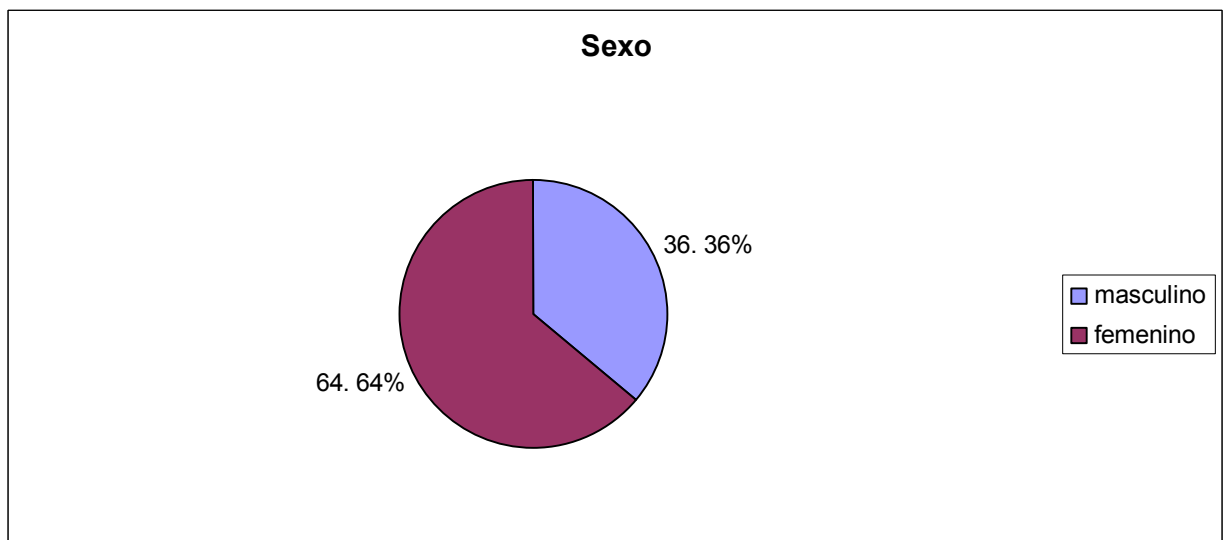
La muestra consistió en 100 pacientes que acudieron al servicio para atención de un problema afectivo. En la tabla 3 se describe su distribución por sexo y edad:

Tabla 3. Sexo de los pacientes entrevistados.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
masculino	36	36.0	36.0	36.0
femenino	64	64.0	64.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Estadística descriptiva edad					
	N	Minimo	Maximo	Promedio	Desviacion Std.
EDAD	100	18	66	35.38	11.885

Figura 1. Sexo de los pacientes entrevistados.



Posterior a que se respondiera el MDQ y se llevara a cabo la entrevista auxiliada del SCID I, los diagnósticos detectados quedan descritos en la siguiente tabla 4:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado

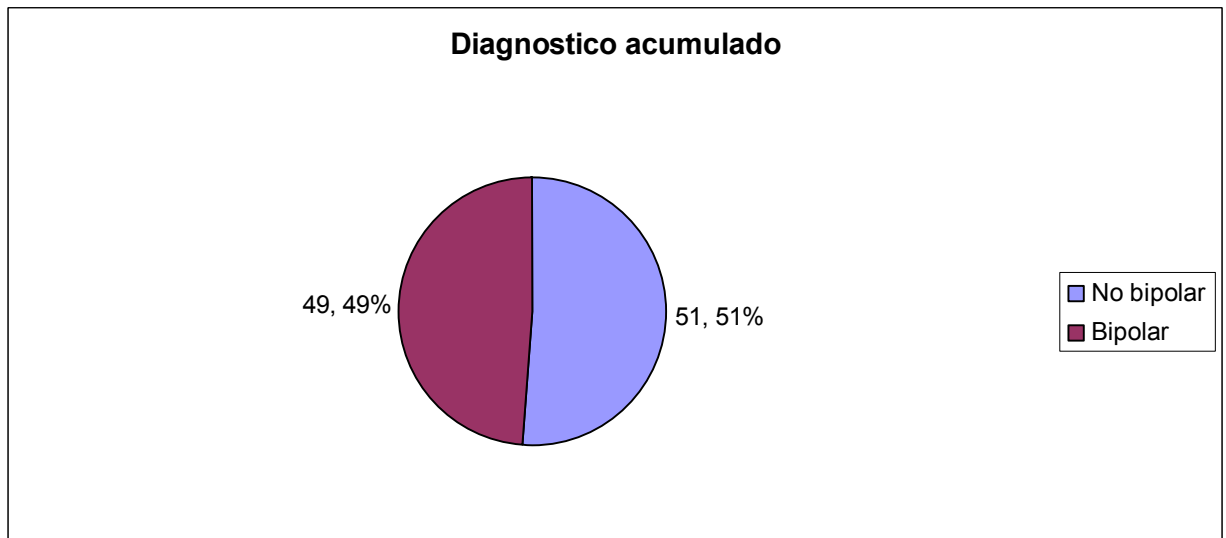
Ciclotimia	1	1	1	1
Episodio Depresivo Mayor leve + Dependencia a cocaína, padre con tbp	1	1	1	2
Distimia	2	2	2	4
Episodio Depresivo Mayor	7	7	7	11
Episodio Depresivo Mayor + dependencia a alcohol en remision	1	1	1	12
Episodio Depresivo Mayor + Distimia	3	3	3	15
Episodio Depresivo Mayor + trastorno obsesivo compulsivo	1	1	1	16
Esquizofrenia + EDM	1	1	1	17
Trastorno Depresivo Mayor + Fobia social	1	1	1	18
Trastorno Bipolar no especificado	2	2	2	20
Trastorno Bipolar sec. causa medica tiroidea	1	1	1	21
Trastorno Bipolar secundario a uso de sustancias	2	2	2	23
Trastorno Bipolar tipo 1	33	33	33	56
Trastorno Bipolar tipo 1 + Epilepsia	1	1	1	57
Trastorno Bipolar tipo 1 + Trastorno dismórfico corporal + Retraso Mental	1	1	1	58
Trastorno Bipolar tipo 1 con síntomas psicóticos	1	1	1	59
Trastorno Bipolar tipo 1 episodio mixto	1	1	1	60
Trastorno Bipolar tipo 2	7	7	7	67
EDM + Trastorno de ansiedad generalizada + Trastorno límite de personalidad	1	1	1	68
Trastorno Depresivo Mayor	11	11	11	79
Trastorno Depresivo Mayor + Trastorno disocial oposicionista desafiante + Epilepsia	1	1	1	80
Trastorno Depresivo Mayor + Trastorno límite de la personalidad	1	1	1	81
Trastorno Depresivo Mayor recurrente	16	16	16	97
Trastorno Depresivo Mayor recurrente + Epilepsia + Hipertiroidismo	1	1	1	98
Trastorno Depresivo Mayor recurrente + Trastorno de pánico	1	1	1	99
Trastorno esquizoafectivo tipo depresivo	1	1	1	100
Total	100	100	100	

Para fines de comparación con el resultado obtenido en el MDQ, se agruparon los diagnósticos en dos grupos, aquellos con algún trastorno dentro del espectro del trastorno bipolar y los que estaban fuera, de tal modo que se distribuyeron como se ilustra en la tabla 5

Tabla 5. Diagnóstico de trastorno bipolar de acuerdo al SCID I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Contados				
No bipolar	51	51.0	51.0	51.0
Bipolar	49	49.0	49.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Figura 2. Diagnóstico de los pacientes en relación al espectro bipolar.



El MDQ fue respondido por todos los participantes, cubriendo todas las calificaciones posibles desde ningún item hasta 13. La distribución de las respuestas queda registrada a continuación:

Tabla 6. Estadística descriptiva

	N	Minimo	Maximo	Promedio	Desviacion Std.
MDQ	100	.00	13.00	7.8400	3.62015
	100				

Tabla 7. Frecuencia de calificacion MDQ

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Contados	.00	1	1.0	1.0
	1.00	4	4.0	5.0
	2.00	3	3.0	8.0
	3.00	4	4.0	12.0
	4.00	7	7.0	19.0
	5.00	9	9.0	28.0
	6.00	12	12.0	40.0
	7.00	10	10.0	50.0
	8.00	5	5.0	55.0
	9.00	8	8.0	63.0
	10.00	7	7.0	70.0
	11.00	10	10.0	80.0
	12.00	5	5.0	85.0
	13.00	15	15.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Para descartar la hipótesis nula, referente a la respuesta que tendrían pacientes bipolares y no bipolares al MDQ, se realizó como prueba estadística la t de Student para muestras independientes, con los siguientes resultados:

Tabla 8. Estadística de los grupos

TBP SCID	N	Promedio	Desviacion Std.	Promedio. Error Std
MDQ no bipolar	51	5.5294	2.60271	.36445

Bipolar 49 10.2449 2.89778 .41397

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para igualdad de promedio de varianzas		Prueba t para igualdad de promedios						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferencia de promedios	Diferencia Error Std	Intervalo de confianza de la diferencia 95%	
									Inferior	Superior
MDQ	Asume varianzas iguales	.535	.466	-8.568	98	.000	-4.7155	.55035	-5.80763	-3.623
	No asume varianzas iguales			-8.550	95.923	.000	-4.7155	.55154	-5.81029	-3.620

Con estos resultados se procedió a la elaboración de la Curva ROC que se expone a continuación:

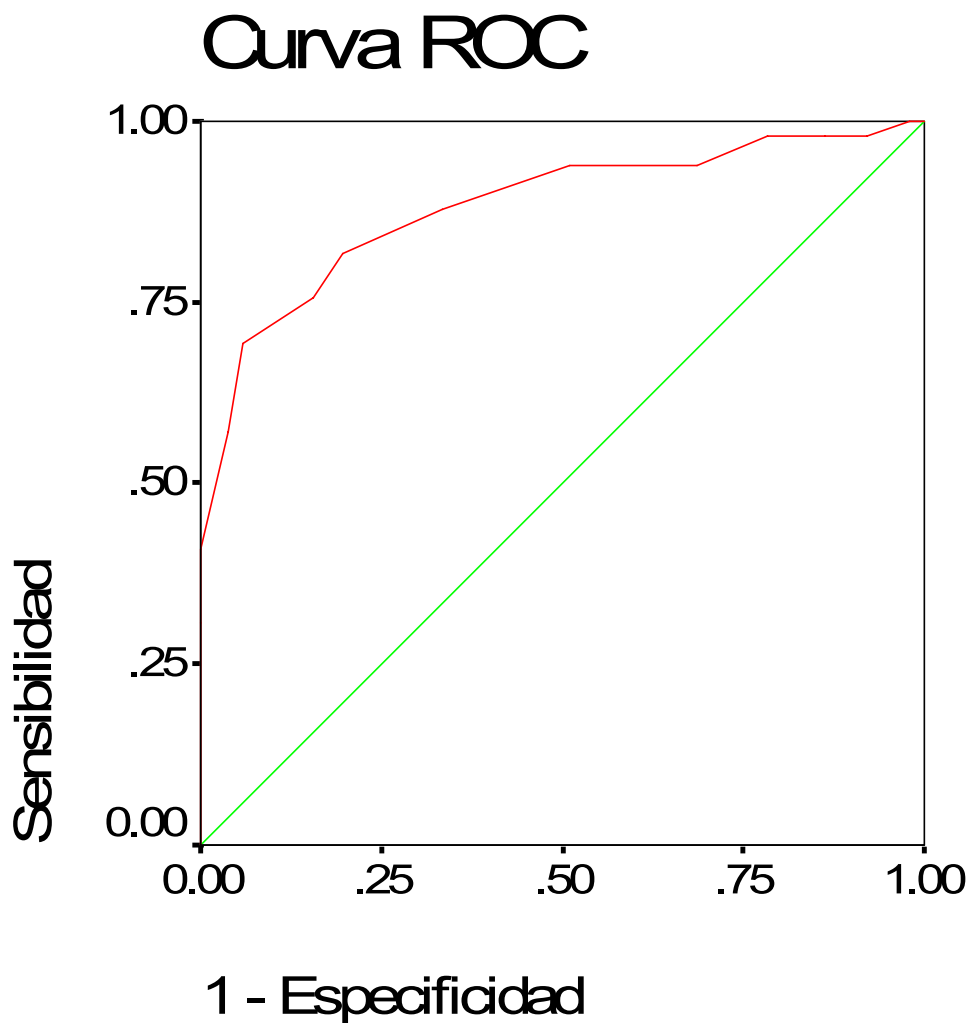
Tabla 9. Sumario de procesamiento de casos

TBP SCID	N
Positivo	49
Negativo	51

Valores mas grandes de la prueba son evidencia del estado positivo real.

a El estado positivo real es Bipolar.

Figura 3. Curva ROC para el MDQ vs. SCID – I.



Area bajo la curva

Test Result Variable(s): MDQMAN

Area
.882

Coordenadas de la Curva

El análisis de coordenadas de la curva se expone a continuación.

Tabla 10.

Positivo si es mas grande o igual que	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1.0000	1.000	1.000
.5000	1.000	.980
1.5000	.980	.922
2.5000	.980	.863
3.5000	.980	.784
4.5000	.939	.686
5.5000	.939	.510
6.5000	.878	.333
7.5000	.816	.196
8.5000	.755	.157
9.5000	.694	.059
10.5000	.571	.039
11.5000	.408	.000
12.5000	.306	.000
14.0000	.000	.000

a The smallest cutoff value is the minimum observed test value minus 1, and the largest cutoff value is the maximum observed test value plus 1. All the other cutoff values are the averages of two consecutive ordered observed test values.

Tras realizar la curva ROC, y considerando el punto de corte en 7 como en la literatura consultada, la sensibilidad es de 0.847 y la especificidad de 0.47. Si bien el instrumento se considera sensible es poco específico por lo que resulta necesario determinar otro punto de corte.

Tan solo elevando el punto de corte en uno, se obtiene un aumento de la especificidad muy importante sin perder excesiva sensibilidad. Con un punto de corte de 8, la sensibilidad es de 0.7855 y la especificidad de 0.8235.

12.- Discusión de resultados

Se estudió a una población de 100 pacientes entre la segunda y la quinta décadas de la vida, en su mayor parte (dos tercios de la muestra) del sexo femenino. Toda la población presentaba algún trastorno del estado de ánimo y cumplió con los criterios de inclusión.

Toda la población estudiada fue diagnosticada con algún tipo de trastorno afectivo, para los fines de nuestro estudio se comparó a la mitad de sujetos con trastorno afectivo tipo bipolar con la otra mitad, fuera del espectro del trastorno en cuestión. No se eliminaron pacientes por retiro de su consentimiento. Cuando un paciente se diagnosticó con algún otro trastorno distinto a trastorno del estado de ánimo se excluyó de la muestra y se siguió capturando hasta cumplir con la muestra deseada de 100 sujetos. Hubo una gran variedad de comorbilidades con los distintos trastornos afectivos. Las calificaciones obtenidas en el MDQ fueron significativamente diferentes entre los dos grupos, señalando la capacidad del instrumento de separar a una población heterogénea con trastornos afectivos.

La sensibilidad y especificidad del instrumento tomando como punto de corte 7 puntos, el señalado por la literatura internacional y sobretodo su autor, Hirschfield, fue de 0.847 y 0.47, respectivamente. El resultado obtenido es altamente sensible, comparable e incluso superior que al reportado en el estudio original, de 0.73, pero la especificidad es inferior al 0.5. En otros estudios realizados, como el francés o el italiano, se ha cambiado el punto de corte con el fin de tener una sensibilidad y especificidad óptima. En el caso de nuestro estudio el punto de corte con mejor sensibilidad y especificidad fue con ocho puntos positivos, 0.79 y 0.82, respectivamente.

Este resultado es más sensible que el estudio original, aunque ligeramente menos específico, comparable al estudio francés (Weber, 2005) e italiano (Hardoy, 2005) una vez corregido el punto de corte. Es posible que las diferencias sean derivadas de las poblaciones estudiadas, del lugar donde se capturó la muestra y de diferencias socioculturales. Los resultados obtenidos no dejan de ser comparables, con la ventaja de ser muy sensible en la población que se estudia en el instituto. Tenemos como limitación la menor especificidad con respecto a los otros estudios. Sin embargo la prueba es muy sencilla y toma poco tiempo para ser realizada, señalando con claridad a individuos en riesgo de sufrir de un trastorno afectivo dentro del espectro del trastorno bipolar.

El Cuestionario de trastornos del estado de ánimo es útil para detectar en una población de pacientes con trastornos del estado de ánimo a aquellos con alto riesgo de padecer trastorno bipolar o algún padecimiento de este espectro con un bajo costo y en poco tiempo, sin necesidad de ser entrevistado por un especialista, lo que permite optimizar la referencia a los servicios de salud mental correspondientes. También es útil porque distingue a los pacientes que tienen problemas de conducta relacionados a un pobre control de impulsos o a pobre tolerancia a la frustración pero no padecen de trastorno bipolar, reduciendo los errores en el diagnóstico y en el tratamiento.

13.- Conclusiones

El Cuestionario para los trastornos del estado del ánimo probó ser útil por su alto nivel de sensibilidad y especificidad para detectar a pacientes con trastorno bipolar tipo I o II en una muestra de pacientes que acudían por primera vez al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" cuando respondían positivamente a 8 o más respuestas.

Es una prueba económica, breve y autoaplicable, que puede mejorar la detección de estos trastornos en la consulta externa disminuyendo los riesgos a que estos pacientes se exponen si no son detectados y tratados a tiempo.

Puede ser aplicada por personal médico no especializado y paramédico en otros ambientes de consulta, optimizando la referencia a centros de atención especializada

Podría ser utilizada en el primer nivel de atención y servicios que atienden indirectamente trastornos afectivos tal como los dedicados a las adicciones o al control de peso.

Se propone validar el uso de esta escala como tamizaje para estudiar poblaciones abiertas.

14.-Bibliografía

Akiskal H. *The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders, Beyond DSM-IV.* J Clin Psychopharmacol, 16 (suppl 1): 4s-14s, 1996.

Akiskal H. *Patterns of sensitisation in the course of affective illness. A life-charting study of treatment refractory depressed patients.* J Affect Disord. 70(1):67-75, 2002a.

Akiskal H. *Classification, Diagnosis and Boundaries of Bipolar Disorders: A review.* En. *Bipolar Disorder*; Maj M, Akiskal H, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N Editors, WPA Series. Vol 5: 1-52, 2002b.

Altshuler LL, Post RM, Leverich GS, Mikalaukas K, Rosoff A, Ackerman L. Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: a controversy revisited. Am J Psychiatry 1995; 152: 1130-1138.

Amezcuca CL, *Ambiente Familiar y Psicoeducación en el Trastorno Bipolar.* En tesis para obtener diploma de especialización en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, UNAM, 2004.

Andreasen NC, Flaum M, Swayze VW, y cols. *Positive and negative symptoms in schizophrenia: A critical reappraisal.* Archives of General Psychiatry, 47:615-621, 1990.

Angst J, Bastrup PC, Grof P, et al. *The course of monopolar depression and bipolar psychoses.* Psychiatr Neurol Neurochir. 76:489-500, 1973,

Angst J, Preisig M. *Course of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients. Results of a prospective study from 1959 to 1985.* Schweiz Arch Neurol Psychiatr, 146:5-16, 1995.

Angst J, Sellaro R. *Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder.* Biol. Psychiatry, 48:445-457, 2000.

Angst J. *Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals?*. J Clin Psychiatry, 64 Suppl 6:18-22, 2003.

American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures, 2000.

Apiquian R, Paez F, Loyzaga C. *Estudio mexicano del primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas*. Salud Mental, 20:1-7, 1997.

Apiquian R, Ulloa RE, Páez F, Nicolini H. *The mexican first-episode psychotic study: clinical characteristics and premorbid adjustment*. Schizophr Res, 53:161-163, 2002.

Bauer M, McBride L, Chase C. *Manual-Based Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: A feasibility Study*. J Clin Psychiatry, 59:9, 2001.

Benazzi F. *Antidepressant-associated hypomania in out-patient depression: a 203 case study in private practice*. J Affect Disord, 46:73-77, 1997.

Bowden C, Brugger AM, Swann AC. *Efficacy of divalproex versus lithium and placebo in the treatment of mania*. JAMA, 271:918-924, 1994.

Calabrese J, Fatemi H, Kujawa M: *Predictors of Response to Mood Stabilizers*. J clin Psychopharmacol, 16 (suppl 1):24S-31S, 2001.

Cassano GB, Frank E. Conceptual underpinnings and empirical support for the mood spectrum. Psychiatr Clin N Am 25 (2002) 699-712

Conus P, McGorry PD. *First-episode mania: a neglected priority for early intervention*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36:158-172, 2002.

Coppen A. *Depression as a lethal disease: prevention strategies*. Journal of Clinical Psychiatry, 55:37-45, 1994.

Coryell W, Winokur G. *Course and outcome*. En: Paykel ES, editor. Handbook of Affective Disorders, 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 1992, 89-108.

Coryell W, Endicott J, Maser JD. *The likelihood of recurrence in bipolar affective disorder: The importance of episode recency*. J Affect Disord, 33:201-206,1995.

Chun BJDH, Dunner DL., *A review of antidepressant-induced hypomania in major depression: suggestions for DSM-V*. Bipolar Disord, 6: 32-42, 2004.

Drake RE, Mueser KT, Clark RE, y cols. *The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness*. Am J Orthopsychiatry, 66:42-51, 1996.

Ehlers C, Frank E. *Social zeitgebers and biological rhythms*. Archives of General Psychiatry, 45:948-952,1988.

Ferrier I, Mac Millan I, Young A. *The search for the wandering thymostat: a review of some developments in bipolar disorder research*. British J of Psychiatry, 178 (8):suppl 41: 345-349,2001.

Findling RL, Kowatch RA. Post RM. *Causes and mechanisms of bipolar illness: a focus on childhood onset*. En *Pediatric Bipolar Disorder, a handbook for clinicians*, Martin Dunitz Editors, 51-86, 2003.

Fleiss JL, Prien RF, Dunner DL. *Actuarial Studies of the course of manic-depressive illness*. Compr Psychiatry,19:355-362, 1978.

Frank E, Prien R, Jarrett RB, y cols. *Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder, remission, recovery, relapse and recurrence*. Archives of General Psychiatry, 48:851-855, 1991.

Fresan A, Apiquian R, Loyzaga C, y cols. *Recuperación funcional en el primer episodio psicótico*, *Psiquiatría y Salud Integral*, 2(2):40-44, 2002.

Fresan A, Apiquian R, Ulloa RE, y cols. *Ajuste Premórbido en el Primer Episodio Psicótico: Características Demográficas y Clínicas*. *Psiquiatría y Salud Integral*, 3(2):8-16, 2003a.

Fresan A, Apiquian R, Ulloa RE, y cols. *Funcionamiento premórbido por género y su relación con la duración de la psicosis no tratada en el primer episodio psicótico*. *Actas Esp Psiquiatr*,31(2):53-58, 2003 b.

Frye MA, Altshuler LL, Suba MP. *The relationship between antimanic agent for treatment of classic or dysphoric mania and length of stay*. *J Clin psychiatry*, 57:17-21,1996.

Geller B. Cooper TB, Sun K et al. Double blind and placebo controlled study of lithium for adolescent bipolar disorder with secondary substance dependency. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 171-178.

Gitlin MJ, Swendsen J, Séller TL, y cols. *Relapse and impairment in bipolar disorder*. *Am J Psychiatry*, 152:1635-1640, 1995.

Gorski E, Willis KC. A Pilot Study Examining the Relationship Between Patients' Complaints and Scores on the Hirschfeld Mood Disorder Questionnaire. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003 Oct;5(5):201-204.

Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Dell'Osso B, Carpiniello B, Morosini PL, Calabrese JR, Carta MG. Validation of the Italian version of the "Mood Disorder Questionnaire" for the screening of bipolar disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005 Jul 21;1:8.

[Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rapport DJ, Russell JM, Sachs GS, Zajecka J](#). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. 2000 Nov;157(11):1873-5.

[Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA.](#) Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2003 Feb;64(2):161-74.

[Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, McNulty JP, Wagner KD.](#) Screening for bipolar disorder in the community.
J Clin Psychiatry. 2003 Jan;64(1):53-9.

Hunt N, Bruce-Jones W, Silverstone T. *Life events and relapse in bipolar affective disorder.* *J Affect Disord,* 25:13-20, 1992.

Johnson S, Roberts J. *Life events and bipolar disorder: Implications from biological Theories,* *Psychological Bulletin,* 117:434-449, 1995.

[Keck PE Jr.](#) Bipolar depression: a new role for atypical antipsychotics?
Bipolar Disord. 2005;7 Suppl 4:34-40. Review.

Kessing LV. *Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder.* *Psychological Medicine,* 28:1027-1038, 1998.

Kessing LV, Andersen PK. *The effect of episodes on recurrence in affective disorder: a case register study.* *Journal of Affective Disorders,*53:225-231, 1999.

[Kessing LV.](#) Diagnostic stability in depressive disorder as according to ICD-10 in clinical practice.
Psychopathology. 2005 Jan-Feb;38(1):32-7. Epub 2005 Feb 15.

[Kessing LV.](#) Diagnostic stability in bipolar disorder in clinical practise as according to ICD-10. *J Affect Disord.* 2005 Apr;85(3):293-9.

Kessler RC, McGongale KA, Zhao S, y cols. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National comorbidity survey*. Archives of General Psychiatry, 51:8-19, 1994.

Kupka R, Nolen W. *The Stanley Foundation Bipolar Network. Preliminary summary of demographics, course of illness and response to novel treatments*. British J of Psychiatry, 178 (suppl 41): 177-184, 2001.

Lara Muñoz MC, *Evaluación Clínica en Psiquiatría*, Programa de Actualización Continua en Psiquiatría-4. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C., 159-160, 175-177, 2003.

MacQueen GM, Young LT, Robb JC, y cols. *Levels of functioning and well-being in recovered psychotic versus nonpsychotic mania*. Journal of Affective Disorders, 46:69-72, 1997.

McGorry PD. *A treatment relevant classification of psychotic disorders*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 29:555-558, 1995.

McGorry PD, Bell RC, Dudgeon PL, y cols. *The dimensional structure of first episode psychosis: an explanatory factor analysis*. Psychological Medicine, 28:935-947, 1998.

Moore DP. *Syndromes of disturbances of mood and affect*. En Textbook of Clinical neuropsychiatry, 261-269, 2001.

[Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J. Prevalence of psychiatric disorders in Mexico. Psychol Med. 2005 Dec;35\(12\):1773-83.](#)

Ortiz-Dominguez A, Berlanga C, Gutierrez-Mora D, *A case of clarithromycin-induced manic episode (antibiomanía)*. International Journal of Neuropsychopharmacology, 1:99-100, 2004.

Peet M. *Induction of mania with selective serotonin re-uptake inhibitor and tricyclic antidepressants*. Br J Psychiatry, 164: 549-550, 1994.

Perugi G, Micheli C, Akiskal HS. *Polarity of the First Episode, Clinical Characteristics, and Course of Manic Depressive Illness: a systematic Retrospective investigation of 320 Bipolar I patients*. Comprehensive Psychiatry, 41:13-18, 2000.

Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. Psychiatr Clin N Am 25 (2002) 713-737.

Pope GH, McElroy SL, Keck PK. *Valproate in acute mania in a placebo-controlled trial*. Arch Gen Psychiatry, 48:62-68, 1991.

Post RM, Rubinow DR, Ballenger JC. *Conditioning, sensitization, and kindling: Implications for the course of affective illness*. En: Post RM, Ballenger JC, editors. Neurobiology of Mood Disorders. Frontiers of Clinical Neurosciences, Baltimore: Williams & Wilkins, Vol 2, 432-466, 1984.

Post RM, Rubinow DR, Ballenger JC. *Conditioning and sensitisation in the longitudinal course of affective illness*. Br J Psychiatry, 149:191-201, 1986.

Post RM. *Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder*, Am J Psychiatry, 149:999-1010, 1992.

Prien RF, Carpenter LL, Kupfer DJ. *The definition and operational criteria for treatment outcome of depressive disorder: a review of the current research literature*, 48:796-800, 1991.

Ramasubbu R. *Dose-response relationship of selective serotonin reuptake inhibitors treatment-emergent hypomania in depressive disorders*. Acta Psychiatr Scand, 104:236-239, 2001.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264: 2511-2518.

Rinetti G, Camarena B, Cruz C, y cols. *Dopamine D4 Receptor (DRD4) Gene Polymorphism in the First Psychotic Episode*. *Archives of Medical Research*, 32:35-38, 2001.

Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*. New York, NY: The Free Press. 1991.

Roy-Byrne P, Post RM, Uhde TW, y cols. *The longitudinal course of recurrent affective illness: Life chart data from research patients at the NIMH*. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 317:1-34, 1985.

Sachs GS, Koslow CL, Ghaemi SN. The treatment of bipolar depression. *Bipolar Disord* 2000; 2: 256-260

Schwartz D. *Some suggestions for unitary formulation of manic-depressive reactions*. *Psychiatry*, 24:238-245, 1996.

Stahl SM, *Depression and Bipolar Disorder*. En *Essential Psychopharmacology of Depression and Bipolar disorder*. Cambridge University Press, 1-63, 2000.

Stephens JH, McHugh PR. *Characteristics and long-term follow-up of patients hospitalized for mood disorders in the Phipps Clinic. 1913-1940*. *J Nerv Ment Dis*. 179:64-73, 1991.

Strakowski SM, Keck PE, McElroy SL y cols. *Twelve-month outcome after first hospitalization for affective psychosis*. *Archives of General Psychiatry*, 55:49-55, 1998.

Strakowski SM, Williams JR, Fleck DE, y cols. *Eight-month functional outcome from mania following a first psychiatric hospitalisation*. Journal of Psychiatric Research, 34:193-200, 2000.

Tohen M, Hennen J, Zarate CM, y cols. *Two year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features*. Am J Psychiatry, 157:220-228, 2000a.

Tohen M, Stoll AL, Strakowski SM, y cols. *The McLean First Episode Psychosis Project: Six-month Recovery and Recurrence Outcome*. Schizophrenia Bulletin, 18 (2):273-282, 1992.

Tohen M, Strakowsky SM, Zarate CM, y cols. *The McLean-Harvard first-episode project. Six-month symptomatic and functional outcome in affective and nonaffective psychosis*. Biological Psychiatry, 48:467-476, 2000b.

Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT. *Outcome in mania. A 4 year prospective follow up of 75 patients utilizing survival analysis*. Archives of General Psychiatry, 47:1106-1111, 1990a.

Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT. Hunt AT, *Four- year follow-up of twenty-four first-episode manic patients*. Journal of affective Disorders, 19:79-86, 1990b

Tohen M, Zarate CA, Zarate SB, y cols. *The McLean/Harvard First-episode Mania Project: Pharmacologic Treatment and Outcome*. Psychiatric Annals, 1996;26(7):S444-S448, 1996.

Tohen M, Zarate CA, Hennen J, Kaur HM, Strakowski SM, Gebre-Medhin p, Salvatore p, Baldessarini RJ, Am J psychiatry, 160: 2099-2107, 2003.

Tsuchiya KJ, Byrne M, Mortensen PS. *Risk factors in relation to an emergence of bipolar disorder: a sustematic review*. Bipolar Disorders, 5:231-242, 2003.

[Vieta E, Goikolea JM.](#) Atypical antipsychotics: newer options for mania and maintenance therapy.

Bipolar Disord. 2005;7 Suppl 4:21-33. Review.

Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). J Affect Disord. 2005 Sep;88(1):103-8.

Wehr TA, Goodwin FK. *Can antidepressants cause mania and worsen the course of affective illness?* Am J Psychiatry, 144:1403-1411, 1987.

Winokur G, Coryell W, Séller M, y cols. *A prospective follow-up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder.* 50:457-465, 1993.

[Yatham LN, Goldstein JM, Vieta E, Bowden CL, Grunze H, Post RM, Suppes T, Calabrese JR.](#)

Atypical antipsychotics in bipolar depression: potential mechanisms of action. J Clin Psychiatry. 2005;66 Suppl 5:40-8.

Apéndice 1. Cuestionario para trastornos del estado del ánimo.

1.	¿Ha habido ALGÚN PERIODO DE TIEMPO en el cual su comportamiento fue diferente del habitual y....	SI	NO
	...se sentía tan bien o tan acelerado que los demás pensaron que estaba fuera de lo normal, o bien, se sentía tan acelerado que se metió en problemas?		
	...estaba tan irritable que le ha gritado a la gente o ha empezado peleas y discusiones?		
	... se sentía mas seguro de sí mismo que lo habitual?		
	...dormía menos horas de las habituales y no le hacía falta recuperarlas?		
	...estaba mas platicador o hablaba más rápido de lo habitual?		
	...sentía que le llegaban muchas ideas a la vez y no podía detenerlas?		
	...se distraía tan fácilmente por las cosas a su alrededor que tenía problemas para concentrarse o mantenerse atento?		
	...tenía mucha mas energía que la habitual?		
	... estaba mucho mas activo/a o hacía mas cosas que lo habitual?		
	... tenía mas actividad social que de costumbre, por ejemplo, salía mas de casa o llamaba por teléfono a altas horas de la noche?		
	... estaba mucho mas interesado/a en el sexo de lo habitual?		
	... hacía cosas fuera de lo común para usted o que otras personas consideraran exageradas, tontas o riesgosas?		
	... gastaba dinero de tal forma que le ocasionara problemas a usted o a su familia?		
2.	<p>Si contestó SI en mas de una de las preguntas anteriores, ¿varias de ellas se presentaron durante un mismo periodo de tiempo? <i>Por favor circule solo una respuesta.</i></p> <p style="text-align: center;">SI NO</p>		
3.	<p>¿Que tan graves han sido los problemas ocasionados por estas conductas? Por ejemplo: no poder trabajar; problemas familiares, económicos o legales; pleitos o discusiones con consecuencias graves. <i>Por favor circule solo una respuesta.</i></p> <p>Sin problemas Problemas mínimos Problemas moderados Problemas graves</p>		

Apéndice 2. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Sensibilidad y especificidad de un instrumento de tamizaje para el espectro del Trastorno Bipolar: El Cuestionario para trastornos del ánimo”

Esta carta es una invitación a participar en un proyecto de investigación que nos permitirá detectar mejor una condición psiquiátrica conocida como trastorno bipolar. Se le invita a usted a participar porque en la primera entrevista que tuvo en este hospital se detectó como su problema principal una enfermedad del estado del ánimo y algunos pacientes (aproximadamente 3 de cada 10) que piden consulta por este motivo padecen del trastorno bipolar. La prueba ayuda a entender si su problema del estado de ánimo es un trastorno bipolar o no.

Si usted tuviera un trastorno bipolar y no se detectara inicialmente, se retrasaría el tratamiento adecuado para esta condición. Mientras no se da un tratamiento adecuado, el paciente puede seguir padeciendo su enfermedad aunque ya este siendo atendido por un médico calificado, prolongando su sufrimiento y entorpeciendo su curación. Este ha sido el caso de muchos pacientes en el pasado y el objetivo de esta investigación es disminuir este retraso.

En caso de que usted amablemente decida ayudarnos con esta investigación, le pediremos que acepte una nueva entrevista, más enfocada a los trastornos del estado de ánimo únicamente, y que responda a una encuesta de una hoja tachando si tiene ciertos síntomas o no los tiene. Se calcula que esto tomará como máximo 40 minutos de su tiempo. La mayor molestia que usted podría experimentar es que recuerde algunos eventos dolorosos de su pasado, lo que podría causarle accesos de llanto o de enojo. Usted será escuchado y atendido por un profesional durante todo el procedimiento.

Toda la información que usted comparta con nosotros será estrictamente confidencial y anónima, y será usada **EXCLUSIVAMENTE** para esta investigación. Usted se beneficiará de un diagnóstico clínico más oportuno y de mejores posibilidades de recuperación. En cualquier momento puede hacer preguntas sobre el procedimiento y en caso de desacuerdo podrá retirar su participación en el momento que usted lo desee y sin que esto afecte la calidad de la atención que usted recibe en el instituto.

Contacto: Para cualquier duda relacionada a esta investigación puede usted comunicarse al teléfono **56552811**, ext 344 con el Dr. Alfonso Rodrigo Corona Amezcua.

Nombre y firma del paciente

Fecha: _____

Nombre y firma del entrevistador principal.

_____	_____
Nombre y firma de testigo	Nombre y firma de testigo

Fecha: _____