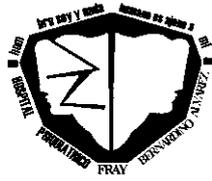




Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**Impacto de la comorbilidad del trastorno por uso de sustancias sobre
las recaídas de hospitalización psiquiátrica en pacientes bipolares tipo I**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

DRA. SILVIA ESPÍNDOLA MORALES

Dr. Miguel A. Herrera Estrella

Mtra. Psic Janet Jiménez Genchi

Asesor Teórico

Asesor Metodológico

MAYO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

AL HOSPITAL DE MI FORMACION

A LA UNIVERSIDAD

Índice de Contenido

Lista de tablas, gráficas y abreviaturas.....	ii
Resumen	iii
1. Introducción	1
2. Marco Teórico	2
3. Métodos.....	8
3.1 Justificación y planteamiento del problema	9
3.2 Objetivos	9
3.3 Hipótesis.....	10
3.4 Variables: Dependiente, Independiente.....	10
3.5 Muestra.....	11
3.6 Sujetos	11
3.7 Criterios de selección	11
3.8 Tipo de estudio.....	12
3.9 Instrumentos	12
3.10 Procedimiento.....	13
3.11 Consideraciones éticas del estudio	14
4. Resultados	15
5. Discusión.....	15
6. Conclusiones	21
7. Referencias bibliograficas	21
8. Anexos	26
CONSENTIMIENTO INFORMADO	26
INSTRUMENTOS APLICADOS.....	28

Lista de tablas, gráficas y abreviaturas

Graficas

Grafica 1. Distribución de edad en la muestra.....	15
Grafica 2. Porcentaje de pacientes por tipo de episodio del trastorno bipolar I.....	17
Grafica 3. Principal sustancia de uso en los consumidores.....	18
Grafica 4. Número de rehospitalizaciones en la muestra	19

Tablas

Tabla 1. Diferencia en las variables sociodemográficas entre consumidores y no consumidores de sustancias.....	16
Tabla 2. Condiciones diagnósticas en el uso de cada sustancia.....	18

Abreviaturas

TBP, Trastorno bipolar

TBP I, Trastorno bipolar tipo I

TUS, Trastorno por uso de sustancias

DSM IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª edición
Texto revisado.

CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 10ª edición.

Resumen

Antecedentes. En el trastorno bipolar I son elevados los costos de atención con motivo de recaídas con rehospitalización, asimismo el trastorno bipolar es la patología de eje I más frecuentemente asociada al consumo de alcohol y drogas, lo cual constituye una circunstancia de riesgo para una evolución tórpida del trastorno, en nuestro medio no se cuenta con estudios sobre el consumo de sustancias y la evolución del trastorno bipolar.

Método. En una muestra de 60 pacientes con diagnóstico de TBP I, se llevo a cabo un estudio de tipo longitudinal, retrolectivo, con el objetivo de describir el patrón de uso de sustancias y de contrastar la evolución, por el número de recaídas con rehospitalización en los seis meses previos entre los usuarios y no usuarios de sustancias. Se llevo a cabo un análisis estadístico sobre las diferencias de frecuencia para las variables sociodemográficas y sobre el número de recaídas por Chi², además de un análisis de asociación entre el grado de uso de sustancias y el numero de rehospitalizaciones por la prueba de Spearman.

Resultados. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de usuarios y no usuarios de sustancias en los pacientes bipolares I. El tipo de episodio maniaco tuvo una frecuencia de 53.3%, el 36.7%, un episodio depresivo y el 10% en episodio mixto. Entre los 30 usuarios de sustancias, de acuerdo al DSM IV TR el 43.3% cumplió criterios de dependencia, el 40% de abuso de sustancias y el 16.7% consumía sustancias sin constituir abuso o dependencia de acuerdo a los criterios. La principal sustancia fue con 50% el alcohol, el 26.7% tabaco, el 13.3% marihuana y el 10% estimulantes mayores. Para el total de la muestra, en seis meses el 43% no tuvo rehospitalizaciones. Se encontró una diferencias estadísticamente significativa entre los usuarios y no usuarios de sustancias con respecto a la rehospitalización, $\chi^2=5.455$, 1gl, $p=0.037$.

Conclusión. El presente estudio demuestra la asociación entre el uso de sustancias y la frecuencia de rehospitalizaciones por recaída en el trastorno bipolar.

PALABRAS CLAVE: Trastorno bipolar, uso de sustancias, pronostico, recaída.

+

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud confirma que los trastornos mentales, y de estos la depresión, el trastorno bipolar y el abuso de alcohol son la primer causa de discapacidad en jóvenes y se encuentra entre las primeras 10 causas para todas las edades¹.

El trastorno Bipolar se presenta frecuentemente de forma comórbida con el uso de sustancias y suele ser, en la práctica clínica, considerado, diagnosticado y tratado exclusivamente como abuso o dependencia de sustancias, ignorando la presencia del trastorno afectivo, lo que reduce las posibilidades diagnósticas y terapéuticas efectivas.

El consumo de sustancias con potencial adictivo es un problema relevante de salud pública que genera graves consecuencias a nivel individual, familiar y social. En los protocolos de manejo clínico en salud mental, con frecuencia se puede observar que no se abordan ambos problemas. Por lo general, se ofrecen tratamientos para personas que sufren de enfermedades mentales en una entidad y servicios de alcoholismo y farmacodependencia en otro.

La realización de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos que están consumiendo sustancias psicoactivas plantea dos problemas fundamentales. Por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente².

2. Marco Teórico

2.1 Generalidades

La prevalencia del Trastorno Bipolar, usando la definición más amplia de esta enfermedad (espectro bipolar), podría estar entre el 5 y 7% de la población general. El consumo de sustancias con potencial adictivo es un problema relevante de salud pública que genera graves consecuencias a nivel individual, familiar y social. En nuestro país la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 ³ reportó en la población de 12 a 65 años un uso de 20-30% para las sustancias legales y de 5.7% para las ilegales.

Los costos asociados con la hospitalización de los pacientes con Trastorno Bipolar durante los episodios agudos, representan la mayor parte de los recursos invertidos en su atención⁴. En este contexto las intervenciones que reduzcan la necesidad de hospitalizar, tendrían un gran impacto en la calidad de vida del paciente y en los costos asociados a su tratamiento.

En la evolución del trastorno bipolar podemos definir de forma general una recaída como una reaparición de los síntomas categóricos de un episodio afectivo o como una exacerbación de éstos ⁵.

En cuanto a la rehospitalización o reinternamiento diversos autores han tratado de definirlo desde varios puntos de vista; refiriéndose al paciente que lo presentaba, como aquel que es admitido de forma repetida a un hospital ⁶. También se han utilizado otros conceptos para tratar de describirlo, en algunas de las cuales se detectan variación en el número de ingresos repetidos y en el intervalo de tiempo en que éstos ocurren.

El trastorno bipolar es la patología de eje I más frecuentemente asociada al consumo de alcohol y drogas, y esta asociación es más frecuente en las fases maníacas que en las depresivas. Los trastornos afectivos y el abuso de drogas, tienen formas muy variables de presentación que se hacen aún más complejas si ambas patologías se dan juntas. Es muy probable que existan subgrupos de pacientes en los que los mecanismos sean comunes ⁷. Con frecuencia la comorbilidad dificulta el diagnóstico y empeora el pronóstico. Habitualmente los tratamientos convencionales son menos efectivos.

De acuerdo al consenso internacional se considera que una sustancia es adictiva cuando “engendra dependencia”, el abuso de drogas se define como la “utilización excesiva, persistente o esporádica, de un fármaco de forma incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible” y la dependencia como el “estado de adaptación evidenciado por la manifestación de un síndrome de abstinencia al interrumpir la administración del fármaco, o al desarrollo de tolerancia, o a ambos”⁸.

Los términos utilizados para designar la comorbilidad entre un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y un Trastorno Psiquiátrico han sido diversos, si bien el más ampliamente difundido es el de Diagnóstico Dual o Patología Dual. En su acepción original se refiere a la coexistencia de ambas condiciones de forma primaria e independiente en su génesis ⁹. Sin embargo, dadas las dificultades existentes para establecer tal independencia etiológica, actualmente el término es usado en una acepción más amplia, incluyendo todas las posibles relaciones e interacciones entre ambas entidades nosológicas.

2.2 Epidemiología del uso de sustancias en la población general y en muestras clínicas con Trastorno Bipolar

Con base en la reciente Encuesta Nacional de Adicciones ³ encontramos que en nuestro país el uso de sustancias en la población de 12 a 65 años está conformado por un 30% con “problemas por su manera de beber” alcohol (30%) y un 5.5% con diagnóstico de abuso o dependencia, el tabaco es usado por el 18.5%. Para todas las sustancias proporción por género es de 3-4 hombres por cada mujer. El uso de drogas ilegales presenta cifras más reducidas, sin embargo de 2002 a 2008 aumentó de 5% a 5.7% el número de consumidores, especialmente la proporción de usuarios de drogas ilegales (4.6% a 5.2%), el uso entre ellas se duplicó, de 1% en 2002 a 1.9% en 2008.

En 2002 la proporción de la población que presentaba dependencia era de 0.4% ¹⁰, ahora es de 0.6%. También se ha incrementado el número de personas expuestas y el de las que experimentan y progresan hacia las diferentes formas de uso hasta llegar a la dependencia. Por ejemplo, de 2002 a 2008 disminuyó la cifra de usuarios de drogas que se había limitado a experimentar, es decir habían usado una o dos veces de 52.3% a 36% del total de personas que reportaron haber usado marihuana alguna vez, y de 40.5% a 29.2% en el caso de la cocaína; simultáneamente aumentó la proporción de

personas que informaron haber usado 50 veces o más, de 12.8% a 21.1% en el caso de la marihuana y de 15.6% a 21% en el de la cocaína. En el mismo lapso aumentó el índice de personas que han usado y tienen problemas con las metanfetaminas y los solventes inhalables.

Si comparamos a nivel internacional ¹¹, la proporción de casos que en su vida tuvieron trastornos por usar sustancias y que buscaron tratamiento en el año que surgió su problemática, nuestro país tuvo la proporción más baja (0.9%), en tanto que la más alta la obtuvo España (18.6%). La cifra de casos que a los 50 años de edad tuvo tratamiento en México fue del 22.1%, una de las más bajas junto con Nigeria con 19.8%. Además de encontrar una relación con factores de riesgo en ser hombre, estar casados, con menor educación, en los extremos de edad y de ingresos.

Para la situación epidemiológica del diagnóstico dual TBP y TUS se cuenta con dos grandes estudios realizados en Estados Unidos, con una muestra relevante de población, el Epidemiologic Catchment Area-ECA ¹² y el National Comorbidity Survey-NCS ¹³, donde se muestra que el trastorno bipolar es la patología psiquiátrica que con mayor frecuencia se asocia al uso de sustancias.

En el ECA se encontró un Trastorno por Uso de Sustancias en 60,7% de los sujetos con criterios para el Trastorno Bipolar I y de 40% para el TBP II. En el mismo estudio se observa que este alto porcentaje supera al de cualquier otro trastorno psiquiátrico del eje I del DSM-IV TR y sólo es superado por el trastorno de la personalidad antisocial. A su vez, el estudio National Comorbidity Survey indica que en los pacientes que abusan de sustancias tienen un trastorno bipolar de 5 a 8 veces más frecuentemente que la población general.

La Encuesta Nacional de Adicciones más reciente confirma que sólo una pequeña proporción de los usuarios de drogas (16.1%) acude a tratamiento ³. A esto se agrega que en los pacientes con TBP el 47% abandona el tratamiento en algún momento de su padecimiento ¹⁴ y hasta el 52% en un periodo de dos años ¹⁵.

En relación con el consumo de sustancias específicas ¹⁶, la de uso más frecuente en pacientes con TBP es el alcohol. En algunos estudios transversales con población

clínica bajo tratamiento se relaciona el consumo de alcohol u opiáceos con el episodio depresivo, y de marihuana o cocaína con el episodio maníaco ¹⁷.

En pacientes con TBP y uso de sustancias, se encuentra una frecuencia mayor del uso de polisustancias en hombres, con una proporción semejante de sustancias específicas entre géneros ¹⁸.

2.3 Consideraciones etiológicas y factores de riesgo

Los principales predictores de las recaídas en el trastorno bipolar son los eventos vitales estresantes, el número elevado de episodios previos, el intervalo estrecho entre episodios y la persistencia de sintomatología afectiva y episodios, mientras que los factores asociados a una supervivencia prolongada incluyen la psicoterapia, la red de apoyo social y la adherencia al tratamiento ¹⁹, no encontrándose estudios que relacionen el uso de sustancias en el TBP con un curso prolongado ²⁰.

Las vías de asociación entre el consumo de sustancias y el TBP no están del todo claras, han sido mejor estudiadas en el caso del alcohol y es muy probable que existan subgrupos de pacientes en los que los mecanismos sean comunes. Para su presentación, en el contexto de la hipótesis de la automedicación, se plantean cuatro condiciones de interacción del TBP y el TUS ²¹:

1. El abuso de sustancias se produce como síntoma del trastorno bipolar.
2. El abuso de sustancias se produce en un intento del paciente de atenuar sus síntomas.
3. El abuso de sustancias precipita el trastorno bipolar.
4. Ambos comparten factores de riesgo comunes en una presentación concomitante.

Estas cuatro situaciones no son excluyentes y puede presentarse en cada caso en diversos grados, explicando de forma compleja y evolutiva la interacción de los factores de riesgo implicados.

De acuerdo a una revisión de la literatura ⁹ se sabe que el consumo de las sustancias pudiera estar condicionado por la presencia de un episodio afectivo particular, así se ha encontrado que consumen estimulantes en las fases depresivas de la enfermedad, dicho consumo parece ser más frecuente en las fases maníacas, en un patrón similar al del

alcohol. Asimismo y en consonancia con lo anterior, se ha observado que las anfetaminas provocan más fácilmente euforia en los deprimidos bipolares que en los unipolares.

El consumo de *opiáceos* es mayor en sujetos bipolares que en la población general, aunque no tan llamativamente como en el caso del alcohol y los estimulantes. Los usuarios de opiáceos, a diferencia de los usuarios de cocaína, tienden a hacerlo con mayor frecuencia cuando están deprimidos.

Los estudios relativos al *cannabis* inciden sobre el posible uso de éste como automedicación, y se argumenta que pueda tener un efecto antidepresivo intrínseco. Existen datos anecdóticos de pacientes que utilizan los cannabinoides para combatir las fases depresivas, las maníacas, y los efectos secundarios de los fármacos.

2.4 Efectos de la patología dual en la evolución y pronóstico del paciente con Trastorno Bipolar

Los pacientes que sufren esta patología dual presentan una peor evolución clínica, tienden a una mayor cronicidad de los dos trastornos comórbidos, tienen síntomas más difíciles de tratar, como los de tipo afectivo mixto y, finalmente, presentan con mayor frecuencia ciclos rápidos y hospitalizaciones. Además presentan un riesgo aumentado de suicidio a lo largo de su vida en comparación con los pacientes con TBP sin abuso o dependencia a sustancias con una proporción de 39,5 frente a 23,8 %, respectivamente²².

Los episodios de manía suelen ser más prolongados y con sintomatología residual entre cada uno²³. Dada la alta prevalencia del consumo de alcohol en esta población, se ha encontrado que aún un consumo discreto u ocasional se asocia con más sintomatología del TBP²⁴.

En el presente se lleva a cabo un estudio denominado Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder o STEP-BD, con el objetivo de establecer el peso de las principales variables pronósticas en el Trastorno bipolar a partir de un gran conjunto de estudios en diversos centros. Entre los resultados del mismo se encuentra que el TUS actual o pasado, no se relaciona con un tiempo prolongado de

recuperación para el episodio depresivo ²⁰, pero puede contribuir a incrementar el riesgo de viraje al estado maniaco o mixto.

En cuanto al tratamiento con agentes farmacológicos, en nuestro medio contamos con una revisión sistemática del tema la cual concluye que la existencia de diversas alternativas de tratamiento puede ser debida a la carencia de estudios concluyentes en esta patología, pero que existe evidencia abundante referente al uso de litio y valproato en la patología dual del Trastorno Bipolar, en particular con abuso al alcohol ⁷. De igual manera aunque con resultados dispares, es recomendado el uso de carbamazepina, gabapentina, topiramato, lamotrigina y antipsicóticos atípicos.

En la misma revisión se recomienda que si el TUS se presenta como intoxicación aguda o síndrome de abstinencia obliga a adaptar el tratamiento, además de indicar un tratamiento diferencial de acuerdo al episodio presente, por ejemplo para el Episodio Maniaco y cualquier TUS se sugiere de acuerdo a la evidencia un tratamiento con carbamazepina/valproato o antipsicóticos atípicos excluyendo el uso de antidepresivos, para el episodio depresivo los ISRS, lamotrigina y/o quetiapina. Por otra parte si existe evidencia clínica absoluta de que el episodio afectivo es inducido por un TUS, y se excluye el diagnóstico de un Trastorno Bipolar I o II, hay escasas evidencias de que los antidepresivos u otras medicaciones induzcan una más rápida o completa resolución de los síntomas afectivos que la derivada de la propia abstinencia o del paso del tiempo, de ahí la necesidad de llevar a cabo una valoración exhaustiva y estructurada del paciente con patología dual.

Atendiendo a los estudios controlados, realizados en el área, tenemos que el valproato disminuye el consumo elevado de alcohol en pacientes con TB y dependencia de alcohol comórbida ²⁵. En dos artículos se ha descrito por una parte la utilidad del valproato en pacientes con manía durante el síndrome de abstinencia de alcohol, y por otra, en pacientes con Trastorno Bipolar asociado a TUS a los que se prescribió litio y valproato, un mejor cumplimiento terapéutico en los pacientes que tomaban valproato, lo cual se relacionó con el perfil de efectos secundarios de ambos fármacos ²⁶.

2.5 Riesgo de Recaidas y Rehospitalizaciones

El Trastorno Bipolar se presenta como una enfermedad de evolución crónica, con una frecuencia alta de episodios afectivos a lo largo de sus evolución.

Para el Trastorno bipolar la literatura describe un promedio de 7 a 22 recaídas a lo largo de la vida ²⁷ y entre 60 a 75% de los pacientes hospitalizados por un episodio maniaco vuelven a ingresar por un nuevo episodio ²⁸, presentándose con episodio único en solo el 15% de los pacientes con trastorno bipolar. Los pacientes con mayor número d episodios previos recaen significativamente antes que los pacientes con escasos episodios previos ²⁹, a lo largo de la evolución del padecimiento los intervalos entre episodios se acortan ³⁰.

En una investigación cardinal del STEP-BP ³¹ se encontró que la distinción entre un TUS primario o secundario al inicio del TBP se asociaba a un curso diferenciado en la sintomatología afectiva. Así, los pacientes con TUS secundario mostraban menos días de eutimia, más episodios de manía y depresión, además de antecedentes de más intentos suicidas, sin embargo estos hallazgos se encontraban determinados por una asociación con el inicio temprano del TBP.

Es conocido que el número de hospitalizaciones es una variable de mal pronóstico en el TBP ³². Para las instituciones psiquiatricas la rehospitalización representa un indicador negativo de efectividad y calidad en el tratamiento del paciente, por lo cual los tratamientos a largo plazo, en la actualidad buscan la prevención de las recaídas y las *rehospitalizaciones* ³³.

3. Métodos

3.1 Justificación y planteamiento del problema

Se conoce que la comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias, es un predictor negativo en la evolución del padecimiento y su respuesta al tratamiento causa recurrencia en los cuadros afectivos y exacerbación de los síntomas.

La rehospitalización es un indicador de la gravedad del curso del TBP I, por lo cual el conocer el impacto del TUS en la población clínica de nuestro medio nos ayudara a establecer las programas de manejo focalizados que logren mejorar su atención y pronóstico, así como los aspectos relacionados al costo de atención.

En nuestro medio no contamos con estudios que describan la comorbilidad del uso de sustancias en el TBP I, para establecer programas preventivos y de manejo en esta población clínica.

El problema planteado es conocer si ¿Existe mayor número de recaídas, en pacientes diagnosticados con trastorno bipolar y consumo de sustancias y pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar sin consumo de sustancias?

3.2 Objetivos

- Objetivo general. Conocer el impacto del uso de sustancias sobre la recaídas de pacientes con diagnóstico de TBP I.
- Objetivos específicos:
 1. Conocer la presencia de comorbilidad entre Trastorno Bipolar Tipo I y el consumo de las principales sustancias adictivas (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína).
 2. Conocer el impacto del TUS sobre el número de las recaídas con rehospitalización en los pacientes diagnosticados con TBP I, en un seguimiento a 6 meses.

3.3 Hipótesis

Sí los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I y comorbilidad con el consumo de sustancias tienen mayor número de recaídas con hospitalizaciones, que los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I sin dicha comorbilidad.

3.4 Variables: Dependiente, Independiente

DEFINICION DE VARIABLES

Variable independiente

Presencia actual de un **Trastorno por Uso de Sustancias** de acuerdo al DSM IV y CIE 10 en los pacientes con TBP I.

Unidad de Medida:

Las características se consideran en forma nominal dicotómica: de dos categorías excluyentes, TUS presente/ausente. Y la modalidad de variable ordinal con los grados uso, abuso y dependencia.

Variable dependiente

Recaídas con Rehospitalización en Pacientes con TBP I: Número de reingresos a hospitalización continua, considerando como reingresos los ocurridos seis meses previos, siempre y cuando hallan transcurrido al menos 10 días entre cada estancia hospitalaria. Además de la presencia o ausencia de rehospitalizaciones.

Unidad de Medición:

Numérica continua y de intervalo (número de ingresos totales en la institución). Además de una segunda modalidad en nominal dicotómica: presente con la hospitalización actual mas otra previa y ausente a la condición de solo la hospitalización actual y ninguna otra en los seis meses previos.

3.5 Muestra

Durante un periodo de 60 días se obtendrá una muestra dirigida por el censo del servicio de pacientes hospitalizados del 2do y 5to piso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, con o sin comorbilidad de consumo de sustancias. Se obtendrá por medio de un muestreo intencional en la selección e inclusión de los casos al estudio.

3.6 Sujetos

Un total de 60 sujetos de genero tanto masculino como femenino, de edades entre 18 y 50 años, todos pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, de estos 30 con consumo de sustancias y 30 sin consumo de sustancias

3.7 Criterios de selección

Inclusión

Grupo 1 (Pacientes con Trastorno Bipolar I sin uso de sustancias)

- Paciente con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I hospitalizados en un periodo de 2 meses
- Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, menores de 55 años.
- Que cumplan los criterios para Trastorno Bipolar tipo I de la CIE 10 y del DSM IV TR
- Que no cumplan con criterios para trastornos por uso por de sustancias según la CIE 10 y el DSM IV TR
- Pacientes que acepten participar en el estudio

Grupo 2 (Pacientes con Trastorno Bipolar I y uso de sustancias)

- Pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I hospitalizados en un periodo de 2 meses.
- Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, menores de 50 años.
- Que cumplan los criterios para Trastorno Bipolar tipo I de la CIE 10 y del DSM IV TR

- Que cumplan con criterios para trastornos por uso por de sustancias según la CIE 10 y el DSM IV TR
- Pacientes que acepten participar en el estudio

Exclusión

Para ambos grupos:

- Pacientes menores de 18 años o mayores de 55 años.
- Que no cumplan los criterios para Trastorno Bipolar tipo I de la CIE 10 y del DSM IV TR.

Para el Grupo 1:

- Que no cumplan con criterios para trastornos por uso de sustancias según la CIE 10 y el DSM IV TR.

Eliminación

Para ambos grupos:

- Diagnóstico establecido de Trastorno mental a su egreso que excluya de forma diferencial Trastorno Bipolar 1.

Para el Grupo 2:

- Diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias durante la estancia o al egreso.

3.8 Tipo de estudio

Es un estudio observacional exploratorio, correlacional y retrolectivo ³⁴.

3.9 Instrumentos

- *Cedula de registro de caso.* (ANEXO 1)
Cuestionario y formato de información general y específica sobre las variables y datos sociodemograficos de los pacientes del estudio, elaborado por los investigadores, con el fin de sintetizar la información resultante del interrogatorio dirigido por los criterios diagnósticos, el apartado de la escala estructurada SCID-I versión clínica y la revisión del expediente.

Se vierte información sobre: Folio del caso, Ficha de identificación sociodemográfica, Registro de variables clínicas y resultados de la aplicación de los instrumentos, Recaídas con rehospitalización y tipo de episodios.

- Se usaran los criterios diagnósticos para Trastorno Bipolar y de los Trastornos por Uso de Sustancias de la *CIE 10* y *el DSM IV TR*.
- Sección de la escala *SCID-I* correspondiente al diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos, con fines de selección de la muestra.

3.10 Procedimiento

Obtención de la información

Entre marzo y abril de 2012 se procedió de forma intencional a seleccionar a los pacientes hospitalizados con diagnóstico de TBP I en base al censo diario, posterior a lo cual se entrevistaron con el instrumento SCID I versión clínica Sección de diagnóstico diferencial, corroborando el diagnóstico de TBP I y excluyendo el de otros trastornos, al cumplir los criterios de inclusión mediante entrevista clínica se interrogó respecto a los criterios de TBP I del DSM IV y de la CIE 10, y sobre los criterios de Trastorno por Uso de Sustancias para el DSM IV y CIE 10, en conjunto con la sección del diagnóstico diferencial del SCID-I versión clínica. Asimismo se revisó el expediente clínico en forma retrospectiva para documentar otras hospitalizaciones en los 6 meses previos, y al cabo de dos semanas el diagnóstico clínico establecido por el médico tratante excluyendo los casos en los cuales se estableció clínicamente un diagnóstico que excluyó el TBP I.

Recopilación y registro de la información

Se cuenta con una cédula por caso para su llenado durante la revisión del expediente y la entrevista clínica al paciente que posibilita el registro de la información con el marcado en espacios y opciones preestablecidas. Se registró cada caso en la cédula, describiendo el número de reingresos a hospitalización por recaída en un episodio afectivo en el periodo señalado, tomando como ingreso llave el ocurrido en el mes de marzo-abril, junto con los demás datos sociodemográficos y resultados de las valoraciones mediante los instrumentos diagnósticos.

La cédula es complementaria con las columnas de la base de datos en el programa de hojas de cálculo, correspondiendo el número de folio con cada fila, excluyendo datos de identificación de la persona en atención al consentimiento informado y la confidencialidad del paciente. La base de datos en la hoja de cálculo se exportó al programa SPSS17.

Análisis estadístico

Mediante el paquete estadístico SPSS v17.0, se realizó el análisis de la estadística descriptiva para las medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión de las variables sociodemográficas y las variables dependiente e independiente para el conjunto de la muestra y para los grupos de TBP I con y sin diagnóstico de TUS.

De acuerdo a las características de la distribución de la información se realizaron las pruebas no paramétricas de asociación por correlación de Spearman entre las variables principales y las de comparación mediante Chi2 tomando los grupos, de consumidores de sustancias y no consumidores de sustancias, y la condición de rehospitalización presente o ausente en los seis meses previos.

Presentación y resumen de la información

Se realizaron las tablas y gráficas correspondientes de acuerdo a los estándares de presentación de cada prueba y se describió en forma exhaustiva en el apartado correspondiente a resultados.

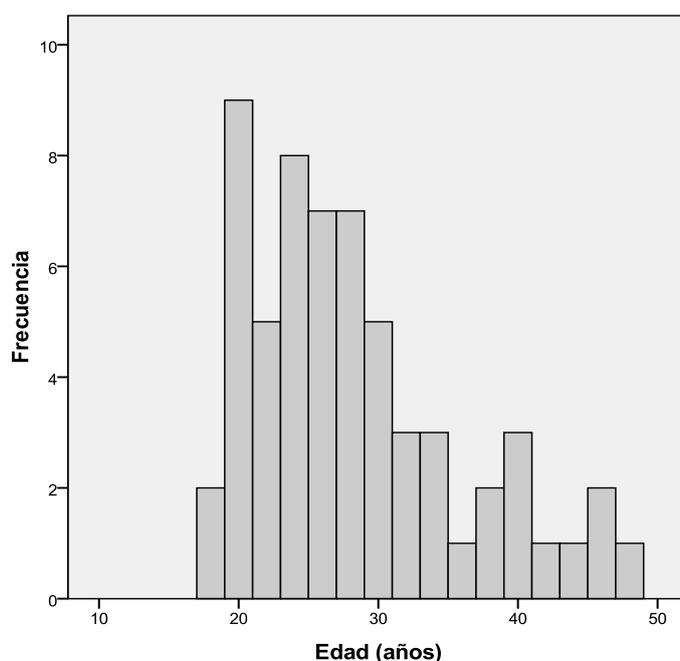
3.11 Consideraciones éticas del estudio

Se solicitó la aprobación por los comités institucionales de investigación y de ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, para dar cumplimiento a los requisitos normativos y metodológicos para esta investigación correspondiente a un riesgo mínimo por el uso de entrevistas clínicas directas a población clínica en las cuales no se manipula la conducta del sujeto, se reserva su identidad personal, y se guarda la confidencialidad, asimismo los resultados no intervienen en el manejo clínico del paciente. Se dispuso de los medios suficientes para que el sujeto contactara al investigador.

4. Resultados

Características sociodemográficas

En cuanto a la edad para el total de la muestra se obtuvo una media de 27.93 años con $DE \pm 7.71$, la distribución por edad fue de 43.3% (26 pacientes) en el grupo de 18 a 25 años, en el grupo de 26 a 35 años el 40.0% (24 pacientes) y por último en el de 36 a 50 años el 16.7% (10 pacientes). Para el grupo de pacientes con uso de sustancias la media fue de 28.9 años $DE \pm 7.76$, para el grupo de no usuarios de sustancias una media de 26.97 años $DE \pm 7.66$.



Grafica 1. Distribución de edad en la muestra

Del total de la muestra el 56.7% (34 sujetos) fue de género femenino y el 43.3% (26 sujetos) del género masculino. Para el estado civil de soltería correspondió un total de 38 pacientes constituyendo el 63%, el 23.3% (14 sujetos) eran casado o en unión libre y el 13.3% (8 pacientes) eran separados o divorciados. La escolaridad por nivel educativo completado fue de secundaria en el 46.7% (28 pacientes), educación media superior completa el 28.3% (17 pacientes), primaria el 16.7% (10 pacientes) y licenciatura o posgrado el 8.4% (5 pacientes). Para la ocupación se encontró que el 33.3% (20

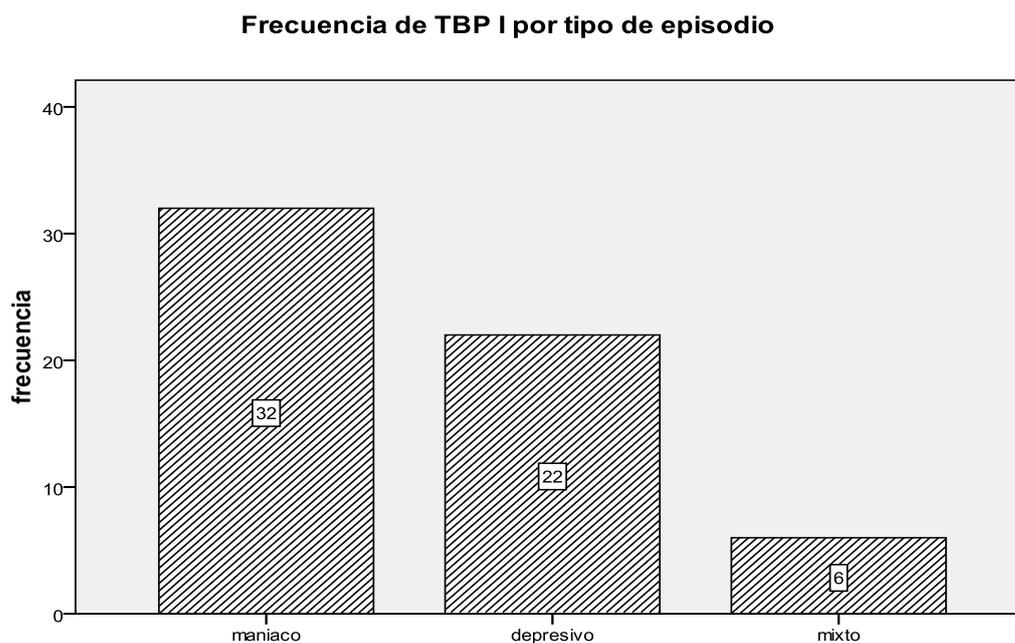
pacientes) era empleado o comerciante, el 28.3% (17 pacientes) se dedicaba al hogar, el 18.3% (11 pacientes) estudiaba, y el 20.0% (12 pacientes) no tenía ocupación. Al agrupar los pacientes que no tenían trabajo, estudiaban o se dedicaban al hogar se encontró que conformaban el 66.2%.

Para el análisis de las diferencias en las variables sociodemográficas entre el grupo de pacientes con TBPI consumidores vs no consumidores se redefinieron las variables de la en forma dictómica, al edad en menores de 25 y años y mayores, el estado civil en relación o sin relación de pareja, la ocupación en económicamente activo o inactivo (estudiante, hogar, ninguna actividad), la escolaridad en educación básica o media superior y mas, se realizó la prueba de Chi2 no encontrándose diferencias significativas entre grupos.

Tabla 1. Diferencia en las variables sociodemográficas entre consumidores y no consumidores de sustancias	
Variable	Chi2
Edad	X2=2.44, 1gl, p 0.192
Género	X2=4.34, 1 gl, p 0.067
Estado Civil	X2= 1.74,1 gl, p 0.417
Ocupación	X2=1.11,1gl, p 0.430
Escolaridad	X2=2.58,1gl, p 0.180

Tipo de episodio del Trastorno Bipolar

Para el tipo de episodio actual en el Trastorno bipolar I se encontró que el 53.3%, con 32 pacientes, cumplió criterios para episodio maniaco, el 36.7%, con 22 pacientes cursaban un episodio depresivo actual y el 10% con 6 pacientes tuvo en episodio mixto, no se incluyeron pacientes con episodio hipomaniaco por no corresponder al criterio de hospitalización institucional.



Grafica 2. Frecuencia de pacientes por tipo de episodio del trastorno bipolar I

Uso de sustancias

Para el total de la muestra el 50.0% (30 pacientes) no usaba sustancias adictivas. El 8.3% consumía alguna sustancia (5 pacientes), el 21.7% (13 pacientes) cursaba con dependencia a sustancias y el 20% con abuso a sustancias (12 pacientes).

Considerando solamente a los 30 pacientes que usaban sustancias, de acuerdo al DSM IV TR el 43.3%(13) cumplió criterios de dependencia, el 40% (12) de abuso de sustancias y el 16.7%(5) consumía sustancias sin constituir abuso o dependencia de acuerdo a los criterios. De acuerdo ala CIE10 el 83.3% (25 pacientes) cumplió criterios de consumo perjudicial de sustancias.

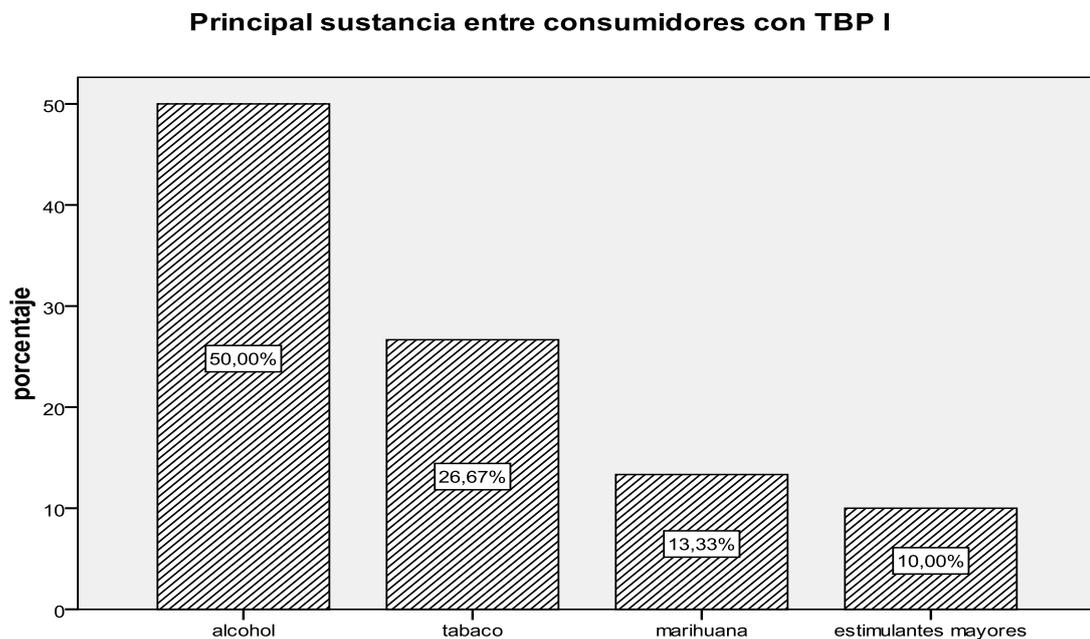
Entre los usuarios de alguna sustancia adictiva el 90%(27) usaba alcohol, el 86.7% (26) usaba tabaco, el 56.7% (17) había consumido marihuana, el 46% (14) había usado estimulantes mayores y el 13.3% (4) habían usado alucinógenos alguna vez.

De acuerdo al DSM-IVTR, la principal condición diagnóstica, *considerando solo los usuarios de cada sustancia*, fue de abuso en los usuarios de alcohol 43% (13), abuso en 43.3% (13) de usuarios de tabaco, de uso en 23.3% con consumo de marihuana.

Tabla 2. Condiciones diagnósticas en el uso de cada sustancia

DSM-IVTR	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Estimulantes	Alucinogenos	Otras
uso	25.92% (7)	46.12% (12)	41.17% (7)	71,42% (10)	100% (4)	100% (2)
abuso	48.15% (13)	50.00% (13)	41.17% (7)	7,14% (1)	0% (0)	0% (0)
dependencia	25.92% (7)	03.88% (1)	17.66% (3)	21,44% (3)	0% (0)	0% (0)

Por otra parte se encontró la principal sustancia fue en 50% (15) el alcohol, el 26.7% (8) el tabaco, el 13.3%(4) la marihuana y el 10% (3) los estimulantes mayores.

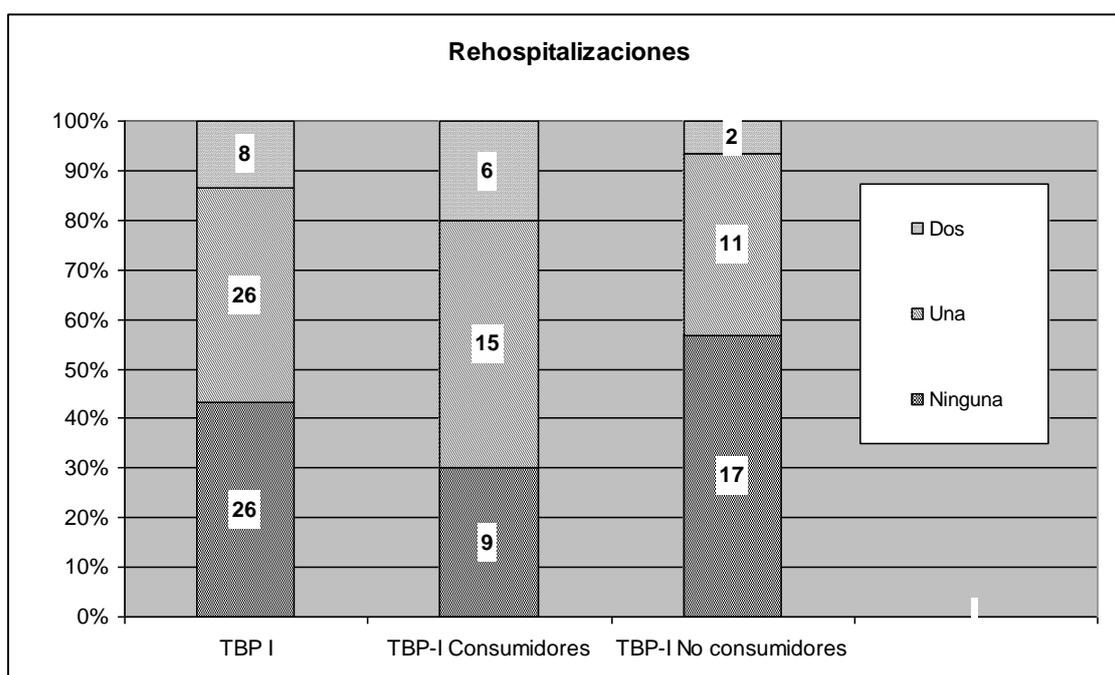


Grafica 3. Principal sustancia de uso en los consumidores con TBP I

Rehospitalizaciones

Para el total de la muestra, en un periodo de seis meses previos al internamiento actual, el 43% (26) no tuvo rehospitalizaciones, en el 43.3% (26) se encontró una rehospitalización, el 13.3% (8) tuvo dos rehospitalizaciones.

La proporción de rehospitalizaciones de acuerdo a cada grupo de pacientes se muestra en la siguiente gráfica.



Gráfica 4. Frecuencia de rehospitalizaciones en la muestra total

5. Discusión

En el presente estudio se encontró que los pacientes con TBP I atendidos en el servicio de hospitalización pertenecían a un amplio rango de edades, siendo el grupo de adultos jóvenes el de mayor preponderancia, lo cual pudiera indicar la falta de apego al tratamiento característica de los primeros años del curso del trastorno afectivo, es de notar que tanto el grupo de usuarios de sustancias como el de no uso mostraron una media de edad semejante, de lo cual se deduce que este grupo de edad es en conjunto el de mayor riesgo para la concurrencia del mismo trastorno afectivo en gravedad suficiente para la hospitalización y del uso de sustancias, por lo cual es necesario elaborar estudios específicos en esta población clínica, que permitan distinguir el peso de otros factores de riesgo además del grupo etéreo. El estado civil predominante fue de

soltería, siendo considerado un factor de riesgo en la evolución del TBP I, y en el escalamiento y persistencia del uso de sustancias. La mayoría de la muestra no finalizó los estudios de nivel medio superior y a esto se agrega que la mayoría de los pacientes con TBP I no realiza una actividad laboral remunerada.

Por otra parte en cuanto al género se encontró una tendencia estadística a la diferencia entre el grupo consumidor y el no consumidor, lo cual coincide con los reportes de otros estudios y la epidemiología nacional, en cuanto al predominio del género masculino en el consumo de sustancias. El estudio encontró una mayor proporción de pacientes con episodio actual de tipo maniaco, y en menor proporción con episodio depresivo, coincidiendo con lo reportado en la literatura.

Para el consumo de sustancias la condición de uso más frecuente fue de dependencia, lo cual es de suma importancia para distinguir a los pacientes con TBP I como un grupo de riesgo para un alto y persistente uso de estas sustancias en contraste con la población general en la cual el uso es comúnmente en el ámbito del abuso o del solo uso de sustancias. Asimismo la sustancia de mayor uso correspondió a las legales y de fácil acceso, en el caso y como es reportado en los pacientes con TBP I el alcohol fue la sustancia más frecuente, siendo notable que a diferencia de otros países, en nuestro medio las sustancias ilegales de mayor uso en estos pacientes fueron la marihuana a la par de los estimulantes mayores como la cocaína o las anfetaminas, estas últimas de elevada prevalencia en muestras anglosajonas. Sin embargo al considerar estas últimas dos sustancias encontramos que el uso fue el patrón más frecuente, lo cual permite considerar que en el contexto mexicano la epidemiología nacional es congruente con el patrón de uso en los pacientes bipolares y que en esta medida las intervenciones preventivas y de manejo clínico aplicables a la población pudieran ser de beneficio en los pacientes bipolares.

Para el aspecto de la rehospitalización en los pacientes con TBP I se encontró una alta frecuencia conformando casi dos terceras partes del total quienes contaban con una hospitalización previa la actual. En el contexto del control del padecimiento del paciente bipolar encontramos que la rehospitalización al conformar un índice de mejoría y estabilidad del trastorno significa un resultante en una medida significativa del consumo de sustancias pues los pacientes que las usaban presentaron más eventos de rehospitalización en seis meses previos y que el número de rehospitalizaciones se asoció con el nivel del uso de las sustancias, encontrándose que en el grado de la dependencia a cualquier sustancia se tiene la mayor frecuencia de rehospitalizaciones.

6. Conclusiones

El presente estudio demuestra una firme asociación entre el uso de sustancias y la frecuencia de rehospitalizaciones por recaída en el trastorno bipolar, aportando evidencia para la consideración de la gravedad del uso de sustancias como un factor de riesgo dinámico y específico en el curso del Trastorno Bipolar I. Siendo necesario que la atención integral al paciente con TBP I incluya el diagnóstico específico de la comorbilidad con uso de sustancias como parte del protocolo hospitalario.

Asimismo se demuestra que el patrón de uso de sustancias adictivas entre los pacientes con Trastorno Bipolar I que reciben atención especializada en un centro de tercer nivel, es semejante al patrón de uso por cada sustancia en la población general, ante lo cual se concluye que la aplicación de las mismas medidas preventivas, curativas y de rehabilitación de uso en la población general pudieran ser eficaces en los pacientes con TBP I que son atendidos en centros hospitalarios en nuestro medio.

En este ámbito, el uso de sustancias denominadas legales conforman el mayor riesgo a la salud de los pacientes con TBP I. El presente estudio permite discernir entre el grado de uso de sustancias en los pacientes de TBP I atendidos en hospital, demostrando que este tiende a ser de una elevada frecuencia de dependencia en contraste con la población general.

7. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2004. Ginebra: OMS; 2004.
2. Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med.* 2005; 67:1-8.
3. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: CONADIC; 2008.
4. Das GR, Guest JF. Annual cost of bipolar disorder to UK society. *Br J Psychiatry.* 2002;180:227-33.
5. Gutierrez Rojas L. Curso evolutivo y calidad de vida en el trastorno bipolar [tesis doctoral]. Andalucía: Editorial Universidad de Granada; 2008.
6. Harrow M, Goldberg JF, Grossman LS, Meltzer HY. Outcome in manic disorders a naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatry.* 1990; 47:665-71.
7. Casas M, Franco MD, Goikolea JM, Jiménez-Arriero MA. Trastorno bipolar asociado al uso de sustancias adictivas. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008; 36(6):350-61.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe del Comité de expertos de la OMS en fármacodependencia. Ginebra: OMS; 2003. Serie de informes técnicos: 33o.
9. Pérez de Heredia J. L., et al. Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. *Trastornos Adictivos.* 2001; 3(2):19-24.
10. Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002; México: CONADIC; 2002.
11. Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007; 6(3):177-85.

12. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse results from the Epidemiologic Catchment Area ECA Study. *JAMA*. 1990; 264:2511-18.
13. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
14. Weiss RD, Greenfield SF, Najavits LM, Soto JA, Wyner D, Tohen M, et al. Medication compliance among patients with bipolar disorder and substance use disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59:172-4.
15. Cochrane S. Strategies for the preventing of lithium nonadherence in bipolar affective illness [tesis doctoral]. San Diego: University of California, 1982.
16. Pérez JL, González A, Ramírez M, Imaz A, Ruiz J. Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. *Trastornos Adictivos*. 2001; 3:19-24.
17. Brown, ES, Suppes T, Adinoff B, Thomas NR. Drug abuse and bipolar disorder comorbidity or misdiagnosis. *Journal of Affective Disorders*. 2001; 65:105-115.
18. Miquel L, Roncero C, López-Ortiz C, Casas M. Epidemiological and diagnostic axis I gender differences in dual diagnosis patients. *Adicciones*. 2011;23(2):165-72.
19. Altman S, Haeri S, Cohen LJ, et al. Predictors of relapse in bipolar disorder a review. *J Psychiatr Pract*. 2006; 12(5):269-82.
20. Ostacher MJ, Perlis RH, Nierenberg AA, Calabrese J, Stange JP, Salloum I, Weiss RD, Sachs GS. Impact of substance use disorders on recovery from episodes of depression in bipolar disorder patients prospective data from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder STEP-BD. *Am J Psychiatry*. 2010;167(3):289-97.
21. Strakowski SM, DelBello MP, Fleco DE. The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*. 2000; 48: 477-485.
22. Kranzler HR, del Boca FK, Rounsaville BJ. Comorbid psychiatric diagnosis predicts 3 year outcomes in alcoholics: a posttreatment natural history study. *J Stud Alcohol*. 1996; 57:619-26.

23. Goldberg JF, Garno JL, Leon AC, Kocsis JH, Portera L. A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60: 733-40.
24. Goldstein BI, Velyvis VP, Parikh SV. The association between moderate alcohol use and illness severity in bipolar disorder a preliminary report. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67:102–106.
25. Salloum IM, Cornelius JR, Daley DC, Kirisci L, Himmelhoch JM, Thase ME. Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism a double blind placebo controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:37-45.
26. Hammer BA, Brady KT. Valproate treatment of alcohol withdrawal and mania. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1232.
27. Have M, Voleburgh W, Bijl R, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands prevalence, consequences and care utilization, results from The Netherlands Mental Health Survey and incidence Study NEMESIS. *J Affec Disord*. 2002; 68: 203-13.
28. Goodwin FK, Ghaemi SN. The course of bipolar disorder and the nature of agitated depression. *Am J Psychiatry*. 2003; 60:277-79.
29. Vietta E. *Abordaje actual de los trastornos bipolares*. Barcelona: Masson; 1999.
30. Angst J. The course of affective disorders. *Psychopatology*. 1986; 19 (1): 47-52.
31. Fossey MD, Otto MW, Yates WR, Wisniewski SR, Gyulai L, et al. Validity of the distinction between primary and secondary substance use disorder in patients with bipolar disorder data from the first 1000 STEP-BD participants. *Am J Addict*. 2006; 15(2):138-43.
32. O'Connell RA, Mayo JA, Flatow L. Outcome of bipolar disorder on long term treatment with lithium. *Br J Psychiatry*. 1991; 159:123-9.
33. Cruz VP, Contreras GA. Factores de riesgo para la rehospitalización en pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. *Psiquis (México)*. 2007; 16(6): 159-64.

34. Feinstein A. Clinical epidemiology the architecture of clinical research. Massachussets, Elseiver; 1984.

8. Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____ y hora _____

Yo, presto mi consentimiento para participar en el estudio titulado " Impacto de la comorbilidad del trastorno por uso de sustancias sobre las recaídas de hospitalización psiquiátrica en pacientes bipolares tipo I" tras haber sido informado sobre sus características y la contribución que yo puedo proporcionar. Comprendo que con mi participación puedo ayudar al desarrollo del conocimiento sobre la repercusión del uso de sustancias aditivas en los pacientes con Trastorno bipolar.

Este estudio será realizado por la Dra. Silvia Espíndola Morales, en tutoría por médicos psiquiatras del Hospital Fray Bernardino Álvarez con fines de investigación clínica y de realización de tesis de la especialidad.

Mi participación consiste en recoger información sobre las características de mi enfermedad, tanto de mi historia clínica como del resultado de entrevistarme a mí y a alguno de mis médicos tratantes y se me preguntará sobre el curso de mi padecimiento y el uso de sustancias adictivas.

Entiendo que la información recogida en este estudio será confidencial, con la protección a la intimidad propia del secreto médico, y sólo será usada con fines científicos o para mi beneficio asistencial. He sido informado de este estudio a mi completa satisfacción y se me ha respondido suficientemente a las preguntas que he considerado oportuno hacer.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones, y sin que ello repercuta en mis cuidados médicos.

Firma: _____

CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE O TUTOR LEGAL

(Sólo en el caso de que el paciente esté en situación de incapacidad legal)

Yo,..... , en calidad de (indicar parentesco o relación legal) del paciente arriba indicado, he recibido la información y las garantías arriba descritas, con las que se protegen los derechos de la persona a quien yo represento.

Nombre.

Firma:_____

Testigo 1

Testigo 2

Aplicador e investigador responsable:

Dra. Silvia Espíndola Morales

INSTRUMENTOS APLICADOS

A) CEDULA DE REGISTRO DE CASOS

CEDULA DE REGISTRO DE CASOS

Fecha de reclutamiento muestral: _____ Expediente: _____

Sector I. Datos sociodemográficos:

Edad: __ años, Sexo: M__ F__, Escolaridad: ninguna __, primaria __, secundaria __, media superior __, licenciatura __ y posgrado __

Edo civil: Soltero __, casado/U libre __, Divorcio/separación duradera __, viudez __;

Ocupación: ninguna __, hogar __, estudiante __, empleado __, oficio __, profesionalista __; Dependencia económica (depende en mayor medida de otros, <12 meses) si __, no __)

Sector II. Resultado de la entrevista diagnóstica diferencial. (SCID-I, versión clínica)

Cumple al interrogatorio dirigido para Trastorno Bipolar Tipo I

.....Si __ No __

Cumple al interrogatorio dirigido para un diagnóstico excluyente del Trastorno bipolar I....Si __ No __

Cumple el

Criterio de inclusión en el estudio SI __ NO __

Sector III. Requisitos éticos

Acepta y firma consentimiento informado SI __ NO __, número de registro del CI __

FOLIO DEL CASO: __/80

Sector IV. Resultados de la entrevista diagnóstica para el Trastorno Bipolar I

A) DSM-IV TR, Cumple al interrogatorio dirigido para Trastorno Bipolar Tipo I

.....Si __ No __

Tipo de episodio actual o reciente:

Maniaco __ Hipomaniaco __ Mixto __ Depresivo __ No especificado(excepto TBP II) __

B) CIE-10, Cumple al interrogatorio dirigido para Trastorno Bipolar Tipo I

.....Si __ No __

Tipo de episodio actual o reciente:

Maniaco __ Hipomaniaco __ Mixto __ Depresivo __ No especificado(excepto TBP II) __

Sector V. Resultados de la entrevista diagnóstica para Trastorno por Uso de Sustancias

A) DSM-IV TR, Cumple al interrogatorio dirigido para Trastorno por Uso de Sustancias.....Si __ No __

Abuso de sustancias SI __ NO __, a que sustancia(s)

Alcohol__ Tabaco/nicotina__ Marihuana__ Estimulantes
mayores__ Alucinógenos__ Solventes__ Otras_____

Dependencia a sustancias SI__ NO__, a que sustancia(s)

Alcohol(), Tabaco/nicotina (), Marihuana(), Estimulantes mayores (),
Alucinógenos (), Solventes (), Otras_____

() Tolerancia__, Abstinencia__, Mayor frecuencia, cantidad o tiempo__, Deseo persistente/fracaso en el control__, empleo excesivo de tiempo en obtención, consumo, recuperación__, reducción de otras actividades__, uso a pesar de problemas físicos/psicológicos__

() Tolerancia__, Abstinencia__, Mayor frecuencia, cantidad o tiempo__, Deseo persistente/fracaso en el control__, empleo excesivo de tiempo en obtención, consumo, recuperación__, reducción de otras actividades__, uso a pesar de problemas físicos/psicológicos__

() Tolerancia__, Abstinencia__, Mayor frecuencia, cantidad o tiempo__, Deseo persistente/fracaso en el control__, empleo excesivo de tiempo en obtención, consumo, recuperación__, reducción de otras actividades__, uso a pesar de problemas físicos/psicológicos__

Sustancia de mayor uso actual

Alcohol__ Tabaco/nicotina__ Marihuana__ Estimulantes
mayores__ Alucinógenos__ Solventes__ Otras_____

B) CIE-10, Cumple al interrogatorio dirigido para Trastorno por Uso de Sustancias.....Si__ No__

Dependencia a sustancias SI__ NO__, a que sustancia(s)

Alcohol__ Tabaco/nicotina__ Marihuana__ Estimulantes
mayores__ Alucinógenos__ Solventes__ Otras_____

Consumo perjudicial de sustancias SI__ NO__, a que sustancia(s)

Alcohol__ Tabaco/nicotina__ Marihuana__ Estimulantes
mayores__ Alucinógenos__ Solventes__ Otras_____

Sustancia de mayor uso actual

Alcohol__ Tabaco/nicotina__ Marihuana__ Estimulantes
mayores__ Alucinógenos__ Solventes__ Otras_____

Sector VI. Resultados de la revisión del expediente

Número de Rehospitalizaciones en los 6 meses previos.....__ TOTALES

Número de hospitalizaciones por episodios
maniacos.....__

Número de hospitalizaciones por episodios hipomaniacos.....__

Número de hospitalizaciones por episodios
mixtos.....__

Número de hospitalizaciones por episodios
depresivos.....__

Número de hospitalizaciones por episodios no
especificados.....__

Sector VII. Pertenencia a grupo de sujetos

GRUPO I, Pacientes con Trastorno Bipolar I sin uso de sustancias SI NO

GRUPO II, Pacientes con Trastorno Bipolar I con uso de sustancias SI NO

FIRMA DEL INVESTIGADOR: _____

B) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO BIPOLAR 1

DSM IV TR.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio maníaco único

A. Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores.

Nota: La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maníacos.

B. El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar si:

Mixto: si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaníaco.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

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

D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio mixto.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado

A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco, un episodio hipomaníaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor.

B. Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

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

D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a una enfermedad médica

CIE 10.

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de hipomanía
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de manía sin síntomas psicóticos (F30.1).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de manía con síntomas psicóticos (F30.2).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto

El enfermo ha padecido en el pasado por lo menos un episodio hipomaníaco, maníaco o mixto y en la actualidad presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maníacos, hipomaníacos y depresivos.

Pautas para el diagnóstico

Alternancia de los episodios maníacos y depresivos, separados por períodos de estado de ánimo normal, aunque no es raro encontrar un estado de humor depresivo se acompañe durante días o semanas de hiperactividad y logorrea o que un humor maníaco e ideas de grandeza se acompañe de agitación y pérdida de la vitalidad y de la libido. Los síntomas maníacos y depresivos pueden también alternar rápidamente, de día en día o incluso de hora en hora. El diagnóstico de trastorno bipolar mixto sólo deberá hacerse si ambos tipos de síntomas, depresivos y maníacos, son igualmente destacados durante la mayor parte del episodio actual de enfermedad, que debe durar como mínimo dos semanas.

Excluye: Episodio afectivo mixto aislado (F38.0).

C) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

DSM IV TR.

Criterios para la dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia
- (b) se toma la misma sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia

Criterios para el abuso de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa
2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso
3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia
4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

B) CIE 10.

F1x.1 Consumo perjudicial

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Pautas para el diagnóstico. El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

F1x.2 Síndrome de dependencia

Pautas para el diagnóstico. El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario.

...deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica, para una clase de sustancias, o para un espectro más amplio de sustancias diferentes.