



Universidad Nacional Autónoma de
México
Facultad De Medicina
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino
Álvarez”



TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA:

Identificación de Trastorno Bipolar en pacientes manejados
como depresión unipolar en la Consulta Externa del Hospital
Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

PRESENTA:

Autor: Hugo Guillermo Cornú Rojas

Dr. Miguel Ángel Herrera Estrella.
Asesor Teórico

Soc. Juana Freyre Galicia.
Asesora Metodológica

México D.F. a 15 de mayo de 2014.



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y mis amigos por su apoyo incondicional. A mis asesores por despejar el panorama. Mi gratitud al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, en especial al Servicio de Consulta Externa y al personal de la Biblioteca, por todo el apoyo brindado.

INDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico.....	3
3. Método.....	10
3.1 Justificación.....	10
3.2 Objetivos:.....	11
A) General.....	11
B) Específicos.....	11
3.3 Hipótesis:.....	12
3.4 Variables:.....	12
3.5 Muestra.....	18
B) Criterios de Exclusión:.....	18
3.6 Tipo de Estudio.....	19
3.7 Instrumento.....	19
3.8 Procedimiento.....	21
3.9 Consideraciones Éticas.....	22
4. Resultados.....	24
4.1 Características de la Muestra.....	24
4.2 Características Clínicas de la Muestra.....	26
4.3 Análisis.....	27
5. Discusión.....	35
6. Conclusiones:.....	41
7. Referencias Bibliográficas.....	42
A N E X O S.....	45
Anexo 1.....	46
Anexo 2.....	47
Anexo 3.....	48
Anexo 4.....	51

ABREVIATURAS

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición.

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado.

ECED: Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV.

HCL-32: Lista de Valoración de Hipomanía-32

MDQ: Cuestionario de Trastornos del Humor

TB-I: Trastorno Bipolar tipo I

TB-II: Trastorno Bipolar tipo II

LISTA DE GRÁFICAS Y TABLAS

CUADRO 1: Características demográficas de los pacientes tratados como depresión unipolar.

CUADRO 2: Características Clínicas de la Muestra.

CUADRO 3.1: Estado actual comparado con el de costumbre.

CUADRO 3.2: Nivel de actividad comparado con otros.

CUADRO 3.3: 32 Síntomas de hipomanía.

CUADRO 3.4: Frecuencia de períodos de Hipomanía.

CUADRO 3.5: Consecuencias de períodos de euforia.

CUADRO 3.6: Reacciones y comentarios de los otros.

CUADRO 3.7: Duración ánimo elevado.

CUADRO 3.8: Animo elevado en los últimos 12 meses.

CUADRO 3.9: Número de días ánimo elevado en los últimos 12 meses.

CUADRO 4: Estructura factorial del HCL-32 posterior a la Rotación Varimax.

RESUMEN

MARCO TEÓRICO: Muchos pacientes con depresión presentan un trastorno bipolar subyacente no identificado hasta 8 a 10 años de iniciados los síntomas, debido a la falta de reconocimiento por los médicos, las limitaciones de la CIE-10 y el DSM-IVTR y la falta de malestar de síntomas de hipomanía. Ante la necesidad de detectar de manera retrospectiva componentes hipomaniacos y con esto un posible Trastorno Bipolar, se propuso en esta tesis alcanzar el siguiente objetivo: Estimar la proporción de pacientes en Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con subdiagnóstico de Trastorno Bipolar, en pacientes tratados como depresión unipolar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Pacientes con diagnóstico de Depresión Unipolar a quienes se les administró la Lista de Valoración de Hipomanía-32, corroborándose el diagnóstico de Trastorno Depresivo y clasificando el tipo de Trastorno Bipolar por medio de Entrevista clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV.

RESULTADOS: El 25% de la muestra contaba con trastorno bipolar no diagnosticado, no siendo posible demostrar matemáticamente su presencia epidemiológica. Se corroboró que el HCL-32 cuenta con una estructura de 2 factores y conservación de su estructura interna.

CONCLUSIONES: No fue posible determinar el subdiagnóstico de Trastorno debido al tamaño de la muestra. Sin embargo parece necesario la implementación auxiliares diagnósticos además de la entrevista clínica en el trabajo diario.

PALABRAS CLAVE: Trastorno bipolar, subdiagnóstico, hipomanía, depresión unipolar, HCL-32.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar es un padecimiento que actualmente constituye la octava causa mundial de discapacidad médica; calculándose que la prevalencia del subtipo II es cinco veces mayor que la del subtipo I ^{1, 2}. De acuerdo a lo reportado por la literatura se informa que muchos pacientes con episodios depresivos mayores presentan un trastorno bipolar subyacente, pero este subdiagnóstico se ve favorecido porque las personas buscan tratamiento para la depresión que es más fácil de diagnosticar por los médicos, mientras que los episodios de hipomanía, así como ciertos datos sugerentes de trastorno bipolar no son reconocidos³. El impacto de esta falta de reconocimiento del trastorno bipolar implica que los individuos que padecen dicho trastorno no reciben tratamiento de forma oportuna llegando a tardar entre 8 y 10 años en ser diagnosticados adecuadamente ². Para remediar este subdiagnóstico, se han creado diversos instrumentos auxiliares para apoyar la entrevista psiquiátrica, tal es el caso de la Lista de Valoración de Hipomanía (HCL-32), que funciona como un auxiliar para el diagnóstico de cuadros de hipomanía y por lo tanto, de la sospecha diagnóstica de un posible trastorno bipolar ⁴.

El subdiagnóstico en psiquiatría tiene como base la singularidad de la expresión de la patología en pacientes concretos. De ahí, que las formas habituales para hacer clínica en otras especialidades médicas, difícilmente pueden ser aplicadas en psiquiatría.

La presente tesis pretende dar alternativas para solucionar dichos vacíos, a través del uso de instrumentos que den certeza al diagnóstico y tratamiento oportuno.

2. MARCO TEÓRICO.

La psicopatología de la hipomanía se comenzó a describir en el siglo XIX por Jules Falret (1898-79), acuñándose el término de hipomanía por Mendel en 1881, tomando aproximadamente un siglo la operacionalización del término de hipomanía⁵. Posteriormente en 1921 Kretschmer, comenzó a plantear un concepto dimensional, el cual proponía, para la esquizofrenia, una dimensión esquizotímico-esquizoide-esquizofrénico y para los trastornos afectivos, el temperamento ciclotímico-psicopatía cicloide-maníaco-depresivo; de igual forma Bleuler realizó una descripción en 1922. Sin embargo no fue hasta 1968 cuando se introdujo el término de espectro, proponiéndose por Akiskal en 1977, el espectro ciclotímico-bipolar y más tarde en 1981 por Klerman el espectro de manía⁶.

Actualmente se considera al espectro bipolar de dos formas, por un lado el relacionado con la severidad y por la otra parte el del espectro del humor que va de la depresión a la manía⁶. Ante este nuevo panorama, se ha venido planteando la dificultad para hacer encajar a todos los pacientes en subgrupos categóricos, originando diversos cuestionamientos referentes a las clasificaciones diagnósticas, como la CIE-10 y el DSM-IVTR, por lo cual nos enfrentamos a un subdiagnóstico de pacientes con trastorno bipolar tipo II principalmente.

Otra problemática que se cuestiona hoy en día, es la gran especificidad pero poca sensibilidad de los criterios diagnósticos tanto del DSM-IV como de la CIE-10, ya

que dichas clasificaciones ponen mayor énfasis en los síntomas considerados de nivel de activación y menor importancia a los síntomas de duración, siendo el factor tiempo el que se reporta, tiene gran relevancia para el reconocimiento de periodos de hipomanía, por lo cual algunos pacientes quedan subdiagnosticados al no cumplir los criterios diagnósticos de trastorno bipolar⁴. En el caso de la hipomanía, la duración mínima requerida para un diagnóstico de dicho episodio ha cambiado significativamente en los últimos años, sin especificarse el tiempo en el DSM-III o DSM-III-R, y estableciéndose posteriormente a 4 días en el DSM-IV, sin embargo en investigaciones recientes se recomienda un mínimo de 2 días para lograr una mejor identificación de los episodios de hipomanía⁵.

Ante la perspectiva del espectro bipolar y de los manuales de clasificación de las enfermedades psiquiátricas se puede cuestionar las cifras que se tienen respecto a éste trastorno, ya que se encuentra reportada que la prevalencia en el mundo occidental, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV, es aproximadamente del 0.5% para el tipo I y del 1.5% para el tipo II⁷. En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2003⁸ y los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición, 1.3% de la población mexicana de 18 a 65 años, presentó un episodio de manía (Trastorno Bipolar tipo I) alguna vez en su vida y 2% de la población un episodio de hipomanía (Trastorno Bipolar tipo II) alguna vez en su vida. Sin embargo en relación al uso de servicios para la atención de trastornos mentales en México que incluyó especialistas en salud mental, medicina general y otros recursos

(consejero espiritual, cura, rabino, yerbero, quiropráctico, espiritista) el 14.3% de la población que utilizó dichos servicios lo hizo por un episodio de manía y el 21.8% por un episodio depresivo mayor, sin especificarse el uso de aquellos con episodios de hipomanía y seguramente incluido en la prevalencia de cualquier trastorno de ánimo con una prevalencia de 20.2%, llamando la atención respecto a la importancia dada a dicho diagnóstico. En el caso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el área de Consulta Externa de agosto del 2012 a agosto de 2013 se atendieron en promedio cada mes 164 pacientes con Trastorno Bipolar; de éstos, 9.7% cursaban con un episodio hipomaniaco al momento de su consulta, 7.3% con un episodio de manía y 3.7% con un episodio depresivo⁹.

A partir de la inquietud de identificar en pacientes deprimidos un trastorno bipolar subdiagnosticado, se plantea que el trastorno depresivo mayor constituye un grupo heterogéneo de pacientes que presentan características del trastorno bipolar. Prueba de esto son los estudios realizados en Francia y Alemania, EPIDEP y el estudio de Zimmermann respectivamente, donde se describieron síntomas de hipomanía que no correspondían a los criterios diagnósticos para dicho episodio de acuerdo al DSM-IV, con el que se detectaron pacientes subdiagnosticados de trastorno bipolar¹⁰. Aportando nuevas evidencias que sugieren que las tasas de prevalencia real están entre el 5% para el tipo 1 y el 5.5% para el tipo 2⁷.

Por lo anterior, se ha reportado que muchos pacientes con episodios depresivos mayores presentan un trastorno bipolar subyacente, pero este subdiagnóstico se ve favorecido por diversas causas. Por un lado, las personas que buscan tratamiento para la depresión, son más fáciles de diagnosticar por los médicos, mientras que los episodios de hipomanía así como ciertos datos sugerentes de trastorno bipolar no son reconocidos³. Por otra parte, a diferencia de aquellos que cursan con un episodio depresivo, los sujetos hipomaníacos rara vez se quejan de sufrir cambios en su comportamiento, la cantidad de energía, el aumento en la actividad y las alteraciones en el sueño, ya que tienden a experimentarlas como algo positivo, por lo que no son reportados a los médicos. Finalmente, considerando el caso contrario, en el paciente que se encuentra en un episodio depresivo, referirá haber estado siempre deprimido y dejará de lado síntomas compatibles con hipomanía como irritabilidad o periodos de elevación del humor¹¹.

En pacientes con trastorno bipolar, el primer episodio identificado suele ser un episodio depresivo y dichos eventos son más frecuentes que los episodios de manía o hipomanía y aparecen de manera más temprana⁷, de aquí la relevancia de realizar una identificación temprana, ya que actualmente los estudios indican que un diagnóstico preciso del trastorno bipolar por lo general tarda de 8 a 10 años^{4, 12}, teniendo como tal diferentes repercusiones. Una de estas implica que el Trastorno Bipolar es un trastorno más grave que la depresión, ya que se presenta una mayor recurrencia a lo largo de la vida, mayor comorbilidad con trastornos psiquiátricos, sobre todo ansiedad y trastornos por consumo de sustancias.

Además, se asocian con graves trastornos somáticos tales como diabetes, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular. Esto explica las altas tasas de mortalidad correspondiente entre las personas con trastorno bipolar, aunque el riesgo de suicidio es más baja en trastorno bipolar tipo I que en la depresión unipolar. Otra consecuencia son los mayores costos que implica un retraso en un diagnóstico adecuado, por la mayor utilización de los servicios de salud, por el número de consultas y hospitalizaciones⁶. En relación a la respuesta al tratamiento, se ha reportado una falta de ésta en pacientes deprimidos con trastorno bipolar subdiagnosticado, hasta en un 51% comparado con un 31% de aquellos pacientes con depresión unipolar⁸. Si bien tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV-TR se menciona que los estado de hipomanía no producen disfunción en el paciente, hoy en día se ha encontrado que dichas personas poseen un menor nivel socioeconómico que los pacientes con depresión unipolar y un estado más severo de enfermedad debido a un inicio más temprano del trastorno¹³.

Ante esta perspectiva, donde los criterios diagnósticos dejan a muchos pacientes sin ser identificados, se han puesto en marcha diversas herramientas auxiliares para la detección de estados de hipomanía o de manía en pacientes que han sido tratados como depresión unipolar. Se han considerado ciertas características de la depresión como asociadas a episodios depresivos en el trastorno bipolar en este caso la hipersomnía, aumento en el consumo de carbohidratos o síntomas neurovegetativos contrarios a los comúnmente asociados a la depresión. Algunas otras características que se han tratado de asociar, como claves diagnósticas, es

la presencia de síntomas psicóticos con mayor frecuencia¹¹. Otro punto que se ha considerado son los antecedentes heredofamiliares. Se sabe que aquellos pacientes con trastorno bipolar poseen antecedentes de trastornos psiquiátricos en la familia¹⁰. Sin embargo estos datos clínicos aún resultan insuficientes, ya que en algunos casos dichos síntomas pueden aparecer de igual forma en depresiones unipolares. Ante esta problemática se han diseñado auxiliares de diagnósticos de la entrevista clínica psiquiátrica, por lo que inicialmente se disponían de instrumentos para valorar síntomas de manía y su severidad como la Escala Autoaplicada de Manía de Altman y el inventario Autoaplicado de Manía (SRMI). Por el contrario fueron pocos los instrumentos de cribado para la detección del trastorno bipolar, dentro de éstos se encuentran el Cuestionario de Trastornos del Humor (MDQ) y el Listado de Hipomanía – 32 (HCL-32)⁴.

Refiriéndonos a los instrumentos de cribado, se ha reportado una mayor capacidad del HCL-32 para detectar síntomas de hipomanía en comparación que el MDQ¹³, ya que el HCL-32 posee una sensibilidad de 80% (pacientes bipolares) y una especificidad del 51% (pacientes no bipolares) mientras que el MDQ tiene una sensibilidad de 73% y una especificidad del 90%⁴, mostrando de esta forma una superioridad para el reconocimiento de pacientes con trastorno bipolar.

Ante la necesidad de detectar de manera retrospectiva componentes hipomaniacos en pacientes con trastorno depresivo mayor¹², se creó el Listado de Hipomanía–32 (HCL-32), por Angst y colaboradores en el 2005^{4,14} demostrándose

un adecuado poder de discriminación entre pacientes con depresión unipolar y trastorno bipolar a partir de la evaluación de 32 síntomas de hipomanía⁴. Hoy en día se dispone de la traducción y validación en español de dicho instrumento similar al del instrumento original en su versión en inglés¹². Sin embargo dentro de las limitaciones se plantea que el HCL-32 no es capaz de diferenciar entre el trastorno bipolar tipo I y II¹³.

3. MÉTODO

3.1 JUSTIFICACIÓN

Hoy en día se reconoce la dificultad para diagnosticar de forma oportuna a aquellas personas con un Trastorno Bipolar, la cual se debe principalmente a la falta de reconocimiento de síntomas de manía o hipomanía como algo patológico por la persona que lo padece; además de las limitantes de los Criterios Diagnósticos contenidos en la CIE-10 y el DSM-IV-TR. El impacto del retardo en el diagnóstico de un trastorno bipolar en aquellos pacientes que acuden por un episodio depresivo, radica en las repercusiones negativas en el ambiente familiar, social y funcionamiento vocacional, la reducción en la esperanza de vida en 10 años y de 9 años de vida productiva perdidos; cambios estructurales progresivos en el cerebro con repercusión en la cognición; resistencia a tratamientos y mayor número de hospitalizaciones psiquiátricas, de intentos suicidas y mayor carga para los cuidadores ^{1,11}.

Debido a las repercusiones antes señaladas se han desarrollado diversos instrumentos auxiliares para un diagnóstico oportuno del Trastorno Bipolar. Siendo el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) un centro de referencia para el diagnóstico y tratamiento de padecimientos psiquiátricos, no se cuenta con datos que evidencien si el HPFBA se enfrenta a dicha problemática. Debido a esto y ante la insuficiencia de los manuales diagnósticos, es necesario llevar a cabo la

evaluación de posible aplicación de un instrumento de cribado como el HCL-32 que posee una alta sensibilidad de detección del trastorno bipolar, para ser implementado en la institución donde se pretende realizar el estudio.

Gracias a este trabajo, se podrá valorar la utilidad del HCL-32 como auxiliar diagnóstico, ya que además tiene la ventaja de ser un cuestionario auto-aplicable que ayudaría en la práctica clínica diaria optimizando tiempos, en un padecimiento difícil de reconocer tempranamente, teniendo su mayor repercusión en la implementación de estrategias de intervención temprana.

3.2 OBJETIVOS:

a) General.

Estimar la proporción de pacientes en consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con subdiagnóstico de trastorno bipolar en pacientes tratados como depresión unipolar.

b) Específicos.

1. Examinar la utilidad del diagnóstico del instrumento HCL-32 para la detección de episodios de hipomanía en pacientes mexicanos.
2. Describir las características sociodemográficas de la muestra analizada.

3. Justificar la implementación del HCL-32 como instrumento de cribado en los pacientes de la consulta externa del Hospital Fray Bernardino Álvarez con episodios depresivos.

3.3 HIPÓTESIS:

- a) Hipótesis de investigación.

Habrá subdiagnóstico de trastorno bipolar en los pacientes de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez tratados como depresión unipolar.

- b) Hipótesis nula.

No habrá subdiagnóstico de trastorno bipolar en los pacientes de la consulta externa del HPFBA tratados como depresión unipolar.

3.4 VARIABLES:

1. Depresión Unipolar:

- a. Definición conceptual: episodio depresivo único o recurrente que aparece sin episodios de manía, hipomanía o mixto y que cumple los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante¹⁵.

- b. Definición operacional: episodio depresivo único o recurrente que aparece sin episodios de manía, hipomanía o mixto y que cumple los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante¹⁵.
- c. Tipo de variable: Independiente; cualitativa nominal.
- d. Indicadores: Episodio único o trastorno depresivo mayor recurrente

2. Edad

- a. Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona.
- b. Definición operacional: Tiempo en años vivido por una persona en el momento de la participación del estudio.
- c. Tipo de variable: Dependiente, cuantitativa discontinua.
- d. Indicadores: 18 a 59.

3. Género

- a. Definición conceptual: aspectos psicológicos de la conducta relacionados con la masculinidad y la feminidad; constructo social¹⁵.
- b. Definición operacional: división del género humano en masculino y femenino.
- c. Tipo de variable: Dependiente, cualitativa nominal.
- d. Indicadores: Masculino, femenino.

4. Escolaridad:

- a. Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento educativo formal
- b. Definición operacional: Grado de estudios alcanzados.

- c. Tipo de variable: Dependiente, cualitativa ordinal.
- d. Indicadores: 6° grado de primaria o menos; algún grado de secundaria (sin graduarse); graduado en secundaria; parte de la preparatoria; terminó la preparatoria o equivalente; terminó cuatro años de la carrera, es pasante; se tituló en la carrera; realizó estudios de postgrado.

5. Estado civil:

- a. Definición conceptual: Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.
- b. Definición operacional: soltero, casado, viudo, etc., de un individuo.
- c. Tipo de variable: dependiente, cualitativa nominal.
- d. Indicadores: Casado o viviendo con alguien como si estuviera casado; viudo; divorciado o matrimonio anulado; separado; nunca ha sido casado.

6. Ocupación:

- a. Definición conceptual: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.
- b. Definición operacional: Trabajo, empleo, oficio que actualmente realiza para ganar dinero.
- c. Tipo de variable: dependiente, cualitativas nominal.
- d. Indicadores: empleado, desempleado.

7. Antecedentes heredofamiliares de enfermedad psiquiátrica:

- a. Definición conceptual: enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos como los padres y hermanos, por la posibilidad que algunas de ellas tengan transmisión por herencia.
- b. Definición operacional: enfermedades psiquiátricas que se presenten o hayan presentado familiares cercanos como los padres, hermanos, abuelos por la posibilidad que algunas de ellas tengan transmisión por herencia.
- c. Tipo de variable: dependiente, cualitativa nominal
- d. Indicadores: Historia familiar de depresión, Historia familiar de trastorno bipolar, Historia familiar de esquizofrenia, Historia familiar de alcoholismo, Historia familiar de suicidio.

8. Hospitalización psiquiátrica:

- a. Definición conceptual: Haber estado internado por enfermedad en un hospital o clínica psiquiátrica.
- b. Definición operacional: Número de veces que ha estado internado en un hospital o clínica psiquiátrica.
- c. Tipo de variable: Dependiente, cuantitativa discontinua.
- d. Indicadores: 0 en adelante.

9. Tiempo de evolución de la depresión:

- a. Definición conceptual: Transcurso de tiempo que tiene de acudir por las molestias psiquiátricas con un médico

- b. Definición operacional: Transcurso de tiempo que tiene de acudir por las molestias psiquiátricas con un médico.
- c. Tipo de variable: dependiente, cuantitativa continua
- d. Indicadores: años

10. Posible trastorno bipolar:

- a. Definición conceptual: Haber obtenido una puntuación de 14 ó más respuestas afirmativas a los 32 ítems del HCL-32.
- b. Definición operacional: Haber obtenido una puntuación de 14 ó más respuestas afirmativas a los 32 ítems del HCL-32.
- c. Tipo de variable: independiente, cuantitativa discontinua.
- d. Indicadores: 32 ítems de hipomanía del HCL 32.

11. Trastorno bipolar tipo I:

- a. Definición conceptual: Trastorno con características del tipo bipolar I que cumplen los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado) ¹⁶.
- b. Definición operacional: Trastorno con características del tipo bipolar I que cumplen los criterios de acuerdo a la ECED-P (Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV) ¹⁷.
- c. Tipo de variable: independiente, cualitativa.
- d. Indicadores: Presente, ausente.

12. Trastorno bipolar tipo II

- a. Definición conceptual: Trastorno con características del tipo bipolar II que cumplen los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR¹⁶.
- b. Definición operacional: Trastorno con características del tipo bipolar II que cumplen los criterios de acuerdo a la ECED-P¹⁷.
- c. Tipo de variable: independiente, cualitativa.
- d. Indicadores: Presente, ausente.

13. Trastorno ciclotímico

- a. Definición conceptual: Trastorno con características del trastorno ciclotímico que cumplen los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR¹⁶
- b. Definición operacional: Trastorno con características del tipo ciclotímico que cumplen los criterios de acuerdo a la ECED-P¹⁷.
- c. Tipo de variable: independiente, cualitativa.
- d. Indicadores: Presente, ausente.

14. Trastorno bipolar no especificado

- a. Definición conceptual: Trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR¹⁶.
- b. Definición operacional: Trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico de acuerdo a la ECED-P¹⁷.
- c. Tipo de variable: independiente, cualitativa.
- d. Indicadores: Presente, ausente.

3.5 MUESTRA.

El estudio se realizó en la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, entre los meses de octubre de 2013 a febrero de 2014, por lo que los participantes del estudio fueron obtenidos a través de muestreo por cuota, no probabilístico. De este modo la muestra se constituyó por todos aquellos pacientes que cumplieran con criterios de selección que se señalan a continuación:

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes con diagnóstico de episodios depresivo o trastorno depresivo recurrente de acuerdo a la CIE-10, cuyo diagnóstico haya sido corroborado con la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV, Edición para pacientes (ECED-P) ¹⁷. Pacientes con edades entre los 18 a 59 años.
2. Haber firmado el consentimiento informado.
3. Saber leer y tener la capacidad de contestar el cuestionario.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Diagnóstico de Distimia
2. Diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1 ó 2.
3. Comorbilidad con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.
4. Personas en tratamiento con estabilizadores del estado del ánimo.

5. Historial de dependencia a drogas intravenosas; trastornos afectivos secundarios al uso de alcohol u otras sustancias, medicamentos o enfermedad médica no psiquiátrica.
6. Retraso mental.
7. Enfermedades médicas severas o neurológicas como enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal, diabetes u otras enfermedades endocrinológicas, traumatismo craneoencefálico, epilepsia u otras enfermedades neurológicas.
8. Haber obtenido una puntuación mayor a 18 en la escala para la depresión de Hamilton, ya que se ha demostrado que afecta el recordar síntomas de hipomanía.

3.6 TIPO DE ESTUDIO.

Estudio comparativo, transversal, observacional y prospectivo.

3.7 INSTRUMENTO.

El HCL-32 es un cuestionario autoaplicado desarrollado en diferentes países e idiomas (alemán, inglés, sueco, italiano y español) que comprende una lista de 32 síntomas de hipomanía que el paciente tiene que evaluar como Sí o No. También cuenta con otras ocho secciones que evalúan la gravedad y el impacto de los síntomas en diferentes aspectos de la vida del paciente. El total de la puntuación del HCL-32 se obtiene sumando las respuestas afirmativas de los 32 síntomas de la hipomanía (Anexo 3).

El instrumento se divide en 9 diferentes apartados:

Sección 1: Cómo se siente el paciente al momento de la administración de la prueba

Sección 2: Nivel de actividad en comparación con otros

Sección 3: Treinta y dos síntomas de hipomanía.

Sección 4: Frecuencia de estado de ánimo elevado en relación con los síntomas de hipomanía

Sección 5: Impacto de síntomas de hipomanía en la vida en familia, social, trabajo y ocio

Sección 6: Reacciones y comentarios de otros acerca del estado de ánimo elevado

Sección 7: Duración de los periodos de estado de ánimo elevado

Sección 8: Existencia de algún estado de ánimo elevado en el último año.

Sección 9: Experimentación de estado de ánimo elevado en los últimos 12 meses y total de días con dicho estado

La puntuación se obtiene sumando los valores de las respuestas, otorgándose un cero cuando el paciente responde no o un uno a la afirmación de los treinta y dos síntomas de hipomanía de la sección tres, proponiéndose un punto de corte indicador de catorce ó más respuestas afirmativas de posible trastorno bipolar. El instrumento tiene una sensibilidad de 80% (pacientes bipolares) y una

especificidad del 51% (pacientes no bipolares). Con un valor predictivo positivo de 73% y un valor predictivo negativo de 63%.

Debido a que el HCL-32 no diferencia entre trastorno bipolar tipo I o II y actualmente no se dispone de otros instrumentos para diagnosticar a los pacientes, se utilizará la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV Edición para pacientes (ECED-P)¹⁷, utilizando el módulo A, B/C y D específicamente, para diagnosticar el subtipo de trastorno bipolar.

3.8 PROCEDIMIENTO.

Se envió el protocolo a evaluación por el Comité de Investigación y Ética en Investigación para recibir la aprobación. Previo al inicio del estudio se entrenó al investigador para el uso de la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV Edición para pacientes (ECED-P).

Una vez obtenido por escrito la aprobación por escrito de los Comités y el Jefe de Servicio de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Anexo 3), se seleccionaron aquellos pacientes que acudían a la Consulta Externa del HPFBA que eran manejados como depresión unipolar, de acuerdo a su Expediente Clínico. Se aceptaron a aquellos pacientes que firmaron el consentimiento informado y que cumplían con los criterios de inclusión arriba mencionados.

Durante la consulta de seguimiento, aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión eran canalizados, exponiéndose el objetivo del estudio, se obtenía la firma de consentimiento, en aquel momento se concertaba la cita en un horario de 15 a 17 horas de Lunes a Viernes, en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, para la realización de la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV Edición para pacientes (ECED-P) ¹⁷, con la finalidad de corroborar el diagnóstico de depresión. Posteriormente, en esa misma cita, se aplicaba el HCL-32 y aquellos pacientes que obtenían una puntuación mayor o igual a 14 de los síntomas de hipomanía, respondían a los módulos correspondientes a Trastorno Bipolar de la ECED-P, para corroborar la presencia de dicho trastorno y el subtipo. En los casos donde se identificó que el paciente contaba con un trastorno bipolar no diagnosticado hasta ese momento, se reportó por medio del expediente clínico a su médico tratante y al paciente los resultados del estudio; además de reportar el Jefe de Servicio de la Consulta Externa el número de expediente de los participantes, copia del Consentimiento Informado de cada uno de los participantes, así como de los resultados.

3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Dentro de los beneficios de este estudio se obtuvo un diagnóstico y tratamiento adecuado para aquellos con subdiagnóstico de trastorno bipolar. Dentro de las limitaciones, debe mencionarse la carencia de un instrumento con una alta

sensibilidad y especificidad de trastorno bipolar, por lo que algunos pacientes quedarán dentro del diagnóstico de trastorno bipolar no especificado.

Los resultados de la participación en el estudio se anotaron en el expediente clínico, con la finalidad de hacer del conocimiento tanto al participante como al médico tratante. De esta forma éste último, podía tomar en cuenta los resultados para planear el abordaje terapéutico.

El consentimiento informado se entregó siempre al principio del proceso, en éste se plantea el objetivo del estudio, los pasos a seguir, la confidencialidad, los riesgos y beneficios del trabajo. Durante la participación del estudio, no se otorgó ningún incentivo o remuneración especial. Las citas para la realización de las entrevistas y de la aplicación de las escalas se concertaron entre el aplicador y el participante, entre las 15 y 17 horas en el Servicio de Consulta Externa, sin interferir con el horario de funcionamiento de dicho servicio y previa autorización por el Jefe de Servicio de las instalaciones en dicho horario. Solamente el investigador tuvo acceso a la información recogida por medio de las entrevistas y las escalas aplicadas, por lo que la información fue confidencial en todo momento. Además el paciente contó con los datos necesarios del investigador para poder contactarlo directamente para aclarar cualquier duda relacionada con el estudio.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, este estudio fue clasificado de bajo riesgo de acuerdo al artículo 17.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

Los pacientes fueron reclutados en el Servicio de Consulta Externa, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, del 1 de octubre de 2013 al 28 de febrero de 2014. Fueron analizados 15 pacientes; 2 de ellos no acudieron a la cita concertada para la aplicación de las escalas y las entrevistas; uno más, no aceptó participar en el estudio ni firmó el consentimiento. Además de estos pacientes, se descartó la participación de otros tres, debido a que no cumplieron con los criterios de selección, dos mujeres y un hombre.

Esta muestra estuvo conformada por 9 pacientes con diagnóstico inicial de trastorno unipolar, 88.9% fueron mujeres (n=9) y un 11.1% hombres (n=1). La edad promedio de las pacientes fue de 39.38 años con edades mínimas y máximas respectivamente, 22 a 58. En relación a la escolaridad, debe mencionarse que la mayoría superaba la secundaria y que el 33.3% (n=3) contaba con licenciatura terminada. En cuanto al estado civil, más de la mitad estaba casado o tenía pareja. Por otra parte, el 44.4% (n=5) se encontraba realizando alguna actividad para ganar dinero mientras que el 55.6% (n=4) se encontraba desempleado. En cuanto a los antecedentes heredofamiliares, solo el 66.7% (n=6) tuvo algún familiar de primer grado con dependencia al alcohol y 44.4% (n=4) con antecedente de trastorno depresivo; ninguno de los participantes tuvo antecedente de algún familiar con trastorno bipolar, ni esquizofrenia o suicidio. En relación a los

internamientos psiquiátricos, el 55.6% (n=5) nunca ha requerido hospitalización (Cuadro 1).

CUADRO1. Características demográficas de los pacientes tratados como depresión unipolar.

	TOTAL		TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	TRASTORNO BIPOLAR	
	N	%	%	TIPO I	TIPO II
Género					
Femenino	8	88.9	77.8	11.1	11.1
Masculino	1	11.1	11.1	-	-
Escolaridad					
Primaria finalizada o menos	1	11.1	11.1	-	-
Secundaria finalizada	2	22.2	11.1	11.1	-
Preparatoria o equivalente incompleta	2	22.2	11.1	-	11.1
Licenciatura incompleta	1	11.1	11.1	-	-
Licenciatura completa	3	33.3	33.3	-	-
Estado Civil					
Casado(a) o viviendo con alguien como si estuviera casado	5	55.6	33.3	11.1	11.1
Divorcio o matrimonio anulado	2	22.2	22.2	-	-
Separado	1	11.1	11.1	-	-
Nunca ha estado casado(a) ni ha vivido con alguien como si estuviera casado(a)	1	11.1	11.1	-	-
Ocupación					
Desempleado	5	55.6	44.4	-	11.1
Empleado	4	44.4	33.3	11.1	-
Historial Familiar de Trastornos Psiquiátricos					
Depresión	4	44.4	33.3	-	11.1
Alcoholismo	6	66.7	44.4	11.1	11.1
Hospitalizaciones Psiquiátricas					
Ninguna	5	55.6	44.4	11.1	-
Una ocasión	2	22.2	11.1	-	11.1
Dos ocasiones	1	11.1	11.1	-	-
Tres ocasiones	1	11.1	11.1	-	-
Edad (Promedio)					
Femenino	39.38	-	41	34.5	-

4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA.

Solo a los pacientes que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 14 en el HCL-32, se les aplicó el Módulo correspondiente a Trastorno Bipolar de la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV Edición para Pacientes (ECED-P) (44.4%). De ellos solo la mitad satisfacían los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2 pacientes), uno de ellos fue diagnosticado con trastorno bipolar tipo 1, episodio más reciente hipomaniaco sin recuperación interepisódica y el otro con trastorno bipolar tipo 2, episodio actual hipomaniaco, con recuperación interepisódica. De tal forma, que de la muestra se comprobó que el 77.7% tenía una depresión unipolar, los cuales correspondían con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (Cuadro 2).

En relación al tiempo de evolución del padecimiento psiquiátrico de los participantes, el promedio de años del padecimiento fue de casi ocho años (7.89) con un mínimo de un año de evolución y hasta los 15 años. El promedio de tiempo que los pacientes tardan para acudir con el psiquiatra y recibir tratamientos especializado, fue para esta muestra de 3.9 años, (Rango=1-120 meses) (Cuadro 2).

CUADRO 2. Características Clínicas de la Muestra.

	TOTAL	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	TRASTORNO BIPOLAR	
			TIPO I	TIPO II
N	9	6	1	1
Estado Clínico al momento del Estudio				
Depresivo Moderado	44.4% (n=4)	44.4% (n=4)	-	-
Maniaco			-	-
Hipomaniaco	22.2%(n=2)	-	11.1% (n=1)	11.1% (n=1)
Remisión Total	22.2% (n=2)	22.2% (n=2)		
Distimia Subdiagnosticada	11.1% (n=1)	11.1% (n=1)		
Episodios (Promedio):				
Depresivos	1.8	2	1	2
Maniacos	1	-	1	0
Hipomaniacos	22	-	35	9
Total Hcl-32				
Media	13.4	12	-	-
Total	-	-	23	24
Hamilton				
Media	14.7	15.1	13	14
Duración del Trastorno (Media, Años)				
	7.8	6.1	15	13
Tiempo En Tratamiento (Media, Meses)				
	47.9	43.4	7	120

4.3 ANÁLISIS.

Para el análisis de las diferencias por sexo y diagnóstico se utilizó estadística no paramétrica. La base de datos se corrió con el programa SPSS versión 20, encontrándose la siguiente información: hubo diferencia significativa ($p < 0.5$) entre la frecuencia de pacientes del género femenino y masculino; así mismo hubo

diferencia significativa entre aquellos clasificados en la Escala de Hamilton con una intensidad de “Menos que depresión” y aquellos con “Depresión Menor”. También fue estadísticamente diferente la puntuación alcanzada por aquellos participantes con Trastorno Depresivo Actual y aquellos que no cursaban con un episodio depresivo en el momento del estudio; se encontró diferencia entre aquellos con y sin diagnóstico de Distimia y finalmente entre los que habían presentado un episodio de manía previo con aquellos que nunca lo habían presentado (Véase Anexo 4).

Al realizar el análisis de Dos Vías de Friedman de Varianza, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en relación a distribución de la edad, el número de internamientos, el total del puntaje de HCL-32, el puntaje de Hamilton, la duración del padecimiento psiquiátrico, el tiempo en meses de acudir con un médico psiquiatra y el total de episodios depresivos, maniacos e hipomaniacos ($F_c < 0.000$).

Al realizar la prueba de U de Mann-Whitney, se encontró con un grado de error de 1.16%, que el total de puntaje obtenido en el HCL-32, es diferente para cada uno de los pacientes que obtuvieron un total mayor o igual a 14.

En el caso de los pacientes con subdiagnóstico de Trastorno Bipolar, no existe diferencia en la distribución del número de episodios de manía ni de hipomanía;

así como tampoco en el tiempo de evolución del padecimiento psiquiátrico ni el tiempo de acudir con un médico psiquiatra.

En lo referente a las categorías de trastorno bipolar, existe diferencia estadísticamente significativa entre ser diagnosticado con un tipo 1 y el tipo 2 ($p < 0.05$). La distribución del total de los Episodios de manía no se produce de homogénea ($p < 0.016$).

Al realizar el análisis de correlaciones de Pearson, se encontró una muy buena correlación entre el número de episodios de manía y el total de número de episodios de hipomanía $R = 0.967$ ($p < 0.01$). También se obtuvo una buena correlación entre el total de episodios depresivo previos y el tiempo en meses de acudir con un médico psiquiatra $R = 0.759$ ($p < 0.05$). Se encontró una buena correlación entre el número de internamientos y el puntaje obtenido en la escala de Hamilton con un coeficiente $R = 0.723$ ($p < 0.05$)

Se encontró una buena correlación entre el total de puntaje del HCL-32 y el número de días que estuvo el paciente con estado de ánimo elevado durante los últimos 12 meses $\text{Tau-b} = 0.633$ ($p < 0.05$). Se obtuvo una moderada correlación entre el número de internamientos y el tiempo en meses de acudir con un médico psiquiatra con un coeficiente $\text{Tau-b} = 0.583$ ($p < 0.05$). Además, existe una buena correlación entre el total de episodios hipomaniacos y el total del puntaje de los 32 síntomas de hipomanía reportándose $\text{Rho} = 0.707$ ($p < 0.05$).

En relación al HCL-32, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a cada una de las preguntas realizadas (Cuadro 3.1-3.9). En relación a la frecuencia de periodos de hipomanía, la paciente con trastorno bipolar tipo II, se reportar la mayor parte del tiempo cursando con dichos episodios comparado con algunas veces en el caso de aquella con TB-I (Cuadro 3.4). En el caso de las consecuencias a nivel laboral son percibidas como positivas por ambas pacientes con diagnóstico de TB; en cuanto a la vida familiar y social es la paciente con TB-II quien refiere consecuencias negativas en dichas áreas (Cuadro 3.5). Respecto a las reacciones y comentarios de los otros, éstos son negativos para las pacientes con TB (Cuadro 3.6). En cuanto a la duración del estado de ánimo elevado en los últimos doce meses, ambas lo han presentado y con una duración mayor a 4 días (Cuadro 3.7). Por último, en cuanto al número de días con ánimo elevado en los últimos 12 meses fue de 120 días en caso de la paciente con TB-I y 60 días en el de TB-II (Cuadro 3.9).

CUADRO 3.1: Estado actual comparado con el de costumbre.

Ítem 1	TOTAL (N=9)		Trastorno bipolar tipo I		Trastorno bipolar tipo II		Trastorno Depresivo	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Mucho peor que de costumbre	1	11.10%	0	0	0	0	1	11.10%
Peor que de costumbre	0	0	0	0	0	0	0	0
Un poco peor que de costumbre	2	11.10%	0	0	1	11.10%	1	11.10%
Ni mejor ni peor que de costumbre	2	22.20%	0	0	0	0	2	22.20%
Un poco mejor que de costumbre	2	22.20%	0	0	0	0	2	22.20%
Mejor que de costumbre	2	22.20%	1	11.10%	0	0	1	11.10%
Mucho mejor que de costumbre	0	0	0	0	0	0	0	0

CUADRO 3.2: Nivel de actividad comparado con otros.

Ítem 2	TOTAL (N=9)		Trastorno bipolar tipo I		Trastorno bipolar tipo II		Trastorno Depresivo	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de actividad								
Bastante estable y equilibrado	3	33.30%	0	0	0	0	3	33.30%
Generalmente superior	1	11.10%	0	0	1	11.00%	0	0
Generalmente inferior	4	44.40%	1	11.10%	0	0.00%	3	33.30%
Repetidamente muestra altibajos	1	11.10%	0	0	0	0	1	11.10%

CUADRO 3.3: 32 Síntomas de hipomanía.

HCL-32	TOTAL (N=9)	Trastorno bipolar tipo I	Trastorno bipolar tipo II	Trastorno Depresivo
Promedio	13.4	23	24	10.6

CUADRO 3.4: Frecuencia de periodos de Hipomanía

Ítem 4	TOTAL (N=9)		Trastorno bipolar tipo I		Trastorno bipolar tipo II		Trastorno Depresivo	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Algunas veces	2	22.20%	1	11.10%	0	0.00%	1	11.10%
La mayor parte del tiempo	2	22.20%	0	0	1	11.10%	1	11.15
Nunca	5	55.50%	0	0	0	0	5	55.50%

CUADRO 3.5: Consecuencias de periodos de euforia.

Ítem 5	TOTAL (N=9)		Trastorno bipolar tipo I		Trastorno bipolar tipo II		Trastorno Depresivo	
	N	%	n	%	n	%	n	%
VIDA FAMILIAR								
Positivas y negativas	1	11.10%	1	11.10%	0	0.00%	0	0
Positivas	1	11.10%	0	0	0	0	1	11.10%
Negativas	1	11.10%	0	0	1	11.10%	0	0
Sin consecuencias	2	22.20%	0	0	0	0	2	22.20%
No aplicable	4	44.40%	0	0	0	0.00%	4	44.40%
VIDA SOCIAL								
Positivas y negativas	0	0	0	0	0	0	0	0
Positivas	2	22.25%	1	11.10%	0	0	1	11.10%
Negativas	1	11.10%	0	0	1	11.10%	0	0
Sin consecuencias	2	22.20%	0	0	0	0	2	22.20%
No aplicable	4	44.40%	0	0	0	0	4	44.40%
TRABAJO								
Positivas y negativas	0	0	0	0	0	0	0	0
Positivas	3	33.30%	1	11.10%	1	11.15%	1	11.10%
Negativas	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin consecuencias	2	22.20%	0	0	0	0	2	22.20%
No aplicable	4	44.40%	0	0	0	0	4	44.40%
OCIO								
Positivas y negativas	0	0	0	0	0	0	0	0
Positivas	0	0	0	0	0	0	0	0
Negativas	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin consecuencias	5	55.60%	1	11.10%	1	11.10%	3	33.30%
No aplicable	4	44.40%	0	0	0	0	4	44.40%

CUADRO 3.6: Reacciones y comentarios de los otros

Ítem 6	TOTAL (N=9)		Trastorno bipolar tipo I		Trastorno bipolar tipo II		Trastorno Depresivo	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Positivas	2	22.20%	0	0	0	0	2	22.20%
Neutras	0	0	0	0	0	0	0	0
Negativas	2	22.20%	1	11.10%	1	11.10%	0	0
Positivas y Negativas	1	11.10%	0	0	0	0	1	11.10%
Ninguna Reacción	0	0	0	0	0	0	0	0
No aplicable	4	44.40%	0	0	0	0	4	44.40%

CUADRO 3.7: Duración de ánimo elevado.

Ítem 7	TOTAL (N=9)		Trastorno bipolar tipo 1		Trastorno bipolar tipo 2		Trastorno Depresivo	
	N	%	n	%	n	%	n	%
1 día	1	11.10%	0	0	0	0	1	11.10%
2-3 días	0	0	0	0	0	0	0	0
4-7 días	1	11.10%	1	11.10%	0	0	0	0
Más de una semana	0	0	0	0	0	0	0	0
Más de un mes	1	11.10%			1	11.10%	0	0
No sabría valorar	1	11.10%					1	11.10%
No aplica	5	55.60%	0	0	0	0	5	55.60%

CUADRO 3.8: Ánimo elevado en los últimos 12 meses.

Ítem 8	TOTAL (N=9)		Trastorno bipolar tipo 1		Trastorno bipolar tipo 2		Trastorno Depresivo	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Si	3	3.33%	1	11.10%	1	11.10%	1	11.10%
No	1	11.10%	0	0	0	0	1	11.10%
No aplica	5	55.60%	0	0	0	0	5	55.60%

CUADRO 3.9: Número de días animo elevado en los últimos 12 meses.

Ítem 9	TOTAL (N=9)		Trastorno bipolar tipo 1		Trastorno bipolar tipo 2		Trastorno Depresivo	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Número de respuestas	4	222%	1	11.10%	1	11.10%	2	22.20%
	Media		Media		Media		Media	
Días	21		5		##		60	

Al realizar el análisis factorial, se encontraron 2 factores con un eigenvalue >1 (Factor 1=7.7 y factor 2=1,3) (Cuadro 4).

CUADRO 4: Estructura factorial del HCL-32 posterior a la Rotación Varimax.

Ítems	Factor 1	Factor2
2 Me siento con más energía y más activo (a)	0.764	0.639
3 Me siento más seguro(a) de mí mismo(a)	0.764	0.639
4 Disfruto más de mi trabajo	0.843	0.182
10 Físicamente estoy más activo(a)	0.843	0.182
12 Tengo más ideas, soy más creativo(a)	0.817	-0.256
13 Soy menos tímido(a) o inhibido(a)	0.817	-0.256
16 Estoy más interesado(a) en el sexo y/o tengo mayor deseo sexual	0.961	-0.189
17 Coqueteo más y/o soy más activo(a) sexualmente	0.817	-0.256
18 Hablo más	0.766	-0.108
19 Pienso más deprisa	0.961	-0.189
20 Bromeo más o hago más juegos de palabras cuando hablo	0.817	-0.256

5. DISCUSIÓN.

En este estudio, al igual que algunos otros, la muestra procede exclusivamente de población psiquiátrica ambulatoria con diagnóstico inicial de Depresión Unipolar².¹². El análisis binomial fue el indicado para esta muestra, toda vez que varios de los ítems de las características sociodemográficas se midieron en por ausencia o presencia del atributo. En relación al género, se encontró que casi el 90% correspondía a personas del género femenino, superior a todos los demás estudios. Sin encontrarse una proporción similar hombre/ mujeres en cuanto a Trastorno Depresivo y Trastorno Bipolar de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México⁸. Por otro lado, casi 60% de la población se encontraba casado o viviendo con alguien como si estuviera casado; a diferencia del estudio de Poon et al. (2012)² donde únicamente el 25% se encontraba desempleado, en este estudio el 55.4% se encontraba sin trabajo. Esta diferencia en productividad puede encontrarse relacionada por un enfoque de género.

Es importante comentar que diversos estudios en donde se ha identificado el subdiagnóstico de trastorno bipolar en pacientes manejados como depresión unipolar, han sido de tipo multicéntrico en un solo país e incluso en diferentes continentes con duración de hasta un año. Debido a dichas características se puede comprender que el tamaño de la muestra de este estudio sea pequeño, pero a pesar de esto, aproximadamente el 25% de la muestra tuvo un diagnóstico de Trastorno Bipolar no diagnosticado hasta ese momento comparado con hasta

en un 51% reportado en algunos estudios⁸. A pesar de no haberse podido comprobar matemáticamente la hipótesis de la tesis, debido a la falta tiempo, el tamaño de la muestra y los recursos humanos necesarios, se hallaron varias correlaciones y diferencias significativas entre los pacientes estudiados.

En relación a características sociodemográficas y clínicas que han sido consideradas como predictores de Trastorno Bipolar^{3,5}, como género femenino, inicio de los primeros síntomas psiquiátricos antes de los 30 años, historia de intentos suicidas, antecedentes heredofamiliares con hipomanía/manía, síntomas atípicos de depresión y dos episodios afectivos previos. Se encontró una diferencia significativa ($p < 0.5$) entre la frecuencia de pacientes del género femenino y masculino, siendo mujeres las pacientes a quienes se les diagnosticó trastorno bipolar. En cuanto al inicio de los síntomas psiquiátricos antes de los 30 años de edad, por una lado se encontró diferencia estadísticamente significativas ($p < 0.05$) para mayor duración de los síntomas psiquiátricos en el TB de 14 años en comparación de 6.1 años en aquellos con Depresión Unipolar y por otro lado los pacientes con TB son más jóvenes con una media de edad de 34.5 en comparación de los pacientes con Depresión Unipolar con una media de 41 años ($p < 0.05$), a partir de estos datos se sugiere que el inicio de los síntomas psiquiátricos ocurrió antes de los 30 años del TB antes de los 30 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre un mayor número de antecedentes familiares con trastorno psiquiátricos, ni los episodios depresivos contaban con características atípicas en aquellos con diagnóstico bipolar. Al igual

en que en el estudio de Angst et al. (2003) no se encontró diferencia entre los intentos suicidas de los pacientes con trastorno bipolar 2 y aquellos con trastorno depresivo⁵. En relación al número de hospitalizaciones se encontró un mayor número para los pacientes con depresión unipolar que en el trastorno bipolar ($p < 0.05$), lo cual es comparable a lo reportado ya que en particular los pacientes con TB poseen mayor severidad en sus cuadros y por lo tanto en el tipo de tratamiento^{3,5}. En relación a la duración de los síntomas de hipomanía, se ha propuesto que aquellos con duración menor a 4 días pueden quedar fuera los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, sin embargo en este estudio ninguno de los pacientes con TB contaba con episodios menores a 4 días de duración⁴.

Al correlacionar el total de episodios hipomaniacos, los cuales son obtenidos de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV, y el total del puntaje de los 32 síntomas de hipomanía se obtiene que existe una buena correlación $Rho = 0.707$ ($p < 0.05$), de tal forma que se podría formular la complementariedad dichos instrumentos ante las limitantes de cada uno de ellos. Además en el caso del TB-I, existe un mayor de episodios hipomaniacos en comparación del TB-II ($p < 0.05$) y los subtipos de Trastorno Bipolar no se producen con probabilidades iguales ($p < 0.05$) y la distribución del total de los episodios de manía no se produce de homogénea ($p < 0.05$), lo que confirma las diferencias de los subtipos en el trastorno bipolar.

Por otra parte es importante poner de relieve que del total de pacientes con depresión unipolar, el 43% se encontraba en remisión total de depresión de acuerdo a la ECED, a pesar de aún contar con un diagnóstico de Depresión sin remitir y haber obtenido en la Escala de Hamilton puntajes entre 13 y 17 puntos. Además un paciente con Distimia de inicio temprano no había sido identificado dicho trastorno hasta el momento del estudio, encontrándose mayor tiempo de inicio del padecimiento psiquiátrico, mayor tiempo de acudir con el psiquiatra, una puntuación de cero en el HCL-32 y mayor número de internamientos en comparación de con depresión unipolar exclusivamente ($p < 0.05$).

En relación al total obtenido en la Escala de Hamilton, se reportó que la puntuación era mayor para los pacientes con Depresión comparado con 13.5 obtenido por los pacientes con TB. Cabe destacar que los puntajes obtenidos son altos a pesar de que en algunos de los pacientes no contaban con un episodio depresivo al responder la ECEP; dicho hallazgo puede deberse a las comorbilidades de otros trastornos psiquiátricos no considerados en el estudio como los de ansiedad o de personalidad⁵. Además se encontró una buena correlación entre el número de internamientos y el puntaje obtenido en la escala de Hamilton con un coeficiente $R = 0.723$ ($p < 0.05$).

En relación al tercer apartado del HCL-32, al realizar el análisis factorial, se encontraron 2 factores, el factor 1 descrito como "activo /eufórico" y el 2 como "asumir riesgos /irritable". Al igual que en estudios previos, se comprobó la

existencia de 2 factores, corroborándose que a pesar de no contar con la traducción del HCL-32 a español de México y el tamaño de la muestra, se mantuvo la estructura interna del mismo (Angst et al., 2003; Perugi et al., 2011; Vieta et al., 2007)^{5,11,12}. Además cabe señalar la buena correlación hallada entre el total de puntaje del HCL-32 y el número de días que estuvo el paciente con estado de ánimo elevado durante los últimos 12 meses $Tau-b=0.633$ ($p<0.05$), lo que de igual forma verifica la estructura interna del instrumento. También fue estadísticamente diferente la puntuación alcanzada el HCL-32 por aquellos participantes con Trastorno Depresivo Actual, siendo esta menor en comparación de aquellos que no cursaban con un episodio depresivo en el momento del estudio, ya que se comenta que el estado ánimo del paciente puede llegar a influir en total de ítems del HCL-32¹⁰.

Uno de los objetivos del HCL-32 es ayudar a discriminar entre un trastorno bipolar tipo II y depresión unipolar, si bien no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en el estudio, se encontró que un 11.1% de los pacientes contaba con TB-II. También fue posible observar como el HCL-32 discrimina de igual forma entre TB-I y Depresión Unipolar, lo cual se ha corroborado en otros estudios (Angst et al., 2005; Forty et al., 2009)^{4,12}. Encontrándose que existe una diferencia estadísticamente significativa entre ser diagnosticado con un tipo 1 y el tipo 2 por medio de la ECED ($p<0.05$). A pesar de haberse encontrado que el total de puntaje obtenido en el HCL-32, es diferente para cada uno de los pacientes que

obtuvieron un total mayor o igual a 14, no es posible establecer un punto de corte como en otros estudios, los cuales proponen que HCL-32 > 20 es sugerente de un trastorno bipolar tipo I ^{5,13}, ya que en este estudio los pacientes con TB tienen valores de 23 y 24. Además, el 28% de los pacientes con depresión unipolar había tenido un total mayor de 14 en el HCL-32, indicando un falso positivo, lo cual se pareció al 26% reportado en el estudio de Vieta E. et al (2007)¹². En algunos se ha ofrecido una explicación alternativa a dichos falsos positivos, considerando que puede estar presente una “suave hipomanía”, es decir discretos síntomas de hipomanía, en pacientes con depresión unipolar incuestionable¹².

6. CONCLUSIONES:

1.- No se puede determinar el subdiagnóstico de Trastorno Bipolar en pacientes tratados por Depresión Unipolar en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” debido al tamaño de la muestra.

2.- Es importante dar seguimiento a estudios de este tipo que permiten conocer la situación clínica actual del país en comparación de otros países, con la finalidad de mejorar la atención, el diagnóstico y el pronóstico de los pacientes.

3.- A pesar de no contar con la validación del instrumento en población mexicana, se corroboró que el HCL-32 mantenía su estructura interna, por lo que se recomienda la validación del instrumento.

4.- Hoy en día existen cada vez más herramientas para detectar oportunamente el Trastorno Bipolar, no únicamente el uso exclusivo de criterios diagnósticos, sino también de predictores clínicos e instrumentos como escalas, los cuales ayudan a replantear el diagnóstico, detectar comorbilidades secundarias a un diagnóstico primario y eventualmente corregir tratamientos que eviten empeoramiento o cronicidad del padecimiento.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bechdolf A, Ratheesh A, Wood SJ, Tecic T, Conus P, Nelson B et al. Rationale and first results of developing at-risk (prodromal) criteria for bipolar disorder. *Curr Pharm Des.* 2012;18(4):358-75.
2. Poon Y, Chung KF, Tso KC, Chang CL, Tang D. The use of Mood Disorder Questionnaire, Hypomania Checklist-32 and clinical predictors for screening previously unrecognised bipolar disorder in a general psychiatric setting. *Psychiatry Res.* 2012 Feb 28; 195(3):111-7.
3. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry.* 2011 Aug;68(8):791-8.
4. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord.* 2005 Oct;88(2):217-33.
5. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord.* 2003 Jan;73 (1-2):133-46.
6. Angst J. The bipolar spectrum. *BJP.* 2007; 190: 189-191.
7. Corona R, Berlanga C, Gutiérrez-Mora D; Fresán A. La detección de casos de trastorno bipolar por medio de un instrumento de tamizaje: el

- Cuestionario de Trastornos del Animo versión en español. Salud Mental. 2007; Mar-Abr (2):50-57.
8. Medina ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003; 26: 1-16.
 9. Servicio de Registros Médicos. Estadísticas Internas Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez 2013.
 10. Rybakowski JK, Dudek D, Pawlowski T, Lojko D, Siwek M, Kiejna A. Use of the hypomania checklist-32 and the mood disorder questionnaire for detecting bipolarity in 1051 patients with major depressive disorder. Eur Psychiatry. 2012 Nov;27(8):577-81.
 11. Perugi G, Fornaro M, Maremmani I, Canonico PL, Carbonatto P, Mencacci C et al. Discriminative hypomania checklist-32 factors in unipolar and bipolar major depressive patients. Psychopathology. 2012;45(6):390-8.
 12. Vieta E, Sánchez J, Bulbena A, Chamorro L, Ramos JL, Artal J et al. Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). J Affect Disord. 2007 Aug; 101(1-3):43-55.
 13. Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Fraser C et al. Identifying hypomanic features in major depressive disorder using the hypomania checklist (HCL-32). J Affect Disord. 2009 Apr; 114(1-3):68-73.

14. Bech P, Christensen EM, Vinberg M, Bech-Andersen G, Kessing LV. From items to syndromes in the Hypomania Checklist (HCL-32): psychometric validation and clinical validity analysis. *J Affect Disord.* 2011 Jul; 132(1-2):48-54.
15. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta / Psiquiatría Clínica. 10° edición. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.
16. American Psychiatric Association. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (texto revisado). 4° edición revisada. Masson; 2002.
17. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. 1° ed. Barcelona: Masson; 1999.

A N E X O S



ANEXO 1

SECRETARÍA DE SALUD SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”



CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROTOCOLO DE ESTUDIO: Identificación de Trastorno Bipolar en pacientes manejados como depresión unipolar en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El siguiente trabajo tiene como finalidad estudiar a aquellas personas que tienen un diagnóstico de depresión únicamente, con la finalidad de identificar si padece un posible trastorno bipolar que no ha sido identificado hasta la fecha debido a la complejidad de dicho trastorno.

El proyecto consiste en la aplicación de una entrevista estructurada para corroborar el diagnóstico de depresión, posteriormente se aplicará una escala de depresión para saber cuál es el grado de depresión que usted presenta. En una segunda sesión se otorgará un cuestionario autoaplicable y de acuerdo a dicho resultado se realizará una entrevista estructurada nuevamente.

La participación en este estudio es independiente a las citas programadas en la consulta externa, usted tiene la opción de acudir al servicio de urgencias en caso necesario. El beneficio de participar en este estudio es la identificación oportuna de un posible trastorno bipolar, lo cual será reportado a su médico tratante por medio del expediente clínico. Toda la información proporcionada en este estudio es absolutamente confidencial y será usada solo con fines de investigación.

Usted posee el derecho a participar y de retirarse voluntariamente del estudio en cualquier momento. El retiro del estudio no afecta su seguimiento y atención en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

CONTACTO DEL INVESTIGADOR:
Hugo Guillermo Cornú Rojas Médico Residente de 3° año
Lunes a Viernes 8-15hrs, Consulta Externa. Teléfono: 5573 1550 Extensión: 138.

YO _____ acepto participar en este estudio.

(NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE)

(NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN OBTIENE EL
CONSENTIMIENTO)

(NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1)

(NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2)



ANEXO 2

SECRETARÍA DE SALUD SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”



1. FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: _____ EXPEDIENTE: _____

EDAD: _____ años GÉNERO (subraye su respuesta): a) Masculino b) Femenino

ESCOLARIDAD (subraye su respuesta):

- a) 6° grado de primaria o menos
- b) Secundaria incompleta
- c) Secundaria terminada
- d) Preparatoria o equivalente incompleta
- e) Preparatoria o equivalente terminada
- f) Licenciatura incompleta
- g) Licenciatura finalizada
- h) Estudios de postgrado, especifique: _____

ESTADO CIVIL:

- a) Casado o viviendo con alguien como si estuviera casado
- b) Viudo
- c) Divorciado o matrimonio anulado
- d) Separado
- e) Nunca ha sido casado o vivido con alguien como si estuviera casado

TRABAJO (subraye su respuesta): a) Desempleado b) Empleado
(especifique): _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES (Abuelo(a) materno ó paterno, padre, madre, hermano (a), hijo (a); puede poner más de una respuesta en cada opción):

- a) Familiar con depresión: NO SI Quién: _____
- b) Familiar con trastorno bipolar: NO SI ESPECIFICAR: _____
- c) Familiar con esquizofrenia: NO SI ESPECIFICAR: _____
- d) Familiar con suicidio: NO SI ESPECIFICAR: _____
- e) Familiar con alcoholismo: NO SI ESPECIFICAR: _____

¿Ha requerido de algún internamiento en un hospital psiquiátrico en alguna ocasión?

a) No b) Si (En caso de responder afirmativamente, indique el número de veces): _____

ANEXO 3

HCL-32: Lista de Valoración de Hipomanía-32

En diferentes momentos de la vida se experimentan cambios o fluctuaciones de energía, actividad y estado de ánimo (altibajos). El objetivo de este cuestionario es evaluar las características de los períodos de estado de ánimo elevado.

1) En primer lugar, indique cómo se encuentra hoy en comparación con su estado habitual:

(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

Mucho peor que de costumbre	Peor que de costumbre	Un poco peor que de costumbre	Ni mejor ni peor que de costumbre	Un poco mejor que de costumbre	Mejor que de costumbre	Mucho mejor que de costumbre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Comparado con otras personas, ¿cómo se siente usted habitualmente?

Independientemente de cómo se encuentra hoy, por favor, indíquenos cómo se siente usted normalmente en comparación con otras personas marcando cuál de las afirmaciones siguientes le describen mejor.

En comparación con otras personas mi nivel de actividad, energía y estado de ánimo...

(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

... es siempre bastante estable y equilibrado	... es generalmente superior	... es generalmente inferior	... repetidamente muestra altibajos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Por favor, trate de recordar un período en el que usted estuviera en un estado de ánimo elevado.

¿Cómo se sintió entonces? Por favor, conteste todas estas afirmaciones independientemente de su estado actual.

En ese estado:

	Sí	No
1. Necesito dormir menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me siento con más energía y más activo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me siento más seguro/a de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Disfruto más de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Soy más sociable (hago más llamadas telefónicas, salgo más)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quiero viajar y viajo más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Suelo conducir más rápido o de forma más arriesgada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gasto más/demasiado dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me arriesgo más en mi vida diaria (en mi trabajo y/u otras actividades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Físicamente estoy más activo/a (deporte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planeo más actividades o proyectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tengo más ideas, soy más creativo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 13. Soy menos tímido/a o inhibido/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Llevo ropa / maquillaje más llamativo y extravagante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Quiero quedar y, de hecho, quedo con más gente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Estoy más interesado/a en el sexo y/o tengo un mayor deseo sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Coqueteo más y/o soy más activo/a sexualmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Hablo más | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Pienso más deprisa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Bromeo más o hago más juegos de palabras cuando hablo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Me distraigo más fácilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Me embarco en muchas cosas nuevas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Mis pensamientos saltan de un tema a otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Hago las cosas más rápidamente y/o más fácilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Estoy más impaciente y/o me irrito más fácilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Puedo ser agotador/a o irritante para los demás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Me meto en más broncas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Mi estado de ánimo es más elevado, más optimista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Tomo más café | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Fumo más cigarrillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Bebo más alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Tomo más fármacos (tranquilizantes, ansiolíticos, estimulantes...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4) Las preguntas anteriores, que caracterizan un período de estado de ánimo elevado, ¿describen cómo es usted...
(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

... algunas veces? → Si marca esta casilla, por favor, responda a todas las preguntas de la 5 a la 9.

...la mayor parte del tiempo? → Si marca esta casilla, por favor, responda sólo a las preguntas 5 y 6.

... nunca he experimentado un estado de ánimo elevado de este tipo. → Si marca esta casilla, por favor, no continúe respondiendo al cuestionario.

5) Consecuencias de sus períodos de euforia en varios aspectos de su vida:

	Positivas y negativas	Positivas	Negativas	Sin consecuencias
Vida familiar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida social:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Reacciones y comentarios de otras personas acerca de sus estados de ánimo elevado.

¿Cómo fueron las reacciones o comentarios de las personas cercanas a usted sobre sus períodos de estado de ánimo elevado?

(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

Positivas (animando o apoyando)	Neutras	Negativas (preocupación, molestia, irritación, crítica)	Positivas y negativas	Ninguna reacción
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) La duración de sus períodos de estado de ánimo elevado por norma general (por término medio) es de...

(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

<input type="checkbox"/> 1 día	<input type="checkbox"/> Más de una semana
<input type="checkbox"/> 2 – 3 días	<input type="checkbox"/> Más de un mes
<input type="checkbox"/> 4 –7 días	<input type="checkbox"/> No sabría valorarla / no lo sé

8) ¿En los últimos 12 meses ha experimentado un período de estado de ánimo elevado?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

9) En caso afirmativo, por favor, estime cuántos días pasó con el estado de ánimo elevado durante los últimos 12 meses

En conjunto: unos días

ANEXO 4

Resultados de Pruebas de hipótesis.

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	Las categorías definidas por GENERO = FEMENINO y MASCULINO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.039	Rechazar la hipótesis nula.
2	Las categorías de ESCOLARIDAD se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.82	Retener la hipótesis nula.
3	Las categorías de EDOCIVIL se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.19	Retener la hipótesis nula.
4	Las categorías definidas por OCUPACION = EMPLEADO y DESEMPLEADO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
5	Las categorías definidas por HEREDOFAMILIARES DE DEPRESION = NO y SI se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
6	Las categorías definidas por HEREDOFAMILIAR ALCOHOLISMO = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.51	Retener la hipótesis nula.
7	Las categorías de HCL1 se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.98	Retener la hipótesis nula.
8	Las categorías de HCL2 se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.39	Retener la hipótesis nula.
9	Las categorías definidas por HCL31 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.
10	Las categorías definidas por HCL32 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.
11	Las categorías definidas por HCL33 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.
12	Las categorías definidas por HCL34 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.51	Retener la hipótesis nula.

13	Las categorías definidas por HCL35 = NO y SI se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
14	Las categorías definidas por HCL38 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.51	Retener la hipótesis nula.
15	Las categorías definidas por HCL39 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.51	Retener la hipótesis nula.
16	Las categorías definidas por HCL310 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.51	Retener la hipótesis nula.
17	Las categorías definidas por HCL311 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.
18	Las categorías definidas por HCL312 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
19	Las categorías definidas por HCL313 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
20	Las categorías definidas por HCL314 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.
21	Las categorías definidas por HCL315 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.
22	Las categorías definidas por HCL316 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
23	Las categorías definidas por HCL317 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
24	Las categorías definidas por HCL318 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
25	Las categorías definidas por HCL319 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
26	Las categorías definidas por HCL320 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
27	Las categorías definidas por HCL321 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
28	Las categorías definidas por HCL322 = NO y SI se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.

29	Las categorías definidas por HCL323 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
30	Las categorías definidas por HCL324 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
31	Las categorías definidas por HCL325 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.51	Retener la hipótesis nula.
32	Las categorías definidas por HCL326 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
33	Las categorías definidas por HCL327 = NO y SI se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.
34	Las categorías definidas por HCL328 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.51	Retener la hipótesis nula.
35	Las categorías definidas por HCL329 = NO y SI se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.
36	Las categorías definidas por HCL332 = NO y SI se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.039	Rechazar la hipótesis nula.
37	Las categorías definidas por MAYOR14 = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
38	Las categorías de HCL4 se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.55	Retener la hipótesis nula.
39	Las categorías de HCL51 se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.44	Retener la hipótesis nula.
40	Las categorías de HCL52 se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.55	Retener la hipótesis nula.
41	Las categorías de HCL53 se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.72	Retener la hipótesis nula.
42	Las categorías definidas por HCL54 = SIN CONSECUENCIAS y NO APLICA se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.

43	Las categorías de HCL6 se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.55	Retener la hipótesis nula.
44	Las categorías de HCL7 se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.13	Retener la hipótesis nula.
45	Las categorías de HCL8 se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.26	Retener la hipótesis nula.
46	Las categorías definidas por INTENSIDAD DEL HAMILTON = MENOS QUE DEPRESIÓN y DEPRESION MENOR se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.039	Rechazar la hipótesis nula.
47	Las categorías definidas por EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL = NO y MODERADO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	1	Retener la hipótesis nula.
48	Las categorías definidas por EPISODIO DEPRESIVO PREVIO = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.039	Rechazar la hipótesis nula.
49	Las categorías definidas por DEPRESIÓN UNIPOLAR CONFIRMADA = NO APLICA y SI se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.
50	Las categorías definidas por TRASTORNO DISTIMICO = NO y INICIO TEMPRANO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.039	Rechazar la hipótesis nula.
51	Las categorías definidas por EPISODIO MANIA PREVIO = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.039	Rechazar la hipótesis nula.
52	Las categorías definidas por EPISODIO HIPOMANIA ACTUAL = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.
53	Las categorías definidas por EPISODIO HIPOMANIA PREVIO = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.
54	Las categorías de TRASTORNO BIPOLAR se producen con probabilidades iguales.	Prueba de chi-cuadrado de una muestra	0.018	Rechazar la hipótesis nula.
55	Las categorías definidas por TRASTORNO BIPOLAR SUBDIAGNOSTICADO = SI y NO se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5.	Prueba binomial de una muestra	0.18	Retener la hipótesis nula.

56	La distribución de EXPEDIENTE es normal con la media 145,695.67 y la desviación típica 15,839.41.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	0.46	Retener la hipótesis nula.
57	La distribución de EDAD es normal con la media 41.11 y la desviación típica 12.63.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	0.99	Retener la hipótesis nula.
58	La distribución de INTERNAMIENTO es normal con la media 0.78 y la desviación típica 1.09.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	0.33	Retener la hipótesis nula.
59	La distribución de TOTAL DEL PUNTAJE HCL es normal con la media 13.44 y la desviación típica 7.33.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	0.97	Retener la hipótesis nula.
60	La distribución de HCL9 es normal con la media 20.56 y la desviación típica 39.41.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	0.32	Retener la hipótesis nula.
61	La distribución de PUNTAJE DE HAMILTON es normal con la media 14.78 y la desviación típica 1.99.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	0.83	Retener la hipótesis nula.
62	La distribución de TIEMPO EN AÑOS DE PSIQUIATRA es normal con la media 7.89 y la desviación típica 5.61.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	0.91	Retener la hipótesis nula.
63	La distribución de TIEMPO EN MESES CON PSIQUIATRA es normal con la media 47.89 y la desviación típica 47.44.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	0.69	Retener la hipótesis nula.
64	La distribución de TOTAL DE EPISODIOS DEPRESIVOS es normal con la media 1.78 y la desviación típica 1.09.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	0.33	Retener la hipótesis nula.
65	La distribución de TOTAL EPISODIOS MANIACOS es normal con la media 0.11 y la desviación típica 0.33.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	0.016	Rechazar la hipótesis nula.
66	La distribución de TOTAL EPISODIOS HIPOMANIACOS es normal con la media 4.89 y la desviación típica 11.68.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	0.061	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es 0.05.