

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**Identificación de trastorno bipolar en pacientes diagnosticados con trastorno depresivo  
recurrente en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.**

Presenta la tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría:

Dra. Karen Islet Luna Sánchez

Soc. Juana Freyre Galicia

Asesor metodológico

Dr. Miguel Ángel Herrera Estrella

Asesor teórico

Ciudad de México a 30 de mayo 2016



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**

A mi padre, Héctor, quien sin su apoyo, guía y dedicación nada de esto hubiera sido posible;

A mis hermanos, Héctor y Sharon, por el apoyo y acompañamiento en este largo recorrido;

A Oscar, Diana, Adriana, Alejandro, Lilia, Héctor e Iliana; por los múltiples momentos de diversión, distracción, comprensión y soporte;

A mi maestra y maestros, Judith Martínez Franco, Miguel Ángel Herrera Estrella, Francisco Javier Mesa Ríos, quienes con su guía me han hecho amar más la psiquiatría y considerar percepciones en el ejercicio de la misma.

A todos ustedes gracias, ya que día a día me vuelven más humana y ayudan a mi crecimiento profesional y personal, fomentando mi curiosidad. GRACIAS

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL .....	2
JUSTIFICACION.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVO GENERAL .....	10
Objetivos específicos .....	10
HIPÓTESIS .....	11
VARIABLES.....	11
MUESTRA Y PARTICIPANTES. ....	14
CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	15
Inclusión.....	15
Exclusión .....	15
TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO .....	16
INSTRUMENTOS .....	16
PROCEDIMIENTO .....	17
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
RESULTADOS .....	19
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	33
ALCANCES Y LIMITACIONES.....	33
REFERENCIAS .....	35
ANEXOS .....	39

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Lista de variables y definición de las mismas durante el estudio.	11
Cuadro 2. Características Sociodemográficas	20
Cuadro 3. Tipo de familiares con enfermedad psiquiátrica	22
Cuadro 4. Características psicopatológicas	23
Cuadro 5. Participantes con diagnóstico corroborado de trastorno depresivo por SCID-I	23
Cuadro 6. Diagnósticos previos y asociados presentados en la muestra	25
Cuadro 7. Diferencias paramétricas entre pacientes con trastorno depresivo unipolar y trastorno bipolar.	26
Cuadro 8. Diferencias significativas entre grupos de pacientes con depresión unipolar y pacientes con trastorno bipolar	27
Cuadro 9. Respuestas de la Lista de Valoración de Hipomanía de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.	29

## LISTADO DE ABREVIATURAS:

SCID I: Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV

HCL-32: Lista de valoración de hipomanía

HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades Décima edición.

DSM IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición texto revisado

APA: Asociación americana de psiquiatría

## **RESUMEN**

**Introducción:** El trastorno bipolar es una entidad clínica severa y episódica con gran impacto en la función del individuo, haciendo la detección temprana y el manejo apropiado una prioridad. El tipo II es subdiagnosticado por la presentación típica de depresión, siendo este último el diagnóstico más frecuente, es por esto que se han creado instrumentos clínicos auxiliares para plantear sospecha de trastorno bipolar. **Método:** Fue un estudio observacional, correlacional, transversal y prospectivo. La muestra fue obtenida del HPFBA de Diciembre 2015 a Marzo 2016; con un total de 27 pacientes, corroborándose diagnóstico de trastorno depresivo por medio de SCID-I y posterior a esto se aplicó la HCL 32, aquellos con puntuación mayor de 14 fueron valorados por posible trastorno bipolar por medio del módulo correspondiente del SCID-I. **Resultados:** La edad promedio de los participantes fue de 33.96 años, el 74.1% contaban con familiares con diagnóstico psiquiátrico, 14.81% con familiares con antecedente suicida. El 66.7% contaban con diagnósticos psiquiátricos previos distintos a depresión y el 52% con diagnóstico actual de depresión. Se realizó diagnóstico de TB en el 14.81%; con diferencias significativas entre los pacientes con depresión unipolar y TB en la edad actual, tiempo de evolución del padecimiento, número de hospitalizaciones e intentos suicidas; y correlación positiva entre el tipo de trastorno bipolar y el estado civil, escolaridad y antecedentes familiares psiquiátricos. Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.85 de la HCL-32. **Conclusiones:** No se logró corroborar la hipótesis estadísticamente, probablemente por el tamaño muestral, sin embargo, se realizó nuevo diagnóstico de trastorno bipolar en el 14.81% de la muestra con el uso de los instrumentos mencionados en nuestro estudio; dejando ver que son útiles para evaluar a los pacientes.

**Palabras clave:** trastorno bipolar, lista de valoración de hipomanía, subdiagnóstico.

## **Identificación de trastorno bipolar en pacientes diagnosticados con trastorno depresivo recurrente en el HPFBA**

### **INTRODUCCION**

El trastorno bipolar es una entidad clínica severa, episódica y crónica que tradicionalmente se asocia a recurrencia de episodios de manía o hipomanía, alternados con episodios depresivos. Acorde a la aparición de los episodios y el predominio de los mismos, esta entidad se ha clasificado, o se ha intentado clasificar, en trastorno bipolar tipo I y II. El trastorno bipolar tipo I ésta caracterizado por la aparición de uno o más episodios maniacos o mixtos, frecuentemente acompañado de uno o más episodios depresivos; diferenciándose del trastorno bipolar tipo II por la ocurrencia de mayor número de episodios depresivos acompañados de al menos un episodio hipomaniaco. <sup>(1)(2)(3)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha reportado que el trastorno bipolar es una de las seis causas principales de años vividos con discapacidad. A nivel mundial se estima una prevalencia de 0.2 a 1.6% afectando a hombres y mujeres de igual manera. Solo el 26% de los pacientes tiene remisión de la sintomatología, y 24% pueden recuperar funcionalidad. <sup>(2)</sup>

La detección temprana y el manejo apropiado puede reducir el impacto de la enfermedad, sin embargo, solo un 20% de los pacientes con trastorno bipolar son diagnosticados de forma oportuna y un 35% presentan un retraso entre la aparición de síntomas y el diagnóstico correcto de aproximadamente 10 años. Incluso se ha descrito que el 60% de los pacientes reciben entre 3 a 6 diagnósticos incorrectos antes de recibir el indicado. <sup>(4)(5)(6)</sup>

Hablando especialmente el trastorno bipolar tipo II, este usualmente es subdiagnosticado ya que para realizar este diagnóstico se debe de llevar a cabo reportes retrospectivos de hipomanía mientras que los pacientes típicamente presentan depresión, por lo que el diagnóstico incorrecto más frecuente en estos pacientes es el de depresión unipolar. <sup>(7)</sup>

Debido a esta dificultad diagnóstica se han creado instrumentos clínicos auxiliares como la Lista de Valoración de Hipomanía- 32 (HCL-32), herramienta auto aplicable que se encarga de detectar cuadros de hipomanía, y así plantear la sospecha diagnóstica de un trastorno bipolar.

Este proyecto plantea estimar la cantidad de personas en control médico en nuestra institución con trastorno bipolar no diagnosticado utilizando el instrumento antes mencionado, y que actualmente se encuentran con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente.

## **ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL**

El trastorno bipolar, es un trastorno afectivo caracterizado por la presencia de episodios recurrentes de hipomanía, manía y/o depresión<sup>(2)</sup> de tal forma que la alteración en ocasiones es una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad; y en otras es una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad con presentaciones variables en la intensidad y duración de los episodios.<sup>(3)</sup> Cada episodio del trastorno bipolar usualmente se encuentra separado por periodos de recuperación, en donde regresan a su función normal, pero la tasa de recurrencia de los mismos es elevada.<sup>(8)</sup>

Acorde con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición texto revisado (DSM IV-TR) existen dos tipos de trastorno bipolar, definiendo el tipo I con una evolución clínica de uno o más episodios de manía alternados con episodios depresivos mayores de forma ocasional; y el trastorno bipolar tipo II caracterizado por la presencia de episodios de depresión mayor e hipomanía en lugar de episodios francos de manía. <sup>(1)(2)(9)</sup>

La cuestión, de si un paciente tiene un trastorno depresivo o un trastorno bipolar es uno de los retos más importantes de la práctica clínica. <sup>(2)</sup> Los sujetos con esta entidad clínica pueden experimentar hasta 10 años de múltiples síntomas antes de que un episodio de hipomanía pueda ser identificado en plenitud. <sup>(4)</sup>



Existen múltiples razones, las cuales se detallarán más adelante, por las que un diagnóstico correcto suele ser diferido, incluyendo las dificultades que implican la detección oportuna de síntomas de hipomanía, particularmente en la adolescencia, etapa durante la cual se estima que dos tercios de los casos de trastorno bipolar inician. Junto a esto, los sujetos afectados tienden a buscar ayuda generalmente por presentar síntomas depresivos, ya que son los episodios más frecuentes, que presentan mayor disfunción y más fácilmente diagnosticables por el personal médico, al contrario de los episodios de hipomanía, los cuales no son percibidos por los individuos como patológica y por lo tanto no es reportada ni acuden a atención médica por la misma. <sup>(4)(10)</sup>

Se estima que las personas con trastorno bipolar tipo I, se encuentran asintomáticos el 53% del tiempo de vida desde el inicio de su padecimiento, el tiempo que están en un episodio maniaco o hipomaniaco es de solo 20%; en contraste con aquellos que padecen trastorno bipolar tipo II, que se encuentran el 54% del tiempo con sintomatología activa, 2% en hipomanía y 94% en depresión y en estados mixtos un 4%. Con una duración aproximada de 4 a 6 meses por episodio. <sup>(8)(9)(11)</sup>

Los individuos que presentan este padecimiento frecuentemente cuentan con una larga historia de diagnósticos previos como esquizofrenia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno límite de personalidad, esto por la dificultad diagnóstica que en ocasiones representan estas entidades; aunado al sobrediagnóstico de depresión unipolar. <sup>(8)(12)</sup> Causando un retraso en el diagnóstico de aproximadamente 7.5 a 10 años. <sup>(5)(6)(9)(11)(8)</sup> En promedio se acuden a 4 facultativos distintos por no presentar mejoría de los síntomas por ser manejados con el diagnóstico de depresión unipolar. <sup>(4)</sup> Faglioni en 2013, se encargó de evaluar a 203 pacientes con diagnóstico aparente de episodio depresivo mayor, teniendo como resultado que el 50.73% presentaban efectivamente esta entidad, pero el 45.32% contaban con criterios compatibles con trastorno bipolar tipo II y el 3.94% concordantes para trastorno bipolar tipo I. <sup>(8)</sup>

El estudio iniciado por la iniciativa de trastornos bipolares: mejoramiento en el diagnóstico, dirección y educación (BRIDGE), es uno de los estudios más amplios realizados en esta materia, se trata de un proyecto multicéntrico realizado en 521 instituciones de Asia, Europa y África, evaluó a 5635 pacientes con diagnóstico de episodio depresivo mayor, de los cuales 47% presentaron síntomas inespecíficos para diagnóstico de bipolaridad y el 16% cumplió criterios francos para trastorno bipolar tipo I; esto fue evaluado por medio de instrumentos de cribado como la lista de valoración de hipomanía (HCL-32), la cual se comentará más adelante. Concluyendo que aproximadamente un tercio de los pacientes con depresión mayor han presentado síntomas de hipomanía no registrados en su historial médico, lo que sugiere que existe un grupo de pacientes con trastorno bipolar no reconocido que puede ser clínicamente distinguido de pacientes con depresión mayor pura.<sup>(13)</sup>

El retraso en el diagnóstico y por lo tanto en el tratamiento con lleva repercusiones negativas como aumento en la presentación del número de episodios (los cuales son directamente proporcionales a la edad del sujeto), además de condicionar que los síntomas no remitan por completo entre episodios. Estos hallazgos son especialmente significativos ya que Hauser y colaboradores<sup>(12)</sup> han encontrado que aproximadamente 20-40% de los adolescentes que cursan con un episodio depresivo, serán diagnosticados 5 años después del mismo con trastorno bipolar, lo cual aumenta claramente el riesgo de presentar las múltiples comorbilidades asociadas a esta entidad psiquiátrica<sup>(12)</sup>; tales como deterioro significativo del individuo y de su función, con un aumento en el riesgo suicida, ciclamiento rápido, consumo de múltiples sustancias, infecciones de transmisión sexual y aumento en la actividad delictiva, además de tomar en cuenta los costos de cuidados para la salud que presentan estos pacientes.<sup>(7)(14)</sup> La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) describe como comorbilidad psiquiátrica más frecuente el trastorno de ansiedad

presentándose en un 71% de los sujetos, y en segundo lugar el consumo de múltiples sustancias (alcohol y otras sustancias psicoactivas) en un 49%.<sup>(3)(8)(14)(15)</sup>

Además de presentar problemas considerables en las actividades diarias y en relaciones interpersonales; por ejemplo, el riesgo de divorcio en personas con trastorno bipolar aumenta 2-3 veces a comparación de las personas que no se encuentran afectadas por el trastorno, el riesgo de deterioro laboral es el doble que en sujetos sanos.<sup>(3)(12)(16)(17)(18)</sup>; incluso se estima que la tasa de suicidios entre pacientes con trastorno bipolar es elevada, aproximadamente del 10-15% de los individuos afectados logran completarlo, siendo más frecuente durante un episodio depresivo o mixto.<sup>(12)(16)</sup> Se documenta que el trastorno bipolar tipo II se asocia a una mayor problemática conyugal, un mayor riesgo de intentar y completar el suicidio, mayor número de hospitalizaciones, edad de inicio más temprano del padecimiento que los pacientes con trastorno bipolar tipo I o con trastorno depresivo unipolar.<sup>(2)(19)</sup>; refiriendo incluso que del 25-50% de los pacientes presentan al menos 1 intento de suicidio.<sup>(9)(20)</sup>

Existen algunos datos que pueden orientarnos a un diagnóstico de trastorno bipolar, tales como la edad de inicio, antecedentes familiares de trastorno bipolar, resistencia a tratamiento y gravedad de la enfermedad. Además de presentar síntomas atípicos de depresión por ejemplo hipersomnia, enlentecimiento motor, labilidad afectiva, aumento ponderal y síntomas psicóticos.<sup>(9)(10)(21)</sup>

Tratándose específicamente del trastorno bipolar tipo II, es fundamental definir hipomanía, recordando que según el DSM IV se considera como un periodo de ánimo elevado persistentemente, expansivo o irritable por al menos 4 días. Sin embargo, esta definición ha sido hasta la actualidad materia de debate entre los investigadores del campo y continúa en estado de cambio constante.<sup>(22)</sup> Se ha planteado que, si se sigue de manera rigurosa el criterio A del DSM IV, puede pasarse por alto el diagnóstico de trastorno bipolar tipo II, además investigadores como Benazzi, menciona que existe evidencia empírica que sugiere que el aumento de la actividad

intencionada puede tener la misma prioridad que el cambio en el estado de ánimo (criterio requerido para hipomanía), además de ser más notorio y al parecer más fácil de recordar que los cambios en el estado de ánimo. <sup>(14) (22) (23)</sup>

Es por esto que los investigadores en la materia, han intentado encontrar diferentes formas de facilitar o acercar a un diagnóstico más certero. Benazzi y colaboradores<sup>(22)</sup> en el 2009, publicaron una investigación estableciendo una regla de predicción clínica, para esto se evaluó una muestra de 299 pacientes, aplicándose la entrevista clínica estructurada del DSM IV para el eje I, modificando algunos criterios de diagnóstico de hipomanía, tales como la duración de la misma y al menos presentar 2 síntomas característicos de hipomanía; requiriendo una duración mínima de 2 días en lugar de 4 (justificando esto al encontrar que en pacientes con trastorno bipolar tipo II se presentan episodios de hipomanía de al menos 2 días de duración). Con esta regla de predicción clínica Benazzi encontró que el 90% de los pacientes que presentan en episodio depresivo, han experimentado episodios de hipomanía en el transcurso de su padecimiento; aumentando así la sospecha diagnóstica de trastorno bipolar tipo II.<sup>(22)</sup> Previo a este estudio, el mismo autor, se encargó de investigar episodios de hipomanía en 422 pacientes previamente diagnosticados con trastorno depresivo remitido, utilizando las descripciones clásicas de hipomanía, sin dar prioridad a ningún síntoma específico. De esta muestra, en 260 pacientes se pudo confirmar un diagnóstico de trastorno bipolar tipo II y 162 pacientes continuaron con diagnóstico de trastorno depresivo. Los síntomas que se presentaron con más frecuencia fueron aumento en la actividad, afecto elevado, y aceleración del pensamiento. El aumento en la actividad fue el síntoma más común en pacientes con trastorno bipolar tipo II. Sin embargo, la limitante de este estudio, es que la información fue obtenida de forma retrospectiva y por lo tanto podría no ser del todo confiable. <sup>(24)</sup>

Debido a esta dificultad diagnóstica, otros investigadores como Angst han ideado otros métodos de cribado como los criterios de Zurich, que se basan en un estudio prospectivo de 20 años de

duración iniciado en 1978 con una muestra de 591 sujetos; estos criterios se enfocan más a la naturaleza de los síntomas que a la duración de los mismos, considerando que se debe de dar importancia incluso si solo se presentaron los síntomas de forma breve. Estos criterios dieron pie a la elaboración de otros instrumentos como la HCL 32; que se trata de un auto reporte con dos preguntas introductorias que plantean la evaluación de las características del estado de ánimo y el nivel de actividad del individuo así como la energía y el ánimo usual del mismo; sin embargo puede presentar falsos positivos y valores predictivos bajos; por lo que se ha realizados diversos estudios para corroborar la sensibilidad y especificidad en diferentes lenguajes y poblaciones. <sup>(9)</sup>

Inicialmente se probó en población italiana y sueca; posterior a esto otros autores como Forty y Smith han probado el instrumento con diferentes puntos de corte en población británica obteniendo datos similares al proyecto inicial. <sup>(20) (25)</sup>

Vieta y colaboradores en España, también probaron a lista de valoración de hipomanía, encontrando que la versión en español del instrumento conserva sus propiedades psicométricas para discriminar entre trastorno bipolar y depresión unipolar (estas propiedades se describirán más adelante con el instrumento). <sup>(26)</sup>

En nuestra institución, Cornú en 2014, <sup>(27)</sup> realizó un proyecto dedicado a estimar la proporción de pacientes con subdiagnóstico de trastorno bipolar, haciendo uso de la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV y la lista de valoración de hipomanía, encontrándose que el 25% de la muestra contaba con un probable diagnóstico de trastorno bipolar, sin embargo la limitante de este estudio es el tamaño de la misma, ya que solo fue posible analizar a 9 participantes; con una edad promedio de la muestra de 39.38 años; también se describieron antecedentes heredofamiliares como consumo perjudicial de alcohol y trastornos depresivos; el 55% de la muestra contaba con hospitalizaciones por motivo psiquiátrico; con un promedio de 7.8 años de evolución del padecimiento; con un retraso en el diagnóstico de 3.9 años. Como parte de

las conclusiones del proyecto descrito se corroboró que la HCL 32 conservaba su estructura interna, dando pie a replicar el estudio para ampliar el número de participantes, ya que el tamaño de la muestra es una limitante importante para el mismo, haciendo uso de este instrumento de tamizaje que nos permita estimar el subdiagnóstico de trastorno bipolar. <sup>(27)</sup>

Por esta razón se realizarán algunas modificaciones en la metodología de este proyecto encaminadas a aumentar el tamaño de la muestra. En primer lugar, se incluirán en el estudio a pacientes hospitalizados (sin distinción de género), solo se incluirán a los pacientes que cuenten con diagnóstico principal de trastorno depresivo recurrente, excluyendo a aquellos que presenten primer episodio depresivo, ya que acorde a los datos expuestos, son aquellos afectados por trastorno bipolar los que no tienen remisión completa de síntomas afectivos depresivos, presentan comorbilidades y disfunción parcial o global por ser diagnosticados como trastornos depresivos recurrentes.

Además, como parte de la descripción sociodemográfica del estudio se agregará al cuestionario de datos personales los diagnósticos previos con los que cuenta cada participante, con la intención de comparar estos datos con los revisados a nivel internacional en estudios ya expuestos.

## **JUSTIFICACION**

A pesar de los avances en el tratamiento del trastorno bipolar tipo II, las dificultades en el diagnóstico de esta entidad claramente repercuten en el inicio del mismo de forma oportuna, condicionando disfunción global en el individuo afectado. Acorde con la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica se observó que en pacientes con trastornos psiquiátricos el 0.9% de los casos correspondían a hipomanía y el 1.1% a manía. <sup>(3) (15)</sup> Además de establecer que aproximadamente el 20% de jóvenes con una depresión mayor experimentarían un episodio maniaco en su etapa adulta. <sup>(15)</sup>

Esto nos hace reconocer la falta de instrumentos de tamizaje que nos permitan orientarnos más hacia el padecimiento del paciente, para así establecer medidas terapéuticas que nos permitan conservar la funcionalidad del individuo y disminuir el alto riesgo de comorbilidades asociadas al mismo, así como cambios estructurales progresivos a nivel de sistema nervioso central con repercusión importante a nivel cognitivo además de representar una carga importante para los cuidadores primarios.

Con estos antecedentes es claro que, en los trastornos bipolares, el episodio depresivo es el mayor problema y todo un reto en la práctica clínica, incluso al identificar de forma oportuna y dando el manejo apropiado, continúa siendo uno de los retos más importantes de la psiquiatría contemporánea. <sup>(9)</sup>

Debido a esto, se consideró importante reproducir el estudio realizado por Cornú en el año 2014 en nuestra institución con pacientes de consulta externa, debido a la cantidad de población que acude al mismo para recibir atención, observando que en el transcurso de un año se da consulta a 164 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, además de no contar con proyectos previos que evalúen esta situación en nuestra institución. <sup>(28)</sup>

Esperando que con este trabajo se logre estimar la cantidad de pacientes subdiagnosticados con posible trastorno bipolar, haciendo uso de la Lista de Valoración de Hipomanía que ha sido un instrumento ampliamente utilizado a nivel internacional con este propósito; además de arrojar información más amplia sobre las características de la población que es atendida en nuestro hospital.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Acorde con la guía de práctica clínica a nivel nacional, se considera que el 70% de los pacientes con trastorno bipolar son mal diagnosticados y tardan un promedio de 8 años para recibir

diagnóstico correcto, por lo que es importante que los pacientes que presenten síntomas premórbidos o francos de manía, se explore historial de síntomas depresivos y viceversa. <sup>(3)(16)</sup> En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez contamos con una amplia población con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente que no presenta remisión de sintomatología e incluso cuentan con un número importante de hospitalizaciones por este motivo, lo que hace considerar la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué cantidad de pacientes en control en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico inicial de trastorno depresivo recurrente presentan posible trastorno bipolar?

## **OBJETIVO GENERAL**

-Estimar la proporción de sujetos con subdiagnóstico de trastorno bipolar que se encuentren con diagnóstico actual de trastorno depresivo recurrente en control en la consulta externa o en hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

### **Objetivos específicos:**

-Describir las características sociodemográficas de la muestra.

-Aplicar la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV (SCID-I) en los sujetos del estudio para corroborar diagnóstico de trastorno depresivo recurrente.

-Realizar un tamizaje de pacientes con la Lista de Valoración de Hipomanía (HCL-32) en sujetos que cuenten con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente.

-Corroborar diagnóstico de posible trastorno bipolar la entrevista SCID-I en los sujetos del estudio con puntaje mayor de 14 de la HCL 32.

-Examinar la utilidad del diagnóstico del instrumento HCL-32 para la detección de episodios de hipomanía.



## HIPÓTESIS

HI: Existirá una correlación positiva entre los resultados de la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV (SCID-I) y la lista de valoración de hipomanía (HCL-32), para el diagnóstico de posible trastorno bipolar.

HO: No existirá una correlación positiva entre los resultados de la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV (SCID-I) y la lista de valoración de hipomanía (HCL-32), para el diagnóstico de posible trastorno bipolar.

## VARIABLES

Se registraron datos sociodemográficos de cada participante, registrando sexo, edad, estado civil, tiempo de evolución del padecimiento, edad de inicio de los síntomas, historia familiar de trastornos psiquiátricos, número de hospitalizaciones, número de intentos suicidas, diagnósticos psiquiátricos anteriores al actual y diagnósticos asociados.

Cuadro 1. Lista de variables y definición de las mismas durante el estudio.

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Medición</b>
	Características		
<b>Sexo</b>	biológicas que definen al espectro de humanos	Nominal	Mujer/ Hombre
	Mención del tiempo		
<b>Edad</b>	que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Razón	Número de años.

<b>Edad de inicio</b>	Mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de los síntomas psiquiátricos.	Razón	Número de años.
<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal	Nominal	Soltero/ Casado/ Unión libre.
<b>Escolaridad</b>	Grado de estudio alcanzado	Ordinal	Grados escolares.
<b>Ocupación</b>	Actividad que desempeña el individuo para obtener una ganancia económica	Nominal	P. ej. Comerciante, estudiante, ama de casa etc.
<b>Historia familiar de trastornos psiquiátricos</b>	Enfermedades psiquiátricas que se presentan o hayan presentado familiares.	Nominal	Trastornos psiquiátricos en CIE-10.
<b>Trastorno bipolar.</b>	Episodios recurrentes de hipomanía, manía y/o depresión	Nominal	SCID-I.

<b>Posible trastorno bipolar</b>	Puntuación igual o mayor de 14 en la lista de valoración de hipomanía.	Nominal	HCL 32.
<b>Episodio depresivo</b>	Período de al menos 2 semanas con estado de ánimo triste o pérdida de placer en casi todas las actividades.	Nominal	SCID-I
<b>Trastorno depresivo recurrente.</b>	Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión	Nominal	SCID-I
<b>Tiempo de evolución del padecimiento.</b>	Tiempo que ha presentado los síntomas psiquiátricos	Cuantitativa Discontinua.	Años
<b>Hospitalización psiquiátrica.</b>	Periodo de tiempo que una persona pasa en un hospital motivado síntomas psiquiátricos	Cuantitativa discontinua.	Número de hospitalizaciones
<b>Intento suicida</b>	Acto con resultado no letal, iniciado y realizado por el sujeto	Cuantitativa discontinua	Número de intentos suicidas.

	con la intención de morir.		
<b>Diagnósticos psiquiátricos previos.</b>	Entidades clínicas psiquiátricas establecidos por un médico, previos al diagnóstico de trastorno depresivo recurrente.	Nominal	Nombre de entidades clínicas psiquiátricas.
<b>Diagnósticos psiquiátricos asociados</b>	Entidades clínicas psiquiátricas establecidos actualmente, que acompañan el diagnóstico de trastorno depresivo actual.	Nominal	Nombre de entidades clínicas psiquiátricas.

## **MUESTRA Y PARTICIPANTES.**

Se obtuvo la muestra por medio de un procedimiento no probabilístico por cuotas, usando como universo de trabajo aquellos pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que contaban con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente según la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV; que se encontraron en control en el área de consulta externa y hospitalización continua del periodo Diciembre 2015 a Marzo 2016, sin distinción de género. Acorde a los siguientes criterios:

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Inclusión:**

Contar con 18 y 59 años de edad.

Contar con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, corroborado por la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV (SCID-I).

Ser paciente del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y contar con expediente ya fuera en el área de consulta externa o que se encontraran en hospitalización continua.

Que aceptaran formar parte del estudio.

Que supieran leer y escribir para poder contestar la lista de valoración de hipomanía (HCL- 32)

### **Exclusión:**

Que no contaran con la edad requerida para el estudio.

Sujetos en los que no se corroboró diagnóstico de trastorno depresivo recurrente por la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV.

Que no aceptaran formar parte del estudio.

Pacientes que por la severidad de la sintomatología no se encontraran en condiciones adecuadas para la evaluación.

Pacientes que se encontraran con episodio depresivo grave o síntomas de melancolía, ya que la escala HCL 32 no se ha probado en pacientes con estas características.

Que contaran con diagnóstico previo de trastorno bipolar tipo I o tipo II.

Que contaran con diagnóstico psiquiátrico psicótico o diagnóstico de retraso mental.

Sujetos en tratamiento actual con estabilizadores del estado del ánimo.

Historial de trastornos afectivos secundarios al uso de una o más sustancias, medicamentos o enfermedad médica no psiquiátrica.

## **TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO**

El tipo de estudio que se realizó fue observacional, correlacional, transversal y prospectivo.

## **INSTRUMENTOS**

-Lista de valoración de hipomanía (HCL-32): Se trata de un instrumento autoaplicable, realizado en Alemania, actualmente se ha traducido en múltiples idiomas (alemán, italiano, sueco, inglés y español). Se comprende de 9 secciones diferentes que evalúan gravedad e impacto de los síntomas especificados, en diferentes áreas de la vida del paciente. Cuenta con una lista de 32 síntomas observados en manía, a los cuales el paciente responde sí o no, calificándose cada respuesta afirmativa con un punto; con un punto de corte de 14, que identifica un posible trastorno bipolar.

(29)

Sección 1: Como se siente el paciente al momento de la administración de la prueba. Sección 2: Nivel de actividad a comparación de 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 familiar, 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.

Cuenta con dos factores de evaluación, el factor uno está hecho para síntomas más positivos en la hipomanía y el factor dos está caracterizado por síntomas más negativos, referentes a irritabilidad o impaciencia.

Cuenta con un valor predictivo positivo de 73% y un valor predictivo negativo de 63%; con una sensibilidad de 80% y una especificidad del 51% en su versión original. La versión en español

cuenta con una sensibilidad de 85% y una especificidad del 79%; con una fiabilidad de 0.96 (alfa de Cronbach), con una validez concurrente de 0.72, confiabilidad test retest 0.90; con se evalúa un punto de corte de 14 respuestas positivas. <sup>(10) (19) (26) (30) (31) (32)</sup> En este estudio se utilizará la versión española ya que no ha sido validada en nuestro país.

-Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV (SCID-I): Es una entrevista semiestructurada que evalúa trastornos del eje I siguiendo los criterios establecido en el DSM IV que recoge información sobre datos demográficos, historia laboral, historia psiquiátrica actual y pasada, tratamientos y evaluación del funcionamiento actual.

Contiene nueve módulos referidos a episodios afectivos, síntomas y trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, uso de sustancias, trastornos somatoformes, de la alimentación y de adaptación. La adaptación española fue realizada en 1999 por First Et al; y proporciona diagnósticos DSM IV para los principales trastornos.

Cada criterio o síntoma es puntuado por el entrevistador con el siguiente código: 1= ausente o falso, 2= por debajo de lo requerido para tenerlo en cuenta en el diagnóstico, 3= presente o verdadero. El entrevistador debe de consultar todas las fuentes de información necesarias antes de emitir un diagnóstico. Posee un índice kappa para diagnósticos del trastorno bipolar de 0.84. <sup>(33)</sup>

## **PROCEDIMIENTO**

Se obtuvo autorización de parte de los Comités de Investigación y Ética en Investigación del HPFBA y posteriormente se seleccionó la muestra de participantes, del 1 de diciembre 2015 al 30 de marzo 2016, que se encontraron en control en la consulta externa o en hospitalización continua en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y que cumplieron los criterios de inclusión de este protocolo, previa explicación sobre su participación en el proyecto y firma de consentimiento informado así como aclaración de dudas sobre el mismo.

Durante las entrevistas se recabaron datos sociodemográficos, se revisó expediente clínico y se llevó a cabo la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV (SCID-I) Edición para pacientes para corroborar diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, y verificar que cumplieran criterios de inclusión.

Una vez corroborado el diagnóstico se aplicó la HCL-32, se realizó la sumatoria de la misma, se procedió a aplicar el módulo correspondiente del SCID I para indagar diagnóstico de trastorno bipolar y subtipo del mismo, a aquellos que obtuvieron un puntaje de 14 o más; no fue necesario programar más de una cita con los participantes.

Se realizó una base de datos en donde se plasmaron datos sociodemográficos generales, número de hospitalizaciones, número de intentos suicidas, diagnósticos previos, diagnósticos asociados, diagnóstico de depresión recidivante corroborado por SCID I y puntaje de HCL-32.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se consideró una investigación de riesgo mínimo para el sujeto, basado en los siguientes artículos de la Ley General de Salud vigente en materia de investigación en su capítulo I: <sup>(34)</sup>

Artículo 16, se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación.

Artículo 17, se consideró una investigación de riesgo mínimo, ya que se aplicaron una entrevista estructurada y un instrumento autoaplicable en los que no se manipuló la conducta del sujeto.

Artículo 18, la participación del sujeto sería suspendida de inmediato en cuanto el sujeto de investigación lo manifestara.

Artículo 20, se realizó un consentimiento informado para que el participante aceptara ser parte del estudio, previa explicación de la naturaleza del estudio.

Artículo 21, en el consentimiento informado se detalló la justificación y objetivos de la investigación, el procedimiento a seguir, beneficios de la misma, garantía de recibir respuesta a



cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda sobre el proyecto, se especificó la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, así como la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Artículo 22, se redactó el consentimiento informado acorde a las especificaciones establecidas en este apartado. Se brindó una copia del mismo a cada sujeto participante.

La información relevante sobre el diagnóstico del paciente fue anexada al expediente clínico del participante, además de reportarlo al médico tratante e informarlo al propio paciente.

La investigación cumplió con las normas establecidas por el comité de ética de la institución en donde se realizó el estudio.

## **RESULTADOS**

Se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos por medio del programa estadístico SPSS en su versión 22, por medio de correlación de Pearson y para valorar diferencias estadísticas significativas se hizo uso de  $X^2$  cuadrada y prueba de Kolmogorov para grupos menores de 5.

Se consideró a 40 sujetos para participar en el estudio, sin embargo 10 de ellos no acudieron a la cita acordada y 3 de ellos no aceptaron formar parte del estudio al explicarles el mismo; por lo que se terminó evaluando a una muestra total de 27 participantes, de los cuales 19 eran mujeres (70.4%) y 8 hombres (29.6%), con una edad promedio de 33.96 años, presentando una edad mínima de 18 y máxima de 54 años, con una moda de 27. No se encontró correlación entre el sexo y a edad de inicio del padecimiento, número de hospitalizaciones, número de intentos suicidas ni tiempo de evolución del padecimiento.

Respecto al estado civil el 63% se encontraban solteros al momento del estudio, 29.6% casados y 7.4% en unión libre. Se observó una correlación positiva con el número de intentos suicidas para el 71%, de los que se encontraban solteros.

En lo referente a la ocupación, el 29.6% afirmó dedicarse al hogar, el 18.5% no contaban con ninguna ocupación, el 14.8% eran médicos y el 11.1% continuaban estudiando.

Dentro del parámetro de escolaridad, se encontró que el 37% cursó hasta nivel secundaria, preparatoria y licenciatura cada uno con 25.9%, el 7.4% de los participantes contaban con la primaria y el 3.7% con carrera técnica. Además, se presentó una correlación positiva media de 68% con el número de intentos suicidas a lo largo del padecimiento; además de un 85% (correlación considerable) en relación con el tiempo de evolución del trastorno. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Características Sociodemográficas

	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
	Fx (%)	Fx (%)	Fx (%)
<b>Sexo*</b>	8 (29.6)	19 (70.4)	27 (100)
<b>Estado Civil**</b>			
<b>Soltero</b>	7 (25.9)	10 (37.0)	17 (63.0)
<b>Casado</b>	1 (3.7)	7 (25.9)	8 (29.6)
<b>Unión Libre</b>	ND	2 (7.4)	2 (7.4)
<b>Ocupación*</b>			
<b>Ninguna</b>	1 (3.7)	4 (14.8)	5 (18.5)
<b>Hogar</b>	ND	8 (29.6)	8 (29.6)
<b>Estudiante</b>	1 (3.7)	2 (7.4)	3 (11.1)
<b>Médico</b>	2 (7.4)	2 (7.4)	4 (14.8)
<b>Policía</b>	1 (3.7)	ND	1 (3.7)
<b>Enfermero</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)

<b>Comerciante</b>	1 (3.7)	1 (3.7)	2 (7.4)
<b>Gerente</b>	1 (3.7)	ND	1 (3.7)
<b>Otros</b>	1 (3.7)	1 (3.7)	2 (7.4)
<b>Escolaridad**+</b>			
<b>Primaria</b>	ND	2 (7.4)	2 (7.4)
<b>Secundaria</b>	3 (11.1)	7 (25.9)	10 (37.0)
<b>Carrera técnica</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)
<b>Preparatoria</b>	2 (7.4)	5 (18.5)	7 (25.9)
<b>Licenciatura</b>	3 (11.1)	4 (14.8)	7 (25.9)
<b>Antecedentes familiares con trastorno psiquiátrico*</b>			
<b>Si</b>	5 (18.5)	15 (55.5)	20 (74.1)
<b>Ninguno</b>	3 (11.1)	4 (14.8)	7 (25.9)
<b>Diagnóstico previo</b>			
<b>Si</b>	5 (18.5)	13 (48.1)	18 (66.7)
<b>No</b>	3 (11.1)	6 (22.2)	9 (33.3)
<b>Diagnóstico asociado</b>			
<b>Si</b>	4 (15.0)	10 (37.0)	14 (52.0)
<b>No</b>	4 (15.0)	9 (33.0)	13 (48.0)

---

\*No se encontró una correlación de este parámetro con edad de inicio del padecimiento, tiempo de evolución del mismo, número de hospitalizaciones ni número de intentos suicidas.

\*\*Se encontró correlación con el número de intentos suicidas.

+Se encontró correlación con el tiempo de evolución del padecimiento.

Al evaluar los antecedentes familiares de los participantes, se observó que el 74.1% de los participantes afirmaban contar con al menos un familiar con diagnóstico psiquiátrico, el 33.3% de

la muestra tenía más de un familiar con diagnóstico psiquiátrico; además de antecedente de suicidio en la familia en 14.81% de la muestra. (Cuadro 3)

El 66.7% de los participantes contaban con diagnósticos psiquiátricos previos al de depresión unipolar, y el 52% tenían un diagnóstico asociado al actual de depresión, principalmente de trastorno de personalidad (29.6%).

Cuadro 3. Tipo de familiares con enfermedad psiquiátrica

<b>VARIABLES</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total*</b>
	Fx (%)	Fx (%)	Fx (%)
<b>Padre/Madre</b>	1 (3.7)	9 (33.3)	10 (37)
<b>Hermano/Hermana</b>	3 (11.1)	7 (25.9)	10 (37)
<b>Tío/Tía</b>	ND	3 (11.1)	3 (11.1)
<b>Abuelo/Abuela</b>	1 (3.7)	1 (3.7)	2 (7.4)
<b>Primo/Prima</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)
<b>Otro</b>	ND	4 (14.8)	4 (14.8)
<b>Con suicidio</b>	1 (3.7)	5 (18.5)	6 (22.2)

\*El total puede ser diferente al total de los participantes, ya que pudieron tener más de un familiar

Respecto a los parámetros que fueron correlacionados con los rubros anteriores, la edad de inicio promedio del padecimiento fue de 25.41 años, con un mínimo de 9 y máximo de 54 años, con una desviación estándar de 12.33 (Cuadro 4)

En cuanto al número de hospitalizaciones se obtuvo un promedio de 1.56, con un máximo de 12 hospitalizaciones y existieron participantes que no habían sido hospitalizados con motivo de su padecimiento psiquiátrico (14.81%); con una desviación estándar de 2.24

Se evaluó el tiempo de evolución del padecimiento, con un promedio de 8.57 años, una moda de 15, con un máximo de 24 años de evolución de la afección psiquiátrica; con una desviación estándar de 7.43

Cuadro 4. Características psicopatológicas

<b>Variable</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
	Fx (%)	Fx (%)	Fx (%)
<b>Edad</b>	24.33 ±9.08	33.36±10.46	33.96±9.94
<b>No. Hospitalizaciones</b>	2.25±4.06	1.26±0.73	1.56±2.42
<b>No. Intentos Suicidas</b>	1.75±1.75	1.47±2.24	1.56±2.08
<b>Edad de inicio</b>	24.65±10.60	25.68±7.71	25.41±12.33
<b>Tiempo de evolución</b>	10.62±8.29	7.71±7.10	8.57±7.43

±Desviación estándar

De los sujetos considerados en el estudio, se detectaron 17 participantes con trastorno depresivo recurrente, 6 con un episodio depresivo único, 2 con diagnóstico de distimia y 2 pacientes en los que no se logró integrar diagnóstico de depresión (Cuadro 5).

Cuadro 5. Participantes con diagnóstico corroborado de trastorno depresivo por SCID-I

<b>Diagnóstico SCID-I</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
	Fx (%)	Fx (%)	Fx (%)
<b>Episodio depresivo leve</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)
<b>Episodio depresivo moderado</b>	ND	3 (11.1)	3 (11.1)

<b>Episodio depresivo grave</b>	1 (3.7)	1 (3.7)	2 (7.4)
<b>Distimia</b>	ND	2 (7.4)	2 (7.4)
<b>TDR leve</b>	2 (7.4)	1 (3.7)	3 (11.1)
<b>TDR moderado</b>	5 (18.5)	8 (29.6)	13 (48.1)
<b>TDR en remisión</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)
<b>Trastorno adaptativo</b>	ND	2 (7.4)	2 (7.4)

---

**SCID-I=Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV. TDR= Trastorno depresivo recurrente. ND= No hay datos**

Al 62.9% de la muestra con diagnóstico corroborado de trastorno depresivo recurrente por entrevista estructurada, se aplicó la escala de valoración de hipomanía (HCL 32); de los cuales 8 (47%) obtuvieron un puntaje mayor de 14 en el instrumento; uno de ellos con un episodio depresivo en remisión desde hace 5 meses y otro participante con un episodio depresivo de intensidad leve de 1 mes de evolución; el resto de los participantes cumplían criterios para episodio de intensidad moderada.

Del 47% de los sujetos evaluados con un puntaje mayor de 14, en cuatro de ellos (14.81%) se logró corroborar el diagnóstico de trastorno bipolar, uno de ellos contaba con trastorno bipolar tipo I con tres episodios de manía previos controlados con abuso de benzodiazepinas hasta su remisión, seguidos de episodios depresivos de intensidad moderada a grave; 2 participantes con trastorno bipolar tipo II con periodos de hipomanía y remisión interepisódica y 1 participante con trastorno bipolar no especificado por periodos intermitentes de hipomanía sin llegar a cumplir criterios francos de la misma; todos cursando con un episodio depresivo al momento del estudio.

De los cuatro pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, uno de ellos contaba con diagnóstico previo de trastorno mixto ansioso depresivo, uno con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada asociado a trastorno depresivo recurrente, uno de ellos no tenía otro diagnóstico

previo diferente a depresión y uno más contaba con diagnóstico de distimia agregado a trastorno depresivo recurrente. Además, tres de ellos contaban con diagnósticos asociados, una con ansiedad paroxística episódica y fobia social, uno más con dependencia a benzodiazepinas y otro con consumo perjudicial de hipnóticos sedantes. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Diagnósticos previos y asociados presentados en la muestra

	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total*</b>
	Fx (%)	Fx (%)	Fx (%)
<i><b>Diagnósticos previos</b></i>			
<b>Ts depresivo</b>	3 (11.1)	7 (25.9)	10 (37.0)
<b>Distimia</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)
<b>Ts de ansiedad generalizada</b>	1 (3.7)	ND	1 (3.7)
<b>Síndrome ansioso</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)
<b>Ts disociativo</b>	ND	2 (7.4)	2 (7.4)
<b>Ts mixto ansioso depresivo</b>	2 (7.4)	ND	2 (7.4)
<b>Ts mental y del comportamiento secundario a consumo de alcohol</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)
<b>Esquizofrenia paranoide</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)
<b>Ts de inestabilidad emocional de la personalidad</b>	ND	3 (11.1)	3 (11.1)
<i><b>Diagnósticos asociados</b></i>			
<b>Consumo perjudicial de cannabinoides</b>	1 (3.7)	ND	1 (3.7)
<b>Consumo/Dependencia a benzodiazepinas</b>	2 (7.4)	ND	2 (7.4)
<b>Consumo perjudicial de alcohol</b>	2 (7.4)	ND	2 (7.4)

<b>Ts de inestabilidad emocional de la personalidad</b>	ND	8 (29.6)	8 (29.6)
<b>Rasgos de personalidad disocial</b>	1 (3.7)	ND	1 (3.7)
<b>Cleptomanía</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)
<b>Ts de ansiedad generalizada</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)
<b>Ts de ansiedad paroxística episódica</b>	ND	2 (7.4)	2 (7.4)
<b>Fobial social</b>	ND	1 (3.7)	1 (3.7)

TS= trastorno. ND= No hay datos.

\*El total puede no coincidir con el tamaño de la muestra ya que existieron sujetos que no contaban con diagnóstico asociado ni diagnóstico previo.

Se encontró una edad de inicio de 23.43 años del padecimiento para los pacientes con trastorno depresivo recurrente; tiempo de evolución promedio de 8.75 años, con un promedio de 1.16 hospitalizaciones y 0.75 de intentos suicidas. En los pacientes con trastorno bipolar la edad promedio de inicio fue de 16.25 años, el tiempo de evolución, mientras que el número de intentos suicidas y número de hospitalizaciones fueron mayores que los presentados en los pacientes con depresión. (Cuadro 7)

Cuadro 7. Diferencias paramétricas entre pacientes con trastorno depresivo unipolar y trastorno bipolar.

	<b>Trastorno depresivo recurrente</b>	<b>Trastorno bipolar</b>
	<b>Fx (%)</b>	<b>Fx (%)</b>
<b>Edad de inicio</b>	23.43 (12.36)	16.25 (6.07)
<b>Tiempo de evolución</b>	8.75 (7.51)	18.5 (4.19)
<b>No. Hospitalizaciones</b>	1.16 (1.02)	3.5 (5.68)
<b>N. Intentos suicidas</b>	0.75 (0.96)	2.5 (1.73)



Se encontró una correlación positiva considerable para el 79% entre el diagnóstico de trastorno bipolar y la edad actual de los participantes; a pesar de esto sí se observó correlación considerable a muy fuerte entre tipo de trastorno bipolar diagnosticado y edad actual para el 89%, estado civil en un 94%, escolaridad en un 88% y antecedentes psiquiátricos en familiares en un 80%.

Se encontraron diferencias significativas en la muestra respecto al estado civil (0.002), escolaridad (0.032) y antecedentes familiares (0.021).

Se utilizó la prueba Kolmogorov para diferencias significativas entre pacientes con depresión unipolar y los recién diagnosticados con trastorno bipolar, con un nivel de significancia de 0.05. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Diferencias significativas entre grupos de pacientes con depresión unipolar y pacientes con trastorno bipolar\*

<b>Variable</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Edad actual</b>	9.95
<b>Número de Hospitalizaciones</b>	2.24
<b>Número de intentos suicidas</b>	2.08
<b>Tiempo de evolución del padecimiento</b>	7.44

\*Prueba Kolmogorov, con un nivel de significancia de 0.05

Al realizar el análisis de fiabilidad del instrumento HCL 32 a partir de nuestra muestra se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.85, lo que nos demuestra que la fiabilidad es buena. También se evaluó la consistencia interna del instrumento, presentando valores por arriba de 0.85 en cada uno de los reactivos en el análisis factorial.

Respecto a los resultados del instrumento en los pacientes identificados con trastorno bipolar, en el primer reactivo sobre del estado de ánimo actual con el habitual, dos de ellos respondieron un poco peor que de costumbre y otros dos se encontraban un poco mejor que de costumbre; en el segundo reactivo dos de ellos consideraron que repetidamente presentaban altibajos, uno se refirió como estable y equilibrado y uno más considero estar generalmente inferior. Del reactivo tres, sobre los síntomas presentados en periodos de ánimo elevado, se obtuvo un rango de 17-22 puntos. Al preguntar sobre repercusiones en la vida familiar solo uno de ellos consideraba que las consecuencias eran negativas, uno de ellos consideraba que existían consecuencias positivas y negativas, otro de ellos sin consecuencias y solo una refirió que eran positivas. En la vida social solo uno de ellos consideró repercusiones negativas, los otros 3 las consideraban positivas. En cuanto a la vida laboral dos de ellos consideraban que no había consecuencias y otros 2 las consideraba positivas. En el rubro que evalúa el área de ocio, se presentaron diferencias importantes, uno de ellos consideraba consecuencias positivas y negativas, dos de ellos las consideraban positivas y uno de ellos negativas.

Respecto a las opiniones o reacciones de los familiares, dos de ellos mencionaban que habían sido positivas y negativas, uno de ellos las refirió como negativas y una más como positivas. En cuanto al número de días de duración de los periodos de ánimo elevados dos de ellos consideraban que tenían más de una semana de duración, uno de ellos refería solo 2-3 días y solo uno de ellos refirió más de un mes.

Uno no había presentado ánimo elevado en los últimos doce meses, otro había presentado al menos 15 días de ánimo elevado en el último año, otro sujeto con duración solo de 4 días y una más refería 40 días de estado de ánimo elevado. (Cuadro 9)

Cuadro 9. Respuestas de la Lista de Valoración de Hipomanía de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.

	<b>Bipolar tipo I EDM</b>	<b>Bipolar tipo II EDL</b>	<b>Bipolar tipo II EDM</b>	<b>Bipolar No especificado EDM</b>
<b>Puntaje total</b>	22	17	20	19

**¿Cómo se encuentra hoy en comparación con su estado habitual?**

Un poco peor que de costumbre	Un poco mejor que de costumbre	Un poco peor que de costumbre	Un poco mejor que de costumbre
-------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

**¿Cómo se siente usted habitualmente?**

Siempre bastante estable y equilibrado	Generalmente inferior	Repetidamente muestra altibajos
-------------------------------------------	--------------------------	------------------------------------

**Consecuencias de sus períodos de euforia en varios aspectos de su vida**

<b>Vida familiar</b>	Sin consecuencias	Positivas y negativas	Positivas	Negativas
<b>Vida social</b>		Positivas		Negativas
<b>Trabajo</b>	Positivas	Sin consecuencias	Positivas	Sin consecuencias
<b>Ocio</b>	Positivas		Negativas	Positivas y negativas

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

Positivas y negativas	Negativas	Positivas	Positivas y negativas
--------------------------	-----------	-----------	--------------------------

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

Más de una semana	2-3 días	Más de un mes	Más de una semana
----------------------	----------	---------------	----------------------

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

Si	No
----	----

**¿Cuántos días pasó con el estado de ánimo elevado durante los últimos 12 meses?**

15	4	40	0
----	---	----	---

---

**EDM= Episodio actual depresivo moderado. EDL=Episodio actual depresivo leve en remisión parcial**

Se encontraron correlaciones positivas medias de los pacientes con trastorno bipolar con los síntomas de sentir seguridad en sí mismo en un 68%, hacer más bromas 53%, consumir más café en un 53% y cigarrillos 67%, y una correlación positiva considerable para el 88% en el síntoma de pensar más de prisa.

Según el tipo de trastorno bipolar se encontró una correlación positiva media del 66% con el estado de ánimo actual comparado con el habitual, y una correlación positiva muy fuerte de 99% con el síntoma de fumar más cigarrillos.

## **DISCUSIÓN**

En esta muestra la edad promedio fue de 33.96 años, diferente a la edad promedio del estudio realizado por Cornú <sup>27</sup> en nuestra institución, encontrado 25% de pacientes en su muestra con trastorno bipolar, en este estudio el 14.8% de la muestra resultó con diagnóstico de trastorno bipolar, sin embargo, esto puede explicarse por las diferencias en el tamaño muestral.

En este estudio el 63% de la muestra se encontraban solteros y el 29.6% se dedicaban al hogar, y el 37% tenían una escolaridad a nivel secundaria, similar a lo descrito por Judd.<sup>11</sup>

La edad de inicio de los pacientes con trastorno bipolar fue un promedio de 16.25 años, coincidiendo con lo que se describe en la literatura clásica<sup>2</sup> y lo que corroboran autores como Hauser<sup>12</sup>, quien refiere el inicio de trastorno bipolar en la adolescencia estimando aproximadamente que dos tercios de los pacientes debutan en esta etapa; otros autores como Benazzi<sup>24</sup> afirma que es común el inicio del padecimiento con un episodio depresivo, lo que coincide con al menos uno de los pacientes diagnosticados en este estudio. Además de esto, también se observa en esta muestra diagnósticos previos al corroborado de consumo de sustancias como benzodiazepinas y alcohol o trastornos de ansiedad, tal y como se describe por la Asociación Psiquiátrica Americana<sup>16</sup>, ya que esta organización refiere que son los trastornos más comúnmente asociados al trastorno bipolar en un 49 y 71% respectivamente, si bien en nuestra muestra no se logra igualar los porcentajes, es un dato grueso coincidente con lo referido en la literatura internacional; también establecido en el Bridge study realizado por Angst.<sup>13</sup>

Respecto a tiempo de retraso en el diagnóstico, en esta muestra se observó un tiempo de evolución de 18.5 años hasta la realización de este diagnóstico, que es casi el doble de lo descrito por Faglioni, Lloyd y Hauser<sup>8,9,12</sup>, que estiman un periodo de 7.5-10 años. Lloyd y Forty<sup>9,20</sup> comentan que los pacientes con trastorno bipolar al menos presentan un intento suicida a lo largo de su padecimiento, siendo el promedio de intentos en esta muestra de 2.5 años, al menos el doble de lo referido por estos autores. Cabe mencionar que en el análisis estadístico se encontraron diferencias significativas en estas dos variables con los pacientes con depresión unipolar; también se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el número de hospitalizaciones, lo que coincide con lo referido por Hirschfeld<sup>19</sup> quien comenta que se presentan más hospitalizaciones en pacientes con trastorno bipolar.

El número de pacientes con trastorno depresivo recidivante de esta muestra (62.9%) es coincidente con el estudio realizado con Faglioni<sup>8</sup>, quien encontró 50% de su muestra con este diagnóstico; sin

embargo, también tuvo diagnóstico un 45% de pacientes con trastorno bipolar tipo II y un 3.94% con trastorno bipolar tipo II, lo que difiere de lo encontrado en este estudio 3.7% con trastorno bipolar tipo I, 3.7% no especificado y 7.4% trastorno bipolar tipo II.

Al realizar la revisión de los síntomas coincidentes referidos por los pacientes con trastorno bipolar encontramos que coinciden con los establecidos por Benazzi<sup>22</sup> en su regla de predicción, el encontró que los síntomas más frecuentes referidos por pacientes con trastorno bipolar tipo II en periodo de hipomanía son aumento de la actividad (92%), afecto elevado (81.4%) y pensamiento acelerado (66.4), en este estudio el 100% de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar presentó aumento en actividad, 75% afecto elevado y el 25% presentó pensamiento acelerado; coincidiendo con lo encontrado por Benazzi los dos primeros síntomas de hipomanía.

Si bien no se logró comprobar estadísticamente la hipótesis de este estudio, se encontraron datos significativos coincidentes con lo reportado en la literatura internacional.

Por otro lado, al recabar la muestra para este estudio se eligió a los pacientes acorde al diagnóstico en expediente clínico, sin embargo, al realizar la entrevista clínica estructurada para corroborar trastorno depresivo recidivante se encontró que el 25.92% de la muestra no contaba con este diagnóstico lo que nos debe apuntar a realizar entrevistas más incisivas para plantear un diagnóstico correcto.

Por otro lado, se utilizó la versión en español de la Lista de valoración de hipomanía, la cual fue útil para diagnosticar al 14.81% de la muestra con trastorno bipolar, y al realizar al valorar la consistencia interna y fiabilidad del instrumento se encontraron valores similares como los descritos por el autor original Angst y por Vieta<sup>26, 29</sup> (quien realizó la validación del instrumento en España).

## **CONCLUSIONES**

Durante la realización de esta investigación no se logró corroborar estadísticamente la hipótesis, probablemente por el tamaño de la muestra, sin embargo, se observa que si existe un subdiagnóstico que fue corroborado al lograr encontrar pacientes con el diagnóstico de trastorno bipolar en parte de la muestra.

Se describieron las características sociodemográficas de la muestra, que presentaron diferencias estadísticamente significativas como se plantea en la literatura revisada.

Se corroboró que la lista de valoración de hipomanía HCL 32, en su versión en español, mantiene su estructura, consistencia interna y fiabilidad, que se marca en los artículos revisados y los valores indicados por el autor original, lo que nos puede hablar de una validez intercultural.

## **ALCANCES Y LIMITACIONES**

Desafortunadamente los resultados de este estudio deberán ser tomados con cautela, ya que el tamaño de la muestra no permite que puedan ser extrapolados a población psiquiátrica, aunque se lograron encontrar datos importantes coincidentes con los plasmados en otros trabajos.

La captación de pacientes con uso del expediente resulta rápido y fácil en nuestra institución, sin embargo una de las dificultades encontradas al realizar esta investigación fue la discordancia entre el diagnóstico plasmado en el mismo y el corroborado por la entrevista estructurada; además las actividades de rehabilitación y consulta externa de la unidad limitan el tiempo de uso de las instalaciones para aplicar las entrevistas en el tiempo y ambiente apropiado, si es que el investigador no se encuentra fijo en estas áreas de la unidad, por lo que recomendaría que si se trata de replicar este estudio o se realice alguno similar, pueda contarse con un equipo de varios investigadores que se encuentren en estas áreas para ayudar a que la captación de pacientes y las entrevistas que deben de realizarse puedan ser más eficientes.

Además de sugerir que se entrene al personal médico en general a realizar entrevistas estructuradas, ya que al realizar el entrenamiento por el asesor teórico era complicado encontrar tiempo en la agenda del mismo para revisar y practicar la aplicación de la entrevista.



## REFERENCIAS

- 1 Trastornos bipolares. En: López Ibor A, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Barcelona. Masson; 1996. P 358-71
- 2 Trastornos del estado de ánimo. En: Sadock BJ, Sadock VA Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. Barcelona. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 527-62
- 3 Guía de práctica clínica, Diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar, México: secretaría de salud; 2009.
- 4 McCraw S, Parker G, Graham R, Synnott H, Mitchell PB. The duration of undiagnosed bipolar disorder: Effect on out comes and treatment response. *Journal of Affective Disorders* 2014; 168: 422-429
- 5 Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin FK Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *Journal of Affective Disorders* 1999; 52: 135-144
- 6 Hirschfeld RM, Lewis L and Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 161-174.
- 7 Mosolov S, Ushkalova A, Kostukova E, Shafarenko A, Alfimov P, Kostyukova A, Jules A. Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression. *Bipolar Disorders* 2014; 16: 389-399
- 8 Fagiolini A, Forgione R, Maccari M, Cuomo A, Morana B, CatenaDell'Osso M, Pellegrini F, Rossi A. Prevalence, chronicity, burden and borders of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2013; 148: 161-169
- 9 Lloyd LC, Giaroli G, Taylor D and Tracy DK. Bipolar depression: clinically missed, pharmacologically mismanaged. *Ther Adv Psychopharmacol* 2011; 1 (5): 153-162

- 10 Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacica V, Eicha D, Rössler W. Diagnostic issues in bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2003; 13: S43-S50
- 11 Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB. A Prospective Investigation of the Natural History of the Long-term Weekly Symptomatic Status of Bipolar II Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 261-269.
- 12 Hauser M, Pfennig A, Özgürdal S, Heinz A, Bauer M, Juckel G. Early recognition of bipolar disorder. *European Psychiatry* 2007; 22: 92-98
- 13 Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, Young AH. Prevalence and Characteristics of Undiagnosed Bipolar Disorders in Patients With a Major Depressive Episode. The BRIDGE Study. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68 (8):791-799
- 14 Dunner DL. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord* 2003; 5: 456-463
- 15 Medina ME, Borges G. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26: 1-16.
- 16 American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder (Revised). *Am J Psychiatry* 2002; 159.
- 17 Zeschel E, et al., The bipolar disorder prodrome revisited: Is there a symptomatic pattern? *Journal of Affective Disorders* 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.043i>
- 18 Correll CU, Penzner JB, Frederickson AM, Richter J, Auther AM, Smith CW, Kane JM, Cornblatt BA. Differentiation in the Preonset Phases of Schizophrenia and Mood Disorders: Evidence in Support of a Bipolar Mania Prodrome. *Schizophrenia Bulletin* 2007; 33 (3): 703-14.
- 19 Hirschfeld RM. Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2014; 169 (S1): S12-S16

- 20 Forty L, Smith D, Jones L, Jones Ian, Caesar S, Fraser C, Gordon-Smith K, Craddock N. Identifying hypomanic features in major depressive disorder using the hypomania checklist (HCL-32) *Journal of Affective Disorders* 2009; 114: 68-73
- 21 Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Cooper C, Fraser C, Gordon-Smith K, Hyde S, Farmer A, McGuffin P, Craddock N. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *The British Journal of Psychiatry* 2008; 192: 388–389.
- 22 Benazzi F. A prediction rule for diagnosing hypomania. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2009; 33: 317-322.
- 23 Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche E. Validating the soft bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study: The prominence of BP-II 1/2. *Journal of Affective Disorders* 2006; 96: 207-213
- 24 Benazzi F. Challenging DSM-IV criteria for hypomania: Diagnosing based on number of non-priority symptoms. *European Psychiatry* 2007; 22: 99-103
- 25 Smith DJ, Griffiths E, Kelly M, Hood K, Craddock N Simpson A. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *The British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 49-56.
- 26 Vieta E, Sánchez-Moreno J, Bulbena A, Chamorro L, Ramos JL, Artal J, Pérez F, Oliveras MA, Valle J, Lahuerta J, Angst J. 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). *Journal of Affective Disorders* 2007; 101:43–55
- 27 Cornú H. Identificación de trastorno bipolar en pacientes manejados como depresión unipolar en la consulta externa del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. [Tesis especialidad Psiquiatría]. Distrito Federal: Subdirección de enseñanza Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez UNAM; 2014.

28 Servicio de registros médicos. Estadísticas Internas Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez 2013

29 Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, Skeppar P, Vieta P, Scott J The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders* 2005; 88: 217-233

30 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH /AEN Núm. 2012

31 Gamma A, Angst J, Azorin J-M, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Young AH. Transcultural validity of the Hypomania Checklist–32 (HCL-32) in patients with major depressive episodes. *Bipolar Disord* 2013; 15: 701-712.

32 Meyera TD, Schradera J, Ridleya M, Lex C. The Hypomania Checklist (HCL)—Systematic review of its properties to screen for bipolar disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2014; 55: 1310-1321

33 First MB, Spitzer RL, Williams JB Gibbon M. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM IV Versión clínica (SCID- I VC) Barcelona. Masson.

34 Salud.gob.mx De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Capítulo I. En: REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. [Acceso 2 de marzo 2015] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

## ANEXOS

### Anexo 1

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CON LA FIRMA DE LA PRESENTE CARTA, DOY MI AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: Identificación de trastorno bipolar en pacientes diagnosticados con trastorno depresivo recurrente en el HPFBA

He sido informado (a) que mi participación consiste llenar un cuestionario y responder algunas preguntas que me realizará el médico responsable del estudio y que todo eso servirá para saber si deben modificarme el diagnóstico y tratamiento, que para la depresión he recibido hasta el día de hoy.

Se me ha notificado que después de responder un cuestionario, me informarán si debo regresar a una nueva valoración o si me confirman el diagnóstico. Así mismo, se le avisará al médico que me atiende habitualmente de los resultados de las pruebas que me realizarán y que estas duran aproximadamente una hora.

La Doctora Luna Sánchez me ha explicado que no tendré ninguna molestia física o correré algún riesgo físico, ya que solo escribiré y contestaré preguntas, sin embargo, me ha dicho que puedo dejar de participar en el momento que así lo decida, sin que eso afecte el servicio que hasta ahora recibo.

Mi PARTICIPACIÓN es totalmente voluntaria, no obtendré beneficios económicos por participar en este estudio. El beneficio que recibiré consiste en que, en caso de contar con diagnóstico de posible trastorno bipolar, se le informará a mi médico tratante por medio del expediente clínico. He autorizado que la información que se obtenga sea usada de manera confidencial y solo podrán darse a conocer datos que sirvan para el desarrollo científico.

Finalmente, usted tendrá la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta, y aclaración a cualquier duda de los procedimientos, riesgo y beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. Se brindará información actualizada obtenida durante el estudio.

#### CONTACTO DE INVESTIGADOR:

Karen Islet Luna Sánchez  
Residente de la Especialidad psiquiatría.  
TEL. 5539164567.

---

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

---

NOMBRE Y FIRMA

Testigo 1

---

Nombre y firma del entrevistador

---

NOMBRE Y FIRMA

Testigo 2

Anexo 2

**CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

*“Identificación de trastorno bipolar en pacientes diagnosticados con trastorno depresivo recurrente en el HPFBA”*

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

2. EDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

3. ANTECEDENTES FAMILIARES: NO ( )

SI ( ) Mencione familiar y enfermedad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. DIAGNÓSTICOS PREVIOS: NO ( ) SI ( ) ¿CUÁLES?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. EDAD DE INICIO: \_\_\_\_\_

6. NO. DE HOSPITALIZACIONES: \_\_\_\_\_

7. NO. DE INTENTOS SUICIDAS: \_\_\_\_\_

### Anexo 3: HCL-32

Fecha: Días \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

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 | Flirteo 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) 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"/>



5) 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"/>

6) 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

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

Sí  No

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

En conjunto: unos \_\_\_\_\_ días