



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"



Título

Tamizaje de trastornos del espectro bipolar en pacientes diagnosticados con trastornos depresivos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Presenta la tesis para obtener el diploma de
Especialista en Psiquiatría

Dr. Héctor Octavio Castañeda González

Asesor Teórico
Dr. Fernando Corona Hernández

Asesor Metodológico
Mtra. Janet Grijalva Jiménez Genchi

México, Ciudad de México, mayo 2017



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 mis padres Jorge y Mariana, por enseñarme que existen ideales cuya importancia trasciende a la de nuestros logros. Su cariño y constancia me han permitido lograr todo lo que me he propuesto.

A Marcelino, Joaquina, María Eugenia y Louis, por compartirme sus virtudes y su historia.

A Mariana y Oswaldo, por su apoyo incondicional y compañía.

A Lorena por su paciencia interminable.

En especial a Héctor, por confiar en mí y por todo el esfuerzo que hiciste.

A mis maestros, asesores y compañeros, por guiarme.

A los pacientes de esta institución, quienes me aleccionaron sobre la condición humana.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	7
JUSTIFICACIÓN.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS.....	13
HIPÓTESIS	13
VARIABLES.....	13
MUESTRA.....	15
SUJETOS.....	15
DISEÑO Y ALCANCE DEL ESTUDIO.....	16
INSTRUMENTOS	16
PROCEDIMIENTO	17
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES	36
AVANCES Y LIMITACIONES	36
REFERENCIAS	37

LISTA DE CUADROS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Espectro Bipolar de Akiskal.....	8
Tabla 2. Criterios del Espectro Bipolar de Ghaemi.....	8
Tabla 3. Espectro Afectivo Bidimensional de Angst.....	9
Tabla 4. Comparación de características de los instrumentos utilizados para diagnosticar Trastornos del Espectro Bipolar	17
Tabla 4. Variables Sociodemográficas de la muestra	20
Tabla 5. Diferencias de edad de inicio de padecimiento, intentos suicidas y episodios depresivos de acuerdo al sexo	20
Tabla 6. Antecedente de al menos un intento suicida previo por estado civil.....	20
Tabla 7. Evolución del padecimiento	21
Tabla 8. Antecedente de Intentos de suicidio	21
Gráfica 1. Intentos suicidas previos.....	21
Gráfica 2. Gravedad de episodio depresivo actual por puntaje de HAMD	22
Tabla 9. Comorbilidad Eje I.	23
Tabla 10. Comorbilidad Eje IV.....	24
Tabla 11. Pacientes que cumplieron criterios de Gahemi para Espectro Bipolar.....	25
Tabla 12. Criterios de Espectro Bipolar de Gahemi	25
Tabla 13. Tamizaje de Espectro Bipolar	27
Gráfica 3. Probabilidad de diagnóstico de Espectro Bipolar de acuerdo al puntaje en la Escala de Diagnóstico de Espectro Bipolar (BSDS).....	27
Tabla 14. Comparación de grupos de tamizaje positivo y negativo, combinando los resultados del MDQ y BSDS.....	29
Tabla 15. Diagnósticos Eje I en Tamizaje positivo y Negativo	30
Tabla 16. Diagnósticos del Eje II en pacientes con Tamizaje Positivo y Negativo para Espectro Bipolar.....	30
Tabla 17. Comparación de grupos de tamizaje positivo y negativo considerando el resultado en MDQ	31
Tabla 18. Comparación de variables nominales en los grupos de tamizaje positivo	32
Tabla 19. Comparación de variables cuantitativas entre grupos de tamizaje positivo	33

ANEXOS

ANEXO A.....	40
Consentimiento informado para el paciente	40
ANEXO B. Cuestionario de Trastornos del Ánimo (MDQ).....	41
ANEXO C. Escala de diagnóstico del Espectro Bipolar (BSDS).....	42
Anexo D. Formato de investigación.....	43

ABREVIATURAS

- 1) BSDS: Escala Diagnósticos del Espectro Bipolar
- 2) DP: Demencia precoz.
- 3) DSM-III: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su tercera edición. (Por sus siglas en inglés)
- 4) DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su cuarta edición. (Por sus siglas en inglés)
- 5) Americana de Psiquiatría en su cuarta edición. (Por sus siglas en inglés)
- 6) DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su cuarta edición, Texto Revisado. (Por sus siglas en inglés)
- 7) DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición. (Por sus siglas en inglés)
- 8) EB: Espectro Bipolar.
- 9) ED: Episodio Depresivo.
- 10) HAMD: Escala de depresión de Hamilton.
- 11) MDQ: Cuestionario de Trastornos del Ánimo.
- 12) PMD: Psicosis Maniaco Depresiva.
- 13) TBP: Trastorno Bipolar.
- 14) TBP-I: Trastorno Bipolar tipo I.
- 15) TBP-II: Trastorno Bipolar tipo II.
- 16) TDR: Trastorno Depresivo Recurrente.
- 17) TLP: Trastorno Límite de la Personalidad.

Resumen:

De acuerdo con la literatura internacional, existe una alta tasa de sub-diagnóstico de los trastornos del Espectro Bipolar. Los potenciales beneficios de la identificación temprana, radican en la posibilidad de intervenir y modificar la evolución, el pronóstico y las comorbilidades relacionadas al Espectro Bipolar. Se realizó un estudio de tamizaje del Espectro Bipolar en la población de pacientes diagnosticados con algún Trastorno Depresivo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Para este estudio se aplicaron de forma conjunta el Cuestionario de Trastorno Afectivos y la Escala de Diagnóstico del Espectro Bipolar en pacientes diagnosticados con algún tipo de Trastorno Depresivo y se describieron las variables clínicas relacionadas a un tamizaje positivo. Se encontró una tasa general de tamizaje positivo del 50% de la muestra. La tasa de tamizaje positivo para cada una de los instrumentos fue distinta, encontrando que el Cuestionario de Trastornos Afectivos identificó pacientes con trastornos que iniciaron a edades mas tempranas. Las variables clínicas relacionadas al tamizaje positivo fueron el antecedente depresión postparto y un mayor número de intentos suicidas al momento del tamizaje.

Palabras clave: Espectro Bipolar, Trastorno Bipolar, Trastorno Depresivo Recurrente, Depresión Bipolar, Depresión Unipolar.

INTRODUCCIÓN:

El constructo de Espectro Bipolar (EB) surgió a través de la observación de la evolución clínica de pacientes diagnosticados con trastornos depresivos. Actualmente representa una propuesta para cuestionar el método de construcción de diagnósticos por medio del consenso. Existe evidencia que sustenta la validez del Espectro Bipolar como una entidad diagnóstica, sin embargo, aún no se encuentra incluido dentro de los manuales de clasificación estadística. Uno de los principales problemas que se identificó durante su validación, fue la alta prevalencia del sub-diagnóstico o del error diagnóstico que se comete en estos pacientes. Se ha descrito que una gran cantidad de pacientes con trastornos del Espectro Bipolar, son diagnosticados con algún tipo de Trastorno Depresivo. (1)(2)(3)(4) Estos pacientes tienen mayor riesgo, a lo largo de la evolución de su padecimiento, de desarrollar episodios recurrentes, comorbilidades como el abuso y dependencia de sustancias (5), experimentar un episodio maniaco o hipomaniaco y un mayor riesgo de suicidio.

MARCO TEÓRICO:

Historia del Espectro Bipolar

Emile Kraepelin fue uno de los primeros clínicos en observar que algunos pacientes con depresión recurrente, durante el curso de su enfermedad, desarrollaban episodio de hipomanía. Además, notó que los síntomas de manía, podían presentarse durante los episodios depresivos.(2) En 1913, Kraepelin clasificó por primera vez las psicosis en dos grandes grupos: Psicosis Maniaco Depresiva (PMD) y Demencia Precoz (DP), agrupando en el rubro de PMD, las trastornos que se caracterizaban por una evolución parecida, la presencia de antecedentes familiares del mismo padecimiento y un pronóstico más benigno que el de la Demencia Precoz. (3)(6)(7) En el grupo de las PMD, Kraepelin incluyó al TBP y al Trastorno Depresivo Recurrente (TDR), que en esa época, aún no se nombraban de esta forma. Además, Kraepelin desarrolló la idea de que la predisposición personal, determinada de manera constitucional, representaba un estado fundamental del cual surgían los diferentes estados afectivos; esta idea fue retomada posteriormente por Kretschmer, quien describió la conformación ciclotímica, la cual se caracterizaba por rasgos irritables, depresivos o hipomaniacos.(2)

En 1917, Karl Leohnard propuso dos subgrupos: Bipolar y Unipolar, siendo la única diferencia entre estos, la ausencia o presencia de *Manía*.(3)(6)(7) Esta división, sentó las bases para los Criterios Diagnósticos de Investigación de 1970, los cuales finalmente se convirtieron en los antecedentes para el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su tercera edición (DSM- III). Desde el punto de vista histórico, el concepto de PMD significaba un cuadro clínico caracterizado por episodios depresivos o episodios maniacos recurrentes. A diferencia del concepto de TBP, que originalmente implicaba episodios de manía recurrente y episodios depresivos alternados dentro de la evolución clínica. Esta clasificación de trastornos afectivos, es aceptada y utilizada usualmente a nivel internacional, sin embargo, algunos investigadores retomaron la idea original de Kraepelin a partir de observaciones clínicas y epidemiológicas que mostraban la gran dificultad para distinguir entre cuadros afectivos depresivos y maniacos puros o cuadros mixtos.

Desde hace más de dos décadas, Hagop Akiskal propuso una clasificación distinta para el TBP, la cual incluye más de cuatro tipos de trastorno bipolar. Esta propuesta consiste en una clasificación de fenotipos categóricos que fue utilizada para la investigación genética. (2)(tabla 1)

Posteriormente en 2002, Ghaemi propuso agrupar los trastornos bipolares prototípicos y los cuadros con síntomas atenuados bajo un solo rubro diagnóstico, el Espectro Bipolar y propuso los criterios diagnósticos de esta entidad. (8)(tabla 2)

Tabla 1. Espectro Bipolar de Akiskal.

Bipolar ½	Trastorno Esquizobipolar
Bipolar I	Enfermedad Maniaco Depresiva
Bipolar I ½	Depresión con hipomanía superpuesta
Bipolar II	Depresión con episodios espontáneos y discretos de hipomanía
Bipolar II ½	Depresión superpuesta al temperamento ciclotímico
Bipolar III	Depresión recurrente más hipomanía asociado al uso de antidepresivos u otros tratamientos somáticos
Bipolar III ½	Hipomanía recurrente en el contexto del uso de alcohol u otras drogas
Bipolar IV	Depresión superpuesta en un temperamento hipertímico.

Tabla 2. Criterios del Espectro Bipolar de Ghaemi.

A. Al menos un Episodio Depresivo Mayor
B. Ningún Episodio Maniaco o Hipomaniaco espontáneo
C. Cualquiera de los siguientes criterios, más dos de los criterios de la lista D o los dos criterios de la lista C y uno de los criterios del grupo D.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedentes en familiares primer grado con diagnóstico de TBP 2. Hipomanía o Manía inducida por antidepresivos.
D. Si no tiene criterios del grupo C, se necesitan al menos 6 a 9 criterios de este grupo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Personalidad Hipertímica 2. Episodios Depresivos Recurrentes (>3) 3. Episodio Depresivos Breves (<3semanas en promedio) 4. Depresiones con síntomas atípicos (según los criterios del DSM IV) 5. Episodios depresivos con síntomas psicóticos 6. Inicio antes de los 25 años de Episodio Depresivo Mayor. 7. Depresión Postparto 8. Efecto “Wear off” de antidepresivos (respuesta rápida pero no sostenida) 9. Falta de respuesta a tres o más antidepresivos.

El término *espectro* fue por primera vez utilizado en psiquiatría en 1968, para referirse al espectro de las Esquizofrenias. Siendo actualmente el espectro afectivo parte del espectro de las psicosis funcionales que incluyen: Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo y Trastornos Afectivos. (9)

El EB comprende un grupo heterogéneo de cuadros clínicos que transcurren en una dimensión continua entre depresión y manía y otra dimensión de gravedad que transcurre entre la normalidad y los trastornos afectivos prototípicos (10)(Tabla 3). Es decir, además de los cuadros prototípicos de Trastorno Bipolar, incluye los síntomas atípicos relacionados a la configuración habitual de trastorno, así como otras características o rasgos asociados al trastorno como pueden ser: signos, síntomas aislados y patrones del comportamiento, así como rasgos de personalidad o del temperamento. (10) Actualmente también existe controversia acerca de la relación que existe entre el EB y el Trastorno de Personalidad Límite. Algunas características del trastorno límite de personalidad (TLP) como la inestabilidad emocional o la impulsividad, pueden ser difíciles de distinguir de conductas observadas en un episodio maniaco. Además, los cuadros del EB con cambios de ciclo ultra-rápidos pueden confundirse con rasgos del TLP.(11)

Tabla 3. Espectro Afectivo Bidimensional de Angst.

		Proporcionalidad del Espectro			
		Depresión	←-----→		Manía
Severidad del Espectro Menor	T. Afectivo Mayor con psicosis	TDM	TBP II	TBP I	Manía
	T. Afectivo Mayos sin Psicosis	TDM	TBP II	TBP I	Manía
	T. Afectivo sub-umbrales	Distimia Depresión breve recurrente		T BP menor T. Ciclotímico	Hipomanía
		Depresión menor			
	T. Personalidad Afectivos	T. depresivo de la personalidad		T. Personalidad ciclotímico/límite	T. Personalidad Hipertímica
	Temperamento (normal)	Temperamento depresivo		Temperamento ciclotímico	Temperamento hipertímico.

TDM: trastorno depresivo mayor, TBP: TB.

Epidemiología

A nivel mundial la prevalencia de vida del TBP es del 0.3 al 1.5%, de manera específica 0.6% para Trastorno Bipolar I (TBP-I), 0.4% para Trastorno Bipolar II (TBP-II), 1.4% para TBP sub-umbral y 2.4% para el Espectro Bipolar. (12) En nuestro país se sabe que la prevalencia de vida del EB es la siguiente: TBP-I de 0.7%, TBP-II de 0.1%, TBP sub-umbral de 1% y EB de 1.9%. (13) Actualmente, a pesar de existir varios estudios epidemiológicos, no se tiene una cifra confiable debido a la alta tasa de sub-diagnóstico. Los estudios que existen describen prevalencias que varían desde 1.3% a 8.3%. (2)

La edad de inicio del TBP cambia de acuerdo al subtipo de trastorno, sin embargo, la edad media de inicio es de 21 años; y la mayor parte de los casos inicia en el rango de edad de entre los 15 y 19 años, con otro periodo de mayor incidencia entre los 20 y 24 años.(12) La mayor parte de los pacientes con TBP pasan hasta el 30% del tiempo de evolución clínica experimentando únicamente episodios depresivos, hasta que en algún punto se manifiesta el primer episodio de manía. (12)

Aspectos clínicos relevantes del diagnóstico diferencial entre Depresión Bipolar y Depresión Unipolar.

Existen algunas diferencias clínicas que pueden ayudar a identificar pacientes con depresión bipolar de aquellos con depresión unipolar. En algunos estudios, se ha demostrado que las características atípicas (hipersomnia e hiperfagia), descritas clásicamente como síntomas sugerentes de Depresión Bipolar, pueden manifestarse en ambos tipos de depresión; siendo las características más frecuentes de la Depresión Bipolar las siguientes: una edad de inicio más temprana, episodios depresivos breves, tasas más

elevadas de estresores en el desarrollo, alta comorbilidad con ansiedad, abuso de alcohol y otras drogas. Estas características en términos de patrón fenotípico confieren el nombre de depresión melancólica. (14) Además existen rasgos que pueden ayudar a diferenciar de manera clínica a los pacientes que pudieran padecer algún trastorno del EB. Estos rasgos han sido denominados síntomas atenuados y comprenden la personalidad hipertímica, la concordancia con la época del año (ciclicidad) o fotosensibilidad para el inicio de los síntomas, poca necesidad de sueño de forma constitucional, episodios depresivos con síntomas atípicos y melancólicos, edad de inicio más temprana, reacciones clínicas en el postparto, comportamiento impulsivo o antecedentes familiares de ese tipo de comportamientos (15). También se ha descrito un fenómeno asociado al tratamiento antidepresivo (llamado “*wash off*” o “*wear off*”) en el cual los pacientes tienen una respuesta rápida pero no sostenida al tratamiento, siendo cada vez menos efectivo el tratamiento con fármacos distintos. (15) Un estudio sugiere que los factores de riesgo predictivos para identificar a pacientes con Trastorno Bipolar son: pacientes con episodios depresivos recurrentes, historia familiar de TBP y experimentar hipomanía inducida por los fármacos. (15) A pesar de estas diferencias clínicas, ninguna de ellas es patognomónica. (16) Esto puede contribuir a la dificultad que existe para diferenciar de manera clínica los trastornos del espectro bipolar de los trastornos depresivos unipolares.

En cuanto a las características maníacas del EB, Cassano, propuso algunas hipótesis con respecto a las causas por las cuales no se identifican los cuadros de manía o hipomanía:(10)

- 1) A diferencia de los síntomas de depresión, los síntomas moderados de manía o hipomanía generalmente no causan disfunción o malestar clínicamente significativo. Al contrario, pueden asociarse a una mayor productividad, funcionamiento y sociabilidad.
- 2) La autopercepción de los síntomas maníacos moderados, usualmente es ego-sintónica a pesar del cambio evidente en la cognición y en el comportamiento. Por esta razón los pacientes rechazan el tratamiento.
- 3) Usualmente los pacientes bipolares, optan por terapias psicológicas, por lo tanto debiera hacerse un mejor tamizaje del EB en estos escenarios clínicos.
- 4) Los síntomas crónicos del espectro maniaco pueden ser confundidos con rasgos de personalidad.
- 5) Los síntomas maníacos o hipomaniacos en niños se asocian a Trastorno del Déficit de Atención, de la misma manera que los síntomas maniatiformes en pacientes jóvenes se asocian a trastornos de la personalidad del grupo B o trastornos conductuales.
- 6) No se busca intencionadamente el carácter cíclico de los episodios.

Estabilidad diagnóstica del trastorno bipolar

La estabilidad diagnóstica se define como el grado en el que un diagnóstico es confirmado en distintos momentos de la evolución. (17) Se han realizado pocos estudios acerca de la estabilidad diagnóstica del Trastorno Bipolar. En un estudio multicéntrico, prospectivo a 7 años, realizado por Kessing en 2005, se encontró que de un total de 4,116 pacientes que padecían trastorno bipolar, solamente el 56.2% obtuvieron el diagnóstico de Trastorno Bipolar o de Episodio Maniaco, después del primer contacto médico. Posteriormente solo el 43.8% de los pacientes restantes obtuvieron un diagnóstico adecuado durante las valoraciones subsecuentes. Los principales diagnósticos asignados de manera errónea a estos pacientes fueron: en 40.7%, trastornos depresivos, siendo el principal diagnóstico el trastorno depresivo recurrente o episodio depresivo actual. El resto de los diagnósticos asignados fueron Esquizofrenia, en 20.8%, Trastorno de ansiedad y Reacción a estrés en 14.3%, Trastorno mental secundario al uso de sustancias psicoactivas en un 20.8%, Trastorno mental orgánico en un 4.5% y Trastorno límite de la personalidad en un 4.1%. (18)

JUSTIFICACIÓN

Se desconoce la epidemiología de los trastornos del Espectro Bipolar en los pacientes con depresión en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. El trastorno bipolar es común en la población general. Existen más de dos millones de personas en nuestro país que cumplen los criterios de EB, con una prevalencia del 2% descrita en uno de los estudios epidemiológicos más grandes de TBP. (13) La discapacidad causada por este trastorno, medida en años de vida perdidos, es incluso mayor a la discapacidad causada por enfermedades como el cáncer o en enfermedades neurológicas crónicas como la enfermedad de Alzheimer. (13) A pesar de ser un trastorno frecuente, muchos casos no se diagnostican de manera temprana. Se sabe que la hasta el 57% de los pacientes que padecen TBP, reciben un diagnóstico equivocado durante el transcurso de su padecimiento. Los diagnósticos más comunes, que usualmente son asignados erróneamente, son el trastorno depresivo mayor en un 44% y esquizofrenia en un 35%. (8) La mayor parte de los pacientes con TBP, cursan hasta un 30% del tiempo de su evolución clínica en episodios depresivos hasta que se manifiesta por primera vez un episodio de manía, lo cual contribuye al subdiagnóstico y explica en parte, porqué el diagnóstico correcto de estos padecimientos puede llegar a tardar entre 8 y 10 años. (19) El curso de este trastorno, condiciona riesgos importantes para el paciente. Entre el 25 y el 50% de los pacientes con trastorno bipolar, realizan intentos suicidas durante el curso de su padecimiento. En comparación con otros trastornos mentales, el trastorno bipolar se relaciona con una comorbilidad desproporcionada con el abuso de sustancias. (12) A pesar que conocemos el curso, las

comorbilidades y los riesgos que condicionan el Trastorno Bipolar, una gran cantidad de casos, aún se diagnostican de manera tardía o se diagnostican de manera errónea.

En los estudios pioneros de tamizaje del subdiagnóstico del Espectro Bipolar en pacientes con diagnóstico de depresión, Akiskal encontró que hasta un 70% de los pacientes diagnosticados con depresión unipolar, cumplía criterios para EB. (20)

En un estudio observacional, multicéntrico, realizado en 2002 por Rybakowki, se encontró que más del 60% de los pacientes de consulta externa que hubieran experimentado por lo menos algún episodio depresivo, tuvieron un tamizaje positivo para Espectro Bipolar, con el Cuestionario de Trastornos Afectivos. (21) El estudio EPIDEP en Francia de 2006, diseñado para validar el Espectro Bipolar como entidad diagnóstica, demostró que la tasa de diagnóstico del Trastorno Bipolar tipo II en pacientes de primera vez referidos por Trastornos Depresivos, aumentó desde un 22% hasta 40%, tras el seguimiento durante un mes y el tamizaje sistematizado de hipomanía según los criterios del DSM- IV. (22) En un estudio observacional y multicéntrico, realizado en 2009 por Tafalla, en Madrid; se determinó que el 25% de los pacientes subsecuentes de la consulta externa, cumplieron criterios para trastorno bipolar utilizando el instrumento el Cuestionario de trastornos afectivos para el tamizaje. (23)

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en 2014 se realizó un estudio de identificación del Trastorno Bipolar (tipo I, II y no especificado) en pacientes ambulatorios con diagnóstico de Trastornos Depresivos. Para este estudio se utilizó el instrumento de detección de hipomanía HCL-32. Se encontró una tasa de identificación del 25%, sin embargo estos resultados no fueron significativos debido al tamaño de la muestra. (24) En 2016, Luna replicó este estudio y encontró una tasa de identificación de 14.8%. (25)

A pesar de la gran controversia en torno a la utilidad de dicha identificación, las ventajas teóricas se observan tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación. Por una parte, el paciente se beneficia de la detección temprana que condiciona la posibilidad de un tratamiento adecuado, teniendo en cuenta que el curso clínico, las comorbilidades y el riesgo de suicidio. Por otra parte, la alta tasa de subdiagnóstico del Espectro Bipolar, nos obliga a preguntarnos si la forma en que se establecen los diagnósticos, es precisa y conveniente para el paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La intención de este estudio, fue describir el porcentaje de tamizaje positivo para Espectro Bipolar en pacientes con algún tipo de trastorno depresivo, es decir, Episodio depresivo actual o Trastorno depresivo recurrente. El tamizaje se realizó utilizando dos instrumentos auto-aplicables en la población de pacientes

ambulatorios de la consulta externa y pacientes hospitalizados, que contaran con el diagnóstico de algún trastorno depresivo (Trastorno depresivo recurrente o episodio actual). Dichos instrumentos están diseñados para identificar trastornos del Espectro Bipolar, y aplicados de manera conjunta, cuentan con una alta sensibilidad, siendo la forma ideal de tamizaje. Así mismo dichos instrumentos se encuentran validados para la población mexicana de pacientes ambulatorios.

OBJETIVOS

A. Generales: Describir la tasa de tamizaje positivo del Espectro Bipolar en pacientes diagnosticados con algún tipo de trastorno depresivo.

B. Específicos:

- Determinar el tiempo promedio que transcurre desde el diagnóstico inicial hasta el tamizaje positivo del Espectro Bipolar
- Describir las características clínicas que se asocian con los casos positivos al tamizaje.

HIPÓTESIS

Al tratarse de un estudio descriptivo, no se establece una hipótesis de trabajo.

VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicadores
Sexo	Aspectos psicológicos de la conducta relacionados con la masculinidad y la feminidad, constructo social.	División entre sexo masculino o femenino	Cualitativa nominal	Masculino y Femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años que ha vivido una persona	Cuantitativa discontinua o discreta	[18-49] años
Estado civil	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc. de un individuo.	Soltero, casado, viudo, unión libre, etc.	Cualitativa nominal	Soltero, Casado/viviendo con alguien, Separado/divorciado, Viudo

Historia familiar de Trastornos Bipolar	Predisposición genética indirecta para Trastornos Afectivos.	Presencia de antecedente familiar de trastorno bipolar durante el interrogatorio directo, indirecto y confinado en el expediente.	Cualitativa nominal	Antecedente positivo para depresión o Manía Antecedente Negativo para depresión o manía
Antecedentes psiquiátricos	Diagnósticos psiquiátricos previos	Presencia de algún diagnóstico psiquiátrico previo a la valoración actual, confinado en el expediente	Cualitativa nominal	Cualquier diagnóstico codificado en el CIE-10
Episodios depresivo previos	Cantidad de episodios depresivos previos	Número de episodios depresivos previos confinados en el expediente	Cuantitativa discontinua	Cualquier número entero positivo
Edad de inicio del padecimiento	Edad de inicio del trastorno depresivo	Edad en años en la que se presentó el primer episodio depresivo confinado en el expediente.	Cuantitativa discontinua	Cualquier número [2-49]
Intentos suicidas previos	Antecedentes de actos letales que representan el deseo de morir de la persona	Numero de intentos suicidas previos a la valoración actual	Cuantitativa discontinua	Cualquier número entero positivo
Síntomas psicóticos actuales.	Condición mental de pérdida del contacto con la realidad	Presencia de síntomas psicóticos: alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del pensamiento o del comportamiento.	Cualitativa nominal	Presencia de síntomas psicóticos Ausencia de síntomas psicóticos.
Diagnóstico psiquiátrico actual.	Trastorno del humor según la codificación del CIE- 10	Cualquiera de los diagnósticos codificados en el CIE-10 desde F30 hasta F33	Cualitativa nominal independiente	Trastorno Depresivo Trastorno Bipolar

Tamizaje positivo con el Cuestionario de Trastornos Afectivos (MDQ)	Presencia de Trastorno del Espectro Bipolar	Puntaje mayor o igual a 7 puntos en el MDQ	Cualitativo Nominal Dependiente	Tamizaje positivo Tamizaje negativo.
Tamizaje positivo con la Escala de Diagnósticos del Espectro Bipolar (BSDS)	Presencia de Trastorno del Espectro Bipolar	Puntaje mayor o igual a 12 puntos en el BSDS	Cualitativo Nominal Dependiente	Tamizaje positivo Tamizaje negativo.
Puntaje en Escala de Depresión de Hamilton (HAMD)	Puntaje obtenido de la aplicación de la escala de Hamilton para depresión de 17 ítems	0 – 52 puntos	Cuantitativa discreta dependiente	Cualquier número entre [0 -52]
Gravedad de depresión de acuerdo con el puntaje en la Escala de Depresión de Hamilton (HAMD)	Clasificación de gravedad de episodio depresivo de acuerdo al puntaje en HAMD	Sin depresión Leve Moderada Grave Muy grave	Cualitativa ordinal	Sin depresión (0-7) Leve (8-13) Moderada (14-18) Grave (19-22) Muy grave (>=23)

MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico por cuota, debido a que no se cuenta con la información estadística suficiente para calcular el tamaño de una muestra representativa. Se invitó a participar a los pacientes que se identificaron con algún tipo de trastorno depresivo, en el servicio e la consulta externa y hospitalización continua. Los participantes fueron identificados al revisar los diagnósticos de cada uno de los expedientes clínicos.

SUJETOS

A. Criterios de inclusión:

1) Pacientes de cualquier sexo mayores de 18 años y menores de 50 años. Se escogió la edad mínima de acuerdo a las características de la población atendida en nuestra unidad y la edad máxima, debido a que la frecuencia de aparición del primer episodio maniaco en paciente con TBP, por encima de esa edad, es

poco relevante para el estudio. El sexo es indistinto debido a que no existe una diferencia significativa en la prevalencia del Trastorno Bipolar de acuerdo a esta variable.

2) Pacientes que cumplieron con los criterios del CIE-10 para Episodio Depresivo actual. Sin importar la gravedad del cuadro en el cual se encuentra actualmente, si el episodio depresivo se encuentra en remisión al momento del estudio, ni la presencia o ausencia de síntomas psicóticos. En nuestro hospital se utilizan los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades para fines estadísticos.

3) Pacientes que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

B. Criterios de exclusión:

1) Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.

2) Pacientes que no se logre obtener la información completa de la entrevista o los instrumentos de medición.

3) Pacientes que no acepten o se arrepientan de participar en el estudio durante el procedimiento.

DISEÑO Y ALCANCE DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo.

INSTRUMENTOS:

Se han publicado diferentes tipos de instrumentos para el diagnóstico del EB, en la tabla 4 se resumen sus principales características. A continuación se describen los instrumentos utilizados en el protocolo.

Escala de Diagnóstico del Espectro Bipolar (BSDS por *Bipolar Spectrum Diagnostic Scale*)

Este instrumento fue desarrollado por Ronald Pies, fue validado por Ghaemi y colaboradores en 2005, se trata de un instrumento auto-aplicable con reactivos de respuestas dicotómicas (afirmativo o negativo).

En la población norteamericana demostró tener una sensibilidad de 79% y una especificidad de 93%. Esta escala se tradujo y adaptó al español por medio de un método de traducción/re-traducción. En un estudio realizado en 2008, por De la Vega, en una institución de tercer nivel de atención en México, se estableció una sensibilidad de 94.29% y una especificidad del 80%, con un valor predictivo positivo de 90.41% y un valor predictivo negativo de 87.5% con un punto de corte de 12 puntos. (26)

Cuestionario de Trastornos Afectivos (MDQ por *Mood Disorder Questionnaire*)

Hirschfielr y colaboradores en 2000, desarrollaron este instrumento de tamizaje para el espectro bipolar. En el estudio de validación se estableció un punto de corte de 7 puntos para obtener una sensibilidad de 73% y una especificidad de 90%. En un estudio de validación realizado en Francia por Gorski y Willis, se encontró una sensibilidad menor (76.2%) para el tamizaje del TBP-II y una sensibilidad mayor (90%) para el tamizaje de TBP-I. En un estudio realizado en 2006 por Corona, en pacientes de población ambulatoria de una institución de tercer nivel de atención en México, se determinó una sensibilidad de 79% y especificidad de 82% con un punto de corte de 8 puntos. (27)

Tanto el MDQ, como el BSDS son cuestionarios auto-aplicables, que se pueden utilizar en pacientes ambulatorios y consumen poco tiempo. Su utilidad principal es identificar pacientes dentro del Espectro Bipolar. Existe una publicaciones que sugieren una mayor utilidad para el tamizaje de EB, al utilizar de forma conjunta el MDQ y el BSDS. En este estudio se compararon tres métodos de tamizaje utilizando estso instrumentos, se concluyó que al utilizar el punto de corte propuesto por sus autores, se incrementa la sensibilidad a 90% y se mantiene una especificidad del 68%, estos parámetros, convierte este método en el ideal para un estudio de tamizaje, sin embargo aumenta el riesgo de falsos positivos. (28)

Tabla 4. Comparación de características de los instrumentos utilizados para diagnosticar Trastornos del Espectro Bipolar

<i>Escala</i>	<i>Mood Disorder Questionnaire MDQ. (Hirschfeld et al 2000)</i>	<i>Bipolar Spectrum Diagnostic Scale BSDS. (Gahemi et al. 2005)</i>	<i>MDQ + BSDS (Dongyun Lee te al. 2013)</i>
<i>Sensibilidad y Especificidad (total y específica)</i>	S: 0.71 E: 0.87 S. TBPI: 1.0 S.TBPII, TBP NOS: 0.67	S:0.731 E:0.742 S.TBPI: 0.73 S.TBP II, TBP NOS: 0.73	S:0.91 E:0.68 S.TBPI: 1.0 S.TBP II, TBP NOS: 0.87
<i>VPP y VPN</i>	VPP:0.92 VPN:0.56	VPP:0.87 VPN:0.52	VPP:0.88 VPN:0.73
<i>Traducida al español y Validada en hispanohablantes.</i>	Zaratiegui y cols. 2011 Corona, 2006	Zaratiegui y cols. 2011 De la Vega, 2008	Zaratiegui y cols. 2011
<i>Utilidad.</i>	Diagnosticar TBP-I, TBP-II y TBP NOS.	Diagnosticar casos graves del Espectro Bipolar y también en el extremo atenuado	Mejor para el tamizaje de casos de Trastornos del Espectro Bipolar.

S= sensibilidad, E=especificidad, TBP I= TB I, TBP II= TB II, TBP NOS= TB No especificado.

PROCEDIMIENTO

1. Se presentó el protocolo de investigación al Comité de Investigación y al Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para su revisión.
2. Al ser aprobado, se solicitaron los permisos correspondientes para la aplicación de los instrumentos en la áreas implicadas.

3. Se revisaron los expedientes de los pacientes que acudieron al servicio de consulta externa durante un periodo de 6 meses y de aquellos pacientes hospitalizados en cualquier área de esta unidad, durante el mismo periodo de tiempo.
4. Se invitó a participar en el estudio a los candidatos, explicando los objetivos, las ventajas y desventajas de participación y solicitando su firma en la carta de consentimiento informado.
5. Se aplicó el formato de investigación diseñado para recabar las variables sociodemográficas y clínicas, así como los instrumentos HAMD, MDQ y BSDS.
6. Una vez obtenida la cantidad suficiente de evaluaciones, se digitalizó la información obtenida en la base de datos diseñada para el estudio y una vez concluido este proceso se realizó el análisis estadístico .
7. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS versión 24, se obtuvieron datos descriptivos y se buscaron las correlaciones entre las variables clínicas y el resultado del tamizaje.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo de investigación, fue ejecutado de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su título segundo. En todo momento fue preservada la dignidad, el bienestar y los derechos humanos de los pacientes (Artículo 13).

El protocolo, fue revisado y aprobado por el comité de ética en investigación de la unidad hospitalaria (Artículo 14).

En cada entrevista, y previo a la aplicación de los instrumentos, fue solicitado el consentimiento informado por escrito de cada uno de los pacientes, respetando su derecho a declinar en cualquier momento del procedimiento (Artículo 14 y 20). El consentimiento informado fue redactado conforme los requerimientos indicados en el artículo 21. La información obtenida fue confidencial y se utilizó únicamente con los fines del protocolo de investigación (Artículo 16).

De acuerdo con la clasificación de riesgo del Reglamento de la Ley General de Salud, se trata de una investigación sin riesgo: donde se emplearon técnicas y métodos de investigación documental, sin ninguna intervención o modificación intencionada a variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio, se realizaron entrevistas donde no se identificaron ni tratarán aspectos sensibles de la conducta (Artículo 17).

Al identificar casos positivos en el tamizaje, se comunicó el resultado con el médico tratante para que fuera valorada la posibilidad de un ajuste en el tratamiento o su envío a valoración al servicio de urgencias en caso de pacientes con criterios de hospitalización (Artículo 18).

Se actuó de acuerdo con los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”, con apego al artículo 7o del Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y en el artículo 12o del Convenio Internacional sobre Derechos Económicos.

RESULTADOS

Se consideraron un total de 40 pacientes, sin embargo, 6 de ellos rechazaron formar parte del estudio y 4 se excluyeron al contestar de forma inadecuada el formato de alguno de los instrumentos aplicados. Finalmente se evaluaron un total de 30 pacientes. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS en su versión 24.

1. Variables sociodemográficas.

El 73.3% (n=22) de los sujetos evaluados fueron mujeres y solo en 26.7% (n=8) fueron hombres. En cuanto al estado civil, el 63.3% de la muestra (n=19) fueron solteros, el 23.3% (n=7) se encontraban casados o viviendo con alguien al momento de la evaluación, el 10% (n=3) se encontraban separados o divorciados y sólo un paciente se encontró viudo (3.3%). La edad media de la muestra fue de 33.2 años, en un rango entre los 18 y 50 años de edad, con una desviación estándar fue de 10.4. (Tabla 4)

No se encontraron diferencias significativas en la edad de inicio de padecimiento, el número de episodios depresivos previos, el número de intento suicidas previos, el puntaje obtenido en la escala de depresión de Hamilton, el puntaje del Cuestionario de Trastornos del Ánimo (MDQ) o el puntaje de la Escala de Diagnóstico de Espectro Bipolar (BSDS) de acuerdo al sexo de los sujetos. (Tabla 5)

Tampoco se encontró una diferencia significativa en cuanto al antecedente de al menos un intento suicida de acuerdo al estado civil. (Tabla 6)

2. Variables clínicas

A. Evolución del padecimiento.

La edad media de inicio de la enfermedad fue de 23.2 años, con un rango entre los 13 y 45 años, con una desviación estándar de 9.5. El tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad, hasta momento del tamizaje (tiempo de evolución del padecimiento), fue en promedio de 10.0 años, en un rango entre 0 y 35 años, con una desviación estándar de 10.0. (Tabla 7)

Tabla 4. Variables Sociodemográficas de la muestra

Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje
Hombre		8	26.7
Mujer		22	73.3
Total		30	100.0
Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje
Soltero		19	63.3
Casado o Viviendo con alguien		7	23.3
Separado o Divorciado		3	10.0
Viudo		1	3.3
Total		30	100.0
Edad (años)			
Media		33.27	
Desviación estándar		10.478	
Mínimo		18	
Máximo		50	

Tabla 5. Diferencias de edad de inicio de padecimiento, intentos suicidas y episodios depresivos de acuerdo al sexo

Variable	Sexo	N	Media	Desviación estándar
Edad de inicio	Hombre	8	24.88	8.64
	Mujer	22	22.64	9.92
Episodios depresivos previos	Hombre	8	1.63	0.91
	Mujer	22	2.00	0.92
Intentos suicidas previos	Hombre	8	1.25	1.16
	Mujer	22	1.32	1.49
Puntaje en HAMD	Hombre	8	14.50	5.09
	Mujer	22	13.50	8.02
Puntaje MDQ	Hombre	8	9.00	5.09
	Mujer	22	7.00	4.25
Puntaje BSDS	Hombre	8	13.13	4.73
	Mujer	22	12.73	7.19

Tabla 6. Antecedente de al menos un intento suicida previo por estado civil

		Estado civil			
		Soltero	Casado o viviendo con alguien	Separado o divorciado	Viudo
Antecedente de al menos un intento suicida previo	Negativo	7	4	0	1
	Positivo	12	3	3	0
Total		19	7	3	1

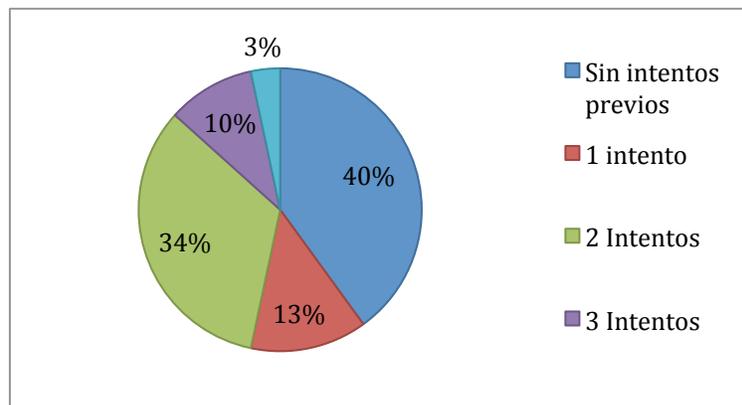
Tabla 7. Evolución del padecimiento	
Edad de inicio de padecimiento (años)	
Media	23.23
Desviación estándar	9.504
Mínimo	13
Máximo	45
Tiempo de evolución de padecimiento (años)	
Media	10.03
Desviación estándar	10.022
Rango	35
Mínimo	0
Máximo	35

B. Intentos suicidas previos

Se encontró que el 60% de los pacientes (n=18), tuvieron como antecedente, al menos un intento suicida. (Tabla 8) En cuanto al número de intentos, en 10 sujetos (30.3%) se encontró el antecedente de dos intentos, en 3 sujetos (9.1%) el antecedente de tres intentos y en un caso (3%) el antecedente de seis intentos. (Gráfica 1)

Tabla 8. Antecedente de Intentos de suicidio		
	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	12	40.0
Positivo	18	60.0
Total	30	100.0

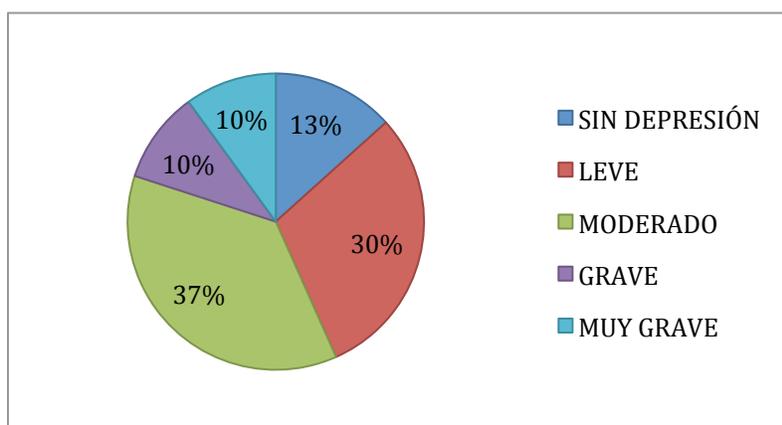
Gráfica 1. Intentos suicidas previos



C. Gravedad del episodio depresivo actual al momento de la evaluación.

Al momento de la evaluación, se encontraron cuatro pacientes (13.3%) sin depresión; nueve pacientes (30%) experimentaban un episodio depresivo leve, de acuerdo con la puntuación obtenida en la escala de depresión de Hamilton. Once pacientes (36.7%) experimentaba un episodio depresivo moderado, tres pacientes (10%) un episodio depresivo grave y tres pacientes más (10%) un episodio depresivo muy grave. (Gráfica 2)

Gráfica 2. Gravedad de episodio depresivo actual por puntaje de HAMD



D. Comorbilidad

Los diagnósticos encontrados, fueron agrupados de acuerdo al sistema multiaxial del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV) con la finalidad de una organización práctica. Se utilizaron los códigos y nombres de los diagnósticos codificados en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) ya que es la codificación utilizada en nuestra unidad.

a) Eje I

En cuanto a los diagnósticos encontrados, el más frecuente en el Eje I, fue el Trastorno Depresivo Recurrente (TDR) en episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2) en el 31.7% de los pacientes (n= 13). En segundo lugar, el TDR en episodio actual moderado (F32.1) en 9.8% (n=4) y en tercer lugar, el Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) en 7.3% (n=3). En cuarto lugar, encontramos también con 7.3% (n=3) el diagnóstico de Trastorno distímico. (F34.1)

Los diagnósticos menos frecuentes fueron el grupo de trastornos por consumo de sustancias como Trastorno por abuso y dependencia de alcohol, Trastorno por abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y Trastorno por consumo de múltiples sustancias, cada uno de ellos en 2.4% (n=1). Así mismo se encontró otro grupo de diagnósticos incluidos en los menos frecuentes, que corresponden a trastornos del espectro de ansiedad. En este grupo se incluye el Trastorno de pánico, Trastorno por estrés postraumático, en 2.4% cada uno de ellos. Un caso de Trastorno obsesivo compulsivo con predominio de actos compulsivos (2.4%) y un caso de Trastorno de Asperger (2.4%). (Tabla 9)

b) Eje II

En cuanto a los diagnósticos del Eje II, el diagnóstico más frecuente fue el Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite (F60.3) en 66.7% (n=10), seguido por Trastorno disocial de la personalidad (F60.2) en 20% (n=3), en tercer lugar, se encontraron dos pacientes con el diagnóstico de Trastorno de personalidad por dependencia (F60.7) que representan el 13.3% de la muestra. (Tabla 10)

c) Eje IV

En este grupo se encontró un conjunto de diagnósticos heterogéneos, relacionados con el entorno sociocultural y conductas autolesivas intencionalmente infligidas. El diagnóstico más frecuente fue el de Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado (Z63.2) en 33.3% (n=4). En segundo lugar el diagnóstico de Historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico (Z91.1) en 25% (n=3), Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianas y psicotrópicos (X61) en un caso (8.3%), Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma de fuego larga, en un caso (8.3%) y Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante (X78) en un caso (8.3%). (Tabla 11)

Tabla 9. Comorbilidad Eje I.

Diagnóstico y clave CIE 10	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos (F33.2)	13	31.7
Episodio depresivo moderado (F32.1)	4	9.8
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)	3	7.3
Distimia (F34.1)	3	7.3
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (F33.0)	2	4.9
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado (F33.1)	2	4.9
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F33.3)	2	4.9
Consumo perjudicial de alcohol (F10.1)	1	2.4

Síndrome de dependencia al alcohol (F10.2)	1	2.4
Trastorno psicótico debido al alcohol (F10.5)	1	2.4
Consumo perjudicial debido al consumo de sedantes o hipnóticos (F13.1)	1	2.4
Consumo perjudicial de múltiples sustancias (F19.1)	1	2.4
Síndrome de dependencia a múltiples sustancias (F19.2)	1	2.4
Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión (F33.4)	1	2.4
Trastorno de pánico (F41.0)	1	2.4
Trastorno obsesivo compulsivo con predominio de actos compulsivos (F42.1)	1	2.4
Trastorno de estrés postraumático (F43.1)	1	2.4
Trastorno de adaptación (F43.2)	1	2.4
Síndrome de Asperger (F84.5)	1	2.4

Tabla 10. Comorbilidad Eje II

Diagnóstico y clave CIE 10	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite (F60.3)	10	66.7
Trastorno disocial de la personalidad (F60.2)	3	20.0
Trastorno de la personalidad por dependencia (F60.7)	2	13.3

Tabla 11. Comorbilidad Eje IV

Diagnóstico y clave CIE 10	Frecuencia	Porcentaje
Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado (Z63.2)	4	33.3
Historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico (Z91.1)	3	25.0
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte (X61)	1	8.3
Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego (X74)	1	8.3
Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante (X78)	1	8.3
Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad (Z73.1)	1	8.3
Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente (Z91.5)	1	8.3

3. Criterios Clínicos de Espectro Bipolar

Al aplicar los criterios de Espectro Bipolar propuestos por Gahemi, se encontraron únicamente cuatro pacientes que cumplieron con los criterios suficientes para clasificarlos con este diagnóstico. Esto representó el 13.3% de la muestra total (Tabla 12).

De estos pacientes, únicamente 2 (50%) obtuvieron un tamizaje positivo en alguna de los dos instrumentos aplicados. Todos los sujetos de la muestra, cumplieron con los criterios A y B para Espectro Bipolar. Estos criterios corresponden a: “Al menos un episodio depresivo mayor” y “Ningún episodio maniaco o hipomaniaco espontáneo, respectivamente”. Esto de acuerdo con los criterios de inclusión de la muestra.

Se encontró que el 30% de los pacientes (n=9) iniciaron su padecimiento antes de los 25 años de edad. El 16.7% de la muestra (n=5) tuvo antecedentes de Trastorno Bipolar en familiares de primer grado. Así mismo, el 16.7% de la muestra (n=5), se consideró con antecedente positivo para “Episodios depresivos previos”, que de acuerdo con el autor, se define como más de 3 episodios depresivos previos. Se clasificó como positivo el antecedente de “Episodios depresivos breves” (menores a 3 semanas) en 4 pacientes (13.3%). Así mismo, se encontró el antecedente de “Depresión Postparto” en 4 pacientes (13.3%). En 3 casos (10%), se encontró positivo el criterio de “Síntomas psicóticos”. El antecedente de “Personalidad Hipertímica”, se encontró en 2 pacientes (6.7%) y la presencia de “Síntomas atípicos” en episodios depresivos previos o actuales, en 2 pacientes (6.7%). Únicamente se encontró el antecedente de efecto “*wear off*” en un paciente (3.3%). En ninguno de los casos se encontró el antecedente de falta de respuesta a 3 o más antidepresivos. (Tabla 13)

Tabla 12. Pacientes que cumplieron criterios de Gahemi para Espectro Bipolar.

	Frecuencia	Porcentaje
Con criterios suficientes	4	13.3
Sin criterios suficientes	26	86.6
Total	30	100

Tabla 13. Frecuencia de los Criterios de Espectro Bipolar de Gahemi

Criterio		Frecuencia	Porcentaje
A. Al menos un Episodio Depresivo Mayor	Positivo	30	100
	Negativo	0	0
	Total	30	100
B. Ningún Episodio Maníaco o Hipomaniaco espontáneo	Positivo	30	100
	Negativo	0	0
	Total	30	100
C 1. Antecedentes en familiares primer grado con diagnóstico de TBP	Positivo	5	16.7
	Negativo	25	83.3
	Total	30	100
C 2. Hipomanía o Manía inducida por antidepresivos.	Positivo	0	0
	Negativo	30	100
	Total	30	100
D 1. Personalidad hipertímica	Positivo	2	6.7
	Negativo	28	93.3
	Total	30	100
D 2. Episodio depresivos recurrentes	Positivo	5	16.7
	Negativo	25	83.3
	Total	30	100
D 3. Episodios depresivos breves	Positivo	4	13.3
	Negativo	26	86.7

	Total	30	100
D 4. Depresiones con síntomas atípicos	Positivo	2	6.7
	Negativo	28	93.3
	Total	30	100
D 5. Episodios depresivos con síntomas psicóticos	Positivo	3	10
	Negativo	27	90
	Total	30	100
D 6. Inicio antes de los 25 años	Positivo	9	30
	Negativo	21	70
	Total	30	100
D 7. Depresión postparto	Positivo	4	13.3
	Negativo	26	86.7
	Total	30	100
D 8. Efecto “Wear off”	Positivo	1	3.3
	Negativo	29	96.7
	Total	30	100
D 9. Falta de respuesta a tres o más antidepresivos	Positivo	0	0
	Negativo	30	100
	Total	30	100

4. Tamizaje de Espectro Bipolar

Utilizando el Cuestionario de Trastornos Afectivos (MDQ), con un punto de corte mayor o igual a 8 puntos, se identificaron 6 casos positivos, esto representa únicamente el 20% de los pacientes estudiados.

Utilizando la Escala de Diagnóstico de Espectro Bipolar (BSDS), con un punto de corte mayor o igual a 12 puntos (probabilidad moderada y alta), se encontraron 15 casos positivos, esto representó el 50% de los pacientes estudiados. (Tabla 14)

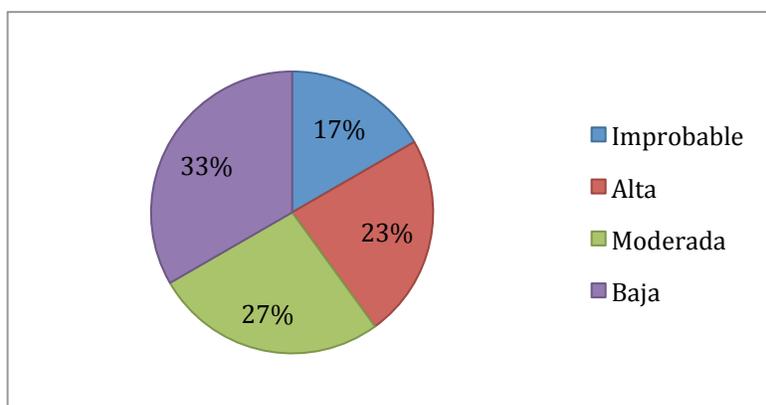
En cuanto a la probabilidad del diagnóstico, de acuerdo con el puntaje obtenido en la Escala de Diagnóstico de Espectro Bipolar (BSDS), se encontraron 5 casos “improbables” (16.7%), 10 casos con “baja probabilidad” (33.3%), 8 casos con “probabilidad moderada” (26.7%) y 7 casos con “probabilidad alta” (23.3%). (Gráfica 3)

Al combinar los resultados de tamizaje positivos, de ambos instrumentos, se encontró una tasa de tamizaje positivo del 50% (n=15). Se clasificaron los pacientes en tres grupos distintos: un grupo negativo al tamizaje, un grupo con tamizaje positivo únicamente por el instrumento BSDS y un grupo positivo al tamizaje por MDQ y BSDS. Cabe mencionar que todos los casos considerados positivos para el estudio, incluyen también a los 6 pacientes detectados como positivos al considerar únicamente el tamizaje por el instrumento MDQ.

Tabla 14. Tamizaje de Espectro Bipolar

		Frecuencia	Porcentaje
Tamizaje de acuerdo al Cuestionario de Trastorno Afectivos (MDQ)	Positivo	6	20
	Negativo	24	80
	Total	30	100
Tamizaje de acuerdo a la Escala de Diagnóstico de Espectro Bipolar (BSDS)	Positivo	15	50
	Negativo	15	50
	Total	30	100

Gráfica 3. Probabilidad de diagnóstico de Espectro Bipolar de acuerdo al puntaje en la Escala de Diagnóstico de Espectro Bipolar (BSDS)



5. Descripción del grupo positivo al tamizaje

En el grupo de tamizaje positivo estuvo integrado por 4 hombres (26.7%) y 11 mujeres (73.3%). La edad media de este grupo fue de 34.8 años con una desviación estándar de 10.2. En cuanto al estado civil, el 66.7% (n=10) se encontraron solteros, el 26.7% (n=4) casados o viviendo con alguien y un paciente separado o divorciado (6.7%).

La edad media de inicio de la enfermedad fue de 21.4 años con una desviación estándar de 8.3. El número promedio de episodios depresivos previos fue de 2 con una desviación estándar de 1.0. El número de intentos suicidas promedio fue de 1.8 con una desviación estándar de 1.6. La media del puntaje en la escala de depresión de Hamilton fue de 14.0 con un desviación estándar de 5.8. El antecedente de Historia familiar de trastorno bipolar, se encontró en el 20% de los pacientes (n=3), el antecedente de personalidad hipertímica en un caso (6.7%). El antecedente de episodios depresivo breves, se encontró en 2 pacientes (13.3%). Ninguno de los pacientes tuvo antecedentes de episodios depresivos con síntomas atípicos. El antecedente de Depresión Postparto, se encontró en el 26.7% (n=4). Se encontró la presencia

de síntomas psicóticos en 2 pacientes (13.3%). En ninguno de los paciente con tamizaje positivo se encontraron los antecedentes de efecto “Wear off” o falta de respuesta a más de tres o más antidepresivos.

6. Comparación de grupos de tamizaje positivo y negativo.

En cuanto a las variables demográficas, sexo, edad y estado civil, no se encontraron diferencias significativas. En cuanto a las variables clínicas, se encontró una diferencia en la frecuencia de antecedentes familiares de Trastorno Bipolar, siendo de 20% en el grupo de tamizaje positivo, contra 13.3% en el grupo de tamizaje negativo, sin embargo no se alcanzó un diferencia significativa entre los grupos. ($p=0.676$) El antecedente de depresión postparto, se presentó únicamente en el grupo con tamizaje positivo (26.7%, $n=4$), con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.032$) entre ambos grupos. Así mismo se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.047$) en el número promedio de intentos suicidas entre ambos grupos. Encontrándose una mayor cantidad promedio de intentos suicidas en el grupo de tamizaje positivo (1.8) al compararlo con el grupo de tamizaje negativo (0.8). No se encontró diferencia significativa en el número de episodios depresivos previos, edad de inicio de la enfermedad o puntaje promedio en la escala de depresión de Hamilton. Para el tiempo de evolución del padecimiento, se encontró un diferencia entre los grupos, siendo mayor (promedio de 13.3 años) para el grupo de tamizaje positivo, comparado con el grupo de tamizaje negativo (6.7 años) sin embargo no se alcanzó significancia estadística entre los grupos. (Tabla 15)

En cuanto a los diagnósticos del Eje I, se encontró una diferencia marginal ($p=0.058$) entre los diagnósticos más frecuentes en el grupo de tamizaje positivo y el grupo de tamizaje negativo. (Tabla 16) En el grupo de tamizaje positivo, los diagnósticos más frecuentes fueron el Trastorno depresivo recurrente, en episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2) en un 46% ($n=7$), Trastorno depresivo recurrente en episodio actual leve (F33.0) en un 12% ($n=2$) y el Trastorno depresivo recurrente en episodio actual moderado (F33.1) en un 12% ($n=2$). Los diagnósticos más frecuentes en el grupo de Tamizaje negativo fueron el Trastorno depresivo recurrente, en episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2) en un 40% ($n=6$), el Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) en un 20% ($n=3$) y el Episodio depresivo moderado (F32.1) en un 20% ($n=3$).

Al comparar los diagnósticos del Eje II en los pacientes con tamizaje positivo y negativo, encontramos que el 60% ($n=9$) de los pacientes con tamizaje negativo, no tuvieron diagnóstico. El diagnóstico más frecuente en este grupo fue el de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite (F60.3) en un 20% ($n=3$). En el grupo con tamizaje positivo, el 46% ($n=7$) tuvieron el diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite (F60.3) y el 40% de ellos, no tuvo

diagnóstico del Eje II. Sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa ($p=0.209$) en los diagnósticos del Eje II al comparar los grupos. (Tabla 17)

Tabla 15. Comparación de grupos de tamizaje positivo y negativo, combinando los resultados del MDQ y BSDS

Variables nominales	Tamizaje Negativo N (%)	Tamizaje Positivo N (%)	Valor de p*
Sexo			1.000
Hombre	4(26.7)	4(26.7)	
Mujer	11(73.3)	11(73.3)	
Estado Civil			0.676
Soltero	9(60)	10(66.7)	
Casado o viviendo con alguien	3(20)	4(26.7)	
Separado o divorciado	2(13.3)	1(6.7)	
Viudo	1(6.7)	0	
Historia Familiar de Trastorno Bipolar			0.500
Positivo	2(13.3)	3(20)	
Negativo	13 (86.7)	12(80)	
Personalidad hipertímica			1.000
Positivo	1 (6.7)	1(6.7)	
Negativo	14 (93.3)	14(93.3)	
Episodios depresivos breves			1.000
Positivo	2(13.3)	2(13.3)	
Negativo	13 (86.7)	13(86.7)	
Síntomas atípicos			0.143
Positivos	2(13.3)	0	
Negativos	13(86.7)	15(100)	
Depresión Postparto			<u>0.032</u>
Positivo	0	4(26.7)	
Negativo	15(100)	11(73.3)	
Efecto Wear off			0.326
Positivo	1(6.7)	0	
Negativo	14(93.3)	15(100)	
Síntomas psicóticos			0.559
Positivos	1(6.7)	2(13.3)	
Negativo	14(93.3)	13(86.7)	
*Prueba chi-cuadrada			
Variables numéricas	Tamizaje Negativo Media (DE)	Tamizaje Positivo Media (DE)	Valor de p*
Edad (años)	31.7(10.8)	34.8(10.2)	0.432
Episodios depresivo previos (número)	1.73(0.79)	2.0(1.0)	0.331
Edad de inicio de enfermedad (años)	25(10.5)	21.4(8.3)	0.317
Tiempo de evolución de padecimiento (años)	6.7(8.7)	13.3(10.4)	0.07
Intentos suicidas previos	0.8(0.86)	1.8(1.6)	<u>0.047</u>
Puntaje HAMD	13.4(8.7)	14.0(5.8)	0.826
*Prueba t-Student			

Tabla 16. Diagnósticos Eje I en Tamizaje positivo y Negativo

Diagnóstico y código de CIE 10	Tamizaje Negativo N(%)	Tamizaje positivo N(%)	Valor de P*
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. (F32.2)	3(20)	0	0.058
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2)	6(40)	7(46)	
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos(F33.3)	1(6)	1(6)	
Episodio depresivo moderado (F32.1)	3(20)	1(6)	
Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión (F33.4)	1(6)	0	
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (F33.0)	0	2(12)	
Trastorno distímico (F34.1)	1(6)	0	
Trastorno Obsesivo Compulsivo con predominio de actos compulsivos (F42.1)	0	1(6)	
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado (F33.1)	0	2(12)	
Trastorno de adaptación (F43.2)	0	1(6)	
Total	15(100)	15(100)	

*Prueba chi-cuadrada

Tabla 17. Diagnósticos del Eje II en pacientes con Tamizaje Positivo y Negativo para Espectro Bipolar.

Diagnóstico del EJE II	Tamizaje negativo N(%)	Tamizaje positivo N (%)	Valor de p*
Sin diagnóstico del Eje II	9(60)	6(40)	0.209
Trastorno disocial de la personalidad (F60.2)	1(6)	2(13)	
Trastorno límite de la personalidad (F60.3)	3(20)	7(46)	
Trastorno de personalidad por dependencia (F60.7)	2(13)	0	
Total	15	15	

*Prueba chi-cuadrada

7. Comparación de grupos de tamizaje considerando puntuación de MDQ.

Al encontrar una tasa de tamizaje positivo baja (20%), considerando únicamente el instrumento MDQ, se decidió comparar este grupo contra los pacientes con tamizaje negativo utilizando el mismo instrumento. Se encontró una diferencia significativa ($p=0.033$) para la presencia de síntomas psicóticos en el grupo de

tamizaje positivo contra el grupo de tamizaje negativo (13.3% vs. 6.7%, respectivamente). Así mismo el número promedio de intentos suicidas previos fue significativamente mayor en el grupo de tamizaje positivo al compararlo contra el grupo de tamizaje negativo (2.67 vs 0.96) (p=0.005). (Tabla 18)

Tabla 18. Comparación de grupos de tamizaje positivo y negativo considerando el resultado en MDQ

Variables nominales	Tamizaje Negativo N (%)	Tamizaje Positivo N (%)	Valor de p*
Sexo			0.680
Hombre	6(25)	2(33.3)	
Mujer	18(75)	4(66.6)	
Estado Civil			0.721
Soltero	15(62.5)	4(66.6)	
Casado o viviendo con alguien	5(20.8)	2(33.3)	
Separado o divorciado	3(12.5)	0	
Viudo	1(4.1)	0	
Historia Familiar de Trastorno Bipolar			0.221
Positivo	3(12.5)	2(33.3)	
Negativo	21(87.5)	4(66.6)	
Personalidad hipertímica			0.464
Positivo	2(8.33)	0	
Negativo	22(91.6)	6(100)	
Episodios depresivos breves			0.283
Positivo	4(16.6)	0	
Negativo	20(83.3)	6(100)	
Síntomas atípicos			0.464
Positivos	2(8.33)	0	
Negativos	22(91.6)	15(100)	
Depresión Postparto			0.107
Positivo	2(8.33)	2(33.3)	
Negativo	22(91.6)	4(66.6)	
Efecto Wear off			0.611
Positivo	1(4.1)	0	
Negativo	23(95.8)	6(100)	
Síntomas psicóticos			<u>0.033</u>
Positivos	1(6.7)	2(13.3)	
Negativo	14(93.3)	4(86.7)	
*Prueba chi-cuadrada			
Variables numéricas	Tamizaje Negativo Media (DE)	Tamizaje Positivo Media (DE)	Valor de p*
Edad (años)	32.2(10.6)	37.1(9.4)	0.316
Episodios depresivo previos (número)	1.79(0.97)	2.3(0.51)	0.204
Edad de inicio de enfermedad (años)	22.29(9.2)	27(10.5)	0.285
Intentos suicidas previos	0.96(0.99)	2.67(1.9)	<u>0.005</u>
Puntaje HAMD	24.38(7.6)	11.3(5.1)	0.271
*Prueba t-Student			

8. Comparación de grupos de tamizaje positivo.

Al observar los resultados del tamizaje, encontramos discordancia entre los resultados de los instrumentos aplicados. Siendo positivo el tamizaje en 6 pacientes con el instrumento MDQ y 15 pacientes con el instrumento BSDS (dentro de los cuales se encontraron todos los casos de tamizaje positivo con MDQ). Por esta razón, se decidió comparar los pacientes que tuvieron un tamizaje positivo únicamente con el instrumento BSDS contra los que tuvieron tamizaje positivo con MDQ y BSDS. Para las variables clínicas, no se encontraron diferencias significativas (Tabla 19). Para la edad, el número de episodios depresivos previos, el número de intentos suicidas y puntaje promedio en la escala de depresión de Hamilton, no se encontraron diferencias significativas. Únicamente se encontró diferencia significativa en la edad de inicio de padecimiento entre ambos grupos, siendo la edad promedio de inicio en el grupo de tamizaje positivo por BSDS, de 17.7 años (DE 3.73) y de 27 años (DE 10.5) en el grupo de tamizaje positivo por MDQ +BSDS, con una $p=0.016$. (Tabla 20)

Tabla 19. Comparación de variables nominales en los grupos de tamizaje positivo

		Tipo de tamizaje		Total
		Positivo en BSDS	Positivo en MDQ y BSDS	
Sexo	Hombre	2	2	4
	Mujer	7	4	11
Total		9	6	15
Estado civil	Soltero	6	4	10
	Casado o viviendo con alguien	2	2	4
	Separado o divorciado	1	0	1
Total		9	6	15
Historia familiar de trastorno bipolar	Negativo	8	4	12
	Positivo	1	2	3
Total		9	6	15
Personalidad hipertímica	Negativo	8	6	14
	Positivo	1	0	1
Total		9	6	15
Episodios depresivos breves	Negativo	7	6	13
	Positivo	2	0	2
Total		9	6	15
Síntomas atípicos	Negativo	9	6	15
	Positivo	0	0	0
Total		9	6	15
Depresión postparto	Negativo	7	4	11
	Positivo	2	2	4
Total		9	6	15

Efecto Wear off	Negativo	9	6	15
	Positivo	0	0	0
Total		9	6	15
Falta de respuesta a mas de tres tratamientos	Negativo	9	6	15
	Positivo	0	0	0
Total		9	6	15
Síntomas psicóticos	Negativo	9	4	13
	Positivo	0	2	2
Total		9	6	15

Tabla 20. Comparación de variables cuantitativas entre grupos de tamizaje positivo

	Tipo de tamizaje	N	Media	Desviación estándar	Valor de p*
Edad	Positivo en BSDS	9	33.22	11.032	0.624
	Positivo en MDQ y BSDS	6	37.17	9.496	
Episodios depresivos previos	Positivo en BSDD	9	1.89	1.269	0.401
	Positivo en MDQ y BSDS	6	2.33	.516	
Edad de inicio de padecimiento	Positivo en BSDS	9	17.78	3.734	<u>0.016</u>
	Positivo en MDQ y BSDS	6	27.00	10.564	
Intentos suicidas previos	Positivo en BSDS	9	1.22	1.202	0.595
	Positivo en MDQ y BSDS	6	2.67	1.966	
Puntaje en escala de depresión de Hamilton	Positivo en BSDS	9	15.89	5.798	0.867
	Positivo en MDQ y BSDS	6	11.33	5.164	

DISCUSIÓN

La tasa global de tamizaje positivo para Espectro Bipolar fue de 50% en pacientes con algún tipo de trastorno depresivo. Con una sensibilidad del 90%, una especificidad del 68%, un valor predictivo positivo de 88% y un valor predictivo negativo de 73%, de acuerdo con el método de tamizaje propuesto por Lee (28); En este método se considera un tamizaje positivo cuando se obtiene un resultado mayor o igual al punto de corte en cualquiera de los dos instrumentos aplicados (MDQ o BSDS).

El resultado de tamizaje global, es mayor al reportado por Cornú en 2014 y Luna en 2016, quienes encontraron una incidencia de 25% y 14.8%, respectivamente, de pacientes con algún de tipo de Trastorno Bipolar que previamente habían sido diagnosticados con Trastorno Depresivo Recurrente en esta institución.(24)(25) Estos resultados fueron obtenido al aplicar la Lista de Valoración de Hipomanía

(HCL-32), un instrumento con una sensibilidad de 85% y una especificidad del 79% en su versión traducida al español.

Las diferencias metodológicas y los parámetros de sensibilidad y especificidad, podrían explicar las diferencias observadas entre estos estudios. En este caso, debido a que se utilizaron instrumentos con un mayor sensibilidad y menor especificidad para la detección de trastornos del Espectro Bipolar, podría esperarse una mayor cantidad de casos falsos positivos. Además, la confirmación de los diagnósticos del Espectro Bipolar (Trastorno Bipolar tipo I, Trastorno Bipolar tipo II o Trastorno Bipolar no especificado) por un método estandarizado, está fuera de los objetivos de este estudio.

Al comparar los resultados con estudios extranjeros, encontramos que Rybakowski reportó una tasa de tamizaje de 60% para Trastorno Bipolar en pacientes ambulatorios, que padecían un episodio depresivo mayor, aplicando MDQ en un estudio multicéntrico en Polonia(21). La tasa de tamizaje obtenida en este estudio con el mismo instrumento es menor (20%), sin embargo la tasa de tamizaje obtenida con BSDS es comparable (50%).

En otro estudio, Tafalla reportó un tasa de tamizaje de Trastorno Bipolar de 24% en pacientes con diagnóstico previo de Depresión unipolar, aplicando el MDQ en pacientes ambulatorios en un estudio multicéntrico en España.(23) Hirschfeld reportó un tasa de tamizaje de 21% en pacientes ambulatorios que recibían tratamiento para depresión. El resultado obtenido en este estudio, con el instrumento MDQ, es similar a lo reportado por los dos estudios anteriores. (20%) (29)

En general, la tasa de tamizaje global en este estudio, se encuentra dentro de los porcentajes mencionados por Akiskal, quien sugiere que dependiendo del contexto y método utilizado, entre el 30% y 70% de todos los casos de depresión, podrían pertenecer al Espectro Bipolar.(30) Con respecto a esta aseveración, debe considerarse que la sensibilidad y especificidad de los instrumentos puede variar dependiendo de la población en la que se apliquen. En este caso, se trata de un hospital de tercer nivel de atención en donde podría esperarse una prevalencia mayor para cualquier trastorno afectivo, al compararla con otros escenarios como población abierta o el resto de los niveles de atención.

Al comparar los resultados de ambos instrumentos, se observó una tasa de tamizaje menor con MDQ que con BSDS (20% vs. 50%). Lo cual se podría explicar por una sensibilidad menor del MDQ al compararla con la del BSDS (78.5% vs. 94.2%), esto de acuerdo con los parámetros reportados por Corona y De la Vega en estudios de sensibilidad y especificidad realizados población mexicana. (27)(26)

Al comparar los grupos de tamizaje positivo por MDQ y MDQ+BSDS, únicamente se encontró que los casos detectados por MDQ tuvieron un inicio del padecimiento a edades más tempranas (media de 17.7 años) que el grupo detectado por BSDS+MDQ (media de 27 años). Esta edad es similar a la reportada por

Luna (16.25 años). Lo cual también es congruente con la edad de inicio temprana reportada para trastornos del Espectro Bipolar.(31)

En el grupo de tamizaje positivo se encontró un promedio de 13.3 años de evolución del padecimiento, lo cual podría compararse con lo reportado anteriormente por Luna (18.5 años).(25) En la literatura se reporta un retraso en el diagnóstico hasta de 10 años en pacientes con Trastorno Bipolar.(31) A pesar de la gran diferencia en el tiempo de evolución promedio, con el grupo de tamizaje negativo (6.7 años) no se alcanzó significancia estadística, probablemente por el tamaño de la muestra.

Al analizar el grupo de tamizaje positivo, se encontró que el antecedente de depresión posparto tuvo mayor presencia en este grupo que en el de tamizaje negativo. Esto se podría correlacionar con lo reportado por Dudek, quien encontró que las pacientes con mayor puntaje en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, tuvieron mayor probabilidad de un tamizaje positivo de espectro bipolar con el instrumento MDQ.(32) Así mismo, Sharma, reportó que el 54% de las mujeres con depresión posparto, fueron diagnosticadas con algún tipo de trastorno bipolar.(33)

Así mismo, se encontró número promedio mayor de intentos suicidas previos en el grupo de tamizaje positivo. Este resultado concuerda con lo reportado por Tafalla en un estudio de tamizaje utilizando MDQ. Luna reportó un promedio de 2.5 intentos suicidas en el grupo de pacientes identificados con Trastorno Bipolar que anteriormente tenían el diagnóstico de Depresión recurrente.(25) Este resultado es congruente con el hecho de que hasta el 50% de los pacientes con Trastorno Bipolar realizan un intento suicida durante su vida.(31)

En cuanto a otras variables clínicas, se ha reportado que los pacientes con trastornos del Espectro Bipolar presentan un número mayor de episodios depresivos previos al diagnóstico, una mayor frecuencia de antecedentes familiares de Trastorno Bipolar, mayor frecuencia de episodios depresivos breves, síntomas atípicos, síntomas psicóticos, falta de respuesta a más de tres antidepresivos y presencia de efecto Wear off.(31) Esto no se logró corroborar en el estudio. Cabe mencionar que en la mayor parte de los casos, no se pudo confirmar el fracaso terapéutico ya que la mayor parte de los pacientes con más de dos tratamientos antidepresivos, no cumplen los criterios de temporalidad (tratamiento de 6 meses de duración) o dosis suficientes de antidepresivos y abandonan el tratamiento farmacológico. Las causas de abandono del tratamiento antidepresivo, podrían ser motivo de otros protocolos de investigación.

En cuanto a los diagnósticos del Eje I en los pacientes con tamizaje positivo para Espectro Bipolar, la mayor parte de ellos tuvieron algún tipo de Trastorno depresivo recurrente. Se encontró una diferencia marginal al comparar los grupos, sin embargo esta diferencia podría resultar positiva si se ampliara el tamaño de la muestra. Para los diagnósticos del Eje II, no se encontró diferencia entre ambos grupos. Esto resulta discordante con la alta frecuencia de los diagnósticos del Trastorno disocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad. (31)

CONCLUSIONES

Dada la alta sensibilidad y especificidad del método utilizado, podemos concluir que los trastornos del espectro bipolar son poco identificados en los pacientes con algún tipo de trastornos depresivos en nuestra institución, especialmente en pacientes con trastorno depresivo recurrente.

El antecedente de depresión postparto y el mayor número de intentos suicidas en estos pacientes, pueden ser indicadores para una sospecha temprana de trastornos del espectro bipolar. Existen diferencias en la tasa de tamizaje y el tipo de pacientes identificados por los dos instrumentos utilizados.

AVANCES Y LIMITACIONES

La limitación más importante en este estudio, fue que no se corroboró el diagnóstico específico de tipo de trastorno bipolar en los pacientes con tamizaje positivo para Espectro Bipolar. Es importante darle seguimiento prospectivo a estos pacientes para vigilar la aparición de síntomas de hipomanía o manía y poder determinar el riesgo de conversión a Trastorno Bipolar con un tamizaje positivo.

Los resultados se deben interpretar con cautela debido a que el tamaño de la muestra y las características de esta institución, limitan que los resultados sean extrapolados a otros escenarios clínicos.

Las características de los instrumentos aplicados en el tamizaje, pueden representar una ventaja al consumir poco tiempo en su aplicación y contar con una sensibilidad alta, siendo estos parámetros relevantes en áreas con una alta demanda de trabajo.

REFERENCIAS:

1. Karam EG, Sampson N, Itani L, Andrade LH, Borges G, Chiu WT, et al. Under-reporting bipolar disorder in large-scale epidemiologic studies. *J Affect Disord*. Elsevier; 2014;159:147–54.
2. Hagop S, Akiskal M. The Emergence of the Bipolar Spectrum: Validation Along Clinical-Epidemiologic and Familial-Genetic Lines. *Psychopharmacol Bull*. 2008;40(4):99–115.
3. Ghaemi SN. Bipolar spectrum: a review of the concept and a vision for the future. *Psychiatry Investig*. 2013;10(3):218–24.
4. Smith DJ, Harrison N, Muir W, Blackwood DHR. The high prevalence of bipolar spectrum disorders in young adults with recurrent depression: Toward an innovative diagnostic framework. *J Affect Disord*. 2005;84(2-3):167–78.
5. Baldessarini RJ, Faedda GL, Offidani E, Vázquez GH, Marangoni C, Serra G, et al. Antidepressant-associated mood-switching and transition from unipolar major depression to bipolar disorder: a review. *J Affect Disord*. 2013;148(1):129–35.
6. Reddy MS. The bipolar spectrum. *Indian J Psychol Med [Internet]*. 2012;34(1):1–4.
7. Ghaemi SN, Dalley S. The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(4):314–24.
8. Ghaemi S, Ko J, Goodwin F. “Cade’s disease” and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J psychiatry*. 2002.
9. Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry*. 2007;190:189–91.
10. Cassano GB, Dell’Osso L, Frank E, Miniati M, Fagiolini a, Shear K, et al. The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *J Affect Disord*. 1999;54(3):319–28.
11. Coulston CM, Tanious M, Mulder RT, Porter RJ, Malhi GS. Bordering on bipolar: the overlap between borderline personality and bipolarity. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012 Jun [c;46(6):506–21. 5
12. Stephen Soreff M. Bipolar Affective Disorder [Internet]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/286342-overview#a0156>
13. Merikangas KR, Jin R, He J-P, Kessler RC, Lee S, Sampson N a, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241–51.
14. Parker G, McCraw S, Hadzi-Pavlovic D, Hong M, Barrett M. Bipolar depression: prototypically melancholic in its clinical features. *J Affect Disord [Internet]*. Elsevier; 2013 May;147(1-3):331–7.
15. Katzow JJ, Hsu DJ, Ghaemi SN. The bipolar spectrum: a clinical perspective. *Bipolar Disord*.

2003;5(6):436–42.

16. Marchand WR, Lee JN, Johnson S, Gale P, Thatcher J. Differences in functional connectivity in major depression versus bipolar II depression. *J Affect Disord* [Internet]. Elsevier; 2013;150(2):527–32.
17. Fennig S, Kovaszny B, Rich C, Ram R, Pato C, Miller A, Rubinstein J, Carlson G, Schwartz JE, Phelan J et al. Six-month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis. *Am J Psychiatry*. 1994;151(8):1200–8.
18. Vedel Kessing L, Vradi E, Kragh Andersen P. Diagnostic stability in pediatric bipolar disorder. *J Affect Disord*. Elsevier; 2015;172:417–21.
19. Ghaemi SN, Sachs GS, M. Chiou A, Pandurangi AK, Goodwin FK. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord*. 1999;52(1-3):135–44.
20. Walsh M a, Royal A, Brown LH, Barrantes-Vidal N, Kwapil TR. Looking for bipolar spectrum psychopathology: identification and expression in daily life. *Compr Psychiatry* [Internet]. Elsevier Inc.; 2012;53(5):409–21.
21. Rybakowski JK, Suwalska A, Lojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. Bipolar mood disorders among Polish psychiatric outpatients treated for major depression. *J Affect Disord*. 2005;84(2-3):141–7.
22. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche EG, Fraud JP, Gury C, et al. Validating the bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study: Overview of the phenomenology and relative prevalence of its clinical prototypes. *Journal of Affective Disorders*. 2006. p. 197–205.
23. Tafalla M, Sanchez-Moreno J, Diez T, Vieta E. Screening for bipolar disorder in a Spanish sample of outpatients with current major depressive episode. *J Affect Disord* [Internet]. Elsevier B.V.; 2009;114(1-3):299–304.
24. Cornu HG. Identificación de Trastorno Bipolar en pacientes manejados como depresión unipolar en la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
25. Luna Sánchez KI. Identificación de trastorno bipolar en pacientes con trastorno depresivo recurrente en el hospital psiquiátrico Fray Beranrdino Álvarez. Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.
26. De la Vega A. Validez de la escala de diagnóstico del espectro bipolar en su versión al español. Universidad Nacional Autónoma de México; 2008.
27. Corona AR. Sensibilidad y Especificidad de un instrumento de tamizaje para el espectro del trastorno bipolar: El Cuestionario para trastornos del estado de ánimo. Universidad Nacional Autónoma de México; 2006.

28. Lee D, Cha B, Park C-S, Kim B-J, Lee C-S, Lee S. Usefulness of the combined application of the Mood Disorder Questionnaire and Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in screening for bipolar disorder. *Compr Psychiatry Elsevier Inc.*; 2013;54(4):334–40.
29. Hirschfeld RM a., Cass AR, Holt DCL, Carlson C a. Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. *J Am Board Fam Prac*; 2005;18(4):233–9.
30. Akiskal HS. The Bipolar Spectrum in Psychiatric and General Medical Practice. *Prim Psychiatry* 2004;
31. Kostas N. Fountoulakis. *Bipolar Disorder An Evidence-Based Guide to Manic Depression*. Springer-Verlag. 2015. 476-86 p.
32. Dudek D, Jaeschke R, Siwek M, Maczka G, Topór-Madry R, Rybakowski J. Postpartum depression: Identifying associations with bipolarity and personality traits. Preliminary results from a cross-sectional study in Poland. *Psychiatry Res*. 2014;215(1):69–74.
33. Sharma V, Khan M, Corpse C, Sharma P. Missed bipolarity and psychiatric comorbidity in women with postpartum depression. *Bipolar Disord*. 2008;10(6):742–7.

ANEXO A.

Consentimiento informado para el paciente

Identificación Espectro Bipolar en pacientes con Trastorno Depresivo Recurrente en pacientes ambulatorios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Nombre del usuario: _____

Usted es candidato a participar en un estudio de investigación de este hospital, este estudio requiere de su consentimiento. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Objetivo del estudio:

El objetivo del estudio es detectar a pacientes que padezcan Trastorno Bipolar o algunas variantes de esta enfermedad. En ocasiones los pacientes con depresión pudieran padecer esta enfermedad sin ser diagnosticada de forma oportuna. Por esta razón nos interesa saber si usted pudiera padecer esta enfermedad para brindarle una mejor atención. Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información.

Procedimiento del estudio

Si usted acepta participar, deberá llenar dos cuestionarios breves. Ambos cuestionarios detectan la presencia de síntomas compatibles con el trastorno bipolar o alguna de sus variantes.

1. Se solicitará su consentimiento por escrito.
2. La aplicación de estos cuestionarios no implica ningún gasto económico para usted.
3. Su participación en este estudio es voluntaria, usted podrá retirarse en el momento que lo desee sin que esto afecte su tratamiento en la consulta externa.

Ventajas

1. Su participación en este estudio no implica algún beneficio económico o de cualquier tipo hacia usted.
2. Las encuestas que realice, pudieran identificar de forma oportuna, si usted padece Trastorno Bipolar o alguna variante de esta enfermedad.
3. Usted podrá discutir con el responsable del estudio y su médico tratante, sobre los resultados del cuestionario.
4. Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al aportar información útil para el conocimiento y tratamiento de su enfermedad.

Desventajas

1. La única desventaja posible de este estudio es que, en algún momento, usted se sienta incómodo al realizar el cuestionario. Sin embargo usted cuenta con el derecho de comentar cualquier incomodidad con el responsable del estudio.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de la entrevista y la aplicación de las encuestas son confidenciales. En ningún momento se utilizará su nombre como forma de identificación en el cuestionario. Tampoco se utilizarán sus datos personales para fines diferentes a los de este estudio. La información obtenida quedará resguardada por el responsable del estudio y únicamente tendrán acceso a ella, los asesores del estudio, con la finalidad de asegurar un análisis adecuado de la información.

Disposiciones Generales

Si requiere de información adicional o tiene alguna duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el responsable del estudio: Dr. Héctor Octavio Castañeda González en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, ubicado en San Buenaventura No. 2 Esquina Niño de Jesús Col Tlalpan, en la Delegación Tlalpan de 08:00 a 16:00 horas o al teléfono 55731550.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que eso tenga consecuencia en mi relación con la Institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados ya que será registrada con un código numérico. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento informado.

Nombre del usuario: _____ Firma del usuario: _____

Nombre y firma de Testigo: _____ Nombre y firma de Testigo: _____

ANEXO B. Cuestionario de Trastornos del Ánimo (MDQ)

Instrucciones: Por favor, responda cada pregunta lo mejor que pueda.

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. ¿Ha tenido alguna vez algún período de tiempo en el que no estaba en su estado habitual y... ... se sintiera tan bien o tan hiperactivo que otras personas han pensado que no estaba en su estado normal o que estaba tan hiperactivo que tenía problemas? ... estaba tan irritable que gritaba a la gente o se ha peleado o discutido? ... se sentía mucho más seguro que normalmente? ... dormía mucho menos de lo habitual y creía que realmente no era importante? ... estaba más hablador y hablaba mucho más rápido de lo habitual? ... sus pensamientos iban más rápidos en su cabeza o no podía frenar su mente? ... se distraía fácilmente por las cosas de alrededor o ha tenido problemas para concentrarse o seguir el hilo? ... tenía mucha más energía de la habitual? ... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas de lo habitual? ... era mucho más social o extrovertido de lo habitual, por ejemplo, llamaba a los amigos en plena noche? ... tenía mucho más interés de lo habitual por el sexo? ... hizo cosas que eran inusuales para usted o que otras personas pudieran pensar que eran excesivas, estúpidas o arriesgadas? ... ha gastado dinero que le trajera a problemas a usted o a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si ha respondido Sí a más de una de las cuestiones anteriores, ¿han ocurrido varias de estas durante el mismo período?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuánto problema le han causado alguna de estas cosas – en el trabajo; problemas con la familia, el dinero o legales; metiéndose en discusiones o peleas? Por favor señale una sola respuesta <input type="checkbox"/> Sin problema <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Serio		
4. ¿Ha tenido alguno de sus parientes (p. ej., hijos, hermanos, padres, abuelos, tías, tíos) una enfermedad de tipo maniaco-depresiva o trastorno bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le ha dicho alguna vez un profesional de la salud que usted tiene una enfermedad maniaco-depresiva o trastorno bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO C. Escala de diagnóstico del Espectro Bipolar (BSDS)

Instrucciones: por favor leer todo el párrafo atentamente antes de marcar los espacios en blanco (___)

1. De vez en cuando, algunos individuos notan que su humor y/o su nivel de energía cambian drásticamente___.
2. También notan que a veces su energía es muy baja y otras es muy alta___.
3. Durante su fase “baja” estos individuos sienten a menudo falta de energía, necesidad de quedarse en cama o de dormir de más, y poca o ninguna motivación para realizar las cosas que tienen que hacer___.
4. A menudo suben de peso durante estos períodos___.
5. Durante esta fase se sienten “bajoneados,” tristes todo el tiempo o deprimidos___.
6. A veces durante estas etapas se sienten desesperanzados y hasta con pensamientos suicidas___.
7. Tienen dificultades laborales y sociales___.
8. Habitualmente estas etapas duran semanas, aunque a veces pueden durar sólo unos pocos días___.
9. Los individuos con estas características pueden experimentar un período de estado de ánimo “normal” entre los cambios de humor, durante estas fases su nivel de energía y su humor no son adecuados y sus capacidades no se ven alteradas___.
10. Luego pueden sentir un marcado cambio en la manera en que se sienten___.
11. Su energía aumenta por encima de lo que es habitual para ellos, y con frecuencia realizan más actividades de las que harían normalmente___.
12. A veces, durante estos períodos en “alta” los individuos sienten que tienen demasiada energía y hasta se sienten “excelentemente bien”___.
13. Algunos individuos en estas etapas también pueden sentirse irritables, intolerantes o más agresivos___.
14. Algunos realizan muchas actividades al mismo tiempo durante estas fases___.
15. Durante estos períodos también algunos individuos pueden meterse en problemas por gastar más dinero___.
16. También pueden estar más conversadores, más extrovertidos o tener más interés en la actividad sexual___.
17. A veces durante esta fase su comportamiento puede ser extraño o incluso molesto para las demás personas___.
18. A veces se meten en problemas con sus compañeros de trabajo o hasta con la policía en estos períodos___.
19. A menudo aumentan su consumo de alcohol o de drogas no recetadas por un médico durante estos períodos___.

Ahora que ha leído este párrafo, por favor marque alguna de las siguientes cuatro opciones:

- () Esta historia me describe muy bien o casi perfectamente.
- () Esta historia me describe bastante bien.
- () Esta historia me describe hasta cierto punto pero no en todos los aspectos.
- () Esta historia no me describe en lo absoluto.

En este momento relea la historia y marque con una cruz al final de cada oración que lo describa perfectamente.

Para el evaluador:

Puntuación: Se otorga un punto por cada oración del párrafo marcada. Se suman 6 puntos para “me describe muy bien,” 4 puntos para “me describe bastante bien,” y 2 puntos para “me describe hasta cierto punto”. La puntuación más alta es 25

20-25 = Probabilidad alta de Trastorno Bipolar.

19-13 = Probabilidad moderada de Trastorno Bipolar.

12-7 = Probabilidad baja de Trastorno Bipolar.

6-0 = Probabilidad muy baja de Trastorno Bipolar.

(El umbral óptimo para el diagnóstico positivo es de 13 o más puntos)

ANEXO D. Formato de Investigación.

Tamizaje de Espectro Bipolar en pacientes con diagnosticados con Trastornos depresivos.

Folio: _____

Iniciales: _____ edad: _____

Expediente: _____

Sexo: Hombre 0
Mujer 1

Estado civil: Soltero 0
Casado/viviendo con alguien 1
Separado/Divorciado 2
Viudo 3

Historia Familiar de TBP Negativo 0
Positivo 1

**Antecedentes psiquiátricos
(Código CIE-10)**

Diagnósticos: _____

**Personalidad Hipertímica
Episodios depresivos**

Positivo 1 Negativo 0
Número de episodios previos: _____
Episodios Breves (<3 semanas) Positivo 1 Negativo 0
Síntomas atípicos: Positivo 1 Negativo 0
Depresión postparto: Positivo 1 Negativo 0
Efecto "Wear off": Positivo 1 Negativo 0
Falta de respuesta a tres o más antidepresivos: Positivo 1 Negativo 0

Edad de inicio de padecimiento:

Edad: _____

Intentos suicidas previos

Número: _____

Síntomas psicóticos actuales:

Negativo 0
Positivo 1

Diagnostico Actual

TDR

HAMD

Episodio actual: _____

_____ puntos

MDQ

_____ puntos

Positivo 1
Negativo 0

BSDS

_____ puntos

Positivo 1
Negativo 0