

11241

**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.**

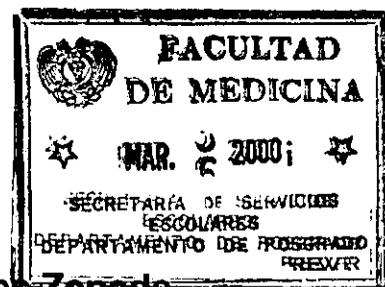
16

**Instituto Mexicano de Psiquiatría**

Protocolo de investigación para  
obtener el grado de especialista en Psiquiatría

**HISTORIA DE HIPOMANIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS EN  
PACIENTES CON DEPRESION MAYOR, VISTOS POR PRIMERA  
VEZ EN EL SERVICIO DE PRECONSULTA Y HOSPITALIZACION.**

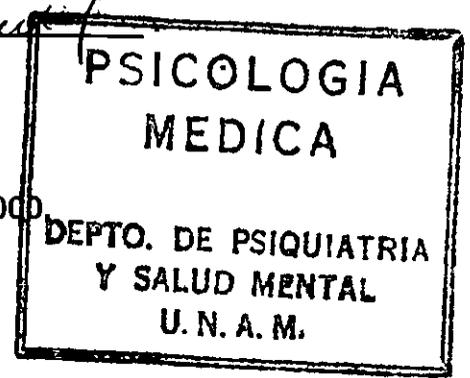
*276107*



**Presenta : Dra. Ana Yvonne Fuentes-Zepeda,**  
**Residente de tercer año de especialidad.**

Tutor teórico : Dr. Héctor Senties Castellá  
Tutores estadísticos: Ing. José Cortés Sortes  
Dra. Malú Medina.

*Héctor Senties Castellá*  
*José Cortés Sortes*



*Vo. Bo.*

Ciudad de México, 15 de febrero del 2000

*Alejandro Díaz*

*Dr. Alejandro Díaz*



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.

## **ANTECEDENTES.**

El trastorno bipolar tipo II (TBP II) es una entidad clínica que se caracteriza por la presencia de episodios depresivos importantes que alternan con períodos de exaltación de la estado de animo (hipomanía); es una categoría diagnóstica nueva dentro del DSM-IV, elaborado en 1994; Ya que con anterioridad se incluía dentro de la categoría del trastorno bipolar no especificado en el DSM III-R (1987) y dentro de la categoría del trastorno bipolar atípico en el DSM III(1980). (2,3)

## **HIPOMANÍA.**

Un episodio hipomaniaco se define como un estado anímico persistentemente eufórico, expansivo o irritable y que dura por lo menos cuatro días como mínimo. Este período debe de ir acompañado de por lo menos tres síntomas entre los que se incluyen: 1).-aumento de la autoestima, 2).- disminución en la necesidad de dormir, 3).- discurso verborreico, 4).- fuga de ideas controlada, 5).- fácil distractibilidad, 6).- aumento de vitalidad y energía para realizar las actividades cotidianas e inclusive para emprender nuevas actividades y agitación psicomotriz. Este estado de ánimo debe de ser diferente al estado de ánimo que habitualmente tiene el paciente y debe ser observado por sus familiares como algo fuera de lo habitual, y sin ser lo suficientemente grave para requerir hospitalización o ocasionar un deterioro laboral y social importante. Este cambio no debe ser el resultado o una consecuencia de la acción farmacológica de una sustancia ya sea médica o ilícita, o de algún padecimiento médico (3).

## **DEPRESIÓN:**

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos de la suficiente severidad para causar un malestar significativo en el paciente que lo padece o para interferir en el funcionamiento de actividades que anteriormente se realizaban sin dificultad. (Por ejemplo, al menos 2 semanas de un estado anímico predominantemente depresivo y/o pérdida parcial o total de interés en sus actividades cotidianas y acompañados por al menos otros síntomas sugestivos de depresión. (2 ,3)

## **ANTECEDENTES.**

El trastorno bipolar tipo II (TBP II) es una entidad clínica que se caracteriza por la presencia de episodios depresivos importantes que alternan con períodos de exaltación de la estado de animo (hipomanía); es una categoría diagnóstica nueva dentro del DSM-IV, elaborado en 1994; Ya que con anterioridad se incluía dentro de la categoría del trastorno bipolar no especificado en el DSM III-R (1987) y dentro de la categoría del trastorno bipolar atípico en el DSM III(1980). (2,3)

## **HIPOMANÍA.**

Un episodio hipomaniaco se define como un estado anímico persistentemente eufórico, expansivo o irritable y que dura por lo menos cuatro días como mínimo. Este período debe de ir acompañado de por lo menos tres síntomas entre los que se incluyen: 1).-aumento de la autoestima, 2).- disminución en la necesidad de dormir, 3).- discurso verborreico, 4).- fuga de ideas controlada, 5).- fácil distractibilidad, 6).- aumento de vitalidad y energía para realizar las actividades cotidianas e inclusive para emprender nuevas actividades y agitación psicomotriz. Este estado de ánimo debe de ser diferente al estado de ánimo que habitualmente tiene el paciente y debe ser observado por sus familiares como algo fuera de lo habitual, y sin ser lo suficientemente grave para requerir hospitalización o ocasionar un deterioro laboral y social importante. Este cambio no debe ser el resultado o una consecuencia de la acción farmacológica de una sustancia ya sea médica o ilícita, o de algún padecimiento médico (3).

## **DEPRESIÓN:**

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos de la suficiente severidad para causar un malestar significativo en el paciente que lo padece o para interferir en el funcionamiento de actividades que anteriormente se realizaban sin dificultad. (Por ejemplo, al menos 2 semanas de un estado anímico predominantemente depresivo y/o pérdida parcial o total de interés en sus actividades cotidianas y acompañados por al menos otros síntomas sugestivos de depresión. (2 ,3)

## **ANTECEDENTES.**

El trastorno bipolar tipo II (TBP II) es una entidad clínica que se caracteriza por la presencia de episodios depresivos importantes que alternan con períodos de exaltación de la estado de animo (hipomanía); es una categoría diagnóstica nueva dentro del DSM-IV, elaborado en 1994; Ya que con anterioridad se incluía dentro de la categoría del trastorno bipolar no especificado en el DSM III-R (1987) y dentro de la categoría del trastorno bipolar atípico en el DSM III(1980). (2,3)

## **HIPOMANÍA.**

Un episodio hipomaniaco se define como un estado anímico persistentemente eufórico, expansivo o irritable y que dura por lo menos cuatro días como mínimo. Este período debe de ir acompañado de por lo menos tres síntomas entre los que se incluyen: 1).-aumento de la autoestima, 2).- disminución en la necesidad de dormir, 3).- discurso verborreico, 4).- fuga de ideas controlada, 5).- fácil distractibilidad, 6).- aumento de vitalidad y energía para realizar las actividades cotidianas e inclusive para emprender nuevas actividades y agitación psicomotriz. Este estado de ánimo debe de ser diferente al estado de ánimo que habitualmente tiene el paciente y debe ser observado por sus familiares como algo fuera de lo habitual, y sin ser lo suficientemente grave para requerir hospitalización o ocasionar un deterioro laboral y social importante. Este cambio no debe ser el resultado o una consecuencia de la acción farmacológica de una sustancia ya sea médica o ilícita, o de algún padecimiento médico (3).

## **DEPRESIÓN:**

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos de la suficiente severidad para causar un malestar significativo en el paciente que lo padece o para interferir en el funcionamiento de actividades que anteriormente se realizaban sin dificultad. (Por ejemplo, al menos 2 semanas de un estado anímico predominantemente depresivo y/o pérdida parcial o total de interés en sus actividades cotidianas y acompañados por al menos otros síntomas sugestivos de depresión. (2,3)

## **Historia de los Trastornos Bipolares**

No fue sino alrededor del año de 1850 cuando los médicos reconocieron la alternancia entre euforia y depresión que presentaban algunos pacientes. En 1851 *J.P Falret* describe una "forma circular de las enfermedades mentales"(1). *A.J Baillarger*. en 1854, (1) describe "La locura de doble forma", que consistía en un desequilibrio mental que presenta dos estados regulares, uno de depresión y otro de exaltación, el conjunto de los dos períodos forma un ataque, que puede durar de dos días a un año y sin que existiese un período intermitente entre estos dos, dando la impresión de estar unidos el uno al otro(1).

Fue a *J. Falret*, al que se le atribuye el origen del concepto de la enfermedad bipolar, (1,2), por el análisis que hace sobre el padecimiento, describiendo el inicio precoz de la enfermedad y la observación detallada de la exaltación maniaca. *Ritti* en 1893, hace una revisión más completa de esta enfermedad en su libro "*Tratado Clínico de la Locura de Doble Forma*", integrando los estados mixtos, ciclos rápidos, tipos estacionales y las asociaciones melancolía / hipomanía que a futuro se le denominaría TBPII ( 1,2).

En 1970, *D.L Dunner* propuso dividir a los trastornos bipolares en dos tipos: tipo I y tipo II, con el fin de tomar en cuenta a los pacientes hospitalizados por una depresión y con historia de hipomanía. (20)

En 1977 *Akiskal* (7) describió una forma de trastorno bipolar, con pacientes que presentaban una depresión recurrente dentro de un estado ciclotímico. Estos pacientes presentaban las siguientes características: una edad de inicio del padecimiento precoz, una inestabilidad emocional base, y un aumento del riesgo de un cambio de fase del estado de ánimo con tratamiento farmacológico a base de antidepresivos tricíclicos (7).

## **EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES.**

Se ha reportado en la literatura científica, una baja prevalencia de trastornos bipolares, fenómeno contrario a lo que sucede con la depresión. El cálculo de la prevalencia no sólo depende de la definición del caso, sino también del instrumento diagnóstico utilizado para su detección y el profesional que aplica el instrumento.

Las tasas de prevalencia del trastorno bipolar varían de 0 al 7.5%. La mayoría de los estudios utilizan como instrumento diagnóstico a la Cédula de Entrevista Diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule*). Con éste instrumento se ha reportado una prevalencia baja en el transcurso de la vida para el trastorno bipolar. En el estudio de la Epidemiologic Catchment Area realizado por *M. Weissman*, en el año de 1978 (9); se encontró una prevalencia para los trastornos bipolares del 1.2%, con tasas más altas para los grupos de edad entre los 30 a 44 años, con el 1.4%. En los estudios realizados por *Kessler* (9) se encontró una prevalencia en el transcurso de la vida del trastorno bipolar ligeramente superior al 1.6%.

## **Historia de los Trastornos Bipolares**

No fue sino alrededor del año de 1850 cuando los médicos reconocieron la alternancia entre euforia y depresión que presentaban algunos pacientes. En 1851 *J.P Falret* describe una "forma circular de las enfermedades mentales"(1). *A.J Baillarger*. en 1854, (1) describe "La locura de doble forma", que consistía en un desequilibrio mental que presenta dos estados regulares, uno de depresión y otro de exaltación, el conjunto de los dos períodos forma un ataque, que puede durar de dos días a un año y sin que existiese un período intermitente entre estos dos, dando la impresión de estar unidos el uno al otro(1).

Fue a *J. Falret*, al que se le atribuye el origen del concepto de la enfermedad bipolar, (1,2), por el análisis que hace sobre el padecimiento, describiendo el inicio precoz de la enfermedad y la observación detallada de la exaltación maniaca. *Ritti* en 1893, hace una revisión más completa de esta enfermedad en su libro "*Tratado Clínico de la Locura de Doble Forma*", integrando los estados mixtos, ciclos rápidos, tipos estacionales y las asociaciones melancolía / hipomanía que a futuro se le denominaría TBPII ( 1,2).

En 1970, *D.L Dunner* propuso dividir a los trastornos bipolares en dos tipos: tipo I y tipo II, con el fin de tomar en cuenta a los pacientes hospitalizados por una depresión y con historia de hipomanía. (20)

En 1977 *Akiskal* (7) describió una forma de trastorno bipolar, con pacientes que presentaban una depresión recurrente dentro de un estado ciclotímico. Estos pacientes presentaban las siguientes características: una edad de inicio del padecimiento precoz, una inestabilidad emocional base, y un aumento del riesgo de un cambio de fase del estado de ánimo con tratamiento farmacológico a base de antidepresivos tricíclicos (7).

## **EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES.**

Se ha reportado en la literatura científica, una baja prevalencia de trastornos bipolares, fenómeno contrario a lo que sucede con la depresión. El cálculo de la prevalencia no sólo depende de la definición del caso, sino también del instrumento diagnóstico utilizado para su detección y el profesional que aplica el instrumento.

Las tasas de prevalencia del trastorno bipolar varían de 0 al 7.5%. La mayoría de los estudios utilizan como instrumento diagnóstico a la Cédula de Entrevista Diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule*). Con éste instrumento se ha reportado una prevalencia baja en el transcurso de la vida para el trastorno bipolar. En el estudio de la Epidemiologic Catchment Area realizado por *M. Weissman*, en el año de 1978 (9); se encontró una prevalencia para los trastornos bipolares del 1.2%, con tasas más altas para los grupos de edad entre los 30 a 44 años, con el 1.4%. En los estudios realizados por *Kessler* (9) se encontró una prevalencia en el transcurso de la vida del trastorno bipolar ligeramente superior al 1.6%.

Uno de los estudios que reporta una prevalencia mayor al 5%, fue el realizado por J. Angst en Zurich, (8). La investigación, de tipo longitudinal, incluyó una cohorte de 591 personas, que fueron evaluadas a lo largo de 15 años. En ésta investigación, los síndromes maníacos fueron clasificados en tres grupos de acuerdo al grado de intensidad: a). manía b).- manía/hipomanía y c).- hipomanía breve. La hipótesis de estos autores fue con relación a que la hipomanía pura, la manía y los trastornos bipolares pertenecen todos al espectro de los trastornos bipolares. Los resultados obtenidos por éste grupo de investigadores, revelan que los episodios maníacos se presentan del 1 al 4% de la población evaluada, la hipomanía en el 1%, la ciclotimia del 1 al 3% y la hipomanía breve en el 2%. El estudio sugiere que los episodios hipomaniacos breves duran sólo de 1 a 3 días, pero con los criterios para el síndrome maníaco (3 de 7 síntomas) son un subgrupo válido del espectro bipolar.

La aportación más importante de este estudio es que, empleando instrumentos diagnósticos diferentes al DIS, y los que han evaluado un espectro más amplio de trastornos bipolares, incluyendo el trastorno bipolar atípico, la ciclotimia, la hipomanía y la hipomanía breve, obtienen porcentajes de prevalencia/vida más elevados para los trastornos bipolares. No todos éstos subgrupos han sido incluidos en los estudios de prevalencia anteriores, es por ello que las tasas de porcentajes de prevalencia se han tan diferentes y nos lleve a plantearla siguiente pregunta ¿estamos subdiagnosticando o supradiagnosticando a los trastornos Bipolares? (11,20)

## **TRASTORNO BIPOLAR TIPO II:**

El TBPII representa una patología especial diferente al trastorno bipolar tipo I (TBPI) y la depresión. Ultimamente los investigadores clínicos de los trastornos afectivos, insisten más allá de las formas clínicas principales (episodios depresivos mayores y manías francas), haciendo notar las formas atenuadas y tórpidas (ciclotimia, TBPII y distímia), y los trastornos subclínicos del estado de ánimo que presentan algunos trastornos afectivos. Así proponen un **Espectro del trastorno Bipolar** que incluye a los trastornos de personalidad. Este cambio en el esquema diagnóstico y de clasificación, aumentaría considerablemente la prevalencia de estos trastornos del estado de ánimo y propondría tratamientos más específicos para cada una de las formas clínicas.

H.S. Akiskal (5); El investigador que más ha evaluado a los pacientes con TBPII, no está a favor del pensamiento psiquiátrico clásico que concibe a los episodios afectivos como el resultado de personalidades predispuestas, y que ya presentan, desde hace mucho tiempo antes de que se manifieste la enfermedad, rasgos característicos o francamente patológicos.

Él plantea otra perspectiva, los trastornos y rasgos de personalidad son atribuidos a la enfermedad bipolar por sí misma, los rasgos de personalidad son la consecuencia y no la raíz del estado de ánimo patológico. Por otro lado, cada episodio afectivo dejara secuelas caracterológicas que agravaran los rasgos de

Uno de los estudios que reporta una prevalencia mayor al 5%, fue el realizado por J. Angst en Zurich, (8). La investigación, de tipo longitudinal, incluyó una cohorte de 591 personas, que fueron evaluadas a lo largo de 15 años. En ésta investigación, los síndromes maníacos fueron clasificados en tres grupos de acuerdo al grado de intensidad: a). manía b).- manía/hipomanía y c).- hipomanía breve. La hipótesis de estos autores fue con relación a que la hipomanía pura, la manía y los trastornos bipolares pertenecen todos al espectro de los trastornos bipolares. Los resultados obtenidos por éste grupo de investigadores, revelan que los episodios maníacos se presentan del 1 al 4% de la población evaluada, la hipomanía en el 1%, la ciclotimia del 1 al 3% y la hipomanía breve en el 2%. El estudio sugiere que los episodios hipomaniacos breves duran sólo de 1 a 3 días, pero con los criterios para el síndrome maníaco (3 de 7 síntomas) son un subgrupo válido del espectro bipolar.

La aportación más importante de este estudio es que, empleando instrumentos diagnósticos diferentes al DIS, y los que han evaluado un espectro más amplio de trastornos bipolares, incluyendo el trastorno bipolar atípico, la ciclotimia, la hipomanía y la hipomanía breve, obtienen porcentajes de prevalencia/vida más elevados para los trastornos bipolares. No todos éstos subgrupos han sido incluidos en los estudios de prevalencia anteriores, es por ello que las tasas de porcentajes de prevalencia se han tan diferentes y nos lleve a plantearla siguiente pregunta ¿estamos subdiagnosticando o supradiagnosticando a los trastornos Bipolares? (11,20)

## **TRASTORNO BIPOLAR TIPO II:**

El TBPII representa una patología especial diferente al trastorno bipolar tipo I (TBPI) y la depresión. Ultimamente los investigadores clínicos de los trastornos afectivos, insisten más allá de las formas clínicas principales (episodios depresivos mayores y manías francas), haciendo notar las formas atenuadas y tórpidas (ciclotimia, TBPII y distimia), y los trastornos subclínicos del estado de ánimo que presentan algunos trastornos afectivos. Así proponen un **Espectro del trastorno Bipolar** que incluye a los trastornos de personalidad. Este cambio en el esquema diagnóstico y de clasificación, aumentaría considerablemente la prevalencia de estos trastornos del estado de ánimo y propondría tratamientos más específicos para cada una de las formas clínicas.

H.S. Akiskal (5); El investigador que más ha evaluado a los pacientes con TBPII, no está a favor del pensamiento psiquiátrico clásico que concibe a los episodios afectivos como el resultado de personalidades predispuestas, y que ya presentan, desde hace mucho tiempo antes de que se manifieste la enfermedad, rasgos característicos o francamente patológicos.

Él plantea otra perspectiva, los trastornos y rasgos de personalidad son atribuidos a la enfermedad bipolar por sí misma, los rasgos de personalidad son la consecuencia y no la raíz del estado de ánimo patológico. Por otro lado, cada episodio afectivo dejara secuelas caracterológicas que agravaran los rasgos de

personalidad:( 10, 16, 26,38) Ante toda esta panorámica él realiza las siguientes propuestas clínicas:

### **Temperamento Ciclotímico:**

Comparte muchas características el trastorno ciclotímico, los límites entre ambas a veces resultan indefinidos(6).

### **Temperamento Hipertímico:**

La mayor parte de ellos acude a consulta cuando presentan un cuadro depresivo. Un tercio de estos pacientes presentaran depresión mayor y serán diagnosticados como TBP II. Los que presentaran ciclos hipomaniacos no serán más allá del 10%. Son sujetos alegres, sociables, productivos y entregados a su trabajo, pero en sus relaciones interpersonales son inestables. El tratamiento con corticoesteroides, hormonas tiroides o estimulantes ocasionan un cambio en su estado anímico en ellos, en ocasiones estos estados de ánimo son inducidos por ellos (17).

### **Temperamento Distímico:**

Se sobrepone a los criterios de la distimia, pero con menor intensidad (4).

### **Temperamento irritable:**

Presentan un ánimo colérico en su personalidad, los episodios depresivos e hipomaniacos acentúan esta irritabilidad. Con frecuencia abusan de los sedantes y el alcohol.. Los antidepresivos tricíclicos y los IMAOS complican los episodios, se ha observado que este tipo de pacientes tienen una mejor respuesta al tratamiento con carbamazepina o litio (11,12).

De esta manera las formas clásicas de TBPI representan la punta de la pirámide del espectro bipolar que dando en la base de la pirámide las formas subclínicas de la enfermedad. (ciclotimia, TBPII, distimia y temperamentos afectivos). (10,11)

## **DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR II:**

El diagnóstico del TBPII es difícil, ya que estos pacientes acuden al médico en la fase depresiva de la enfermedad y no en la fase de hipomanía donde presentan un estado de bienestar y alta productividad (14,22) El trastorno bipolar tipo II se considera una entidad diagnóstica válida y separada. Hay seis argumentos que corroboran la independencia del TBPII (17).

personalidad:( 10, 16, 26,38) Ante toda esta panorámica él realiza las siguientes propuestas clínicas:

### **Temperamento Ciclotímico:**

Comparte muchas características el trastorno ciclotímico, los límites entre ambas a veces resultan indefinidos(6).

### **Temperamento Hipertímico:**

La mayor parte de ellos acude a consulta cuando presentan un cuadro depresivo. Un tercio de estos pacientes presentaran depresión mayor y serán diagnosticados como TBP II. Los que presentaran ciclos hipomaniacos no serán más allá del 10%. Son sujetos alegres, sociables, productivos y entregados a su trabajo, pero en sus relaciones interpersonales son inestables. El tratamiento con corticoesteroides, hormonas tiroides o estimulantes ocasionan un cambio en su estado anímico en ellos, en ocasiones estos estados de ánimo son inducidos por ellos (17).

### **Temperamento Distímico:**

Se sobrepone a los criterios de la distímia, pero con menor intensidad (4).

### **Temperamento irritable:**

Presentan un ánimo colérico en su personalidad, los episodios depresivos e hipomaniacos acentúan esta irritabilidad. Con frecuencia abusan de los sedantes y el alcohol.. Los antidepresivos tricíclicos y los IMAOS complican los episodios, se ha observado que este tipo de pacientes tienen una mejor respuesta al tratamiento con carbamazepina o litio (11,12).

De esta manera las formas clásicas de TBPI representan la punta de la pirámide del espectro bipolar que dando en la base de la pirámide las formas subclínicas de la enfermedad. (ciclotimia, TBPII, distímia y temperamentos afectivos). (10,11)

## **DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR II:**

El diagnóstico del TBPII es difícil, ya que estos pacientes acuden al médico en la fase depresiva de la enfermedad y no en la fase de hipomanía donde presentan un estado de bienestar y alta productividad (14,22) El trastorno bipolar tipo II se considera una entidad diagnóstica válida y separada. Hay seis argumentos que corroboran la independencia del TBPII (17).

- 1.- Estabilidad diagnóstica, menos del 5% de los pacientes con TBPII se transforman en TBPI
- 2.- Aumento de la prevalencia intrafamiliar de TBPII.
- 3.- mayor recurrencia de episodios depresivos, con mayor número de hospitalizaciones.
- 4.- Mayor tendencia a la cronicidad.
- 5.- Aumento del riesgo suicidio ( del 20 al 30% más intentos suicidas que la población general)
- 6.- Alta comorbilidad (abuso de alcohol, trastornos de ansiedad y personalidades patológicas)

### **EPIDEMIOLOGIA DEL TRASTORNO BIPOLAR TIPO II:**

Los estudios realizados sobre el cálculo de la prevalencia hasta fecha, han mostrado resultados diferentes entre sí. Se ha encontrado una prevalencia que va desde el 0.5% hasta el 40% para los TBPII. La prevalencia para este trastorno va aumentando a través del tiempo. (13,19,24,29,40)

En 1978, *M. Weissman y J. Myers* (9) estimaron una prevalencia para los trastornos bipolares no especificados del 6%. *H. Akiskal* (36) en 1996, encontró una prevalencia del 5% para los trastornos bipolares II en los pacientes que ingresaron a un hospital psiquiátrico. *Casey y Tyrer* en 1986, reportan una prevalencia del 6% para las formas atenuadas de bipolaridad en un estudio realizado con personas que presentaban rasgos de personalidad explosivas dentro de una comunidad (29).

*H. Akiskal y cols.* en 1977, en un estudio realizado con pacientes psiquiátricos crónicos, reportan una prevalencia de los trastornos bipolares no especificados del 10%(7). *Benazzi F y cols* en 1997; En un estudio con 203 pacientes con diagnóstico de depresión mayor que acudían a consulta a su práctica privada, reportaron que el 45% de los pacientes evaluados desarrollaron un TBPII, el 51% permanecieron con el diagnóstico de Depresión Mayor y sólo el 4% evolucionó a un Trastorno Bipolar I (44).

El TBPII es más frecuente en el sexo femenino, y durante el período postparto presentaron una mayor vulnerabilidad para desarrollar éste trastorno.

### **Curso del Trastorno Bipolar Tipo II**

El 60-70% de los episodios hipomaniacos de un TBPII se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. Estos tienen un patrón característico en cada paciente. El intervalo entre episodios tiende a cortarse a medida que aumenta la edad. Aproximadamente el 5-15% de los sujetos con un TBPII presentan múltiples (cuatro o más) episodios afectivos durante el mismo año. Aunque la mayoría de los sujetos con un TBPII vuelven a la

- 1.- Estabilidad diagnóstica, menos del 5% de los pacientes con TBPII se transforman en TBPI
- 2.- Aumento de la prevalencia intrafamiliar de TBPII.
- 3.- mayor recurrencia de episodios depresivos, con mayor número de hospitalizaciones.
- 4.- Mayor tendencia a la cronicidad.
- 5.- Aumento del riesgo suicidio ( del 20 al 30% más intentos suicidas que la población general)
- 6.- Alta comorbilidad (abuso de alcohol, trastornos de ansiedad y personalidades patológicas)

### **EPIDEMIOLOGIA DEL TRASTORNO BIPOLAR TIPO II:**

Los estudios realizados sobre el cálculo de la prevalencia hasta fecha, han mostrado resultados diferentes entre sí. Se ha encontrado una prevalencia que va desde el 0.5% hasta el 40% para los TBPII. La prevalencia para este trastorno va aumentando a través del tiempo. (13,19,24,29,40)

En 1978, *M. Weissman y J. Myers* (9) estimaron una prevalencia para los trastornos bipolares no especificados del 6%. *H. Akiskal* (36) en 1996, encontró una prevalencia del 5% para los trastornos bipolares II en los pacientes que ingresaron a un hospital psiquiátrico. *Casey y Tyrer* en 1986, reportan una prevalencia del 6% para las formas atenuadas de bipolaridad en un estudio realizado con personas que presentaban rasgos de personalidad explosivas dentro de una comunidad (29).

*H. Akiskal y cols.* en 1977, en un estudio realizado con pacientes psiquiátricos crónicos, reportan una prevalencia de los trastornos bipolares no especificados del 10%(7). *Benazzi F y cols* en 1997; En un estudio con 203 pacientes con diagnóstico de depresión mayor que acudían a consulta a su práctica privada, reportaron que el 45% de los pacientes evaluados desarrollaron un TBPII, el 51% permanecieron con el diagnóstico de Depresión Mayor y sólo el 4% evolucionó a un Trastorno Bipolar I (44).

El TBPII es más frecuente en el sexo femenino, y durante el período postparto presentaron una mayor vulnerabilidad para desarrollar éste trastorno.

### **Curso del Trastorno Bipolar Tipo II**

El 60-70% de los episodios hipomaniacos de un TBPII se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. Estos tienen un patrón característico en cada paciente. El intervalo entre episodios tiende a cortarse a medida que aumenta la edad. Aproximadamente el 5-15% de los sujetos con un TBPII presentan múltiples(cuatro o más)episodios afectivos durante el mismo año. Aunque la mayoría de los sujetos con un TBPII vuelven a la

normalidad entre los episodios, aproximadamente el 15% sigue mostrando labilidad afectiva, problemas laborales e interpersonales. (25,27,31)

### **Subtipos del trastorno Bipolar.**

Cassano en 1992 (17), en un estudio realizado con 687 pacientes diagnosticados con depresión, propuso la subclasificación del TBP II en dos subtipos:

El primero, denominado TBP tipo A, describe a una serie de pacientes con depresión asociada a episodios hipomaniacos recurrentes espontáneos o a un temperamento ciclotímico. Este subtipo tiene una prevalencia mayor en el sexo femenino, es de larga duración, presenta mayor número de episodios depresivos, mayor número de hospitalizaciones y mayor riesgo de suicidio.

El segundo, denominado TBPII tipo B, son pacientes con depresión mayor asociada a un temperamento hipertímico, aquí también cabría el espectro de depresiones unipolares. Este subtipo es más frecuente en el sexo masculino y tiene un mejor pronóstico y es más parecido al trastorno unipolar. (17,18)

### **FASE DEPRESIVA DEL TRASTORNO BIPOLAR II.**

Pocos estudios han evaluado las características clínicas de la fase depresiva de los TBPII. La mayoría describen a los episodios depresivos con características similares a las depresiones atípicas (28). Los pacientes se caracterizan por ser extremadamente lentos en su actividad psicomotora, el curso del pensamiento es lento, manifiestan poca energía vital, somnolencia durante el día e incremento de peso. Fenómeno contrario a lo que ocurre en las depresiones unipolares típicas. Muchos autores no concuerdan con ésta afirmación por que no se basan en la observación de la historia natural de la enfermedad sino, en una observación transversal de la enfermedad. Cuando los pacientes presentan una fase depresiva severa, pasan la mayor parte del tiempo en cama y no acuden a consulta, si no hasta cuando se encuentran más irritables, exaltados y lábiles.

También Cassano, (18) reportó que de los 687 pacientes evaluados, el 81.2% se mantuvieron con el diagnóstico inicial de depresión mayor, el 5% se diagnosticó como bipolares tipo I, y el 13.7% de los pacientes evolucionó a TBP II. La edad de inicio del episodio depresivo fue menor en los TBPII en comparación con el grupo de pacientes con depresión mayor, presentaron mayor número de episodios depresivos mayores recurrentes en comparación con los pacientes con depresión mayor y los pacientes TBP I (5.2vs3.7), la tentativa de suicidio fue mayor para los TBP I (25.5%), pero los pacientes con TBPII presentaron mayor numero de intentos suicidas que los pacientes deprimidos (18.1% vs 10%)

Akiskal y cols (25), en 1993, realizaron un estudio prospectivo con pacientes deprimidos, y los pacientes que evolucionaron a TBPII manifestaban ciertas

normalidad entre los episodios, aproximadamente el 15% sigue mostrando labilidad afectiva, problemas laborales e interpersonales. (25,27,31)

### **Subtipos del trastorno Bipolar.**

Cassano en 1992 (17), en un estudio realizado con 687 pacientes diagnosticados con depresión, propuso la subclasificación del TBP II en dos subtipos:

El primero, denominado TBP tipo A, describe a una serie de pacientes con depresión asociada a episodios hipomaniacos recurrentes espontáneos o a un temperamento ciclotímico. Este subtipo tiene una prevalencia mayor en el sexo femenino, es de larga duración, presenta mayor número de episodios depresivos, mayor número de hospitalizaciones y mayor riesgo de suicidio.

El segundo, denominado TBPII tipo B, son pacientes con depresión mayor asociada a un temperamento hipertímico, aquí también cabría el espectro de depresiones unipolares. Este subtipo es más frecuente en el sexo masculino y tiene un mejor pronóstico y es más parecido al trastorno unipolar. (17,18)

### **FASE DEPRESIVA DEL TRASTORNO BIPOLAR II.**

Pocos estudios han evaluado las características clínicas de la fase depresiva de los TBPII. La mayoría describen a los episodios depresivos con características similares a las depresiones atípicas (28). Los pacientes se caracterizan por ser extremadamente lentos en su actividad psicomotora, el curso del pensamiento es lento, manifiestan poca energía vital, somnolencia durante el día e incremento de peso. Fenómeno contrario a lo que ocurre en las depresiones unipolares típicas. Muchos autores no concuerdan con ésta afirmación por que no se basan en la observación de la historia natural de la enfermedad sino, en una observación transversal de la enfermedad. Cuando los pacientes presentan una fase depresiva severa, pasan la mayor parte del tiempo en cama y no acuden a consulta, si no hasta cuando se encuentran más irritables, exaltados y lábiles.

También Cassano, (18) reportó que de los 687 pacientes evaluados, el 81.2% se mantuvieron con el diagnóstico inicial de depresión mayor, el 5% se diagnosticó como bipolares tipo I, y el 13.7% de los pacientes evolucionó a TBP II. La edad de inicio del episodio depresivo fue menor en los TBPII en comparación con el grupo de pacientes con depresión mayor, presentaron mayor número de episodios depresivos mayores recurrentes en comparación con los pacientes con depresión mayor y los pacientes TBP I(5.2vs3.7), la tentativa de suicidio fue mayor para los TBP I (25.5%), pero los pacientes con TBPII presentaron mayor numero de intentos suicidas que los pacientes deprimidos (18.1% vs 10%)

Akiskal y cols (25), en 1993, realizaron un estudio prospectivo con pacientes deprimidos, y los pacientes que evolucionaron a TBPII manifestaban ciertas

características clínicas particulares que los llevaron a proponer ciertos indicadores (signos menores) de probable bipolaridad:

- - Historia de hipomanía espontánea o inducida farmacológicamente.
- - Temperamento hipertímico o ciclotímico.
- - Historia Familiar positiva para los Trastornos de ánimo.

*Bourgeois y cols.* en 1998, describieron que los pacientes con TBPII en fase depresiva presentan más ansiedad y se distinguían de aquellos que no eran ansiosos por su temperamento, además reportó que los TBPII presentan con mayor frecuencia abuso de alcohol e intentos suicidas cuando se contrastaban con pacientes deprimidos unipolares. (15)

*Akiskal y cols.* (13) en 1995, realizó una investigación con 559 pacientes deprimidos y sin el antecedente de hipomanía o manía. El autor menciona que siguiendo las características del episodio depresivo índice se podía predecir quién de los pacientes desarrollaría a futuro el TBPII:

- 1) - Pacientes con inicio temprano de la enfermedad, con un mayor número de episodios depresivos y con una duración más larga, con mayor número de divorcios y que presentan una mala adaptación a la escuela y el trabajo. Personas que utilizan drogas, ya que presentan una mayor probabilidad de cambiar de fase.
- 2) Pacientes que cambian con mayor facilidad de una fase depresiva a una fase de hipomanía y con rasgos obsesivos en su personalidad, preocupaciones somáticas, trastornos de ansiedad y estados de pánico. Estos pacientes se mostraban suspicaces, con lástima de sí mismos y con facilidad se irritaban.
- 3) Manifestación de los siguientes rasgos tales, como labilidad emocional, hiperactividad y tendencia a la fantasía; la combinación de estos tres rasgos tiene una sensibilidad del 91%, siendo la labilidad el rasgo más importante.

Estos datos son de importancia ya que describen la fenomenología del trastorno bipolar, especialmente en la fase depresiva, que es la mayor causa de consulta que trae a los pacientes con TBPII a consulta. (11,30,33,34,37,38,42)

*Hantouche y cols.* (29) en 1998, realizó un estudio, en 14 centros hospitalarios de Francia. Su estudio fue multicéntrico y con una muestra de 250 pacientes. El encontró una variable que no se había reportado previamente, el 88% de los ciclotímicos del total de la muestra la constituían personas con TBPII. La alta correlación de ciclotimia e hipomanía fue suficiente para establecer el diagnóstico de TBPII, entonces, una diferencia importante entre la depresión unipolar y bipolar sería el temperamento, según las conclusiones de este estudio.

*Pergi y cols.* (28) en 1998 evaluando 86 pacientes con depresión atípica, observó que el 72% cumplían criterios diagnósticos para TBPII. El 60% tenía el antecedente de ciclotimia o de un temperamento hipertímico y el 50% de ellos tenían trastorno de personalidad, predominando las personalidades ansiosas,

personalidades histriónicas y limitrofes. Todos los pacientes manifestaron un ánimo reactivo, mientras que la hipersensibilidad interpersonal estuvo presente sólo en el 94% de los pacientes. La mayoría de los pacientes presentaron comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos tales como la fobia social, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo compulsivo y crisis de pánico. El autor concluye que las depresiones atípicas en los pacientes TBPII se ven distinguen por su temperamento afectivo y la alta comorbilidad que tienen con los trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad.

*Winokur y cols.* (40) en 1998 reportaron con datos obtenidos del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) que los estimulantes y el abuso de alcohol no es un fenómeno aislado en la familia de pacientes con TBPII. Estos datos sugieren que factores como el abuso de sustancias y alcohol, pueden producir cambios fisiopatológicos en el cerebro que pudieran explicar las manifestaciones clínicas de la depresión en los pacientes con TBPII.

*Perlick y cols* (41) en 1999, encontraron una prevalencia del 64.2% de depresión atípica en pacientes con TBPII, y la edad de inicio del padecimiento fue significativamente menor. Los autores concluyen que la prevalencia de depresión atípica en los pacientes TBPII es mucho mayor a lo que se reporta.

Si bien es cierto que los pacientes con TBP II presentan un mayor número de recurrencias, mayor frecuencia de pensamientos suicidas, síntomas depresivos severos como retardo motor e hipersomnias que los pacientes con trastorno unipolar, el diagnóstico temprano ayudaría en la calidad de vida de estos pacientes y se les proporcionaría el tratamiento indicado. (21 y 39)

## **JUSTIFICACION.**

El trastorno Bipolar II, es una entidad subdiagnosticada generalmente en la práctica clínica psiquiátrica cotidiana, y se sobrepone a una gamma de enfermedades con las que hay que realizar un diagnóstico diferencial.

El TBP II es una enfermedad asociada con varios tipos de temperamento que pudieran ser, un espectro de la enfermedad.

## **OBJETIVOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN:**

El objetivo fundamental de la presente investigación es describir la frecuencia del antecedente de episodios de hipomanía y las características clínicas de los pacientes con trastorno depresivo mayor que presenten dichos episodios, evaluados por primera vez dentro del Servicio de Preconsulta y hospitalización.

Además se determinará la asociación de los síntomas del episodio depresivo actual (índice) con la historia de hipomanía.

personalidades histriónicas y limítrofes. Todos los pacientes manifestaron un ánimo reactivo, mientras que la hipersensibilidad interpersonal estuvo presente sólo en el 94% de los pacientes. La mayoría de los pacientes presentaron comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos tales como la fobia social, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo compulsivo y crisis de pánico. El autor concluye que las depresiones atípicas en los pacientes TBPII se ven distinguen por su temperamento afectivo y la alta comorbilidad que tienen con los trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad.

*Winokur y cols.* (40) en 1998 reportaron con datos obtenidos del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) que los estimulantes y el abuso de alcohol no es un fenómeno aislado en la familia de pacientes con TBPII. Estos datos sugieren que factores como el abuso de sustancias y alcohol, pueden producir cambios fisiopatológicos en el cerebro que pudieran explicar las manifestaciones clínicas de la depresión en los pacientes con TBPII.

*Perlick y cols* (41) en 1999, encontraron una prevalencia del 64.2% de depresión atípica en pacientes con TBPII, y la edad de inicio del padecimiento fue significativamente menor. Los autores concluyen que la prevalencia de depresión atípica en los pacientes TBPII es mucho mayor a lo que se reporta.

Si bien es cierto que los pacientes con TBP II presentan un mayor número de recurrencias, mayor frecuencia de pensamientos suicidas, síntomas depresivos severos como retardo motor e hipersomnias que los pacientes con trastorno unipolar, el diagnóstico temprano ayudaría en la calidad de vida de estos pacientes y se les proporcionaría el tratamiento indicado. (21 y 39)

## **JUSTIFICACION.**

El trastorno Bipolar II, es una entidad subdiagnosticada generalmente en la práctica clínica psiquiátrica cotidiana, y se sobrepone a una gama de enfermedades con las que hay que realizar un diagnóstico diferencial.

El TBP II es una enfermedad asociada con varios tipos de temperamento que pudieran ser, un espectro de la enfermedad.

## **OBJETIVOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN:**

El objetivo fundamental de la presente investigación es describir la frecuencia del antecedente de episodios de hipomanía y las características clínicas de los pacientes con trastorno depresivo mayor que presenten dichos episodios, evaluados por primera vez dentro del Servicio de Preconsulta y hospitalización.

Además se determinará la asociación de los síntomas del episodio depresivo actual (índice) con la historia de hipomanía.

personalidades histriónicas y límiterofes. Todos los pacientes manifestaron un ánimo reactivo, mientras que la hipersensibilidad interpersonal estuvo presente sólo en el 94% de los pacientes. La mayoría de los pacientes presentaron comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos tales como la fobia social, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo compulsivo y crisis de pánico. El autor concluye que las depresiones atípicas en los pacientes TBPII se ven distinguen por su temperamento afectivo y la alta comorbilidad que tienen con los trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad.

*Winokur y cols.* (40) en 1998 reportaron con datos obtenidos del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) que los estimulantes y el abuso de alcohol no es un fenómeno aislado en la familia de pacientes con TBPII. Estos datos sugieren que factores como el abuso de sustancias y alcohol, pueden producir cambios fisiopatológicos en el cerebro que pudieran explicar las manifestaciones clínicas de la depresión en los pacientes con TBPII.

*Perlick y cols* (41) en 1999, encontraron una prevalencia del 64.2% de depresión atípica en pacientes con TBPII, y la edad de inicio del padecimiento fue significativamente menor. Los autores concluyen que la prevalencia de depresión atípica en los pacientes TBPII es mucho mayor a lo que se reporta.

Si bien es cierto que los pacientes con TBP II presentan un mayor número de recurrencias, mayor frecuencia de pensamientos suicidas, síntomas depresivos severos como retardo motor e hipersomnias que los pacientes con trastorno unipolar, el diagnóstico temprano ayudaría en la calidad de vida de estos pacientes y se les proporcionaría el tratamiento indicado. (21 y 39)

## **JUSTIFICACION.**

El trastorno Bipolar II, es una entidad subdiagnosticada generalmente en la práctica clínica psiquiátrica cotidiana, y se sobrepone a una gamma de enfermedades con las que hay que realizar un diagnóstico diferencial.

El TBP II es una enfermedad asociada con varios tipos de temperamento que pudieran ser, un espectro de la enfermedad.

## **OBJETIVOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN:**

El objetivo fundamental de la presente investigación es describir la frecuencia del antecedente de episodios de hipomanía y las características clínicas de los pacientes con trastorno depresivo mayor que presenten dichos episodios, evaluados por primera vez dentro del Servicio de Preconsulta y hospitalización.

Además se determinará la asociación de los síntomas del episodio depresivo actual (índice) con la historia de hipomanía.

## **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

El presente estudio es de tipo descriptivo, evaluando a una muestra de pacientes que acuden al Servicio de Preconsulta y Hospitalización solicitando atención médica por presentar sintomatología depresiva de intensidad variable.

## **MATERIAL Y METODO:**

### **POBLACION A ESTUDIAR:**

Todos los pacientes que acudan a solicitar atención médico psiquiátrica debido a la presencia de sintomatología depresiva de moderada a importante severidad y que requieran de un tratamiento psicofarmacológico antidepresivo primordialmente.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Se incluirán a todos los pacientes con diagnóstico de un episodio depresivo mayor según criterios del DSM IV, que acudan al servicio de preconsulta o que estén hospitalizados, que sepan leer y escribir y que deseen participar en el estudio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Pacientes con antecedentes de manía, con trastornos del ánimo inducido por sustancias o secundarios a causa médica.

## **DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO:**

**Variable dependiente.**- episodio depresivo actual.

**Variable independiente.**- antecedente de hipomanía.

### **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

El presente estudio es de tipo descriptivo, evaluando a una muestra de pacientes que acuden al Servicio de Preconsulta y Hospitalización solicitando atención médica por presentar sintomatología depresiva de intensidad variable.

### **MATERIAL Y METODO:**

#### **POBLACION A ESTUDIAR:**

Todos los pacientes que acudan a solicitar atención médico psiquiátrica debido a la presencia de sintomatología depresiva de moderada a importante severidad y que requieran de un tratamiento psicofarmacológico antidepressivo primordialmente.

#### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Se incluirán a todos los pacientes con diagnóstico de un episodio depresivo mayor según criterios del DSM IV, que acudan al servicio de preconsulta o que estén hospitalizados, que sepan leer y escribir y que deseen participar en el estudio.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Pacientes con antecedentes de manía, con trastornos del ánimo inducido por sustancias o secundarios a causa médica.

### **DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO:**

**Variable dependiente.**- episodio depresivo actual.

**Variable independiente.**- antecedente de hipomanía.

### **Variables demográficas**

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.

### **Variables clínicas:**

- Edad de inicio del padecimiento.
- Antecedente familiares de depresión y enfermedad bipolar.
- Duración del episodio índice.
- Perfil sintomático.
- Severidad de la depresión.
- Número de episodios depresivos.
- Antecedentes de intentos suicidas.
- Número de hospitalizaciones.
- Número de episodios de hipomanía.
- Antecedente de abuso de sustancias.
- Tratamiento que ha recibido.
  - Comorbilidad psiquiátrica.

### **Instrumentos de medición clínica:**

- 1) Criterios del DSM-IV para episodio Depresivo Mayor.
- 2) Escala de depresión de Hamilton de 21 reactivos.
- 3) Escala retrospectiva de hipomanía
- 4) Formato del cuadro clínico del episodio índice

### **INSTRUMENTOS DE MEDICION:**

#### **DESCRIPCIÓN:**

### **“Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales” versión IV (DSM-IV)**

El diagnóstico de episodio depresivo mayor se hizo en los pacientes si cumplían los criterios para Trastorno depresión mayor según el DSM IV.

En cuanto a la consistencia interna de los criterios del DSM -IV dos estancias empíricas de grupos independientes demuestran niveles de kappa (0.70) o más. (2)

de aproximadamente 10 minutos y se trato de aplicarla en presencia de un familiar del paciente, para darle más confiabilidad a los datos. Los reactivos que tienen que estar con respuestas positivas para hacer el diagnóstico de hipomanía son los apartados uno, dos, tres y cuatro, el apartado cinco con todos los reactivos negativos y el apartado seis debe de ser necesariamente negativo.

### **Formato del cuadro clínico del episodio depresivo índice y características clínicas.**

El objetivo de la creación de este formato fue investigar las características clínicas del episodio depresivo mayor (índice). Este formato consta de tres hojas. La primera hoja recolecta las características sociodemográficas del sujeto: Nombre, edad, escolaridad, estado civil, antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas, edad de inicio del padecimiento, duración del primer episodio, duración del episodio actual, presencia de síntomas psicóticos, número de episodios hipomaniacos previos, antecedente de hospitalizaciones previas, presencia de abuso o dependencia a drogas, tratamientos previos y comorbilidad. La segunda y tercera hoja de este formato investigan los síntomas clínicos del episodio depresivo índice. Se indaga sobre ( ánimo, sueño, apetito, alteraciones en la psicomotricidad, alteraciones cognoscitivas, contenido del pensamiento, ideación suicida, síntomas melancólicos y atípicos y la presencia de otros síntomas como: ansiedad, irritabilidad, interés sexual, síntomas psicóticos y presencia de pensamientos de desamparo, soledad y desesperanza). Cada reactivo tiene un número 2 a 6 de opciones a elegir, pero el investigador solo deberá escoger la que corresponda al síntoma o signo que el paciente refiera. El que lo aplica es el investigador y tiene un tiempo de aplicación de 10 minutos.

### **PROCEDIMIENTO:**

La recolección de la información se llevó a cabo a partir del 10 de Mayo al 31 de diciembre de 1999. La primera parte de la investigación se llevo acabo en el servicio de preconsulta en donde se seleccionaron pacientes. A los pacientes que presentaban los criterios de inclusión se les aplicaba primero el formato de características sociodemográficas y clínicas del episodio depresivo mayor (índice), más tarde se les aplicaba la escala de Hamilton, y posteriormente se citaban una semana después para aplicar la escala de hipomanía.

A partir del 1 de Septiembre de 1999, se dejo de aplicar las escalas en el servicio de preconsulta y desde este momento, sólo se aplico las escalas a los pacientes que estuvieran hospitalizados y que cumplieran los criterios de inclusión, el resto del procedimiento fue el mismo que en preconsulta.

de aproximadamente 10 minutos y se trato de aplicarla en presencia de un familiar del paciente, para darle más confiabilidad a los datos. Los reactivos que tienen que estar con respuestas positivas para hacer el diagnóstico de hipomanía son los apartados uno, dos, tres y cuatro, el apartado cinco con todos los reactivos negativos y el apartado seis debe de ser necesariamente negativo.

### **Formato del cuadro clínico del episodio depresivo índice y características clínicas.**

El objetivo de la creación de este formato fue investigar las características clínicas del episodio depresivo mayor (índice). Este formato consta de tres hojas. La primera hoja recolecta las características sociodemográficas del sujeto: Nombre, edad, escolaridad, estado civil, antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas, edad de inicio del padecimiento, duración del primer episodio, duración del episodio actual, presencia de síntomas psicóticos, número de episodios hipomaniacos previos, antecedente de hospitalizaciones previas, presencia de abuso o dependencia a drogas, tratamientos previos y comorbilidad. La segunda y tercera hoja de este formato investigan los síntomas clínicos del episodio depresivo índice. Se indaga sobre ( ánimo, sueño, apetito, alteraciones en la psicomotricidad, alteraciones cognoscitivas, contenido del pensamiento, ideación suicida, síntomas melancólicos y atípicos y la presencia de otros síntomas como: ansiedad, irritabilidad, interés sexual, síntomas psicóticos y presencia de pensamientos de desamparo, soledad y desesperanza). Cada reactivo tiene un número 2 a 6 de opciones a elegir, pero el investigador solo deberá escoger la que corresponda al síntoma o signo que el paciente refiera. El que lo aplica es el investigador y tiene un tiempo de aplicación de 10 minutos.

### **PROCEDIMIENTO:**

La recolección de la información se llevó a cabo a partir del 10 de Mayo al 31 de diciembre de 1999. La primera parte de la investigación se llevo acabo en el servicio de preconsulta en donde se seleccionaron pacientes. A los pacientes que presentaban los criterios de inclusión se les aplicaba primero el formato de características sociodemográficas y clínicas del episodio depresivo mayor (índice), más tarde se les aplicaba la escala de Hamilton, y posteriormente se citaban una semana después para aplicar la escala de hipomanía.

A partir del 1 de Septiembre de 1999, se dejo de aplicar las escalas en el servicio de preconsulta y desde este momento, sólo se aplico las escalas a los pacientes que estuvieran hospitalizados y que cumplieran los criterios de inclusión, el resto del procedimiento fue el mismo que en preconsulta.

### Escala de depresión de Hamilton:

Es un instrumento que consta de 17 reactivos y cuya función es medir la intensidad o severidad de la depresión. La escala es calificada por un psiquiatra con experiencia clínica. **Area de estudio:** depresión, perfil sintomático (ánimo depresivo, culpa, suicidio, insomnio, trabajo, agitación, ansiedad, síntomas somáticos, pérdida de insight, pérdida de peso, despersonalización, desrealización, pensamientos obsesivos y severidad del trastorno) La escala ha mostrado validez y confiabilidad al compararla entre jueces, y se ha encontrado una confiabilidad interevaluador de 0.88. (47).

### Escala de medición de hipomanía:

Las escalas que miden síntomas y severidad de los trastornos bipolares, son pocas, en comparación con las escalas para depresión mayor. Para medir esta variable fue necesario realizar un instrumento de medición, para la elaboración de dicho instrumento fue necesario revisar los criterios diagnósticos para hipomanía y TBP II del DSM IV, las preguntas estructuradas para manía del CIDI y la escala para manía de R.C. Young.

La escala se creó con la finalidad de investigar en forma retrospectiva el antecedente de hipomanía en los pacientes con depresión mayor. Este instrumento, aún no está validado, su validación se llevó a cabo antes de ser aplicada a los pacientes (El instrumento fue aplicado por dos expertos y por consenso llegaron a la conclusión que era un instrumento confiable). La escala consta de 31 reactivos y se divide en 6 apartados el primer apartado evalúa la presencia o ausencia de ánimo elevado, expansivo o irritable; Dentro de este apartado, existen dos reactivos que miden la duración de este período, (si es que existe) siendo las opciones de respuesta (menos de cuatro días, cuatro días, semanas, meses y años), la escala en este primer apartado tiene su punto de corte, ya que si el reactivo A1 y el A4 son negativos, el paciente no presenta el antecedente de hipomanía y ya no es necesario continuar de aplicar el instrumento.

El segundo apartado corrobora los síntomas de hipomanía, evaluando la autoestima, el sueño, la velocidad del lenguaje, pensamiento, nivel de atención, productividad, apetito sexual, socialización, gastos, desinhibición, toma de decisiones y consumo de sustancias durante este período, el apartado tres y cuatro investigan si el cambio en el estado de ánimo del sujeto fue diferente al de su estado basal y si este cambio fue corroborado por personas cercanas a él, el apartado cinco descarta el antecedente de Manía, preguntado al sujeto sobre el antecedente de ideas megalomaniacas, alteraciones en la sensorio-percepción, conductas bizarras y conductas agresivas o disruptivas. El último apartado sólo contiene un reactivo y descarta que la hipomanía se deba a una enfermedad médica, uso de drogas o medicamentos.

La respuesta a todos los reactivos tienen solo dos opciones de respuesta ( sí o no). La escala fue aplicada por el investigador, teniendo un tiempo de aplicación

## ANALISIS ESTADISTICO.

1. Para el primer objetivo se utilizó estadística descriptiva por medio del análisis de frecuencias.
2. Para el segundo objetivo se realizó un calculo de razón de momios para buscar asociaciones entre ciertas variables clínicas o demográficas dentro de los antecedentes de hipomanía (variable independiente) en los pacientes con un episodio depresivo mayor actual (variable dependiente)

## RESULTADOS

De los 98 pacientes evaluados, 21 cumplieron con el criterio de haber presentado un probable episodio hipomaniaco a lo largo de su vida según la Entrevista de Hipomanía utilizada. El resultado anterior permite establecer que la prevalencia para un episodio hipomaniaco sea de 21.4% con un intervalo de confianza al 95% de 13.3% a 29.6%.

Las variables sociodemográficas de los sujetos estudiados clasificados según la presencia o no de un probable episodio hipomaniaco en su vida se presentan en la siguiente tabla:

**TABLA I**

<u>Variable.</u>	<u>Sin hipomanía.</u> n=77	<u>Con hipomanía</u> n=21	<u>Contraste</u>	<u>Significancia</u>
<u>Sexo</u>				
Femenino.	81.8%(63)	66.7%(14)	$\chi^2(1)= 2.250$	0.134
Masculino.	18.2%(14)	33.3%(7)		
<u>Edad. (años)</u>	29.42	29.42	F(1,96)=0.001	0.974
<u>Escolaridad</u>				
Primaria	13% (10)	4.8%(1)	$\chi^2(4)=3.370$	0.503
Secundaria	24%(19)	23.8%(5)		
Media Superior	36.4%(28)	28.6%(6)		
Superior	24.7%(19)	38.1%(8)		
Postgrado	1.3%(1)	4.8%(1)		
<u>Estado Civil</u>				
Sin pareja.	59.7%(46)	66.7%(14)	$\chi^2(1)=0.333$	0.564
Con pareja.	40.3%(31)	33.3%(7)		

Cuando se contrasto al total de pacientes, separandolos en relación con el antecedente o no de hipomanía, ninguna de las variables demográficas estudiadas pudo diferenciar de manera significativa los dos subgrupos contrastados. Como muestra total, llama la atención que una mayor proporción de los sujetos evaluados hayan alcanzado una escolaridad media superior (35%), aunque al contrastar a los pacientes en razón del antecedente o no de hipomanía, esta variable no diferencio significativamente a los pacientes. También se encontró que los pacientes deprimidos, independiente o no del antecedente de hipomanía no habían alcanzado una relación de pareja estable. (61%).

Se calculo la razón de momios para cada uno de los síntomas depresivos contenidos en el cuestionario del episodio depresivo mayor con relación a la probable presencia de un episodio hipomaniaco en el pasado. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla II, la cual describe la proporción de sujetos que presentan el síntoma por grupo, la significancia  $\chi^2$  y el intervalo de confianza al 95% para la razón de momios.

**TABLA II**

Síntoma	Grupo		$\chi^2$	P	Razón de momios.	Intervalo de Confianza	
	Sin hipomanía	Con hipomanía				Límite inferior.	Límite superior.
Ánimo triste.	98.7%(76)	100%(21)	.276	0.600	-	-	-
Anhedonia.	96.1%(74)	100%(21)	.844	.358	-	-	-
Duración	98.7%(76)	100%(21)	.276	.600	-	-	-
Insomnio	76.6%(59)	71.4%(15)	.241	.624	.763	.258	2.255
Hipersomnia diurna.	20.8%(16)	23.8%(5)	2.379	.34	-	-	-
Hipersomnia nocturna	104%(8)	0	2.379	.34	-	-	-
Hiporexia.	55.8%(43)	85.7%(18)	6.264	.012	4.744	1.290	17.44
Hiperorexia.	37.7%(29)	4.8%(1)	8.408	.004	.083	.011	.650
Aumento peso.	40.3%(31)	4.8%(1)	9.455	.002	.074	.009	.582*
Disminución de peso.	55.8%(43)	81.0%(17)	4.382	.036	3.360	1.034	10.919*
Lentitud motora.	66.2%(51)	42.9%(9)	3.799 8	.051	.382	.143	1.024
Agitación.	50.6%(39)	47.6%(10)	.061	.806	.886	.337	2.327
Astenia.	92.2%(71)	85.7%(18)	.834	.361	.507	.116	2.226
Sentimientos de inutilidad.	92.2%(71)	90.5%(19)	.066	.797	.803	.150	4.301
Alteración en las cogniciones.	97.4%(75)	90.5%(19)	2.022	.155	.253	.033	1.917
Rumiación suicida.	72.7%(56)	61.9%(13)	.928	.335	.609	.221	1.679
Pérdida de interés.	77.9%(60)	66.7%(14)	1.130	.288	.567	.197	1.62
Falta de reactividad.	64.9%(50)	66.7%(14)	.022	.883	1.080	.389	2.99
Animo triste.**	14.3%(11)	23.8%(5)	1.096	.295	1.875	.570	6.163
Depresión peor por las mañanas.	15.6%(12)	38.1(8)	5.147	.023	3.333	1.138	9.763
Despertar precoz.	6.5%(5)	14.3(3)	1.336	.248	2.400	.524	10.99

Alteración Psicomotoras.	14.3%(11)	33.3%(7)	3.993	.046	3.00	.989	9.097
Anorexia significativa	6.5%(5)	28.6(6)	8.071	.004	5.760	1.553	21.363
Culpa excesiva.	9.1%(7)	14.3%(3)	.486	.486	1.667	.392	7.093
Reactividad del ánimo.	5.2%(4)	4.8%(1)	.006	.913	.913	.097	8.627

:

Síntoma	Grupo		$\chi^2$ .	P	Razón de momios.	Intervalo de Confianza	
	Sin hipomanía	Con hipomanía				Límite inferior.	Límite superior.
Ansiedad.	64.9%(50)	76.2%(16)	.951	.330	1.728	.571	5.232
Irritabilidad	84.4%(65)	90.5%(19)	.495	.482	1.754	.361	8.530
Disminución del interés sexual.	63.6%(49)	47.65(10)	1.767	.184	.519	.196	1.376
Aumento del interés sexual.	9.1%(7)	4.8%(1)	.412	.521	.500	.058	4.307
Predominio de síntomas en las tardes.	2.6% (2)	4.8%(1)	.260	.610	1.875	.162	21.741
Ideas desamparo.	79.2%(61)	52.4%(11)	6.098	.014	.289	.104	.799*
Ideas de soledad.	76.6%(59)	76.2%(16)	.002	.968	.976	.314	3.036
Ideas de desesperanza.	72.7%(56)	66.7%(14)	.297	.586	.750	.266	2.115
Síntomas psicóticos.	1.3%(1)	0%(0)	.276	.600	-	-	-
Intento suicida	24.7%(19)	42.9%(9)	2.673	.102	2.289	.836	6.271
Aumento de peso.**	22.1%(17)	4.8(1)	3.300	.069	.176	.022	1.412
Hipersomnía**	15.6%(12)	14.3%(3)	.021	.884	.903	.230	3.54
Abatimiento.	22.1%(17)	28.6%(6)	.387	.534	1.412	.475	4.196
Sensibilidad al rechazo.	14.3%(11)	28.6%(6)	2.349	.125	2.400	.766	7.518

A

Quando se contrastaron las diferentes variables que conforman el cuestionario del episodio depresivo mayor, observamos que síntomas tales como la hiperporexia diferencio de manera significativa a los pacientes que no tenían el antecedente de hipomanía (37.7% vs 4.8%),  $p=.004$ , así mismo se observo con respecto a aumento de peso (40% vs 4.8%)  $p=.002$  y lentitud psicomotora (66.2% vs 42.9%),  $p=.05$ . También las ideas de desamparo y el aumento de peso diferenciaron significativamente a los pacientes que no tenían el antecedente de

hipomanía. En cambio síntomas tales como disminución de peso e hiporexia, se presentaron con mayor frecuencia en el subgrupo de pacientes con el antecedente de hipomanía (81% vs 55.8%, 85.7% vs 55.8%),  $p=.03$  y  $.01$  respectivamente). Por otro lado, el antecedente de intento suicida no diferenció a los subgrupos, lo que hace concluir que éstos datos no concuerdan con los resultados obtenidos en otras investigaciones.

A otras variables clínicas de interés se les calculó también la razón de momios, los resultados se presentan en la tabla III:

**TABLA III**

Característica Clínica.	Grupo		$\chi^2$ .	P	Razón de momios.	Intervalo de Confianza	
	Sin hipomanía	Con hipomanía				Limite inferior.	Limite superior.
<u>Historia familiar.</u>	55.8%(43)	85.7%(18)	6.264	.012*	4.744	1.2910	17.499
<u>Abuso de alcohol.</u>	18.2%(14)	52.4%(11)	10.156	.001*	4.950	1.76	13.98
<u>Tratamiento electroconvulsivo</u>	1.3%(1)	9.5%(2)	3.762	.052	8.000	.689	92.942
<u>Abuso de drogas</u>	10.4%(8)	23.8%(5)	2.583	.108	2.580	.778	9.339

Es importante observar que los pacientes deprimidos y que tenían el antecedente de hipomanía mostraban una mayor proporción de familiares con antecedentes psiquiátricos de tipo afectivo (85.7% vs 55.8%),  $p=.01$ , abuso de alcohol (52.4% vs 18.2%),  $p=.001$  y habían sido tratados previamente con terapia electroconvulsiva (9.5% vs 1.3%),  $p=.05$ , lo que podía traducir a un subgrupo genéticamente vulnerable.

Las variables cuantitativas fueron analizadas por medio de ANOVA simple para dos grupos, las diferencias se presentan en la tabla IV

**TABLA IV.**

Características Clínicas.	Sin hipomanía. media±DE	Con hipomanía media±DE	F(1,96)	p
Severidad de la depresión (HAM-D)	20.08(6.32)	21.81(6.27)	1.42	0.268
Edad de inicio del padecimiento.	22.10(9.77)	18.24(5.97)	2.971	0.088

Tiempo de evolución del padecimiento actual.	7.31(8.28)	11.24(8.75)	3.619	0.060
Número de episodios previos.	2.73(3.15)	3.90(3.08)	2.294	0.133
Duración del episodio actual.	7.21(5.2)	3.24(3.56)	8.820	0.004
Número de episodios hipomaniacos.		6.10(5.91)		
Número de hospitalizaciones	.47(1.10)	.67(1.53)	.456	0.501

La única variable continua que mostró significancia estadística fue la duración del episodio depresivo actual, el cual fue mas prolongado en el subgrupo de pacientes sin el antecedente de hipomanía,  $F(1,96) = 8.82$ ,  $p=.004$ .

Con aquellos síntomas depresivos que en el análisis univariado presentaron mayor significancia se generó un modelo de regresión lineal logística, donde las variables quedaron como a continuación se señala

- Variable dependiente ( historia de hipomanía)
- Variables independientes:
  - a. Ideas de desamparo.
  - b. Hiperporexia.
  - c. Aumento de peso.
  - d. Disminución de peso.
  - e. Lentitud motora.
  - f. Rumiación suicida.
  - g. Alteraciones psicomotoras (agitación o lentitud)
  - h. Ausencia de síntomas atípicos.
  - i. Aumento significativo del peso o el apetito.
  - j. Anorexia significativa o pérdida de peso.
  - k. Hiporporexia.-
  - l. la depresión es peor por las mañanas

Con todas estas variables el modelo resultante clasifica correctamente al 88.78% de los sujetos. La tabla de contingencia es la siguiente:

		Esperados	
		Sin hipomanía.	Con hipomanía.
Observados	Sin Hipomanía.	74	3
	Con hipomanía.	8	13

Al aplicar un procedimiento de eliminación de variables hacia atrás por medio del método de Wald, el modelo se reduce a las siguientes variables:

**TABLA V**

Síntoma.	Exponente $\beta$	Limite inferior.	Limite Superior.	P
Hiporexia.	9.6	1.6	56.17	.124.
Lentitud psicomotora.	.258	.71	.94	.040.
Depresión más intensa por las mañanas.	7.24	1.83	28.65	.047.
Ausencia de síntomas atípicos.	57.14	1.86	166.6	.020.
Rumiación suicida.	.3135	.91	1.07	.066

La capacidad de predicción con las variables anteriores es del 86.73%.

		Esperados	
		Sin hipomanía.	Con hipomanía.
Observados	Sin Hipomanía.	74	3
	Con hipomanía.	10	11

Se calculó otro modelo de regresión lineal logística con aquellas otras variables clínicas que en los análisis univariados mostraron tener importancia predictiva, dichas variables son:

- Variable dependiente ( historia de hipomanía)
- Variables independientes:
  - a. Historia de Tratamiento electroconvulsivo.
  - b. Historia familiar de enfermedad psiquiátrica.
  - c. Abuso de alcohol.
  - d. Abuso de drogas.
  - e. Género.

Con todas estas variables el modelo clasifica correctamente al 87.5% de los sujetos.

		Esperados	
		Sin hipomanía.	Con hipomanía.
Observados	Sin Hipomanía.	73	2
	Con hipomanía.	10	11

Al aplicar un procedimiento de eliminación de variables hacia atrás por medio del método de Wald, el modelo se reduce a las siguientes variables:

**TABLA VII**

Variable.	Exponente $\beta$	Intervalo Superior	Intervalo Inferior	P.
Historia familiar	6.00	28.4	1.26	.240
Abuso de alcohol.	12.19	47.16	3.1	00.03*
Tratamiento electroconvulsivo	12.10	196.07	.75	.0095*

La capacidad de predicción con las variables anteriores es también del 87.5%

		Esperados	
		Sin hipomanía.	Con hipomanía.
Observados	Sin Hipomanía.	73	2
	Con hipomanía.	10	11

## DISCUSIÓN:

El TBPII es una entidad clínica difícil de diagnosticar, por que se sobre pone a una gama de enfermedades. El diagnóstico preciso en la mayoría de las ocasiones se hace cuando el paciente se encuentra deprimido. La mayoría de los autores concuerda en que éstos pacientes poseen cuadros depresivos de mayor severidad y de peor pronóstico. Uno de los factores que altera el pronóstico es que no se realice el diagnóstico preciso. Los pacientes con TBPII acuden a consulta generalmente con un síndrome depresivo de características atípicas (enlentecimiento, hipersomnia e hiperfagia), que amerita tratamiento antidepresivo, pero en la mayor parte de las ocasiones no se da el tratamiento indicado.

Los estudios dedicados al tratamiento agudo de la depresión bipolar son pocos. *G L Zornberg* y *HG Pope* en 1993 (35) realizaron una revisión de la literatura sobre el tema, y han encontrado, en 8 de 9 artículos, una superioridad del efecto antidepresivo del litio sobre el placebo. El efecto antidepresivo del litio se considera equivalente al de los tricíclicos o ligeramente inferior.

Algunos autores sugieren el uso de estabilizadores del estado de ánimo en las fases depresivas de estos trastornos, a dosis inferiores a las utilizadas en el tratamiento de los TBPI. Otros estudios, han hablado de la eficacia de los anticonvulsivantes para el tratamiento de las fases depresivas en TBPII. En los demás estudios, se comprueba que los antidepresivos se comportan diferente en las depresiones unipolares y bipolares.

Ultimamente se han planteado algunos lineamientos terapéuticos cuando el clínico llega al diagnóstico presuncional de un trastorno bipolar tipo II:

- Superioridad de la fluoxetina en relación con la imipramina y el placebo y un beneficio en los TBP II crónicos y resistentes.
- Superioridad de los IMAOS en relación con los tricíclicos, especialmente en las formas anérgicas de depresión.
- Ventajas del bupropión (agente dopaminérgico/noradrenérgico) en los pacientes que presentan TBP II. Estas ventajas fueron confirmadas en un estudio clínico controlado (bupropión frente a desipramina), con seguimiento de 18 meses (35).

Los estabilizadores del estado de ánimo son el tratamiento de primera elección para las fases depresivas en los trastornos bipolares, (práctica poco utilizada). En caso de ausencia de respuesta al regulador del estado de ánimo, se asociara un inhibidor de la mono amino oxidasa (MAO), un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) o el bupropión.

Para llegar a un buen diagnóstico; Los autores expertos en el tema, sugieren apreciar las características y síntomas del cuadro depresivo del paciente. Que generalmente presentan depresiones atípicas. Nuestros resultados fueron opuestos a los de la literatura, esto pudo obedecer a diferentes causas.

- a).- El instrumento de evaluación.
- b).- El no tomar en cuenta al temperamento.
- c).- No existió un seguimiento de los casos.

En cuanto al instrumento de evaluación no se contó con una escala validada para diagnosticar hipomanía, como mencionamos en los antecedentes el instrumento de evaluación, juega un papel importante en el subdiagnóstico o supradiagnóstico de la hipomanía, nosotros pudimos omitir muchos casos de hipomanía, ya que no tomamos en cuenta a las hipomanías breves( menos de 4 días).

El temperamento es un factor importante en el diagnóstico de la enfermedad,. Los autores le dan una confiabilidad de hasta el 90%, en nuestro estudio no fue posible medir esta variable por no contar con un instrumento validado para los diversos tipos de temperamento.

En lo que respecta a las características encontradas en el estudio del episodio depresivo, contrarias a la literatura, hay algunos autores que no están de acuerdo, en que las depresiones atípicas son más comunes en estos pacientes, por que sólo se basan en corte transversal de la enfermedad y sólo la evalúan en un momento dado. Quizás el diseño del estudio no nos permitió ver la evolución de la enfermedad y saber si efectivamente a través de los años, el tipo de depresión que se manifiesta en estos pacientes tendrá siempre características atípicas.

Los TBPII presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, pero los que son más comunes en ellos son: el abuso de sustancias, el abuso de drogas, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad. También tienen el antecedente de historia familiar psiquiátrica en la familia. Si juntamos todos los factores de predicción, podríamos detectar más fácilmente a TBPII, en nuestra práctica clínica y propórcionarles el tratamiento indicado.

La farmacoterapia profiláctica en las formas atenuadas de bipolaridad (crisis hipomaniacas y ciclotimia) objetivo principal de investigación para varios autores. *DL Dunner y cols 1982 (45)* Observan un efecto protector del litio contra la recurrencia de los episodios depresivos en los pacientes TBP II y ciclotímicos *H. S Akiskal, en 1979 (45)* al evaluar a 15 pacientes con ciclotimia tratados con litio constataron una mejoría clínica (descenso del 50% de las conductas desadaptativas) en el 60% del grupo de estudio Los autores describen que existe una mejor respuesta al litio cuando los primeros episodios son de polaridad maníaca y de intensidad mayor. Los anticonvulsivos constituyen otra alternativa al

litis para las formas: depresión-hipomanía, las formas crónicas y mixtas y, especialmente los ciclos rápidos

F. M Jacobsen, en 1993 (46) al realizar un estudio de seguimiento de tres años, mostró una mejoría de los síntomas en el 79% los pacientes con TBPII o ciclotimia con ácido valpróico a dosis bajas, con una dosis media de 350mg/día. En los TBPII debe tenerse en cuenta al elegir un tratamiento las manifestaciones atípicas de la enfermedad y la comorbilidad que existen alrededor de estos trastornos.

A lo largo de esta investigación apreciamos que el TBPII, es una entidad con características propias y que puede detectarse a través de las características clínicas del episodio depresivo, los antecedentes heredo familiares del sujeto, el tipo de temperamento y la comorbilidad del paciente. Si no hacemos el diagnóstico de éstos pacientes, los exponemos a ciclos más largos y frecuentes de enfermedad a un mayor riesgo de suicidio y a una refractariedad en el tratamiento.

### CONCLUSIONES.

De los 98 pacientes estudiados 21 cumplieron con el criterio de haber presentado un probable episodio hipomaniaco. El resultado anterior nos permite establecer que la prevalencia para un episodio hipomaniaco sea de 21.4%.

Las variables sociodemográficas no mostraron diferencias significativas entre los grupos de estudio.

La población de pacientes con el antecedente de hipomanía mostró características clínicas diferentes a los pacientes que no presentaban éste antecedente, lo que podría llevar a inferir que existen variables predictivas de la enfermedad.

**Los pacientes con antecedente de episodios de hipomanía evaluados en el presente estudio, presentaron las siguientes características en su sintomatología depresiva: hipoporexia, pérdida de peso, agitación psicomotora, predominio de los síntomas depresivos por las mañanas y pérdida de peso significativa.**

Estos pacientes abusaban con más frecuencia de las drogas y el alcohol en comparación, con el grupo de pacientes sin antecedente de hipomanía

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

litis para las formas: depresión-hipomanía, las formas crónicas y mixtas y, especialmente los ciclos rápidos

F. M Jacobsen, en 1993 (46) al realizar un estudio de seguimiento de tres años, mostró una mejoría de los síntomas en el 79% los pacientes con TBPII o ciclotimia con ácido valproico a dosis bajas, con una dosis media de 350mg/día. En los TBPII debe tenerse en cuenta al elegir un tratamiento las manifestaciones atípicas de la enfermedad y la comorbilidad que existen alrededor de estos trastornos.

A lo largo de esta investigación apreciamos que el TBPII, es una entidad con características propias y que puede detectarse a través de las características clínicas del episodio depresivo, los antecedentes heredo familiares del sujeto, el tipo de temperamento y la comorbilidad del paciente. Si no hacemos el diagnóstico de éstos pacientes, los exponemos a ciclos más largos y frecuentes de enfermedad a un mayor riesgo de suicidio y a una refractariedad en el tratamiento.

### CONCLUSIONES.

De los 98 pacientes estudiados 21 cumplieron con el criterio de haber presentado un probable episodio hipomaniaco. El resultado anterior nos permite establecer que la prevalencia para un episodio hipomaniaco sea de 21.4%.

Las variables sociodemográficas no mostraron diferencias significativas entre los grupos de estudio.

La población de pacientes con el antecedente de hipomanía mostró características clínicas diferentes a los pacientes que no presentaban éste antecedente, lo que podría llevar a inferir que existen variables predictivas de la enfermedad.

**Los pacientes con antecedente de episodios de hipomanía evaluados en el presente estudio, presentaron las siguientes características en su sintomatología depresiva: hipoporexia, pérdida de peso, agitación psicomotora, predominio de los síntomas depresivos por las mañanas y pérdida de peso significativa.**

Estos pacientes abusaban con más frecuencia de las drogas y el alcohol en comparación, con el grupo de pacientes sin antecedente de hipomanía

ESTA TESIS NO DEBE  
CALAR DE LA BIBLIOTECA

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Bourgeois M.L, Verdoux H, et al "Trastornos Bipolares del estado de Animo", Masson, España, 1997.
- 2.-Kaplan H.I, Sadock J.B y Grebb A. J" Sinopsis de Psiquiatría", Panamericana, séptima edición, Buenos Aires, 1996.
- 3.- Allen Frances, M.D, Harold A.P, et al, "Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales"(DSM-IV), Masson, Barcelona, 1996.
- 4.-Akiskal H.S, et al, Distimic Disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes;*Am.J.Psychiatric*,140,1,p11-20,1983.
- 5.-Akiskal H.S., Mallya G. Criteria for the soft bipolar Spectrum: Treatment and Implication; *Psychopharmacol.Bull*, 23, p 68-73,1987.
- 6.- Akiskal H.S,Djedérédjian A.H., Rosenthal R.H. et al. Cyclothymic Temperamental Disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2, p 527-554,1979.
- 7.- Akiskal H.S, Khani M.K., Scott-Strauss A. Cyclothymic Temperamental Disorder: Validating Criteria for Inclusion in the Bipolar Affective Group. *Am.J.Psychiatric*,134,p.1227-1233,1977.
- 8.- Angst J. L' hypomanie. Apropos d'une cohorte de jeunes. *L' Encéphale*, XVII, p23-29,1992.a
- 9.-Weissman M.M, Myers J.K. Affective Disorder in a USA Urban Community. *Arch.Gen.Psychiatric*, 35,p1304-1311, 1978.
- 10.- Akiskal H.S. The Bipolar Spectrum: New Concepts in Classification and Diagnosis. *Arch.Gen.Psychiatric*, 36, p.271-292, 1983.
- 11.- Akiskal H.S. Diagnosis and Classification of Affective Disorder; New Insight From Clinical and Laboratory Approaches. *Psychiatr. Dev*, 2, p.123-160,1983b.
- 12.- Akiskal H.S. Disthymic and Ciclothymic Disorders: A Paradigm for High-Risk Research in Psychiatry. *J Aff Dis*; 20,p211-231,1983.
- 13.- Akiskal H.S., Maser J.D, Zeller P:J et al. Switching from Unipolar to Bipolar II. An 11- Year Prospective Study of Clinical Temperament Predictors in 559 patientens. *Arch.Gen.Psychiatri*,52,p.114-123,1995.
- 14.- Angst J. L., Merikangas K., Scheidegger P, et al. Recurrent Brief Depression: A New Subtype of Affective Disorder. *J Aff Dis*,19,p.87-98, 1990.
- 15.- Bourgeois M.L, Martinez R, Degeilh B. et al. Les Facteurs Predictiffs de la bipolarisation des troubles dépressifs. *L' Encéphale*, XIV, 353-357,1988.

- 16.- Bourgeois M.L, Introduction. Unipolaires et Bipolaires: les deux maladies de l' humeur. . *L' Encéphale*,XVIII,p.1-4,1992.
- 17.-Cassano G.B., Akiskal H.S, Savino M, et al Proposed Sub Types of Bipolar II and Related disorder: With Hypomanic Episodes (or cyclothymia) and with Hyperthymic Temperament. *J Aff Dis*,26,p.15-18,1992.
- 18.-Cassano G.B, Savino M, et al, Mayor Depressive Episode: Unipolar and BipolarII. . *L' Encéphale*,XVII, número especial,p.15-18,1992.
- 19.-Coryell W., Andreasen N.C, Endicott J et al. The Significance of past Mania or Hipomania in the course and outcome of Mayor Depression *Am.J.Psychiatric*,94,p.263-274,1987.b
- 20.- Dunner D.L, Fleiss J.L, Fieve R.R, The Course of Development of Mania in Patients with Recurrent Depression. *Am.J.Psychiatric*,133,p.905-908,1976b.
- 21.- Dunner D.L, Fleiss J.L, Fieve R.R. Lithium Carbonate Prophylaxis Faillure. *Br. J. Psychaitry*,129,p.40-44,1976c.
- 22.- Endicott J, Nee J, Andreasen N.C, et al. Bipolar II Combine or Keep Separate? *J Aff Dis*,8,p.17-28,1985.
- 23.-WinoKur G, Coryell W, et al " A family study of maniac depressive disease Is it a distintic illness separable from primary unipolar depression? " *Arch.Gen.Psychiatry*, 52,p. 367-373, 1995.
- 24.- Akiskal H.S. Subaffective Disorders and Bipolar II disorder in the Borderline Realm. *Psychaitry. Clin. North. Am*, 4,p.25-46,1981.
- 25.- Akiskal H.S, Walker P W, Puzantian V.R. et al. Bipolar Outcome in the course of depressive illness. *J Aff Dis*,5,p.115-128,1993.
- 26.- Dunner D.L. Subtypes of Bipolar Affective Disorder with particular Regard to Bipolar II, *Psychiatry. Dev*.1,p.75-86,1993.
- 27.-Vieta E, Colom F, Gastro C, NietoE, et al Bipolar II disorder: Course and suicidal behavior,*Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* ( abstrac),25p.147-51,1997.
- 28.-Perugi G; Akiskal H.S, et al The high prevalence of soft Bipolar II features in atypical depression. *Compr Psychiatry*, 39,p.63-71 1998.
- 29.-Hantouche EG, Akiskal H.S, et al Systematic clinical methodology for validating bipolar II disorder: Data in mid-stream from a French national multi-site study(EPIDED), *J Affect Disord*, 50,p.163-173,1998.
- 30.- Akiskal H.S, Clinical Consultations on the Depressive Phase of Bipolar Disorder, American Psychaitric Association Annual Meeting mayo 17,1999.
- 31.- Perugi G; Akiskal H.S,et al Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases *J Affect Disor*, 43 p.169-180,1997.
- 32.-Young LT, Coooke RG, et al Anxious and non anxious bipolar disorder. *J Affect Disord*,29 ,p.49-52, 1993.
- 33.- Winokour G, Turvey C, Akiskal Hs, et al: Alcoholism and drug abuse in bipolar I , unipolars and their acquaintances. *J Affect Disord* ,50,p.81-89,1998.
- 34.-Perugi G; Akiskal H.S, et al: depressive comorbidity of panic, social phobia, and obsessive- compulsive disorder: is there a bipolarII connection? *Journal of Psychiatric Research*, 33, p.53-61,1999.

- 35.- Akiskal H.S. Under Diagnosis, Over Diagnosis and Misdiagnosis of Maniac Depressive Illness- Therapeutic Issues, American Psychiatric Association Annual Meeting mayo 18,1999.
- 36.- Akiskal H.S: The Prevalent clinical spectrum of bipolar disorder: Beyond DSM-IV, *J Clin Psychopharmacol* 16(suppl1), p.4-14,1996.
- 37.- Akiskal H.S, Khani M.K, Scott S. A: Cyclothymic temperamental disorder. *Psychiatr Clin North Am.*2,p.527-554,1979.
- 38.- - Akiskal H.S: Temperaments on the border of affective disorder. *Acta Psychiatrica Scand*, 89 (suppl 379), p.32-37,1994.
- 39.- Akiskal H.S,: Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile- onset depressions pre-bipolar? *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 34, p.754-763,1995.
- 40.- Winokur G, Coryell W, Akiskal H.S, et al: Further distinctions between maniac depressive illness (bipolar) and primary depressive disorder (unipolar). *Am.J.Psychiatric* 150., p. 1176-1181,1993.
- 41.-Perlick DA, Rosenheck RA, et al Symptoms predicting inpatient service use among patients with bipolar affective disorder. *Psychiatry Serv*, 50,p.806-812, 1999.
- 42.-Akiskal H.S: The distinctive mixed states of bipolar I, II and III *Clinical Neuropharmacology* 15(suppl 1<sup>a</sup>),p.632-633,1992.
- 43.- Akiskal H.S: The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I): reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year students. *J Affect Disord* 47,p.1-10,1987.
- 44.- Benazi F, Clinical marker of BP-II disorder, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*,249, p.62- 65,1999.
- 45.- Akiskal H.S, " Depression in cyclothymic and related temperaments: clinical and pharmacologic considerations", *J. Clin Psychiatr. (monography)*, 107, p.37-43;1992
- 46.-Jacobsen F.M. " Low dose valproate a new treatment for cyclothymia mild rapid cycling disorder and premenstrual syndrome, *J. Clin Psychiatr*,59,p.229-234;1993.

## ESCALA RETROSPECTIVA DE HIPOMANIA

No. expediente ..... Nombre .....

Fecha .....

A1. ¿Alguna vez ha tenido un período durante el cual estuviera más alegre, animoso, exaltado, excitado o acelerado sin que hubiera un motivo para estar así?

si( )      no( )      →      *pase a la pregunta A4*

A2. ¿Cuanto duró el período?

menos de 4 días( )      4 días o más ( )      una o más semanas( )      meses( )      años( )

A3. Por favor dígame en sus propias palabras como le llama a este sentimiento (si se corrobora la respuesta afirmativa, *pase a la pregunta B1*)

A4. ¿Alguna vez ha tenido un período durante el cual estuviera más irritable lo habitual, es decir, se enojara fácilmente, discutiera mucho y como consecuencia, tuviera problemas con su familia, amigos o compañeros de estudio?

si( )      no( )      *no siga*

A5. ¿Cuanto duró ese período?

menos de 4 días( )      4 días o más ( )      una o más semanas( )      meses( )      años( )  
*no siga* ←

A6. Por favor dígame en sus propias palabras como le llama a este sentimiento (si se corrobora la respuesta afirmativa, *pase a la pregunta B1*)

**Durante este período :**

B1. ¿Aumentó su autoestima, se sintió con más confianza y seguridad en sí mismo o llegó a sentirse superior a los demás?

si( )      no( )

B2. ¿Durmió menos horas de lo habitual y a pesar de eso no se sentía cansado ni con sueño?

si( )      no( )

B3. ¿Estaba muy platicador o hablaba más rápido?

si( )      no( )

B4. ¿Sintió que sus pensamientos fueran más fluidos y rápidos? ¿experimentó una mayor capacidad para producir ideas?

si( )      no( )

B5. ¿Se distraía fácilmente, es decir, con frecuencia cualquier tipo de interrupción le hacía perder el hilo de sus pensamientos, conversación o actividades?

sí( ) no( )

B6 (cualquiera de las siguientes) :

- ¿Tenia muchos planes o actividades a la vez o estuvo mas productivo o creativo ?

sí( ) no( )

- ¿Aumento su apetito sexual ?

sí( ) no( )

- ¿Estuvo mas sociable ?

sí( ) no( )

B7. (cualquiera de las siguientes) :

- ¿Estuvo gastando en forma excesiva o mal planeada o regalando cosas?

sí( ) no( )

- ¿Tomó decisiones disparatadas acerca del dinero ( por ejemplo, inversiones alocadas)?

sí( ) no( )

- ¿ Hizo comentarios indiscretos?

sí( ) no( )

- ¿Estuvo consumiendo drogas y/o alcohol ?

sí( ) no( )

C. ¿Lo anterior es resultado de un cambio en su comportamiento o forma habitual de ser ?

sí( ) no( )

D. ¿Las personas que conviven con usted se dieron cuenta de este cambio ?

sí( ) no( )

E1) ¿ Se sintió con dones o poderes especiales para hacer cosas que otros no pudieran hacer (por ejemplo, que fuera una persona especial mente importante)?

sí( ) no( )

E2) ¿presentó ideas extrañas o falsas?

sí( ) no( )

E3) ¿ podía oír voces o ver cosas que otros no vieran o escucharan?

sí( ) no( )

E4) ¿ tuvo comportamientos extraños ?

sí( ) no( )

E5) ¿ se metió en problemas graves  
si ( ) no ( )

E6) ¿agredió físicamente a otros ?  
si ( ) no ( )

E7) ¿necesito ser hospitalizado o requirió tratamiento médico ?  
si ( ) no ( )

E8) ¿ algún médico le dijo que estaba maniaco o tenía manía ?  
si ( ) no ( )

Si respondió que si a las preguntas anteriores (cualquiera de la E) ¿ puede explicarlo con sus propias palabras ?

---

---

F. ¿ Este cambio fue producido por medicamentos, drogas o alcohol o por alguna enfermedad?  
si ( ) no ( )

### CALIFICACIÓN

#### I. Reactivos necesarios

1. A1 y A2 positivos. A3 corrobora los anteriores.
2. A4 y A5. A6 corrobora los anteriores
3. A1.A2.A4. A5 positivos y A3 y A6 los corroboran

II. Para la opción 1 y 3. se requieren 3 reactivos de B1 a B7. Para la opción 2 se requieren 4 de estos reactivos.

III. Reactivos C y D positivos.

IV. Ningún reactivo E positivo.

V. Reactivo F necesariamente negativo. Si es positivo valorar la relación causal y temporal entre el consumo de una sustancia ( drogas, medicamentos) o una enfermedad médica y los síntomas hipomaniacos.

¿ Tiene antecedentes de hipomanía ?  
si ( ) no ( )

¿ Tiene antecedentes de manía ?  
si ( ) no ( )

# FORMATO DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

NOMBRE:-----NUMERO DE EXPEDIENTE  
EDAD. SEX: (f) (m) ESTADO CIVIL( )

HISTORIA FAMILIAR DE TBP( )TDM ( ) PARENTESCO  
OTROS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

EDAD DE INICIO (AÑOS)

DURACION DEL PADECIMIENTO.

NUMERO DE EPISODIOS DEPRESIVOS PREVIOS.

DURACION DEL EPIOSDIO DEPRESIVO ACTUAL

¿HAN EXISTIDO SINTOMAS PSICOTICOS ACOMPAÑADOS A LOS EPISODIOS  
DEPRESIVO ? SI Y NO.

NUMERO DE EPISODIOS HIPOMANIACOS PREVIOS

HOSPITALIZACIONES PREVIAS. SI ( ) NO ( )

ABUSO DE ALCHOHOL Y7O SUSTANCIAS SI ( ) NO ( )

TRATAMIENTOS PREVIOS

( ) ANTIDEPRESIVOS ( ) ESTABILIZADORES DEL ANIMO ( )ANTIPSICOTICOS  
( )BENZODIACEPINAS ( ) TEC.

TIPO

EDH BASAL DEL EPISODIO ACTUAL  
17 ITEMS 21 ITEMS

## **SINTOMAS MELANCOLICOS.**

**REQUIERE OBLIGATORIAMENTE DE LOS SIGUIENTES REACTIVOS.**

- ( ) PÉRDIDA DE INTERÉS EN LAS ACTIVIDADES
- ( ) FALTA DE REACTIVIDAD A LOS ESTIMULOS HABITUALMENTE PLACENTEROS.

**REQUIERE OBLIGATORIAMENTE DE TRES O MÁS DE LOS SIGUIENTES REACTIVOS.**

- ( ) CUALIDAD DISTINTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO ( DIFERENTE DEL SENTIMIENTO QUE ACOMPAÑA A LA MUERTE DE UN SER QUERIDO)
- ( ) LA DEPRESION ES PEOR POR LAS MAÑANAS.
- ( ) DESPERTAR PRECOZ( AL MENOS DOS HORAS ANTES DE LA HORA HABITUAL DE DESPERTARSE)
- ( ) ENLENTECIMIENTO O AGITACION PSICOMOTORA.
- ( ) ANOREXIA SIGNIFICATIVA O PERDIDA DE PESO.
- ( ) CULPABILIDAD EXCESIVA O INAPROPIADA.

## **SINTOMAS ATIPICOS.**

**REQUIERE OBLIGATORIAMENTE EL SIGUIENTE REACTIVO.**

- ( ) REACTIVIDAD DEL ESTADO DE ANIMO ( MEJORA EN RESPUESTA DE ACONTECIMIENTOS POSITIVOS)

**REQUIERE OBLIGATORIAMENTE DE DOS O MAS DE LOS SIGUIENTES REACTIVOS.**

- ( ) AUMENTO SIGNIFICATIVO DE PESO O APETITO.
- ( ) HIPERSOMNIA (10 HORAS O MAS DE SUEÑO QUE LO ACOSTUMBRADO)
- ( ) ABATIMIENTO ( SENTIR LOS BRAZOS Y PIERNAS CANSADOS)
- ( ) SENSIBILIDAD AL RECHAZO INTRAPERSONAL( QUE NO SE LIMITA A EPISODIOS DE ALTERACION DEL ESTADO DE ANIMO)

**REQUIERE OBLIGATORIAMENTE**

- ( ) NO SE CUMPLAN CRITERIOS DE SÍNTOMAS MELANCOLÍCOS.

## **OTROS SINTOMAS**

- ( ) ANSIEDAD.
- ( ) IRRITABILIDAD
- ( ) DISMINUCION DEL INTERES SEXUAL.
- ( ) AUMENTO DEL INTERES SEXUAL.
- ( ) PREDOMINIO SINTOMATICO EN LAS TARDES.
- ( ) IDEAS DE DESAMPARO.
- ( ) IDEAS DE SOLEDAD.
- ( ) IDEAS DE DESESPERANZA.
- ( ) SÍNTOMAS PSICÓTICOS.

## CUADRO CLINICO DE EDM INDICE.

REQUIERE OBLIGATORIAMENTE UNO DE LOS SIGUIENTES REACTIVOS.

- ( ) ANIMO DEPRIMIDO (TRISTEZA, DESANIMO, SENTIRSE PAGADO, MUY SENSIBLE, DESEOS DE LLORAR).
- ( ) ANHEDONIA ( PERDIDA O ABANDONO DE INTERES O ACTIVIDADES, INCAPACIDAD PARA DISFRUTAR)
- ( ) DURACION DE DOS SEMANAS O MAS.

ALTERACIONES DEL SUEÑO.

- ( ) INSOMNIO INICIAL ( ) INTERMEDIO ( ) FINAL ( ) MIXTO ( )
- ( ) HIPERSOMNIA ( DORMIR MAS DE DIEZ HORAS O DOS HORAS MAS QUE LO HABITUAL )

ALTERACIONES DEL APETITO Y/ O PESO.

- ( ) HIPOREXIA.
- ( ) HIPERPOREXIA.
- ( ) MIXTO.
- ( ) AUMENTO DE PESO.
- ( ) DISMINUCION DE PESO.
- ( ) APETENCIA POR LAS HARINAS O LO DULCE.

ALTERACIONES EN LA PSIMOTRICIDAD.

- ( ) LENTITUD PSICOMOTORA.
- ( ) AGITACION PSICOMOTORA.
- ( ) FALTA DE ENERGIA O DEBILIDAD, CANSANCIO FACIL
- ( ) SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD.
- ( ) SENTIMIENTOS DE CULPA.

ALTERACIONES COGNOSCITIVAS

- ( ) DISMINUCION EN LA CONCENTRACION.
- ( ) DISMINUCION EN LA MEMORIA.
- ( ) ENLENTECIMIENTO DEL PENSAMIENTO.
- ( ) INDECISION.

- ( ) PENSAMIENTOS DE MUERTE , IDEACION SUICIDA RECURRENTE CON O SIN PLAN ESPECIFICO O INTENTO SUICIDA.