

# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN  
TRASTORNO BIPOLAR”**

## **TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA:**

**P R E S E N T A:**

**DR. ODIN NAVARRETE GONZALEZ**

**TUTOR TEÓRICO:**

**DRA. CARMEN ROJAS CASAS  
SALAZAR**

**TUTOR METODOLÓGICO:**

**DR. FRANCISCO FRANCO LOPEZ**

**MÉXICO, DF.**

**2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>1. Marco Teórico</b>	<b>4</b>
<b>2. Planteamiento del problema, Justificación y Beneficios del estudio</b>	<b>17</b>
<b>3. Objetivo</b>	<b>18</b>
<b>4. Hipótesis</b>	<b>18</b>
<b>5. Diseño y duración</b>	<b>18</b>
<b>6. Material y métodos</b>	<b>19</b>
<b>7. Análisis estadístico</b>	<b>22</b>
<b>8. Ética médica</b>	<b>22</b>
<b>9. Resultados</b>	<b>24</b>
<b>10. Discusión</b>	<b>30</b>
<b>11. Conclusiones</b>	<b>31</b>
<b>12. Referencias Bibliográficas</b>	<b>32</b>

## RESUMEN

En nuestro país existe escasa información acerca de la magnitud del Trastorno Bipolar, ya que los estudios epidemiológicos cubren generalmente el conjunto de trastornos de ánimo, principalmente depresivos. El objetivo de este estudio es examinar las características de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar en el hospital Fray Bernardino Álvarez para ello se realizó un análisis de las características sociodemográficas así como clínicas de los pacientes con Trastorno Bipolar, la muestra comprendió a 74 pacientes con un predominio de mujeres en proporción 2.08:1 con respecto a los varones, la mayor parte correspondió a Trastorno Bipolar I (n=51, 69%) los pacientes eran la mayor parte sin pareja residentes fuera del área urbana. En cuanto a las características clínicas, el 74% era manejado con modulador, el 86% con neuroléptico, 70% tomaba benzodiacepinas, el 49% tomaba antiparkinsonico y solo el 10% tomaba algún antidepresivo. De estos, el 64% tenían de 1 a 5 valoraciones en urgencias, y el 69% tenían de 1 a 5 internamientos, solo el 10% había sido tratado en otra institución. Como conclusión el promedio de tiempo de evolución es de 13 años, con mayor frecuencia de recaídas por pobre contención o presencia de efectos adversos y la mayor causa de internamiento fue la presencia de errores de juicio y conducta.

## **INTRODUCCIÓN**

El trastorno bipolar comprende una de las principales entidades nosológicas psiquiátricas que amerita hospitalización tanto por la conducta expansiva desordenada que se presenta durante la manía, que incluye conducta agresiva heterodirigida<sup>1</sup> así como por la severidad de la depresión en la fase opuesta, con alto riesgo de suicidio<sup>2,3</sup>. A pesar de ello, existe escasa información en cuanto a su magnitud ya que la mayor parte de estudios tratan fundamentalmente a los trastornos del ánimo en conjunto, principalmente los depresivos<sup>4</sup>. En otros países, los estudios epidemiológicos acerca de la Depresión y Manía tienen muchos antecedentes, desde las encuestas en la comunidad en los años 50's y 60's para posteriormente tratar las características demográficas de poblaciones especiales. El objetivo de este estudio es dar un esbozo a las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico bipolar que acuden a una institución pública, tomando en cuenta que es un hospital para pacientes agudos con presencia de heteroagresividad física, lo que quizás pueda darle características diferentes a la muestra, si bien se espera que concuerde con lo referido en la literatura mundial.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El trastorno Bipolar comprende una de las principales entidades nosológicas psiquiátricas que ameritan atención y que requieren hospitalización por la conducta disruptiva que presentan los pacientes durante el episodio de Manía, así como la sintomatología afectiva grave en el episodio depresivo por lo cual es necesario tener estudios detallados sobre las características epidemiológicas así como clínicas de presentación de la patología en población mexicana. La presente investigación comprende el análisis epidemiológico y de las características clínicas para un abordaje adecuado al trastorno. Se han hecho diferentes estudios en el mundo pero escasos dentro de la población mexicana por lo que existe la necesidad de realizar una exploración formal dentro de la población.

El presente trabajo pretende responder a lo siguiente: ¿cuales son las características socio demográficas de la muestra? y ¿Cuáles son las características Clínicas? Así como ¿los pacientes asiduos al servicio de urgencias y múltiples hospitalizaciones tienen características demográficas especiales?

## 1. MARCO TEORICO

### 1.1 TRASTORNO BIPOLAR

#### 1.1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

Aproximadamente en el 400 a.c., Hipócrates utilizó los términos de “manía” y “melancolía” para describir trastornos mentales. En 1854 Jules Falret llamó *Folie circulaire*, a una patología en la que el paciente experimentaba de forma clínica estados depresivos y maníacos. Casi al mismo tiempo, otro psiquiatra francés, Jules G.F. Baillarger, definió la *folie a doble forme*: los pacientes, profundamente deprimidos, entraban en un estado de estupor del que finalmente se recuperaban. En 1882, el psiquiatra alemán Kart Kahlbaum, mediante el término ciclotimia, describió la manía y la depresión como fases de una misma enfermedad<sup>5</sup>.

En 1899, Emil Kraepelin, basándose en trabajos previos de diversos psiquiatras franceses y alemanes, definió una variante que denominó *psicosis maniaco-depresiva* con la mayoría de los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente para diagnosticar el trastorno bipolar tipo I, también describió una forma de depresión denominada melancolía involutiva considerada también una forma de trastorno del ánimo de inicio tardío<sup>6</sup>.

Adolfo Meyer creía que la psicopatología surgía de interacciones "biopsicosociales". Esta conceptualización se ve reflejada en el DSM I (1952)<sup>7</sup> con la inclusión del término "reacción maníaco depresiva". En 1957 Leonhard<sup>8</sup> observó que algunos pacientes tenían historia tanto de depresión como de manía, mientras que otros solo tenían historia de depresión; posteriormente notó que los pacientes con historia de manía (aquellos a los cuales llamó bipolares) tenían una alta incidencia de manía en sus familias cuando los comparaba con aquellos que tenían solamente historia de depresión (a los cuales llamó monopolares). La distinción bipolar - unipolar fue formalmente incorporada en el sistema americano DSM-III en 1980<sup>9</sup>. Luego, Dunner en 1976<sup>10</sup>, sugiere subdividir el Trastorno bipolar: tipo I, pacientes con historia de manía lo suficientemente severa como para requerir hospitalización (muchos de estos cuadros se acompañan de síntomas psicóticos) y tipo II, que tienen una historia de hipomanía además de tener una historia previa de depresión mayor que requirió hospitalización<sup>11, 22</sup>.

#### 1.1.2 DEFINICIÓN

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido, habitualmente las personas pueden experimentar un abanico de expresiones manteniendo un control sobre su vida afectiva. Comúnmente en los trastornos del estado del ánimo se llega a perder esta sensación de autocontrol provocando un fuerte malestar general, facilitando así un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral

El trastorno bipolar se clasifica de acuerdo al DSM IV TR<sup>13</sup>.en:

- Trastorno bipolar I: cuando los pacientes presentan al menos un episodio de manía.
- Trastorno bipolar II: cuando los pacientes presentan episodios de hipomanía o ciclotimia.
- Trastorno bipolar III: “pseudounipolar” cuando se presenta episodios depresivos recurrentes sin hipomanía espontánea, con frecuencia estos pacientes tienen temperamento hipertímico y antecedentes familiares de trastorno bipolar<sup>13</sup>.

### 1.1.3 ETIOLOGÍA

1.1.3.1 Factores biológicos. Los neurotransmisores intervienen en la etiología de los trastornos del estado de ánimo, especialmente las monoaminas (noradrenalina, serotonina y dopamina) y la acetilcolina<sup>14</sup>. Si bien hubo teorías simplistas que indicaban la presencia de un exceso de neurotransmisores durante el episodio maníaco y la disminución de éstos durante la depresión, esto no es en absoluto correcto<sup>15</sup>. En cambio, es la efectividad del funcionamiento celular bajo la modificación y el control de los neurotransmisores lo que subyace a la etiología patológica de los trastornos del estado de ánimo<sup>16</sup>.

En los eritrocitos de pacientes con trastorno bipolar se halló un nivel de colina inferior al normal, lo que indujo a los investigadores a pensar que en la fisiopatología del trastorno bipolar es importante el desequilibrio de la actividad colinérgica y catecolaminérgica. Las propiedades antimaníacas de los agonistas colinérgicos y la modulación de la sintomatología maníaca por la figostigmina, inhibidor de la colinesterasa, aportan evidencias que involucran al sistema colinérgico en el trastorno bipolar<sup>17, 18</sup>.

La hipótesis de la monoamina en la depresión afirma que la depresión es causada por niveles reducidos de las monoaminas, noradrenalina, serotonina o dopamina, en el sistema nervioso central<sup>19</sup>.

Manji y colaboradores informan que la noradrenalina en plasma se reduce a niveles de gasto normal en reposo en los pacientes deprimidos con trastorno bipolar, en los pacientes con manía, aumenta la concentración de noradrenalina y de su metabolito, 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG), en orina y líquido cefalorraquídeo lo cual indica que el gasto de noradrenalina y MHPG es mayor en la manía que en la depresión<sup>20</sup>.

El estudio de los receptores de serotonina aporta evidencias fundamentales del papel de la serotonina en pacientes con trastorno bipolar<sup>21</sup>. Varios estudios mostraron un *aumento* en la densidad de los receptores 2 de serotonina en las plaquetas y el cerebro de pacientes deprimidos. Este aumento podría ser causado por una regulación por incremento para adaptarse a la disminución del nivel de serotonina en la sinapsis<sup>22</sup>. También se observó una disminución en la densidad de los receptores 1A de serotonina en diversas áreas del cerebro de pacientes deprimidos, especialmente en los que sufren trastorno bipolar<sup>21</sup>.

El papel que los agonistas de la dopamina juegan en la precipitación de la manía es un indicador de la función de la dopamina en la etiología del trastorno bipolar. Se ha postulado que las anomalías de la dopamina intervienen en la hiperactividad relacionada



con los estadios graves de manía, mientras que la noradrenalina se relaciona con hipomanía, como se observa en el trastorno bipolar II<sup>21</sup>.

1.1.3.2 Factores genéticos. Existe un componente genético ampliamente reconocido en la etiología del trastorno bipolar; estudios familiares múltiples mostraron que existe mayor prevalencia de trastorno bipolar en familiares de pacientes afectados por éste en comparación con controles sanos psiquiátricamente. También hay evidencias que indican que los trastornos bipolares I y II son subtipos genéticamente distintos. Sin embargo, la forma de trastorno bipolar de ciclo rápido no es genéticamente distinta de la forma de ciclo no rápido<sup>23</sup>.

Las investigaciones indican que el patrón hereditario del trastorno bipolar es complejo y no-mendeliano. El riesgo vitalicio de sufrir trastorno bipolar en los parientes en primer grado de consanguinidad de un paciente con trastorno bipolar es del 40%, del 70% para un gemelo monocigótico y del 5% - 10% para el resto de parientes de primer grado<sup>20</sup>.

Los estudios con gemelos han mostrado que la tasa de concordancia entre gemelos monocigóticos para el trastorno bipolar I es de el 69.7%. En contraste, la concordancia entre gemelos dicigóticos que es de 34.9%<sup>24</sup>.

Un niño con un padre bipolar tiene un 27% de riesgo de desarrollar un episodio maniaco, y con los 2 padres afectados, un 50 a 75% de riesgo; además de un 20-40% de riesgo para presentar otros trastornos del afecto<sup>25</sup>. El riesgo de padecer la enfermedad entre hermanos de enfermos es del 19% y en los hijos de pacientes con trastorno bipolar, del 22% contra un 1% de la población general (4-24% para trastorno bipolar I y 1-5% para trastorno bipolar II)<sup>26</sup>.

1.1.3.3 Factores psicosociales. Los acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia a los primeros episodios de trastorno del ánimo que a los episodios posteriores<sup>27</sup>. Esta asociación se ha puesto de manifiesto tanto en el trastorno bipolar como depresivo. Se sugiere en estudios realizados por Ambelas que el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral, modificando la estructura cerebral tanto en nivel de neurotransmisores como sinapsis que se reflejarían en la evolución posterior<sup>28</sup>.

En la actualidad no existe evidencia que indique o determine que un trastorno de la personalidad se relacione con el desarrollo posterior de un trastorno bipolar, pero el riesgo resulta mayor en las personas con trastorno distímico o ciclotímico. Otros factores coexistentes podrían ser la dependencia a alcohol, trastornos relacionados con el abuso de sustancias y presencia de patologías médicas<sup>29</sup>.

## 1.2 EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia a lo largo de la vida de los trastorno de ánimo oscila entre el 2% al 25%. Específicamente la prevalencia del trastorno bipolar corresponde del 0.4% al 1.6%, en cual el trastorno bipolar I tiene una prevalencia de 0.5% al 1%, 0.5% al 1.5% para el trastorno bipolar II, y para el trastorno ciclotímico del 0.4% al 1%<sup>30</sup>.

Goodwin y Jamison concentran datos de diez estudios con un total de 1,304 pacientes y encuentran que la mayor frecuencia de presentación es entre los 20 y 30 años de edad, con un pequeño pico menor en la adolescencia tardía<sup>31, 32</sup>.

De estos estudios se destaca el ECA<sup>33</sup> (Epidemiological Catchment Area) y el NCS (Nacional Comorbid Survey) Kessler<sup>34</sup>, en los cuales se establece que muchos de los pacientes experimentan su primer episodio antes de los 20 años de edad, estando bien establecida la ocurrencia de Depresión tanto como de Manía en este periodo, mientras que los reportes de Manía prepuberal son mas bien anecdóticos, y los síntomas afectivos del trastorno bipolar son consistentes en la edad adulta joven. En el estudio ECA se encuentra una prevalencia de 0.8 y en el NCS de 1.6 de episodio maniaco en la vida, con leves diferencias por sexo<sup>35</sup> y reporta un promedio de edad de 21 años para el trastorno bipolar (TB) los estudios que analizan la edad de aparición están estratificados dentro de intervalos de cinco años, el pico de edad de establecimiento de los primeros síntomas cae entre los 15-19 años, seguido de cerca por edades entre 20-24 años, existiendo frecuentemente un intervalo de 5 a 10 años entre esa presentación y al primera hospitalización<sup>36</sup>. La experiencia clínica sugiere que el establecimiento del TB antes de los 12 años es sumamente raro<sup>37</sup>.

El informe del año 2001 sobre Salud Mental del Cirujano General de los EU sobre Salud Mental, reporta que en la ECA y NCS, una prevalencia del TB I de 1.1% en el primero y 1.3% en el segundo, en el grupo de edad entre 18 y 54 años, siendo más reducida después de este grupo de edad, hasta la quinta parte de las cifras anteriores.

Sin embargo para determinar la incidencia y prevalencia de Trastorno Bipolar se considera que una estimación acertada es difícil por sus características y en general se determina en la hospitalización; por lo tanto la mayor incidencia está determinada por la "manía tratada" como establecen Tohen y Goodwin<sup>38</sup>. Así mismo existen marcadas variaciones de acuerdo con los cambios de las características clínicas, los diferentes subtipos y los sistemas de clasificación<sup>39</sup>.

En nuestro país, en un sistema de seguridad social, de 1054 pacientes ambulatorios, aquellos con trastorno bipolar constituyeron poco más del 1% del total, y el 4.68% de 256 enfermos con problemas afectivos, atendidos también en el mismo lapso. De estos se hospitalizaron por Depresión Psicótica siete pacientes cerca del 5% y con brotes agudos de Manía se internó 0.63%<sup>40</sup>.

En la hospitalización psiquiátrica del mismo sistema, los trastornos afectivos constituyeron el 14.22% de 464 pacientes hospitalizados, y respecto a los tipos del Trastorno Bipolar, estos correspondieron a: Trastorno Bipolar tipo I, 3,87%; Trastorno Bipolar tipo II, 1.93% y Trastorno Bipolar mixto, 0.21%<sup>41</sup>.

En un estudio realizado en el Instituto de Neurología y neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNyNMVS) realizado en 111 pacientes deprimidos ambulatorios,

se encontraron correspondiendo al trastorno Bipolar tipo depresivo el 9%, en similar proporción en hombres y mujeres siendo éstos 60% casos agudos y 40% recaídas<sup>42</sup>.

En un segundo estudio realizado en el INNN MVS, se contó con 168 pacientes con trastorno bipolar en un lapso de 4 años (1996-1999), se encontró con un predominio del sexo femenino con una proporción de 1.26:1 respecto a los hombres, correspondiendo a 73 varones y 92 mujeres con un promedio de edad de 31 años<sup>43</sup>.

Dos grandes estudios en poblaciones no han encontrado diferencias significativas entre los sexos en el TAB I y TAB II<sup>44, 45</sup>, pero Angst<sup>46</sup> reportó que las mujeres experimentan un inicio más tardío del trastorno bipolar que los hombres además de una relación de 1.3 de mujeres por cada hombre si bien estos resultados no son confirmados en los estudios previos. En cuanto al sexo, se ha observado que independiente del país o la cultura el trastorno bipolar tipo I se observa la misma prevalencia en ambos sexos; sin embargo el trastorno bipolar tipo II es más frecuente en mujeres<sup>47</sup>.

Respecto al estado civil de pacientes con trastorno bipolar es más común entre personas solteras y divorciadas que entre personas casadas, pero esta diferencia puede ser reflejo de una edad de inicio temprana y de los problemas matrimoniales que genera un trastorno de este tipo<sup>48</sup>.

### 1.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de los pacientes que están siendo evaluado para un trastorno del estado del ánimo debería abarcar otros trastorno depresivos, trastorno psicóticos y el trastorno límite de la personalidad. La diferenciación entre el trastorno bipolar II por un lado y el trastorno depresivo mayor y bipolar I, reside en la evaluación clínica de los episodios maniatiformes. El clínico no debe confundir la eutimia en un paciente crónicamente deprimido, con un episodio hipomaniaco o maníaco. Los pacientes con un trastorno límite de la personalidad a menudo muestran el mismo tipo de vida accidentada que los pacientes con un trastorno bipolar II, debido a los múltiples episodios de síntomas afectivos que presentan<sup>49</sup>.

### 1.4 TRATAMIENTO.

El tratamiento del trastorno bipolar es difícil debido a la complejidad y variabilidad de la enfermedad<sup>50</sup> y a sus efectos sobre la cognición, la razón y la conducta.

Las directrices dictadas por la Sociedad Americana de Psiquiatría para el tratamiento del trastorno bipolar recomiendan un enfoque integral, es decir, una combinación de farmacoterapia y psicoterapia<sup>51</sup>; con el propósito de aliviar los

episodios agudos con rapidez y eficacia, evitar la recurrencia de episodios, mejorar la función social interpersonal y vocacional, y reducir la incidencia suicidios<sup>52</sup>.

#### 1.4.1 Farmacoterapia

1.4.1.2 Litio.- El litio constituye un tratamiento firmemente establecido para el tratamiento del trastorno bipolar, y es eficaz tanto para la fase maníaca como para la depresiva<sup>53,54</sup>. Recientes revisiones procedentes de Inglaterra y los EE.UU., incluidas las Directrices Consensuadas por Expertos de 1998, comunicaron que el litio es la terapia de primera línea para pacientes con trastorno bipolar, y tiene una tasa de respuesta aproximada del 79%<sup>54</sup>.

A los pacientes que siguen una terapia con litio se les debe monitorizar la función tiroidea y la concentración de litio en suero; la dosis de litio se debe ajustar para lograr una concentración en suero de 0,5–1,2 mEq/l. Por lo general, se tarda de 6 a 8 semanas lograr que el paciente muestre respuesta terapéutica al litio<sup>54</sup>. Los pacientes que tienen relativamente pocos episodios vitalicios de trastornos del estado de ánimo, con síntomas de depresión durante la manía, y sin ciclo rápido, muestran la mejor respuesta al tratamiento con litio<sup>55</sup>.

1.4.1.3 Anticonvulsivantes.- El espectro del tratamiento para el trastorno bipolar se amplió a partir de la introducción de los anticonvulsivantes, que comprenden carbamazepina, valproato y lamotrigina. Los pacientes con ciclo rápido o episodios mixtos tienen más probabilidades de beneficiarse del tratamiento con anticonvulsivantes que los pacientes que sufren otros tipos de trastorno bipolar (Muller-Oerlinghausen y col.,<sup>17</sup>).

La terapia con litio es aun superior a la carbamazepina, y la terapia combinada es mejor que la monoterapia, particularmente en los pacientes con ciclo rápido. Esto puede deberse, en parte, a la capacidad de la carbamazepina para inducir su propio metabolismo mediante el sistema enzimático microsómico del citocromo P450<sup>32</sup>.

Un estudio realizado en 1994 confirmó la eficacia del valproato en el tratamiento de la manía; sin embargo, trabajos más recientes, realizados en 2000, mostraron que el tratamiento con éste no difería del placebo a la hora de prolongar el período hasta la recurrencia de cualquier episodio de trastorno del estado del ánimo durante más de 12 meses<sup>56,30</sup>. Sin embargo, actualmente se considera que el valproato es más eficaz para el tratamiento de manía que de depresión, pero también puede tener algunas propiedades antidepresivas leves-moderadas<sup>32</sup>.

El valproato es el estabilizador del estado de ánimo recetado con mayor frecuencia en los EE.UU., donde está autorizado para el tratamiento de la manía aguda, pero sólo después de que los tratamientos con litio y carbamazepina hayan fracasado o no hayan sido bien tolerados. Si bien actualmente no se usa en toda Europa, su incidencia de uso es cada vez mayor en el mundo<sup>30,17,30</sup>.

La lamotrigina es uno de los últimos y novedosos anticonvulsivantes para el trastorno bipolar <sup>36</sup>. En varios estudios se demostró que la lamotrigina es eficaz en el tratamiento de la fase depresiva del trastorno bipolar y del trastorno bipolar de ciclo rápido. Los efectos adversos de la lamotrigina son similares a los de otros anticonvulsivantes, pero con una tasa de cefalea levemente mayor <sup>32</sup>.

La lamotrigina no es práctica para el tratamiento de la fase depresiva del trastorno bipolar, lo que en parte, se debe a la necesidad de aumentar la dosis gradualmente <sup>57, 58</sup>. Se comunicó que la lamotrigina aumenta la eficacia del valporato en el trastorno bipolar; sin embargo, con esta posología existe el riesgo de erupción cutánea. Para reducir ese riesgo, se recomienda el ajuste lento de la dosis. Por el contrario, cuando se administra lamotrigina de forma concomitante con carbamacepina, se recomienda aumentar la dosis más rápidamente <sup>29</sup>.

1.4.1.4 Antidepresivos.- Los antidepresivos estándar son eficaces para el tratamiento del trastorno bipolar I combinados con un estabilizador del estado de ánimo. Los antidepresivos más frecuentemente recomendados son los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y el bupropión <sup>24</sup>.

Los medicamentos que habitualmente se usan para el tratamiento del trastorno bipolar se resumen en la tabla siguiente (tabla adaptada de Evans <sup>45</sup>).

<b>Medicamentos para el tratamiento del trastorno bipolar</b>
<p>Manía aguda/episodio mixto</p> <p>litio antipsicóticos atípicos (por ej., olanzapina, risperidona) antipsicóticos típicos (por ej., haloperidol) carbamacepina, valporato</p>
<p>Depresión bipolar aguda</p> <p>litio carbamacepina antidepresivos (combinados con estabilizadores del estado de ánimo) lamotrigina (además de estabilizadores del estado de ánimo)</p>
<p>Terapia de mantenimiento</p> <p>litio carbamacepina</p>

antidepresivos

Agentes en fase de investigación clínica

antipsicóticos atípicos (por ej., clozapina, aripiprazol)

antiepilépticos (por ej., gabapentín, topiramato, zonisamida)

Tomado de: Evans JL. Bipolar disorder: diagnostic challenges and treatment considerations. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Supp 13):26–31 2002<sup>59</sup>.

1.4.2 Psicoterapia. Los pacientes con trastorno bipolar muestran una tasa relativamente alta de incumplimiento terapéutico, tasa estimada en 32–45% de los pacientes tratados. Existen diversos enfoques psicoterapéuticos, adecuados a distintos estadios de la enfermedad, entre los que podemos mencionar psicoinstrucción, terapia cognitivo conductual (TCC), intervención familiar, terapia de grupo y terapia específica para cada caso, como la terapia para casos de toxicomanía<sup>60</sup>.

1.4.2.2 Terapia cognitivo-conductual (TCC). Este tipo de terapia aborda no sólo la conducta del paciente sino su mundo cognitivo, lo que piensa, cómo percibe el entorno y cómo interpreta lo que le sucede. La TCC intenta modificar los pensamientos negativos enseñando al paciente a entender de qué manera sus patrones de pensamiento influyen en su sintomatología, y a modificar su pensamiento y su conducta para disminuir la probabilidad de aparición de síntomas<sup>61</sup>. Se le enseña a eliminar los obstáculos que impiden el cumplimiento terapéutico y se le brindan estrategias de conducta no clínicas para enfrentar las consecuencias de la manía y la depresión de la mejor manera posible, también se muestran estrategias para enfrentar síntomas específicos<sup>60</sup>.

1.4.2.3 Psicoinstrucción. Brindando al paciente y su familia información sobre el trastorno bipolar, la psicoterapia intenta alentar el cumplimiento del tratamiento y disipar los estigmas, persuadir en contra del abuso de fármacos y enseñar al paciente a identificar los síntomas de la recaída así como efectos secundarios de los medicamentos<sup>62</sup>.

1.4.2.4 Terapia familiar. La terapia familiar se divide en tres etapas claramente definidas: etapa de evaluación, énfasis en la optimización del aspecto comunicativo, y énfasis en la resolución de problemas. Con frecuencia se enseña a la familia el "ejercicio de recaída", que le permite identificar el cuadro de la recaída y prepararse para el próximo episodio<sup>63</sup>.

1.4.2.5 Terapia de grupo. En los pacientes que siguen un tratamiento combinado, terapia de grupo y medicación, la evolución de la enfermedad puede ser menos grave que en los que reciben solamente medicación, en términos de escasa

interacción familiar, fracaso matrimonial y necesidad de hospitalizar al paciente otra vez. Si bien puede ser problemático comparar los datos debido a las distintas terapias aplicadas; por lo general, esos datos respaldan la aplicación de terapia de grupo al paciente con trastorno bipolar<sup>40</sup>.

1.4.2.6 Terapia electroconvulsivante (TEC). En un análisis comparativo de estudios de investigación sobre la eficacia de la TEC y de los antidepresivos en el tratamiento del trastorno bipolar, se llegó a la conclusión de que la TEC fue más eficaz en 5 de 7 estudios, y más beneficiosa que los antidepresivos tricíclicos. La TEC se debe considerar una terapia de primera línea para el paciente grave, especialmente delirante o con alto riesgo de suicidio. No se recomienda el tratamiento con litio durante un ciclo de TEC: en algunos casos se comunicó que esta combinación es neurotóxica<sup>5</sup>.

## 1.5 RECAÍDAS EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Este trastorno se caracteriza por tener una alta tasa de recaídas y evidencia de deterioro significativo de las relaciones sociales<sup>64</sup>. Tohen, Waternaux y Tsuang, en un seguimiento de cuatro años con 75 pacientes bipolares, encuentran que al menos un 90% de ellos han tenido un episodio de recaída en ese período de tiempo<sup>65</sup>.

Las estimaciones actuales (Lam, Jones, Haywardy Bright, 1999) sugieren que en promedio una persona con un trastorno bipolar tipo I sufrirá de 8 a 12 episodios de depresión mayor y de 4 a 8 episodios maníacos a lo largo de su vida<sup>66</sup>.

Respecto a la duración de los episodios, o longitud del ciclo, Goodwin y Jamison (1990) indican que después del primer episodio hay un ciclo de 40-60 meses que luego va descendiendo en tiempo en los siguientes episodios, como a los 10-30 meses después del tercer ciclo hasta que se estabilizan los ciclos en 5 ó 10 meses<sup>67</sup>.

La recurrencia de los episodios del estado de ánimo en el trastorno bipolar se ha asociado, entre otros factores, a eventos vitales, historia de episodios previos, síntomas depresivos, síntomas psicóticos, abuso de sustancias o historia previa de alcoholismo, relaciones familiares conflictivas y síntomas sub sindrómicos<sup>66</sup>.

Dado que este trastorno puede estar asociado con el trastorno de abuso de sustancias, imprudencia, impulsividad, ausencia y otras conductas antisociales, el diagnóstico del TP deberá ser cuidadosamente diferenciado del trastorno de abuso de sustancias, conducta antisocial o trastornos de personalidad<sup>68</sup>.

El estudio realizado por Lam en 1999 indica que los pacientes bipolares pueden detectar los pródromos, especialmente los pródromos maníacos, los cuales son detectados por ellos mejor que los pródromos depresivos<sup>44</sup>, esto fue corroborado en una revisión del 2007, encontrando que el tiempo entre la primera recaída de manía o hipomanía y el porcentaje de pacientes hospitalizados fue menor a los pacientes que recibieron una intervención psicológica para detectar síntomas

prodrómicos. Si bien no se encontraron diferencias entre los síntomas depresivos<sup>69</sup>.

### 1.5.1 Tratamientos Farmacológicos.

Se refiere en estudios recientes que incluso niveles bajos de litio podrían limitar el número de recaídas, encontrando que los pacientes con niveles de 0.6 mEq/L o menor tenían menor número de recaídas depresivas, pero para mantener la misma tasa de remisión en manía eran necesarios niveles altos (más allá de 0.8mEq/L)<sup>70</sup>.

Para verificar la eficacia de la lamotrigina o el litio en la prevención de recaídas en el trastorno bipolar se han realizado diferentes estudios, uno de ellos realizado por Calabrese y cols de manera ciega con un seguimiento durante 90 a 180 días. Encontraron que los dos medicamentos eran eficaces para cualquier tipo de episodio (depresión, manía, hipomanía o mixtos)<sup>71</sup>.

También se han realizado estudios para observar la eficacia del litio y la olanzapina en la prevención de recaídas de episodios maníacos o mixtos basándose en el número de episodios previos. Para ello realizaron un estudio multicéntrico, doble ciego, con un seguimiento de doce meses en 431 pacientes inicialmente eutímico con por lo menos episodios maníacos o mixtos diagnosticados previamente en base a los criterios del DSM-IV asignados de manera aleatorizada. Encontrando que el tratamiento con olanzapina el rango de recaída versus litio era de 2.1% vs 26.4% en el caso de episodios maníacos o mixtos en el grupo con menor tiempo de evolución pero que no mostraba diferencias significativas (23% vs 33.3%  $p=.204$ ) en el grupo de pacientes con múltiples episodios<sup>72</sup>.

En cuanto a los antidepresivos, se ha encontrado que al usar una terapia con antidepresivos de segunda generación seis meses después de la remisión de la sintomatología depresiva esta asociada con un bajo riesgo de recaída en episodios depresivos en los siguientes dos años, si bien existe el riesgo latente de el ciclaje de manía por lo que deben considerarse los riesgos beneficios de mantener la terapia durante este tiempo<sup>73</sup>.

### 1.5.2 Factores psicológicos en las recaídas

La emoción expresada se ha estudiado comparándose también con otras variables para evaluar estrés interpersonal y observar si tienen alguna influencia sobre las recaídas. Para ello siguieron a 42 pacientes con Trastorno Bipolar siguiéndolos por un año, valorando la emoción expresada, percepción negativa y altos niveles de crítica, así como una entrevista para observar las relaciones interpersonales y el estrés asociado con intervalos de tres meses. Encontraron que altos niveles de emoción expresada era predictivo de depresión pero no recaídas maníacas<sup>74</sup>.



Otros factores como eventos estresantes o soporte social han sido estudiado por Cohen (2004) para ello se siguieron a 52 pacientes que fueron seguidos cada tres meses por un mes. En una entrevista inicial se analizaron datos como eventos estresantes, sintomatología, apego al medicamento, pareja, parientes o mejores amigos como soporte social. Realizando una regresión logística, encontrando que altos niveles de estrés y bajos niveles de soporte social fueron asociados con recaídas depresivas, si bien el tiempo de seguimiento fue corto y no esta clara la causalidad<sup>75</sup>.

En cuanto a psicoterapia, una meta-análisis realizada por Vieta y cols encontró que existía una reducción de las recaídas hasta en un 40% comparado con los pacientes que sólo recibían el tratamiento farmacológico, considerando que es menos efectiva si se presentaban un gran número de episodios (más de 12 recaídas previas)<sup>76</sup>. Esto es corroborado por Lam que encuentra que la combinación de terapia cognitiva y estabilizadores del ánimo es superior en cuanto a prevenir recaídas mejorando el costo-efectividad<sup>77</sup>.

La falta de un soporte social adecuado estuvo claramente asociada a una remisión total de la sintomatología y un aumento en el número de recaídas<sup>78</sup>.

*Tabla 2*  
Conclusiones a las que llegan en su revisión Rothbaum y Astin (2000) sobre las terapias psicológicas

Tratamiento	Conclusiones
Psicoeducación	Producen alguna forma de mejoría respecto a la adherencia a la medicación y al número de hospitalizaciones y recaídas.
Terapia cognitiva-conductual	Hay protocolos bien desarrollados que están publicados. Los estudios empíricos evaluando la misma son escasos. Los datos son prometedores pero precisa establecerse su eficacia.
Intervenciones de terapia familiar	Se han desarrollado distintas intervenciones de terapia familiar. Los estudios publicados utilizan pequeñas muestras y sin grupo control. Estos estudios sugieren la eficacia de la intervención familiar pero se precisan estudios más definitivos para establecer su eficacia.
Terapia interpersonal y del ritmo social	Los datos preliminares indican que esta terapia puede ser efectiva, especialmente para que los pacientes adquieran rutinas. Se precisan estudios más precisos con ella.
Intervenciones psicodinámicas	Hay escasas investigaciones sobre ellas. No se ha establecido su eficacia.
Terapia de grupo	Varían mucho las intervenciones de terapia de grupo. A pesar de las variaciones los datos suelen apoyar su utilidad pero no se tienen suficientes estudios empíricos sobre ella.
Otras terapias (prevención de la recaída, tratamiento de la comorbilidad con el trastorno de abuso de sustancias)	No hay datos que demuestren su eficacia

En esta tabla se observan las principales consideraciones sobre las terapias psicológicas y el trastorno bipolar Tomado de Psychothema 2001<sup>79</sup>

### 1.5.3 Predictores de recaídas.

Uno de los factores predictores para recaídas es el número de episodios previos, para corroborar esto se realizó un estudio de seguimiento en 406 pacientes, de los cuales encontraron que el riesgo se incrementaba en relación al número de episodios previos<sup>80</sup>.

Se han realizado varios programas en el mundo para el estudio de los pacientes con trastorno bipolar, uno de los más importantes es el "Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) que se realizó en ; en el hospital General de Massachusetts, realizándose un seguimiento de 24 meses, con 1469 participantes, de ellos el 48% (416) presentaron recaídas, en su mayor

parte con sintomatología depresiva (34%) y un 13.8% desarrollaron episodios de manía, hipomanía o episodios mixtos. La presencia de sintomatología residual fue asociada a un periodo corto entre cada recaída<sup>81</sup>.

Una revisión realizada por Altman y cols. Refiere que entre los predictores de recaídas se encuentran eventos estresantes de la vida, número alto de episodios previos, tiempo corto entre cada episodio y persistencia de los síntomas afectivos en los episodios. Los factores que daban protección eran psicoterapia, soporte social y adherencia al medicamento<sup>82</sup>.

## BENEFICIOS DEL ESTUDIO.

El beneficio inmediato de ésta investigación consiste en el esclarecimiento de las características demográficas de la muestra de pacientes bipolares, las características clínicas de la muestra como: el tiempo de evolución, el tratamiento utilizado así como las principales causas de recaídas e internamiento para que a mediano y largo plazo se puedan implementar medidas de intervención para detectar a la población vulnerables e incidir en las principales causas de internamiento y consultas de urgencias para realizar una labor preventiva.

## JUSTIFICACION.

Además de los aspectos biológicos y genéticos, existen diversos factores sociodemográficos y aspectos clínicos que se asocian a la aparición de las patologías psiquiátricas y que influyen en la evolución que ha de tener un mismo trastorno psiquiátrico en varios pacientes, se pueden determinar las características semiológicas en común para el diagnóstico del trastorno, sin embargo no es así respecto a poder predecir de manera uniforme la edad de inicio, la evolución y el control de los síntomas que condicionen la necesidad de hospitalización.

El escaso cumplimiento terapéutico combinado con los conflictos en las relaciones interpersonales (familiares, matrimoniales, etc.), el estado civil (casado, soltero, viudez, divorcio) y el aspecto laboral (o desempleo) relacionados a padecer trastorno bipolar, restringe la eficacia de la farmacoterapia sola. El objetivo de combinar psicoterapia y farmacoterapia es, principalmente, incrementar el cumplimiento terapéutico con el objetivo de reducir la cantidad y duración de las recaídas que ameritan hospitalizaciones y en consecuencia, mejorar la función social y la calidad de vida de los pacientes así como reducir el riesgo de suicidio en éstos.

Con el presente estudio se pretende obtener información de los expedientes de pacientes con trastorno bipolar para describir los principales factores sociodemográficos y clínicos que se asocian a este trastorno y que son determinantes para la evolución y recaídas que los pacientes han presentado.

## HIPÓTESIS.

**H1, hipótesis de investigación 1:** Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar atendidos en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez serán iguales a las referidas en la literatura.

**Ho, hipótesis nula:** Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez serán diferentes a los datos referidos por la literatura.

## **DISEÑO Y DURACIÓN.**

- Se efectuó un estudio transversal, descriptivo y retrolectivo, por medio de los expedientes en la población con diagnóstico de Trastorno Bipolar que reunieron los criterios de inclusión del estudio.
- El estudio tuvo una duración de 5 meses, con fecha de inicio el primer día de septiembre del 2006 y de finalización el último día del mes de diciembre del mismo año. Se acudió al servicio de Archivo para la recolección de los datos previa autorización del servicio.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **a. Criterios de inclusión.**

1. Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años de sexo masculino y femenino que acudieron a servicio de urgencias con diagnóstico de trastorno bipolar, de septiembre a diciembre del 2006.
2. Que el diagnóstico en eje I se mantuviera estable en todo el expediente desde su ingreso.
3. Consultas regulares (más de tres consultas en un año)

### **b. Criterios de exclusión.**

1. Se excluyeron a los pacientes de los que no se encontró el expediente previo.
2. La presencia de enfermedad médica co-mórbida.
3. Que tuvieran antecedente de toxicomanías
4. Otro diagnóstico psiquiátrico.

### **c. Cálculo del tamaño de muestra.**

El total de pacientes recabados que reunieron criterios de inclusión, durante el periodo de 5 meses que duró el estudio obteniendo 74 pacientes.

### **d. Definición de conceptual y operacional de variables:**

#### **a) Variables dependientes:**

##### Edad

Definición conceptual: El tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.  
Definición operacional: Número consignado en el expediente en este apartado.

##### Sexo

Definición Conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer, definida por las características anatómicas y fisiológicas.

Definición operacional. Genero referido en el expediente clínico.

### Religión

Definición conceptual: Tipo de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.

Definición Operacional: Tipo de religión referido en el expediente clínico

### Escolaridad.

Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente

Definición Operacional: Años de estudios referidos en el expediente clínico

### Lugar de residencia

Definición conceptual. Lugar en que legalmente se considera establecido alguien para el cumplimiento de sus obligaciones y el ejercicio de sus derechos.

Definición operacional. Ubicación dentro del Distrito Federal o fuera del Distrito Federal

### Ocupación

Definición conceptual. Esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza

Definición operacional. Actividad referida en el expediente en este apartado.

### Pareja

Definición conceptual: Persona que mantiene una relación amorosa formal con otra

Definición Operacional: Si tiene una relación estable actualmente con otra persona referido en el expediente clínico.

### Estado civil

Definición conceptual: Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo

Definición operacional: El referido en el expediente en este apartado.

### Numero de internamientos previos

Definición conceptual. Internamiento de un enfermo en el hospital por que cumpla con los criterios para su hospitalización.

Definición Operacional. Internamientos previos en la Institución referidos por el expediente.

#### Numero de consultas en urgencia

Definición conceptual. Acción de atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado en el servicio de urgencias.

Definición Operacional. Numero de consultas en el servicio de urgencias referidas en el expediente

#### Numero de internamientos en otras instituciones

Definición conceptual. Internamientos en otra institución de atención medica que no sea el HPFBA

Definición operacional. Numero de internamientos referidos en el expediente en otra institución, ya sea referido en las notas de evolución o por medio de hojas de referencia.

#### Tipo de medicamento usado

Definición conceptual Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.

Definición Operacional. Fármaco administrado al paciente referido en el expediente

#### Edad de inicio del padecimiento.

Definición conceptual. Edad cronológica a la que inicia la sintomatología psiquiátrica.

Definición Operacional. Edad de inicio referido en el expediente como inicio de padecimiento actual.

### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN

Para realizar la medición se utilizara el conteo y captura de los datos que se encuentran en el expediente clínico por medio de una hoja de concentración de datos ad Hoc para luego vaciarse los datos a Excel para realizar el posterior análisis estadístico en SPSS v13.

## PROCEDIMIENTO

1. Aceptación del protocolo por el Comité de bioética e investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Se identificaron en servicio de urgencias a los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar a través de la libreta de registro.
3. El investigador principal acudió a Archivo para recolectar información de los expedientes de dichos pacientes en el periodo de septiembre a diciembre del 2006.
4. Se tomaron los siguientes datos del expediente:
  - Nombre
  - Edad
  - Sexo
  - Religión
  - Escolaridad
  - Lugar de residencia
  - Si existía pareja
  - Estado civil
  - Numero de internamientos previos
  - Numero de consultas en urgencias (recaídas)
  - Numero de internamientos en otras instituciones
  - Tratamiento
  - Tipo de medicamento (antipsicótico, Anticomicial, anticolinérgico o benzodiacepina)
  - Edad de inicio del padecimiento.
5. Se realizó la codificación y captura de datos.

### 3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se capturaron los datos en Excel realizándose después un análisis estadístico con el programa SPSS. Se utilizaron las pruebas de resumen (promedio, desviación estándar y porcentaje), así como  $X^2$  para comparar las variables sociodemográficas y clínicas con el número de consultas e internamientos. Así como para observar la homogeneidad de las características demográficas se uso  $X^2$ .

### 4. ÉTICA MÉDICA.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en México en Materia de Investigación para la Salud, Título 2; Capítulo 1, Artículo 17, Fracción III, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1986<sup>86</sup>, el presente estudio se considera como una investigación sin riesgo debido a que el diseño del estudio contempla un estudio observacional que no involucra asignación de maniobras ni intervenciones.



Este estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

## RECURSOS

Recursos disponibles.

Expedientes del Archivo Clínico del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Recursos a solicitar.

Ninguno.

## RESULTADOS

El número de los casos estudiados con diagnóstico de Trastorno Bipolar representa el 1.5% de la población general. La muestra se integró por 74 pacientes, de los cuales, en forma significativa, más de la mitad padecían trastorno bipolar tipo 1. También en forma significativa más de la mitad eran mujeres y se encontraban en la quinta década de la vida. Aproximadamente la mitad eran solteros y casados, pero en forma significativa más del 60% no tenía pareja; más de la mitad eran foráneos, casi la totalidad eran católicos, más del 30% y 20% tenían una escolaridad de educación secundaria y primaria respectivamente, aspecto que resultó significativo. El 90% tenían una actividad remunerada.

En el **Cuadro 1** encontramos de relevancia que la proporción de pacientes mujeres era mayor de forma significativa, eran más los pacientes sin pareja, la edad promedio era de 40 años (Desviación Standar=12.2), En cuanto a escolaridad, resultado estadísticamente significativa el que la escolaridad más común era la básica. La mayor parte de los pacientes eran de origen foráneo (59%),

En el **cuadro 2** se describen las características clínicas de la muestra estudiada: la edad de inicio del trastorno fue la tercera década de la vida, más del 70% se encontraban bajo tratamiento con valproato ( $\chi^2 = 35$ , p.01) en forma significativa se les administraba a más del 60% un antipsicótico atípico ( $\chi^2 = 27$ , p.000). Casi todos los pacientes tenían indicada alguna benzodiacepina y de esta la más común era clonazepam, lo que resultó significativo así como el no uso de antidepressivo.

En cuanto al número de valoraciones en urgencia la mayor parte de las valoraciones (62-65%) correspondían a menos de cinco valoraciones en el caso de Trastorno bipolar I y II. En cuanto al número de internamientos previos, la mayor parte de los pacientes (66-73%, TBI y TBII respectivamente) tenían de 1 a 5 internamientos. La mayor parte de los pacientes no tenían internamientos en otra institución (90%). Los datos completos se presentan en el **cuadro 3**.

**1.- Descripción de las características sociodemográficas de los sujetos estudiados por grupo diagnóstico (n=74)**

		TB I n=51 (69%)		TB II n=23 (31%)		Totales	
		prom	Ds	prom	Ds	prom	ds
Edad		40	12.2	41	11.2	40	11.8
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo	Femenino*	33	65	17	74	50	68
	Masculino	18	35	6	26	24	32
Estado Civil	Soltero	25	49	11	48	36	49
	Casado	21	41	10	43	31	42
	Viudo	2	4			2	3
	Divorciado	3	6	2	9	5	6
Pareja**	Si	18	35	10	43	28	38
	No	33	65	13	57	46	62
Residencia	D.F.	21	41	13	56	34	46
	Foráneo	30	59	10	44	40	54
Religión	Católica	47	92	21	92	68	92
	Cristiana	1	2	1	4	2	3
	Evangelista	2	5		4	2	3
	Judía			1		1	1
Escolaridad***	Otra	1	1			1	1
	Primaria	15	29	5	21	20	27
	Secundaria	16	31	9	39	25	34
	Preparatoria	2	7	4	17	6	8
	Técnica	5	10	3	13	8	11
Ocupación	Licenciatura	12	23	2	10	14	19
	Empleado	47	93	21	91	68	92
	Comerciante	1	1	1	4	2	3
	Labores Domésticas	2	4			2	3
	Estudiante	1	1			1	1
	Maestro	1	1			1	1
	Ninguna			1	5	1	1

Diferencias encontradas entre trastorno bipolar I y II. \* $[X^2=14(7), p .04]$   
 \*\* $[X^2=25(73), p .000]$  \*\*\* $[X^2=12(5), p .02]$

**Cuadro 2.- Características clínicas y del tratamiento de los sujetos estudiados por grupo diagnóstico (n=74)**

		TB I n=51 (69%)		TB II n=23 (31%)		Totales	
		Prom	ds	Prom	ds	prom	ds
Edad de inicio		27	8.7	28	8.4	27	8.6
Medicamentos de 1ra. Elección*		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	Ninguno	4	8	1	4	5	7
	Litio	7	13			7	9
	Valproato	37	72	18	78	55	74
	Carbamazepina	2	4	2	9	4	5
	Oxcarbazina			2	9	2	3
	Lamotrigina	1	2			1	2
Neuroléptico**	Ninguno	1	2	4	17	5	7
	Típico	11	21	3	13	13	18
	Atípico	36	70	14	60	50	68
Benzodiazepina***	Ninguno	13	25	9	39	22	30
	Clonazepam	35	68	11	47	46	62
	Alprazolam	1	2	1	4	2	3
	Bromazepam			1	4	1	1
	Lorazepam	2	2	1	4	3	4
Antidepresivo****	Ninguno	50	98	17	73	67	90
	ISRS	1	2	6	24	7	10
Antiparkinsónicos	Ninguno	20	39	11	47	31	42
	Trihexifenidilo	1	2	1	4	2	3
	Biperideno	26	50	10	43	36	49
	Levomepromazina	3	6	1	4	4	5
	Memantina	1	2			1	1
Sin Cambio por efectos secundarios		50	98	22	95	72	97

\*[ $\chi^2=35$ , p .01]

\*\*\*[ $\chi^2=30(20)$ , p .05]

\*\*[ $\chi^2=27(4)$ , p .000]

\*\*\*\*[ $\chi^2=27(4)$ , p .000]

**Cuadro 3.- Descripción de la frecuencia de Valoraciones en Urgencias e Internamientos por grupo diagnóstico (n=74)**

	TB I n=51		TB II n=23		Total	
	n	%	n	%	n	%
No. de Valoraciones en urgencias						
1- 5	32	44	15	20	47	64
6-10	12	24	4	17	16	21
11-15	3	6	3	14	6	8
16-20	3	6			3	4
>20	1	1.5	1	1.5	2	3
No. de Internamientos						
0	1	3	1	4	2	2
1 – 5	34	66	17	73	51	69
6-10	11	21	3	15	14	19
11-15			1	4	1	2
16-20	5	10			5	6
>20			1	4	1	2
No. de Internamientos en Otra Institución						
0	47	92	20	86	67	90
1- 5	2	4	1	4	3	5
5-10	2	3			2	3
10-15	1	1			1	2

Observamos en esta tabla que casi el 70% de los pacientes tenían de uno a cinco internamientos y solo 5% de los pacientes tenían un internamiento en otra institución. También es de hacer notar que la mayor parte de los pacientes (64%) tenían de 1 a 5 valoraciones en el servicio de urgencias, y sólo un 3% más de veinte valoraciones.

En cuanto a las causas de internamiento se observa que las principales causas de internamiento es la heteroagresividad, junto con los errores de juicio. La primera causa de recaída es la combinación de pobre contención y red de apoyo, la segunda causa es la resistencia al tratamiento y en tercera causa la distancia. En un 70% de los pacientes compartían dos causas de valoración. (**Cuadro 4 y 5**)

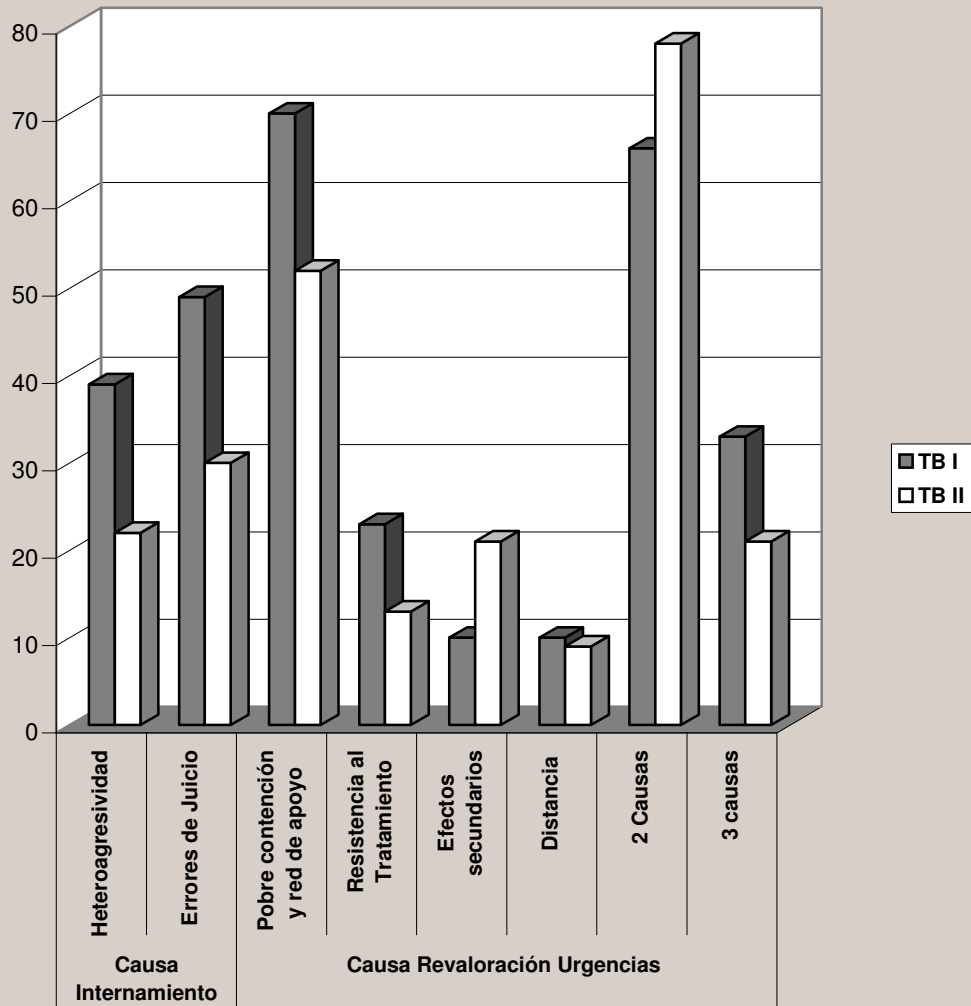
**Cuadro 4.- Descripción de las Causas de Internamientos por grupo diagnóstico (n=74)**

Causa de Internamiento	TB I n=51		TB II n=23		Total	
	n	%	n	%	n	%
Heteroagresividad	20	39	5	22	<b>25</b>	<b>34</b>
Errores de Juicio	25	49	7	30	<b>32</b>	<b>43</b>
Autoagresión	1	3	4	18	<b>5</b>	<b>8</b>
Intento suicida	5	9	7	30	<b>11</b>	<b>15</b>

**Cuadro 5.- Descripción de las causas de consulta en el servicio de urgencias por orden dividido en grupo diagnóstico.**

Orden de Causa de Consulta a urgencias	Tipo de Causa	TBI	TBI	TBII	TBII	total n	Tot al %
		n	%	n	%		
1 <sup>ra</sup> . Causa de consulta	Pobre contención	8	16	7	30	<b>15</b>	<b>20</b>
	Pobre red de apoyo	2	3	1	2	<b>3</b>	<b>4</b>
	Pobre contención y red	36	70	12	52	<b>48</b>	<b>65</b>
2 <sup>da</sup> . Causa	Resistencia al Tx	12	23	3	13	<b>15</b>	<b>20</b>
	Efectos secundarios	5	10	5	21	<b>10</b>	<b>13</b>
	Resistencia y efectos sec.	6	11	3	13	<b>9</b>	<b>12</b>
3 <sup>ra</sup> . Causa	Distancia	5	10	2	9	<b>7</b>	<b>9</b>
	Difícil acceso	2	3			<b>2</b>	<b>3</b>
	Ambas	1	3	1	4		<b>2</b>
Total de Causas	Dos causas	34	66	18	78	<b>52</b>	<b>70</b>
	Tres causas	17	33	5	21	<b>22</b>	<b>30</b>

**Gráfica 1.- Descripción de la frecuencia de causas de internamiento y valoración en urgencias por grupo diagnóstico (n=74)**



En esta Gráfica se puede ver la distribución de la causa de internamiento dividido entre Trastorno Bipolar I y II por Frecuencia. Así como las cuatro principales causas de Valoración en urgencias (Pobre contención y red de apoyo, resistencia al tratamiento, efectos secundarios y distancia) así como si tenían dos o tres de éstas causas. Es de hacer notar que la mayor parte de los pacientes tenían dos causas para acudir a la consulta y la principal causa de internamiento era pobre contención y red de apoyo. Encontramos que por grupo diagnóstico el trastorno bipolar I tenía más pacientes con heteroagresividad, errores de juicio y conducta y resistencia al tratamiento. En cuanto al trastorno bipolar tipo II presentaban con mayor frecuencia dos causas de consulta y mayor asistencia a la consulta por efectos adversos que el trastorno bipolar I.

## 10. DISCUSIÓN.

En cuanto a las características demográficas de la muestra se encontró que igual a la epidemiología mundial referida por Bland (1997), Goodwing (1990, 1984) y Weisman (1968) correspondía a el 1.5% de la población que también correspondía con lo referido en población mexicana por Lara Tapia (2002) y Medina Mora (2003). De ellos la mayor parte era mujeres como lo referido por Angst (2000) y Lara Tapia en población mexicana (2002) aunque Medina Mora refiere que si bien la prevalencia que encontró era la misma, las mujeres tenían mas disposición para acudir a la consulta psiquiátrica y presentan mayores redes de apoyo que los hombres, esto podría explicar el mayor porcentaje de mujeres encontrado. Otro de los datos sobresalientes fue que la mayor parte de los pacientes que acudieron a urgencias eran solteros, coincidiendo con lo referido en la literatura por Ping Lin (2006).

La mayor parte de los pacientes sólo estudiaron la secundaria, no existen reportes en población mexicana sobre el índice de escolaridad, pero al parecer en población Estadounidense si sobre disfunción de inicio temprano, tanto ambiental como lo propuesta por Ambelas (1986) lo que podría explicar la alta deserción en ciclos tempranos de la escuela.

Otro punto importante es que la mayor parte de los pacientes son foráneos lo que podría explicar que de las principales causas para recaídas es la dificultad para asistir a las consultas.

La mayor parte de los pacientes sólo habían sido internados en esta institución, y tenían en promedio la mayor parte por lo menos cinco valoraciones en urgencias, eso habla de que son pacientes cautivos al hospital. La mayor parte de los pacientes tenían por lo menos cinco internamientos, contrario a lo referido por Lara Tapia (2002) en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" donde referían en promedio dos internamientos. Esto podría explicarse por que los pacientes que acuden a este hospital son en su mayoría tendientes a la heteroagresividad física por que tiene las instalaciones adecuadas para este tipo de pacientes, con mayor número de recaídas por pobre apego al tratamiento y faltas de redes de apoyo lo que quizás condicione un numero mayor de internamientos.

La principal causa de internamiento constituyo heterogresividad, que coincide con lo referido en la literatura (Suples 2002). Otra causa para múltiples consultas a urgencias fue la falta de red de apoyo así como pobre contención, dando realce a la necesidad de realizar intervenciones en la familia e intervención en crisis (Holmgren, 2005).

Como lo referido por Compton<sup>9</sup> y Kerck el litio constituye un tratamiento firmemente establecido para el trastorno bipolar y es eficaz para la fase maniaca como para la depresiva, en este caso se que esta subutilizado ya que siete pacientes de los 74



tenían tratamiento con litio lo que corresponde a un 9% de la muestra, probablemente por los efectos adversos.

El beneficio de los anticomiciales ya ha sido demostrado por Muller y cols. situación que se ve reafirmada en el tratamiento dado a los pacientes del hospital siendo de primera elección el valproato y posteriormente la carbamacepina.

Los antidepresivos se consideran eficaces para el manejo de los cuadros depresivos en el trastorno bipolar junto con moduladores, ya lo referido por Compton, en este caso llama la atención que el uso de antidepresivos en los pacientes es mínimo, utilizándose únicamente Inhibidores de la recaptura de serotonina.

Uso de antipsicótico. La mayor parte de los pacientes tenían algún antipsicótico, existiendo diferencias en cuanto al uso de típico y atípico, indicándose el atípico en un mayor número de pacientes, casi el 70%. Aunque llama la atención que se esperaba menor uso de anticolinérgico, dada la presencia de menores efectos adversos pero el uso se mantiene en el 49% de la población. Este uso ya había sido referido por Evans y asociado a la presencia de efectos adversos.

#### Perspectivas

Al conocer las características demográficas de la muestra es posible hacer un análisis mas detallado en cuanto al manejo terapéutico, conocer la población que accede al servicio así como posibles factores de vulnerabilidad e implementar medidas de prevención, seguimiento e intervención temprana para prevenir recaídas, disminuir los costos de la atención y lograr una mejor calidad de vida en los pacientes.

## 11. CONCLUSIÓN

Encontramos en este estudio que las características demográficas de la población son parecidas a las referidas en la literatura internacional y mexicana, si bien mostrando diferencias en cuanto a las características clínicas como son el pobre uso de litio y antidepresivos, y un mayor número de internamientos en comparación a otro tipo de pacientes institucionales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lara Tapia J. Violencia y Agresión en Epilepsia Neurol Neurocir Psiquiat. 1967; 27: 29-37
2. Belsasso G. Lara Tapia H. El suicidio en Mexico. Rev Inst Nal Neurol, 1974; 8 (3): 5-24
3. Lara Tapia H. El suicidio en México. Epidemiología, clínica y sociología. Ens Inv Psicol. 1984; 10 (1): 85-100
4. Caraveo J. Medina Mora ME. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en población urbana adulta de la Ciudad de México. Salud Mental 1996; 19 (3): 14-21
5. Sinopsis de psiquiatría. Kaplan-Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Novena edición Editorial Waverly hispánica S.A. Barcelona. España. P.560-64
6. Kraepelin E. Mixed states. En: "Manic Depressive Insanity and Paranoia" (1921). Reprint edition: AYER Company Publishers. Inc. Salem, New Hampshire. 1987.
7. DSM I American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1st ed. Washington,DC. American Psychiatric Press, 1952
8. Leonhard K. The Classification of endogenous psychoses. Translated by German R. New York, NY: John Wiley and Sons; 1979
9. DSM-III-R American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington,DC. American Psychiatric Press, 1980
10. Dunner DL, Fleiss JL, Fieve RR. The course of development of mania in patients with recurrent depression Am J Psychiatry 1976; 133:905-908.
11. Goodwin F, Jamison K. The natural course of unipolar and bipolar illness in: post RM & Ballinger JC. Neurobiology of mood disorders 1984 20-39.
12. Akiskal HS. El espectro de la Bipolaridad, sus comorbilidades y tratamiento. Europa Press: 1-15, 2005.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. Washington, DC: APA, 1994

14. Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:597–606.
15. Delgado PL. Depression: the case for a monoamine deficiency. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl 6):7–11.
16. Feiner NF, Shopsin B. Neurochimie de la mania. In *manual de Psiquiatrie biologique*, J Mendlewicz Masson Et. París 1987, pp 92-103.
17. Manji HK ; Lenox RH. The nature of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Supp 13:42–57.
18. Muller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Bauer M. Bipolar disorder. *Lancet* 2002; 359: 241–247.
19. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *Am J Psychiatry* 1965; 122:509–522.
20. Manji HK, Lenox RH, Signaling: cellular insights into the pathophysiology of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, 48: 518-530, 2000.
21. Soares JC & Mann JJ. The functional neuroanatomy of mood disorders. *J Psychiatr Res* 1997; 31:393–432.
22. Duman RS. Synaptic plasticity and mood disorders. *Mol Psychiatry* 2002; 7(Suppl 1):S29–S34.
23. Alda M. Bipolar disorder: from families to genes. *Can J Psychiatry* 1997; 42:378–387.
- 24.<sup>1</sup>. Mendlewicz. J Génétic des síndromes dépressifs en : *Manuel de psychiátrie bioogique*. K Mendlewics (ed. J. Masson) Paris 1987, pp 43-48.
25. Robb AS. Bipolar disorder in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* 1999; 11: 317–322.
26. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales - Cuarta edición (DSM-IV)*. Washington D.C.: Sociedad Americana de Psiquiatría, 1994.
27. Manji HK and Lenox RH. The nature of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 13):41–57
28. Ambelas A: Life events and mania: especial relationship. *Br J Pshychiatry* 1987 (A) 150, 235-240.
29. Rudden H; Swenne J. Et al. A comparason of deusiona disorders in women

- and men. *Am J Psychiatry*. 1983, 140 pp 1575-1578.
- 30.<sup>1</sup>. Bland RC. Epidemiology of affective disorders: a review. *Can J Psychiatry* 1997; 42:367–377.
  31. Goodwin FK, Jamison KR. The natural course of unipolar and bipolar ioness in: Post RM % Ballinger JC *Neurobiology of mood disorders*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1984, :20-37
  32. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990
  33. Kogan J, Otto M, Bauer M, Dennehy E, Miklowitz D, Thase M, Calabrese J, Sachs G, *et al*. Demographic and diagnostic characteristics of the first 1000 patients enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Bipolar Dis* 2005;6(6): 460-9.
  34. Kessler R, Mc Gonagle K, Zhao S, Nelson Cb, *et al*. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1): 8-19.
  35. Zarate Jr CA, Tohen M. Epidemiology of mood disorders throughout the life cycle. In: Shulman KL, Tohen M , Kulcher SP. (eds) :*Mood disorders across the life span*. New York Willey & Sons, 1996 Cap 2.
  36. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Clazer DG, Karno M, Bruce ML. Affective disorders in five united states comunities. *Psychol Med* 1968; 18:141-53
  37. Wellwe BW, Weller RA. Mood disorders in: Lewis M (ed): *Child and Adolescence Psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore: William & Willkins; 1991.
  38. Tohen M. Goodwin FK. Epidemiology of bipolar disorder. In: Tsuang M, Tohen M, Zahner G (eds): *Textbook of psychiatric epidemiology*. New York: John Willey & Sons; 1994.
  39. Akiskal HS. The prevalen clinical spectrum in bipolar disorders: Beyond DSM-IC. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16 (suppl 1): 4S-14S
  40. Lara Tapia H, Ramires de Lara L. Estudio Clínico-epidemiológico de los trastornos psiquiátricos en un sistema de seguridad social (ISSSTE) Sal Pub

Mex 1975; 17: 675-85

41. Lara Tapia H, Espinosa Garcia R. La hospitalización psiquiátrica en un sistema de seguridad social (ISSSTE) Sal Pub Mex 1976; 18(5): 901-10
42. Lara Tapia H, Grajales Arrazate A. Consideraciones clínicas sobre el tratamiento de la depresión con clorimipramina. Neurol Neurocir Psiquiat 1970; 11(2): 159-67
43. Lara Tapia H: Características clínicas y epidemiología del trastorno bipolar en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (Samuel Velasco Suarez) un análisis a 4 años. Rev Neurologí neurocirugía y psiquiatría, 35(3):132-137, 2002.
44. Zádóczy E , Itrai , J. et al. The Prevalence of Major Depressive and Bipolar Disorders in Hungary. Journ Affective Disorders 50: 153-162, 1998
45. Judd I, Ewis, I, Kiskal H, Agop, S. The Prevalence and Disability of Bipolar Spectrum Disorders in the Usa Population: Re-Analysis of the Eca Database Taking into Account Subthreshold Cases. J Affect Disord 73: 123-131, 2003
46. Marnevos A. & Angst J. Bipolar Disorder: 100 years after manic depressive insanity. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2000.
47. Medina-Mora ME, Borges G, et.al: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental, 26(4): 1-16, México, 2003.
48. Ping Lin, Melvin G, Mclinnis: Correlatos clinicos y agregación amiliar de la edad de inicio del trastorno bipolar. A; J PSychiatry 2006; 163. 240-24.
49. Sinopsis de psiquiatría.Kaplan-Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Novena edición Editorial Waverly hispánica S.A. Barcelona. España. P.560-64
50. Montgomery S. & Cassano G. Management of Bipolar Disorder. London, UK: Martin Dunitz Ltd, 1996.
51. Rothbaum BO & Astin MC. Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2000; 61(Suppl 9):68–75
52. Young AH, Macritchie KA, Calabrese JR. Treatment of bipolar affective disorder. Brit Med J 2000; 321:1302–1303.

53. Compton MT & Nemeroff CB. The treatment of bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl 9):57–67.
54. Licht RW. Drug treatment of mania: a critical review. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97:387–397
55. Keck PE, Jr., McElroy SL, Arnold LM. Bipolar disorder. *Med Clin North Am* 2001; 85:645–61, ix
56. Bowden CL, Calabrese JR, Mcelroy SL, et.al: A randomized, placebo-controlled 12-month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 481-489, 2000.
57. Berk 2001; 61:1407–1414. M, Segal J, Janet L, et al. Emerging options in the treatment of bipolar disorders. *Drugs*
58. Bowden CL & Karren NU. Lamotrigine in the treatment of bipolar disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2002; 3:1513–1519.
59. Evans DL. Bipolar disorder: diagnostic challenges and treatment considerations. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl 13):26–31
60. Ellen Frank, Holly A. Swartz et al. Interpersonal and social rhythm therapy. ; manadins the chaos bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000, 48. 593-604
61. U.S. Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos 1999, Salud Mental: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos, Administración de Servicios de Salud Mental y Toxicomanías, Centro de Servicios de Salud Mental, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental.
62. Maj M. et al. *Bipolar Disorder*. Chichester, UK: John Wiley & Son Ltd, 2002.
63. Holmgren Dagmar, Lermenda Victor et al. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno Bipolar. *Rev Chil. Neuro-psiquiatría* 43 (4) 2005, 275-286.
64. Suppes T, Dennehy EB, Gibbons EW. The longitudinal course of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl 9):23–30.
65. Tohen, M., Waternaux, C.M. y Tsuang, M.T. (1990). Outcome in mania: A4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Archives*

*of General Psychiatry, 47, 1106-1111.*

66. Lam, D.H., Jones, S.H., Hayward, P. y Bright, J.A. (1999). Cognitive therapy for bipolar disorder. A therapist's guide to concepts, methods and practice. Chichester, RU: Wiley.
67. Goodwin, F.K. y Jamison, K.R. (1990). *Manic-depressive illness*. Nueva York: Oxford University Press.
68. American Psychiatric Association (1993). Practice guideline for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1-26.
69. Morriss R, Faizal M, Jones A, Williamson P, Bolton C, McCarthy J. Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan 24;(1):CD004854
70. Severus WE, Moller HJ, Greil W, Kleindienst N. Is polarity of recurrence related to serum lithium level in patients with bipolar disorder? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2005 Feb;255(1):72-4
71. Goldberg JF, Calabrese JR, Ketter TA, Suppes T, Frye M, White R, DeVaugh-Geiss A, Thompson TR. Recurrence in bipolar I disorder: a post hoc analysis excluding relapses in two double-blind maintenance studies Biol Psychiatry. 2006 Jun 1;59(11):1061-4
72. Ketter TA, Adams DH, Risser RC, Houston JP, Meyers AL, Williamson DJ, Tohen M. Differential efficacy of olanzapine and lithium in preventing manic or mixed recurrence in patients with bipolar I disorder based on number of previous manic or mixed episodes J Clin Psychiatry. 2006 Jan;67(1):95-101.
73. Fu AZ, Christensen DB, Hansen RA, Liu GG. Second-generation antidepressant discontinuation and depressive relapse in adult patients with bipolar depression: results of a retrospective database analysis. Clin Ther. 2006 Jun;28(6):979-89
74. Yan LJ, Hammen C, Cohen AN, Daley SE, Henry RM. Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients J Affect Disord. 2004 Dec;83(2-3):199-206 J Affect Disord. 2005 Jun;86(2-3):337.
75. Hammen C, Henry RM, Cohen AN, Daley SE. Effects of stress and social



- support on recurrence in bipolar disorder J Affect Disord. 2004 Oct 1;82(1):143-147,
76. Scott J, Colom F, Vieta A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders Int J Neuropsychopharmacol. 2007 Feb;10(1):123-9. Epub 2006 Jun 20
77. Lam DH, McCrone P, Wright K, Kerr N Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study Br J Psychiatry. 2005 Jun;186:500-6
78. Johnson L, Lundstrom O, Aberg-Wistedt A, Mathe AA. Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse Bipolar Disord. 2003 Apr;5(2):129-37.
79. Elisardo Becoña y M<sup>a</sup> del Carmen Lorenzo *Psicothema Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar 2001. Vol. 13, n<sup>o</sup> 3, pp. 511-522*
80. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective Acta Psychiatr Scand. 2004 May;109(5):339-44
81. Wisniewski SR, Ketter TA, Miklowitz DJ, Gyulai L, Reilly-Harrington NA, Otto MW, Sachs GS, Thase ME, Nierenberg AA. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Am J Psychiatry. 2006 Feb;163(2):217-24
82. Altman S, Haeri S, Cohen LJ, Ten A, Barron E, Galynker II, Duhamel KN Predictors of relapse in bipolar disorder: A review J Psychiatr Pract. 2006 Sep;12(5):269-82
- 83.** Secretaria de Salud. Ley General de Salud. México 2004.