



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica
Psiquiatría y Salud Mental**

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la Fuente Muñiz”

“Abuso y dependencia de sustancias en pacientes con Trastorno Bipolar de la
Clínica de Trastorno Bipolar del INPRF: y su asociación con variables
clínicas”.

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

Dr. Iván Israel Marín Colín

Asesores:

Dra. Claudia Becerra-Palars
Asesor Teórico

Dra. Danelia Mendieta Cabrera
Asesor Metodológico

México, D. F. Junio 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios

Por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

Gracias a mis padres José Luis Marín y Amparo Colín

Por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida. Gracias por guiarme en el camino de la educación. Ahora entiendo el por que de muchas cosas más que no terminaría de mencionar. Los amo.

Gracias a mis hermanas, Ana Lilia, Cristina y Silvia

Por todo lo que me han enseñado desde que era un niño, el saber que los límites no existen y que los sueños se hacen una realidad; son un gran modelo a seguir. Las quiero.

A mis amigos

Que siempre están, estuvieron y seguirán estando, brindándome cariño y soporte.

Gracias a mis asesores

Por su conocimiento, colaboración, dedicación, dirección en este trabajo y por creer en mí.

Gracias, Dra. Doris Gutiérrez Mora

Por todas sus enseñanzas, no sólo académicas, si no también de vida, a usted quién me introdujo al conocimiento sobre este trastorno y por permitirme ver lo hermoso y noble de esta profesión. La quiero.

Para Miguel E. Bremermann

Por todo tu apoyo desde el inicio y hasta el fin de este trabajo, por escucharme, por tus consejos (eso es algo que lo haces muy bien) y por ser parte de mi vida, va por ti.

Iván Israel Marín Colín

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	IV
RESUMEN	2
MARCO DE REFERENCIA	3
ANTECEDENTES	4
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
JUSTIFICACIÓN	15
OBJETIVOS	16
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
MATERIAL Y MÉTODOS	17
Tipo de Estudio	17
Población en estudio; selección y tamaño de la muestra	18
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	18
VARIABLES DE ESCALA DE MEDICIÓN	18
Metodos de recolección de datos	19
Plan de analisis de los resultaos	19
Resultados	20
Discusión	23
Conclusiones	27
Anexos	29
Gráficas	36
Tablas	42
REFERENCIAS	47

“Abuso y dependencia de sustancias en pacientes con Trastorno Bipolar de la Clínica de Trastorno Bipolar del INPRF: y su asociación con variables clínicas”.

RESUMEN:

El trastorno bipolar (TBP) es una enfermedad mental frecuente, severa y recurrente. La prevalencia de sus dos variantes, el trastorno bipolar tipo I (con manía y depresión recurrentes) y el tipo II (episodios recurrentes de depresión e hipomanía) es, en los Estados Unidos de América, de 2.5%; la prevalencia del trastorno bipolar tipo I a lo largo de la vida es de 1%.

Estudios epidemiológicos han demostrado que los índices del uso de sustancias y de trastornos de ansiedad (TA) en personas con TBP son significativamente mayores en relación con los índices de la población general. Estudios preliminares sugieren que la comorbilidad en TBP es relevante debido a que se ha asociado con mayor severidad de los síntomas, altos índices de suicidio, peor pronóstico de la enfermedad y menor respuesta al tratamiento.

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 100 pacientes con el diagnóstico de (TBP I) (85%) y (TBP II) (15%) de los cuales tenían una edad promedio de 36.06 ± 11.18 años y una escolaridad de 14.22 ± 2.98 años, equivalente a la educación básica. La mayoría de los pacientes eran del sexo femenino ($n=63$, 63%), y en su mayoría su estado civil eran solteros (53%), así mismo el nivel socioeconómico más frecuente fue el dos ($n=35$, 35%), el 39.0% ($n=39$) de las pacientes tenían como principal actividad el ser empleado. La edad de inicio del padecimiento para el total de la muestra fue a los 26.8 ± 9.76 años. El 27% ($n=27$) tenían un consumo de sustancias, el 92% ($n=92$) de los pacientes se encontraba en estado de eufimia, el 64% ($n=64$) de los pacientes tenía el antecedente de síntomas psicóticos, en relación a la comorbilidad diagnóstica, el 26.7% ($n=24$) de pacientes con algún TA, el 27% ($n=27$) de los pacientes presentaron comorbilidad con el consumo de sustancias, teniendo como patrón de dependencia al alcohol en el 19% y una dependencia de sustancias del 16%, de las sustancias más empleadas por los pacientes con trastorno bipolar se encontró que la marihuana representaba el 11% ($n=11$) como primer lugar, seguido por la cocaína en un 6% ($n=6$), el 70.4% ($n=19$) de los pacientes con trastorno bipolar y con consumo de sustancias habían tenido alguna hospitalización psiquiátrica a lo largo de su padecimiento, siendo el promedio de hospitalizaciones de 1.8 ± 2.0 hospitalizaciones y el tiempo promedio de estancia intrahospitalaria de 7.5 ± 10.3 semanas, en cuanto al número de comorbilidades psiquiátricas del grupo de pacientes con consumo de sustancias fue mayor de $1.04 \pm .854$ comparado con el grupo de pacientes sin consumo de sustancias que fue menor $.29 \pm .540$.

DISCUSIÓN:

El 26.7% presentó algún TA, seguido de el 6.6% con el antecedente de abuso sexual y el 5.7% con algún trastorno de la personalidad. Y sólo un 6.6% de las pacientes no presentaron comorbilidad diagnóstica. Lo que concuerda con lo publicado en la literatura a nivel mundial; los trastornos de comorbilidad en ambos ejes I y II se han asociado a una edad más temprana de aparición y a una peor evolución del TBP. El 27% de los pacientes de este estudio presentaron comorbilidad con el consumo de sustancias, teniendo como patrón de dependencia al alcohol en el 19% y una dependencia de otras sustancias del 16%. Y sólo un 5% de los pacientes un patrón de abuso de otras sustancias, seguido de un 2% para el abuso del alcohol. La literatura refiere que el abuso o dependencia de sustancias es muy habitual entre pacientes con TBP. Se estima que alrededor del 50% de pacientes bipolares tiene un trastorno comórbido por abuso de sustancias. De las sustancias más empleadas por los pacientes con TBP de este estudio se encontró que la marihuana representó el 11% como primer lugar, seguido por la cocaína en un 6%, estimulantes, tranquilizantes y otras drogas el 2%, y finalmente sólo el 1% para los alucinógenos. Los estudios relativos al *cannabis* inciden sobre el posible uso de éste como automedicación. En los pacientes bipolares con abuso o dependencia de alcohol se observa un mayor número de hospitalizaciones, más manías mixtas, una edad de inicio precoz y más ideación suicida. En cuanto al número de comorbilidades psiquiátricas del grupo de pacientes con consumo de sustancias fue mayor de $1.04 \pm .854$ comparado con el grupo de pacientes sin consumo de sustancias que fue menor $.29 \pm .540$, si se encontraron diferencias significativas en ambos grupos.

CONCLUSIONES:

Se ha demostrado que los índices del uso de sustancias y de trastornos de ansiedad en personas con TBP son mayores en relación con los índices de la población general. Y la comorbilidad en el TBP con consumo de sustancias es relevante debido a que se ha asociado con mayor severidad de los síntomas, altos índices de suicidio, peor pronóstico de la enfermedad y menor respuesta al tratamiento.

“Abuso y dependencia de sustancias en pacientes con Trastorno Bipolar de la Clínica de Trastorno Bipolar del INPRF: y su asociación con variables clínicas”.

1. MARCO DE REFERENCIA

La evidencia epidemiológica sugiere que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno bipolar tipo I estrictamente definido en la población occidental es aproximadamente del 1% (intervalo: 0.5 a 1.6%)(16). La epidemiología del trastorno bipolar II está menos establecida, pero si usamos una definición conservadora se estima que la prevalencia a lo largo de la vida está entre el 1.5% y el 2.5% (1).

Para el espectro global del trastorno bipolar, incluyendo la manía y la depresión, se estima que la prevalencia a lo largo de la vida está entre el 4% y el 12% (2). En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2) se encontró que la prevalencia del trastorno bipolar tipo I a lo largo de la vida es de $1.3 \pm 0.2\%$; en el último año de $0.9\% \pm 0.1\%$ y en el último mes de $0.5 \pm 0.1\%$. En cuanto al género, la prevalencia es un poco mayor entre los hombres (1.6 ± 0.3) que entre las mujeres (1.1 ± 0.2) a lo largo de la vida, similar en el último año ($0.9 \pm 0.2\%$ vs $0.8 \pm 0.2\%$ respectivamente e igual en el último mes ($0.4 \pm 0.1\%$)).

Puede iniciarse en la niñez o en la adolescencia y persistir a lo largo de la vida (9). La edad en que aparece el trastorno bipolar I, en México, oscila entre los 3 y los 47 años y 21.36 años en promedio (19).

Aunque el curso del trastorno es episódico, su frecuencia y severidad tienden a aumentar conforme transcurre el tiempo y acompañarse de otros trastornos como el uso de sustancias y alcohol, y de trastornos de angustia (32).

La mortalidad se acrecienta debido a las conductas riesgosas en las fases maníacas, las enfermedades médicas y en especial por el riesgo suicida (7). La mortalidad por suicidio puede ser hasta de 20%, cifra mucho más alta que la población general, y representa la principal causa de muerte en jóvenes con trastorno bipolar (22).

Estudios epidemiológicos han demostrado que los índices del uso de sustancias y de trastornos de ansiedad en personas con trastorno bipolar son significativamente mayores en relación con los índices de la población general (3). Los principales trastornos comórbidos estudiados en el trastorno bipolar son: los trastornos de la alimentación, el abuso de sustancias y de angustia. En varios estudios realizados para comparar la comorbilidad en eje I en pacientes con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor, se ha observado que el primero presenta un mayor índice en la frecuencia de trastornos por uso de sustancias (24) ataques de pánico y de trastorno obsesivo-compulsivo(7). Estudios preliminares sugieren que la comorbilidad en trastorno bipolar es relevante debido a que se ha asociado con mayor severidad de los síntomas, altos índices de suicidio, peor pronóstico de la enfermedad y menor respuesta al tratamiento (18).

Pacientes con trastorno bipolar tipo I tienen un alto riesgo de comorbilidad con trastornos por uso de sustancias, con una prevalencia a lo largo de la vida alrededor del 50%-60%. La comorbilidad con el trastorno por uso de sustancias es eventualmente asociada con un empeoramiento del trastorno bipolar, discapacidad y alto riesgo de suicidio (26).

Junto con el progreso psicofarmacológico, las intervenciones psicosociales para estos padecimientos han tenido un importante desarrollo y hoy en día cumplen un papel crucial en el manejo integral del paciente con trastorno bipolar. En el campo del tratamiento psicológico, la psicoeducación; incluye desde dar información al paciente acerca de su enfermedad hasta ayudar a establecer una alianza terapéutica, donde el paciente se vuelve

un actor activo en su tratamiento, aprende estrategias para manejar su enfermedad y a la vez provee información importante para el clínico que lo atiende. Por lo que posibilita una mejoría en la evolución del trastorno bipolar al incrementar notablemente el conocimiento de su enfermedad (y de su tratamiento) en pacientes y familiares, al disminuir el riesgo de episodios afectivos y de hospitalizaciones y al optimizar la adherencia al tratamiento en general (35).

En los diferentes estudios realizados más de la mitad de los pacientes psiquiátricos presentan un abuso de alcohol y otras drogas. De dos estudios llevados a cabo en Estados Unidos en grandes grupos de población, el Epidemiologic Catchment Area (ECA) (24) y el National Comorbidity Survey (NCS) (17), se deduce que el trastorno bipolar es la patología psiquiátrica que con mayor frecuencia se asocia a las drogodependencias. El riesgo de que un individuo con un trastorno bipolar tenga a su vez una drogodependencia es más de 6 veces mayor que el de la población general (odds ratio de 6,6 en el ECA y 6,8 en el NCS), y esta probabilidad todavía es mayor en los bipolares-I (p. ej. pacientes que han sido hospitalizados por un episodio maníaco), en los que la probabilidad se dispara hasta ser casi 8 veces mayor (odds ratio 7,9 en el ECA).

El alcoholismo coexiste con el 33-59% de los episodios depresivos mayores. Según Ballenger (4) y Goodwin (11), esta comorbilidad es más alta con los pacientes bipolares tipo I (60%) en relación con los bipolares de tipo II (50%). Esta asociación del trastorno bipolar con las conductas adictivas constituye un factor que empeora el pronóstico, y la comorbilidad alcohólica por sí misma se asocia a un mal pronóstico (33, 21). Además los adolescentes bipolares tienen un riesgo claramente aumentado de abuso de sustancias tóxicas o de alcohol (23).

También se ha observado una comorbilidad del 50% en los primeros episodios psicóticos (24) siendo el abuso de sustancias el diagnóstico más frecuente, y éste es más frecuente en las psicosis afectivas que en las no afectivas.

La comorbilidad con drogas y alcohol en pacientes bipolares aumenta el número de hospitalizaciones, favorece los cuadros disfóricos y un inicio de la enfermedad bipolar más temprano (25, 26).

Alcoholismo y trastorno bipolar

A menudo, el trastorno bipolar coexiste con el alcoholismo. En un estudio de población (14) se encontró que la manía y el alcoholismo eran más frecuentes que ocurrieran juntos que lo esperado por el azar (OR 6,2), e incluso esta asociación era mayor que la que ocurre entre el alcoholismo y la esquizofrenia o la depresión. Sólo la personalidad antisocial tiene una mayor comorbilidad. Las fases de manía se asocian al consumo de alcohol en el 40% de los casos, y es más frecuente que se asocie esta fase que la depresiva (36). Esta asociación es mayor en hombres que en mujeres, y dicho consumo es el factor que con más fuerza influye en la hospitalización de los varones bipolares (25).

Los estudios familiares de alcoholismo tampoco llegan a resultados concluyentes. Morrison, encuentra más alcoholismo en familiares de bipolares alcohólicos que en familiares de bipolares no alcohólicos.

Dunner (8), señala que el riesgo mórbido para trastorno afectivo en familiares de pacientes bipolares alcohólicos es similar al de los familiares de bipolares no alcohólicos pero el riesgo familiar por el alcoholismo es mayor en los familiares de bipolares alcohólicos. Winokur (37), diferencia el alcoholismo primario del secundario y no encuentra evidencias de mayor frecuencia de alcoholismo primario entre bipolares alcohólicos y no alcohólicos pero el 60% de los parientes bipolares de alcohólicos bipolares tenían problemas de alcoholismo comparados con el 14% para los parientes bipolares de bipolares no alcohólicos, sugiriendo que, aunque el mecanismo preciso para esta asociación no está muy claro, el alcoholismo cuando coexiste con el trastorno bipolar a menudo es un fenómeno secundario. En muchos casos se observa una evolución clínica disociada y, en el 50% ambos trastornos no ciclan de forma pareja (28).

Maier encuentra una fuerte asociación de subgrupos de individuos con trastorno bipolar y alcoholismo. Según otros autores ambos trastornos podrían estar asociados a una característica de la personalidad influida genéticamente; relacionados con la creatividad, o con descontrol conductual y características hipomaniacas. El consumo de alcohol frecuentemente se asocia a la presencia de cuadros mixtos y ciclaciones rápidas.

Cocaína y otros psicoestimulantes

Ya en la década de los 70 y los 80 se empezó a observar una tendencia al consumo de *cocaína y otros psicoestimulantes* en los pacientes bipolares y ciclotímicos. Aunque los bipolares consumen estimulantes en las fases depresivas de la enfermedad, dicho consumo parece ser más frecuente en las fases maníacas, en un patrón similar al del alcohol y suponiendo presumiblemente un intento del paciente de acrecentar o provocar síntomas

maniformes con la droga. Asimismo y en consonancia con lo anterior, se ha observado que las anfetaminas provocan más fácilmente euforia en los deprimidos bipolares que en los unipolares. Estudios más recientes ahondan en este hallazgo e intentan encontrar una relación entre el trastorno bipolar, el consumo de estimulantes y el trastorno de hiperactividad con déficit atencional (39).

Consumo de opiáceos

El consumo de *opiáceos* es mayor en sujetos bipolares que en la población general, aunque no tan llamativamente como en el caso del alcohol y los estimulantes. Los usuarios de opiáceos, a diferencia de los usuarios de cocaína, tienden a hacerlo con mayor frecuencia cuando están deprimidos.

Otras drogas

Hay muy pocos datos sobre su abuso en bipolares, aunque su utilización también es mayor que en la población general. Los estudios relativos al *cannabis* inciden sobre el posible uso de éste como automedicación, y se argumenta que pueda tener un efecto antidepresivo intrínseco. Existen datos anecdóticos de pacientes que utilizan los cannabinoides para combatir las fases depresivas, las maníacas, y los efectos secundarios de los fármacos (35,36).

Factores genéticos

Los datos que apoyan una relación genética entre el abuso de drogas y el trastorno bipolar son más escasos y menos sólidos que en el caso del alcohol. Aunque algunos estudios encuentran una leve asociación familiar entre el trastorno bipolar y el abuso de drogas, y más en particular con el consumo de estimulantes (12, 39).

Tratamientos psicoterapéuticos

Todavía menos atención han recabado los *tratamientos psicosociales*, y sólo escasos estudios recientes se ocupan de ellos a pesar de la evidencia de la necesidad de un abordaje integral y de los buenos resultados observados en el tratamiento de las enfermedades mentales crónicas y las drogodependencias por separado . Los tratamientos psicosociales se han utilizado con éxito junto con la farmacoterapia, teniendo en cuenta que todos los abordajes incluyen:

- (a) Psicoeducación acerca del trastorno bipolar.
- b) Un formato de grupo para compartir experiencias y obtener apoyo mutuo .
- (c) Discusión sobre el papel de la medicación y la ambivalencia hacia ella.
- (d) Abordaje de las dificultades interpersonales.
- (e) Desarrollo de una adecuada conciencia de enfermedad.

Recientemente se han desarrollado manuales que utilizan un modelo *cognitivo-conductual* para el tratamiento del trastorno bipolar y para el abordaje específico del subgrupo de bipolares con diagnóstico comórbido de abuso o dependencia de drogas, su finalidad es prevenir las recaídas a través de las estrategias de autocontrol, el entrenamiento en habilidades sociales, la identificación de situaciones de riesgo, el control de impulsos, el análisis de pros-contras, y cambios en el estilo de vida.

Concepto de comorbilidad

La comorbilidad, en psiquiatría, puede ser definida como la concurrencia de dos o más trastornos mentales que coexisten y/o se asocian a otras enfermedades (Klerman, 1990). Mientras algunos psiquiatras clásicos, como Karl Jaspers (1973), postularon que todas las señales de enfermedad deberían ser incluidas en un único diagnóstico, en la actualidad se tiende a seguir sistemas diagnósticos DSM-IV y CIE-10, en los que la comorbilidad es la regla y no la excepción (Merikangas, 1990). El primero en utilizar este término fue Feinstein, pero el concepto se conocía desde hacía mucho tiempo. Ya en los libros de Kraepelin (1909) encontramos, aquí y allá, el concepto de “psicosis combinada”.

Comorbilidad con abuso de sustancias

El abuso o dependencia de sustancias es muy habitual entre pacientes con trastorno bipolar. Se estima que alrededor del 50% de pacientes bipolares tiene un trastorno comórbido por abuso de sustancias. En la mayoría de las sociedades el abuso de sustancias es común entre quienes sufren trastorno bipolar. Sin embargo, el abuso de sustancias es, más que la mayoría de los demás trastornos psiquiátricos, transculturalmente heterogéneo.

La accesibilidad a drogas ilegales varía fundamentalmente en cada país. Ni siquiera el alcohol está disponible de la misma manera en todos los países y culturas.

De igual modo, el abuso de cocaína es inferior en Europa que en Norteamérica (Sonne y Brady, 1999). Estudios epidemiológicos con muestras extensas han constatado que una alta proporción (más del 50%) de individuos bipolares en Norteamérica tiene antecedentes de abuso o dependencia de alcohol: el Epidemiological Catchment Area Study (ECA) señala un 46% (Regier y cols., 1990); el Estudio de Edmonton, un 45% (Fogarty y cols., 1994); el NCS, un 64% (Kessler y cols., 1997). En muestras clínicas, los números difieren mucho más: comorbilidad a lo largo de la vida de un 66% (Mueser y cols., 1992), un 30% (Winokur y cols., 1998) y un 67% para hombres y un 31% para mujeres (Rabinowitz y cols., 1998). Estas cifras pueden reducirse de modo significativo en sociedades donde el alcohol es menos aceptado. Por ejemplo, en grupos taiwaneses (Tsai y cols., 1999) se observó una prevalencia a lo largo de la vida inferior al 10% de trastornos de abuso de alcohol en una cohorte de pacientes bipolares. Sin embargo, todos los estudios, señalan que los trastornos bipolares se asocian con una alta frecuencia de abuso o dependencia de alcohol. Los trastornos del espectro bipolar, como la hipomanía o la manía breve recurrente, se dan con una frecuencia significativamente más elevada con abuso o dependencia de alcohol. En Zúrich un estudio de Angst (1998) observó una frecuencia de más de un 20% de abuso de alcohol en el «grupo de espectro bipolar», en comparación con el 8% de los controles.

En un estudio más reciente, Angst y cols. (2003) encontraron una frecuencia más elevada de abuso o dependencia de sustancias (47,8%) y abuso o dependencia de alcohol (26,1%) en individuos hipomaniacos. El abuso comórbido de alcohol puede ser un factor pronóstico

de un curso más desfavorable del trastorno bipolar, aunque esto no ha sido totalmente probado (Sonne y Brady, 1999). Sin embargo, diversos estudios que han comparado pacientes bipolares con y sin abuso de alcohol han presentado resultados en este sentido: pacientes bipolares con abuso de alcohol cometen más intentos de suicidio, sufren más a menudo manía disfórica, tienen una edad más temprana de inicio y peor evolución después de 15 años de seguimiento que los pacientes sin abuso de alcohol (Coryell y cols. 1998; Feinman y Dunner, 1996; Sonne y cols. 1994; Winokur y cols. 1995, 1998). Un estudio con una amplia muestra de 2.713 personas constató una frecuencia de trastorno bipolar del 2,3% entre «alcohólicos» frente al 1% entre controles (Schuckit y cols., 1997). En otro estudio con una muestra superior (n= 12.607) se observó una frecuencia de trastorno «bipolar o esquizofrenia» del 5,9% (Hoff y Rosenheck, 1999).

La prevalencia del abuso de sustancias es difícil de estimar, pues a menudo los consumidores, por distintos motivos, pueden negar su consumo. En estudios epidemiológicos la prevalencia a lo largo de la vida de abuso de drogas en la población general va desde un 0,1%, en Taiwán, hasta un 11,9%, en los Estados Unidos (Kessler y cols. 1994; Merikangas y cols., 1996; Weissman y cols., 1996). También las clases de sustancias usadas difieren considerablemente: en los estudios ECA (Regier y cols. 1990) (41%), NCS (Kessler y cols., 1997) (46%) y de Edmonton (Spaner y cols., 1994) (34%) se encontró una mayor prevalencia de abuso de sustancias en personas diagnosticadas de trastorno bipolar que en la población general. Se han hallado tasas comparables en estudios con muestras clínicas: un 34% de abuso de estimulantes (Mueser y cols. 1992). En los individuos con antecedentes de abuso de sustancias se observó un riesgo siete veces mayor de cumplir criterios diagnósticos para trastorno bipolar (Russel y cols. 1994).

Desde los años ochenta se debate si existe una conexión específica entre abuso de cocaína y trastorno bipolar. Algunas observaciones clínicas parecen indicar que quienes abusan de cocaína son más propensos a cambios de humor ciclotímicos. Sin embargo, tales observaciones no fueron apoyadas completamente por los estudios posteriores.

La relación entre «bipolaridad» y abuso de cocaína condujo a ensayos de tratamiento con litio, que mostraron alguna eficacia (Gawin y Cléber, 1984; Nunes y cols. 1990) en personas que abusaban de la cocaína. En conjunto, se apunta a que los pacientes bipolares tienden al abuso de cocaína y otros estimulantes con mayor frecuencia que los controles y que otros individuos con otros trastornos psiquiátricos, sobre todo los que sufren depresión unipolar (Sonne y Brady, 1999; Winokur y cols., 1998). Existe una cierta controversia en cuanto al efecto del abuso de sustancias en la evolución del trastorno bipolar. En general, los pacientes bipolares con y sin abuso de sustancias no parecen diferenciarse entre ellos tanto como cabía esperar. Entre las admisiones consecutivas a un hospital psiquiátrico, Rabinowitz y cols. (1998) observaron que el abuso grave de sustancias (frente al no abuso de ellas) implicó una mayor frecuencia de intentos de suicidio en los seis meses previos y más conductas antisociales, pero no se registraron diferencias sustanciales respecto a la psicopatología y a su evolución.

En recientes investigaciones se sugiere que los pacientes bipolares con abuso de sustancias comórbido pueden presentar una peor evolución y pronóstico de la enfermedad, lo cual resulta especialmente relevante para su detección rápida así como para su tratamiento (Cassidy y cols. 2001; Vieta y cols. 2001; Salloum y cols., 2000; Colom y cols., 2000; Dalton y cols., 2003). En los pacientes bipolares con abuso o dependencia de alcohol se observa un mayor número de hospitalizaciones, más manías mixtas, una edad de inicio

precoz y más ideación suicida (Sonne y Brady, 2002). Por otra parte, se han observado tasas superiores de abuso y dependencia comórbidos de sustancias en pacientes con trastorno bipolar tipo I en comparación con los de trastorno bipolar tipo II, aunque el número de estos últimos era reducido (Chengappa y cols., 2000). Se han encontrado diferencias de género en relación con comorbilidad con abuso de alcohol en el trastorno bipolar. Más hombres que mujeres reunieron los criterios para alcoholismo a lo largo de la vida, pero el riesgo de padecer alcoholismo fue superior para las mujeres con trastorno bipolar: 6,3 frente a 1,96% (Frye y cols. 2003).

Investigaciones relacionadas con el consumo de sustancias en población mexicana han reportado tasas de abuso de sustancias del 7.5% y abuso de etanol del 5.8%.(39).

2. JUSTIFICACION

El objetivo de este trabajo fue evaluar la comorbilidad del abuso y dependencia de sustancias en pacientes con trastorno bipolar de la clínica de trastorno bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” para determinar la evolución de la enfermedad en el curso del trastorno bipolar mediante variables clínicas de la historia de la enfermedad.

La importancia del estudio sobre este tipo de comorbilidad residio en que:

- 1) A lo largo de la vida, la comorbilidad tiende a ser crónica en este tipo de trastorno.
- 2) Las personas afectadas muestran un mayor deterioro y un mayor riesgo suicida en comparación con las personas que no tienen un abuso y dependencia de sustancias.
- 3) Investigaciones relacionadas con el consumo de sustancias en población mexicana han reportado tasas de abuso de sustancias del 7.5% y abuso de etanol del 5.8%. Se desconoce la incidencia del abuso y dependencia de sustancias en pacientes con trastorno bipolar de la clínica de trastorno bipolar del INPRF; por lo que se considero que los índices reportados no concuerdan con los porcentajes publicados por la literatura mundial. Así mismo se considero que este tipo de comorbilidad esta infradiagnósticada lo cual puede influir en el manejo del padecimiento.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La presencia de abuso o dependencia a sustancias en pacientes con trastorno bipolar es un factor de riesgo para una peor evolución de la enfermedad, una mayor severidad de los síntomas, altos índices de suicidio, peor pronóstico de la enfermedad y menor respuesta al tratamiento?

3. HIPOTESIS DE TRABAJO

La frecuencia de trastornos por uso de sustancias en pacientes con trastorno bipolar del INPRF utilizando herramientas diagnósticas será del 50%.

El abuso y dependencia de sustancias en pacientes con trastorno bipolar si es un factor de riesgo para una peor evolución de la enfermedad, una mayor severidad de los síntomas, altos índices de suicidio, peor pronóstico de la enfermedad y menor respuesta al tratamiento.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la comorbilidad de abuso y dependencia de sustancias en pacientes con trastorno bipolar de la clínica de trastorno bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y determinar una peor evolución en la enfermedad en el curso del trastorno bipolar mediante variables de la historia de la enfermedad.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

a) Determinar la frecuencia de abuso y dependencia de sustancias en pacientes con trastorno bipolar de la clínica de trastorno bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.

b) Determinar si el abuso y dependencia de sustancias es factor de riesgo para una peor evolución de la enfermedad, mayor severidad de los síntomas, altos índices de suicidio, peor pronóstico de la enfermedad y menor respuesta al tratamiento.

5. MATERIAL Y MÉTODOS:

5.1- Diseño del estudio

Comparativo, casos y controles.

5.1.2 Características del estudio

De acuerdo con A. Feinstein: Comparativo, casos y controles y homodémico.

5.2 Ubicación espacio temporal

El presente estudio se llevó a cabo en el servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en un periodo de tiempo de 12 meses, incluyendo de enero a diciembre de 2008.

5.3 Marco muestral

5.3.1 Universo de trabajo

Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar I, II del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

5.3.2 Sujetos de estudio

Grupo de estudio: Hombres y mujeres con diagnóstico de trastorno bipolar I, II, con antecedente de uso de sustancias.

Grupo control: Hombres y mujeres con diagnóstico de trastorno bipolar I, II, sin antecedente de uso de sustancias..

5.3.3 Criterios de selección:

5.3.3.1 Criterios de inclusión

- 1.- Hombres y mujeres con diagnóstico de TBP tipo I y II según el DSM-IV- TR.
2. Edad mayor a 18 años.
3. Aceptación por escrito a través del consentimiento informado.

5.3.3.2 Criterios de exclusión

1. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
2. Pacientes con diagnóstico de retraso mental.
3. Pacientes con deterioro cognitivo.

5.4 Tamaño de la muestra:

100 pacientes de la base de datos de la clínica de TBP.

5.5 Tipos de Variables e instrumentos de Medición:

VARIABLES INDEPENDIENTES	TIPO	MEDICION
Edad de inicio del TBP	Dimensional	Años, Hoja de datos clínicos demográficos del expediente clínico. (HDCDEC)*
Sexo	Catagórica	Femenino/Masculino
Estado civil	Catagórica	Con pareja/Sin pareja
Escolaridad	Dimensional	Años de estudio
Nivel socioeconómico	Ordinal	Estudio socioeconómico
Tiempo de hospitalización total / número de hospitalizaciones	Ordinal	Días de estancia intrahospitalaria
Abuso de sustancias	Catagórica	Sí/no, SCID-I
Dependencia de sustancias	Catagórica	Sí/no, SCID-I
Antecedentes heredo familiares	Catagórica	Sí/no, HDCDEC*
VARIABLES DEPENDIENTES	TIPO	MEDICION
Síntomas psicóticos	Catagórica	Sí/no
Comorbilidad psiquiátrica	Dimensional	SCID-I
Comorbilidad médica	Catagórica	Sí/no, HDCDEC*
Episodios depresivos previos	Catagórica	Sí/no
Episodios de hipomanía previos	Catagórica	Sí/no
Número de intentos de suicidio.	Ordinal	HDCDEC*
Número de suicidios consumados.	Ordinal	HDCDEC*
Tratamiento actual	Catagórica	Nada, estabilizadores del ánimo, inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, antidepresivos triciclillos, neurolépticos, benzodiacepinas.

5.6 Métodos de recolección de datos:

Hoja de recolección de datos sociodemográficos

Escalas clinimétricas

- a. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI Internacional Neuropsychiatric Interview, MINI)
- b. La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve.
- c. Explora, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y CIE-10.
- d. La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica.
- e. Versión en español de la MINI: L. Fernando, J. Bobes, J. Gubert, M. Soto, O. Soto.
- f. Existen varias versiones en español: La MINI, La MINI Plus para la investigación, La MINI Kid para niños y adolescentes.

5.7. Análisis de datos:

Se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables de tipo categórico y promedio, desviación estándar para variables dimensionales. También utilizaremos prueba t, chi cuadrada y regresión logística.

5.8. LOGISTICA:

5.8.1 Recursos Humanos

Médico residente, asesor teórico y asesor metodológico quienes realizarán el proyecto.

5.8.2 Recursos Materiales

Material bibliográfico recopilado

Hojas de recolección de datos

Papelería, computadora, impresora, Paquete para análisis estadístico.

5.9. RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 100 pacientes con el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I y II de la clínica de Trastorno Bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, los cuales tenían una edad promedio de 36.06 ± 11.18 años y una escolaridad de 14.22 ± 2.98 años, equivalente a la educación básica (**Tabla 2**).

La mayoría de los pacientes eran del sexo femenino (n=63, 63%), y en su mayoría su estado civil eran solteros (n=53, 53%), así mismo el nivel socioeconómico más frecuente fue el dos (n=35, 35%) y tres (n=30, 30.0%). El 39.0% (n=39) de las pacientes tenían como principal actividad el ser empleado, seguido del 26% (n=26) que se encontraban desempleados (**Tabla 1**).

El 85% (n=85) tenía el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I, seguido del 15% (n=15) con trastorno bipolar II. La edad de inicio del padecimiento para el total de la muestra fue a los 26.8 ± 9.76 años (**Gráfica 1 y Tabla 2**).

De los 100 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, sólo el 27% (n=27) tenían un consumo de sustancias (**Gráfica 2**).

El 92% (n=92) de los pacientes se encontraba en estado de eutimia, el 7% (n=7) cursaba con un estado depresivo mayor, y sólo el 1% (n=1) su estado era en hipomanía (**Gráfica 3**).

El 64% (n=64) de los pacientes tenía el antecedente de síntomas psicóticos y sólo el 29% (n=29) tenían antecedentes heredo-familiares para trastorno bipolar. (**Gráfica 4 y 5**).

De los medicamentos empleados en los pacientes con trastorno bipolar, el 97% empleaba un estabilizador del ánimo, seguido del 58% por un antipsicótico, un 22% un ansiolítico y sólo el 13% un antidepresivo. (**Tabla 5**).

En relación a la comorbilidad diagnóstica, el 26.7% (n=24) de pacientes con algún trastorno de ansiedad, el 6.6% (n=6) con el antecedente de abuso sexual y el 5.7% (n=5) con algún trastorno de la personalidad. Tan solo el 6.6% (n=6) de las pacientes no presentaron comorbilidad diagnóstica.

El 27% (n=27) de los pacientes presentaron comorbilidad con el consumo de sustancias, teniendo como patrón de dependencia al alcohol en el 19% y una dependencia de sustancias del 16%. Y sólo presentando un 5% de los pacientes un patrón de abuso a otras sustancias, seguido de un 2% para el abuso del alcohol (**Tabla 3 y Gráfica 8**).

De las sustancia más empleadas por los pacientes con trastorno bipolar se encontró que la marihuana representaba el 11 % (n=11) como primer lugar, seguido por la cocaína en un 6% (n=6), estimulantes, tranquilizantes y otras drogas el 2% (n=2), y finalmente sólo el 1% (n=1) para los alucinógenos (**Tabla 4 y Gráfica 9**).

Se realizó una comparación entre los pacientes con trastorno bipolar con consumo de sustancias y sin consumo de sustancias y los resultados que se encontraron son que: el 70.4% (n=19) de los pacientes con trastorno bipolar y con consumo de sustancias habían tenido alguna hospitalización psiquiátrica a lo largo de su padecimiento, siendo el promedio de hospitalizaciones de 1.8 ± 2.0 hospitalizaciones y el tiempo promedio de estancia intrahospitalaria de 7.5 ± 10.3 semanas (**Tabla 2**).

De forma general, un mayor número de pacientes con trastorno bipolar y con consumo de sustancias son del sexo masculino (n=17, 63.0%) en contraste con lo observado en los pacientes del sexo masculino sin consumo de sustancias (n=20, 27.4%), encontrando diferencias estadísticamente significativos (**Tabla 6 y Gráfica 10**).

El desempleo en los pacientes con consumo de sustancias fue mayor (n=12, 44.4%), comparado con los pacientes sin consumo de sustancias que se encontraban empleados (n=29, 39.7%) encontrando diferencias estadísticamente significativas (**Tabla 6**).

En cuanto al número de comorbilidades psiquiátricas del grupo de pacientes con consumo de sustancias fue mayor de $1.04 \pm .854$ comparado con el grupo de pacientes sin consumo de sustancias que fue menor $.29 \pm .540$, encontrándose diferencias estadísticamente significativas (**Tabla 7 y Gráfica 6**).

En cuanto a la edad de inicio del trastorno bipolar en el grupo de pacientes con consumo de sustancias la edad promedio fue menor 23.8 ± 6.94 años comparado con la edad promedio del grupo de pacientes sin consumo de sustancias que fue mayor 28.0 ± 10.4 , mostrando diferencias estadísticamente significativas (**Tabla7 y Gráfica 7**).

6.0. DISCUSIÓN:

Los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar, presentan un alto riesgo de comorbilidad con el abuso de sustancias tóxicas. Dos estudios llevados a cabo en Estados Unidos en grandes grupos de población, el Epidemiologic Catchment Area (ECA) (24) y el National Comorbidity Survey (NCS) (17), concluyen que el trastorno bipolar es la patología psiquiátrica que con mayor frecuencia se asocia a las drogodependencias. El riesgo de que un individuo con un trastorno bipolar tenga a su vez una drogodependencia es más de 6 veces mayor que el de la población general (odds ratio de 6,6 en el ECA y 6,8 en el NCS), y esta probabilidad todavía es mayor en los bipolares-I (p. ej. pacientes que han sido hospitalizados por un episodio maníaco), en los que la probabilidad se dispara hasta ser casi 8 veces mayor (odds ratio 7,9 en el ECA).

Y en nuestro estudio se encontró que la mayoría de los pacientes (n=85, 85%) tenían el diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I (TBP I), y sólo un porcentaje menor (n=15, 15%) correspondió al diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo II (TBP II). Con una edad de inicio del padecimiento para el total de la muestra de 26.8 ± 9.76 años. Lo que nos representaría una edad de inicio temprano del padecimiento. Así mismo la mayoría de los pacientes (n=92, 92%) se encontraban en un estado de eutimia al momento del estudio. Y en cuanto a las características sociodemográficas de la muestra en estudio se encontró que la mayoría correspondió al sexo femenino (n=63, 63%), en cuanto a su estado civil la mayoría eran solteros (n=53, 53%), con un nivel socioeconómico 2 y 3 (bajo y medio) y se encontraban desempleados (n=26,26%).

Se encontró también que el 64% de los pacientes de la muestra en estudio tenía el antecedente de haber presentado síntomas psicóticos previos al estudio y a lo largo de su padecimiento y un 21% de la muestra tenía antecedentes heredo-familiares para trastorno

bipolar.

El trastorno bipolar se asocia con frecuencia a comorbilidad psiquiátrica. Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes son los trastornos de ansiedad, el abuso de drogas y el alcohol y el trastorno por déficit de atención; todos ellos contribuyen a aumentar la vulnerabilidad psicosocial del paciente (40,41). En relación a la comorbilidad diagnóstica de la muestra de este estudio, el 26.7% presentó algún trastorno de ansiedad, seguido de el 6.6% con el antecedente de abuso sexual y el 5.7% con algún trastorno de la personalidad. Y sólo un 6.6% de las pacientes no presentaron comorbilidad diagnóstica. Lo que concuerda con lo publicado en la literatura a nivel mundial; los trastornos de comorbilidad en ambos ejes I y II se han asociado a una edad más temprana de aparición y a una peor evolución del trastorno bipolar (40, 41). En varios estudios realizados para comparar la comorbilidad en eje I en pacientes con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor, se ha observado que el primero presenta un mayor índice en la frecuencia de trastornos por uso de sustancias (24) ataques de pánico y de trastorno obsesivo-compulsivo(7). Estudios preliminares sugieren que la comorbilidad en trastorno bipolar es relevante debido a que se ha asociado con mayor severidad de los síntomas, altos índices de suicidio, peor pronóstico de la enfermedad y menor respuesta al tratamiento (18).

De forma general en este estudio un mayor número de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y consumo de sustancias son del sexo masculino (n=17, 63%) en contraste con lo observado en los pacientes del sexo masculino sin consumo de sustancias (n=20, 27.4%) con diferencias estadísticamente significativas.

Por lo que concuerda con lo reportado en la literatura ya que los hombres con trastorno bipolar tienen un riesgo tres veces mayor de caer en el alcoholismo en comparación con las mujeres con trastorno bipolar quienes tienen un riesgo hasta 7 veces más de abusar del alcohol comparado con la población en general. (42).

El 27% de los pacientes de este estudio presentaron comorbilidad con el consumo de sustancias, teniendo como patrón de dependencia al alcohol en el 19% y una dependencia de otras sustancias del 16%. Y sólo un 5% de los pacientes un patrón de abuso de otras sustancias, seguido de un 2% para el abuso del alcohol. La literatura refiere que el abuso o dependencia de sustancias es muy habitual entre pacientes con trastorno bipolar. Se estima que alrededor del 50% de pacientes bipolares tiene un trastorno comórbido por abuso de sustancias.

De otras sustancias diferentes al alcohol, las más empleadas por los pacientes con trastorno bipolar de este estudio se encontró que la marihuana representó el 11 % como primer lugar, seguido por la cocaína en un 6%, estimulantes, tranquilizantes y otras drogas el 2%, y finalmente sólo el 1% para los alucinógenos. Los estudios relativos al *cannabis* inciden sobre el posible uso de éste como automedicación, y se argumenta que pueda tener un efecto antidepresivo intrínseco. Existen datos anecdóticos de pacientes que utilizan los cannabinoides para combatir las fases depresivas, las maníacas, y los efectos secundarios de los fármacos (35,36).

Asimismo y en consonancia con lo anterior, se ha observado que el uso de cocaína y anfetaminas provocan más fácilmente euforia en los deprimidos bipolares que en los unipolares. Estudios más recientes ahondan en este hallazgo e intentan encontrar una relación entre el trastorno bipolar, el consumo de estimulantes y el trastorno por déficit de

atención e hiperactividad (39). Otros estudios publicados apuntan a que los pacientes bipolares tienden al abuso de cocaína y otros estimulantes con mayor frecuencia que los controles y que otros individuos con otros trastornos psiquiátricos, sobre todo los que sufren depresión unipolar (Sonne y Brady, 1999; Winokur y cols., 1998).

En este estudio, el 70.4% de los pacientes con trastorno bipolar y con consumo de sustancias al menos habían tenido alguna hospitalización psiquiátrica a lo largo de su padecimiento, siendo el promedio de hospitalizaciones de 1.8 ± 2.0 hospitalizaciones y el tiempo promedio de estancia intrahospitalaria de 7.5 ± 10.3 semanas. Reportes en la literatura mencionan que en los pacientes bipolares con abuso o dependencia de alcohol se observa un mayor número de hospitalizaciones, más manías mixtas, una edad de inicio precoz y más ideación suicida (Sonne y Brady, 2002).

Los resultados de este estudio demostró que el desempleo en los pacientes con consumo de sustancias fue mayor ($n=12$, 44.4%), comparado con los pacientes sin consumo de sustancias que se encontraban empleados ($n=29$, 39.7%).

En cuanto al número de comorbilidades psiquiátricas del grupo de pacientes con consumo de sustancias fue mayor de $1.04 \pm .854$ comparado con el grupo de pacientes sin consumo de sustancias que fue menor $.29 \pm .540$, si se encontraron diferencias significativas en ambos grupos.

6.1. CONCLUSIONES:

El objetivo de este trabajo fue evaluar la comorbilidad del abuso y dependencia de sustancias en pacientes con trastorno bipolar de la clínica de trastorno bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” para determinar la frecuencia de abuso y dependencia de sustancias en pacientes con trastorno bipolar y determinar si el abuso y dependencia de sustancias es de peor pronóstico en la evolución de la enfermedad para una mayor severidad de los síntomas, altos índices de suicidio y el tipo de tratamiento al momento del estudio.

En base a nuestros resultados se observó que en el grupo de pacientes con trastorno bipolar y consumo de sustancias el sexo masculino obtuvo el mayor porcentaje 63% comparado con el 24.7% del sexo masculino sin consumo de sustancias y con una edad promedio de inicio del trastorno bipolar en pacientes consumo de sustancias menor 23.8 ± 6.94 años comparado con la edad promedio del grupo de pacientes con trastorno bipolar sin consumo de sustancias que fue mayor 28.0 ± 10.4 años.

La frecuencia observada en este estudio de dependencia al alcohol en pacientes con trastorno bipolar fue del 19%, con respecto al abuso de alcohol la frecuencia reportada fue del 2%, así mismo la frecuencia reportada para la dependencia a otras sustancias fue del 16% y para el abuso de otras sustancias del 5%.

Con respecto a la comorbilidad psiquiátrica se observó que el 26.7% de los pacientes tenía algún trastorno de ansiedad, el 6.6% tenía el antecedente de abuso sexual y el 5.7% tenía algún trastorno de la personalidad. Y solo el 6.6% de las pacientes no presentaron comorbilidad diagnóstica alguna.

Así mismo los resultados de este estudio demostraron que el desempleo en los pacientes con trastorno bipolar y con consumo de sustancias fue mayor (n=12, 44.4%), comparado con los pacientes sin consumo de sustancias que se encontraban empleados (n=29, 39.7%). Y comparando a los estudios epidemiológicos revisados previamente se ha demostrado que los índices del uso de sustancias y de trastornos de ansiedad en personas con trastorno bipolar y consumo de sustancias de este estudio fueron significativamente mayores. Y la comorbilidad presentada en los pacientes con trastorno bipolar y con consumo de sustancias fue relevante por lo si se puede asociar a una mayor severidad de los síntomas, factor de riesgo para el suicidio, peor pronóstico y evolución de la enfermedad y menor respuesta al tratamiento.

Por lo que junto con el tratamiento farmacológico y la psicoeducación al paciente acerca de su enfermedad nos ayudara a establecer una mejor alianza terapéutica, donde el paciente se vuelve un actor activo en su tratamiento, aprende estrategias para manejar su enfermedad y a la vez provee información importante para el clínico que lo atiende.

Por lo que posibilitara una mejoría en la evolución del trastorno bipolar al incrementar notablemente el conocimiento de su enfermedad (y de su tratamiento) en el paciente y en sus familiares, al disminuir el riesgo de episodios afectivos y de hospitalizaciones y al optimizar la adherencia al tratamiento en general.

6.2. ANEXOS:

Proyecto: “**ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA CLINICA DE TRASTORNO BIPOLAR DEL INPRF: Y SU ASOCIACION CON VARIABLES CLÍNICAS**”.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Nombre del Paciente: _____ Expediente: _____

Lo estamos invitando a participar en una investigación “**ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA CLINICA DE TRASTORNO BIPOLAR DEL INPRF: Y SU ASOCIACION CON VARIABLES CLÍNICAS**” del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, esta investigación requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

OBJETIVOS:

Los fines de esta investigación son:

- a) Evaluar la existencia de abuso y dependencia de sustancias en pacientes con trastorno bipolar de la clínica de trastorno bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y determinar si son factor de riesgo en el curso del trastorno bipolar mediante variables clínicas de la historia de la enfermedad.
- b) Determinar la frecuencia de abuso y dependencia de sustancias en pacientes con trastorno bipolar de la clínica de trastorno bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.
- c) Determinar si el abuso y dependencia de sustancias es factor de riesgo para una mayor severidad de los síntomas, altos índices de suicidio, peor pronóstico de la enfermedad y menor apego al tratamiento. Ya que se ha observado que las personas afectadas muestran un mayor deterioro y un mayor riesgo suicida en comparación con las personas que no tienen un abuso y dependencia de sustancia.

El trastorno bipolar, es una enfermedad mental frecuente, y recurrente. Aunque el curso del trastorno es episódico, su ocurrencia y severidad tienden a aumentar conforme transcurre el tiempo y acompañarse de otros trastornos como el uso de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína).

Diversos estudios han demostrado que la frecuencia del uso de sustancias y de trastornos de ansiedad en personas con trastorno bipolar es significativamente mayor en comparación con la población general.

Investigaciones relacionadas con el consumo de sustancias en población mexicana han reportado un abuso de sustancias del 7.5%, abuso de etanol 5.8%. Por lo que se desconoce la frecuencia de abuso y dependencia de sustancias en pacientes con trastorno bipolar de la clínica de trastorno bipolar del INPRF.

PLAN DE LA INVESTIGACION.

Su participación es libre y es una decisión que sólo usted tomará y no conlleva costo alguno para usted. Si acepta participar en esta investigación, será evaluado (a) por un médico (s) de la institución, quien se hará cargo de su evolución durante el transcurso de esta investigación y se le realizarán algunas preguntas relacionadas a su padecimiento actual y se le pedirá contestar un cuestionario (s) dirigido (s) a conocer sobre su padecimiento y el uso y/o abuso de diversas sustancias. La realización de esta entrevista tiene un riesgo mínimo, por ejemplo: si usted al llenar dicho cuestionario o durante las entrevista sufriese de algún cambio en relación a su estado de ánimo (síntomas de ansiedad y/o intranquilidad) que le impidiese concluir con dichas entrevistas ó el llenado del cuestionario, el médico encargado en el momento de su entrevista valorara la situación clínica y si ameritara usted algún manejo se atenderá en dicho momento, y de requerirse se enviara al servicio de urgencias de esta institución. El médico a su cargo estará siempre pendiente de se evolución durante la investigación y podrá ser contactado por usted en cualquier momento en caso de existir alguna duda del mismo estudio o de cualquier malestar que pueda surgir. Desde luego que en todo momento usted podrá decidir no continuar en esta investigación y seguir recibiendo su atención medica sin que esto limite la atención que pueda recibir por parte de la institución.

BENEFICIOS

A los pacientes a quienes se les determine un trastorno por uso de sustancias se les solicitara una interconsulta a la Clínica de Adicciones de esta institución para su valoración.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible su identificación. Su identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de resultados. La información sólo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

Aceptación para participar en el estudio

Por medio del presente documento afirmo que he leído la hoja de información y se me ha explicado de manera comprensible y suficiente cuáles son los objetivos de la investigación y cuál será mi participación en él.

Por lo tanto, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado (a) que puedo suspender mi participación en la investigación en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico que recibo o que recibiré en el futuro en esta Institución.

Si tuviera alguna pregunta o duda a cerca del estudio, puedo contactar a el Dr. Iván Israel Marín Colín, al teléfono 56552811 del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente o a su número celular 044 55 28 62 85 61.

Nombre y firma del paciente

Fecha _____

Nombre y firma del testigo

Fecha _____

Proyecto: "ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA CLINICA DE TRASTORNO BIPOLAR DEL INPRF: Y SU ASOCIACION CON VARIABLES CLÍNICAS".

Datos Sociodemográficos

Folio: _____

- 1.- Nombre (sujeto índice): _____
- 2.- Edad al momento del estudio (años): _____ 3.- Sexo: Masculino (1) Femenino (2)
- 4.- Estado Civil: (1) Casado / Unión Libre (3) Viudo
(2) Soltero (4) Divorciado / Separado
- 5.- Fecha de Nacimiento: ____/____/____ 6.- Escolaridad (en años): _____
Día Mes Año
- 7.- Nivel Socioeconómico (Trabajo social): (1) (2) (3) (4) (5)
- 8.- Ocupación: (1) Desempleado (3) Estudiante
(2) Hogar (4) Empleado

9.-
Dirección: _____
Teléfono: _____ Familiar responsable: _____
Institución de referencia: _____ Nº de expediente: _____

10.- Documento fuente: Base de datos clínica TBP INPRF (1) C. Externa (2) Urgencias (3) Hospital (4)

<p>Diagnóstico:</p> <p>11.-TBP tipo I con abuso y /o dependencia a sustancias: SÍ (1) NO (2)</p> <p>12.-TBP tipo II con abuso y / o dependencia a sustancias : SÍ (3) NO (4)</p> <p>13.- TBP tipo I sin abuso y /o dependencia a sustancias : SÍ (5) NO (6)</p> <p>14.-TBP tipo II sin abuso y / o dependencia a sustancias : SÍ (7) NO (8)</p> <p>15.- Comorbilidad psiquiátrica :</p> <p>Sin comorbilidad (0) T. Depresivo Mayor.....(1) E. Manía..... (2) E. Hipomanía(3) T. de Ansiedad..... (4) T. de Personalidad..... (5) Abuso Sexual(6) Otros dx eje I..... (7)</p> <p>16.- Comorbilidad médica no psiquiátrica :</p> <p>Sin comorbilidad...(0) Infecciones virales ... (1) T. Craneoencefálico... (2) Enf. Endócrinas (3) Enf. Renales... (4) Enf. Cardiovasculares...(5) Enf. Gastrointestinales...(6) Enf. Neurológicas...(7) Otras...(8)</p>	<p>17.-Tratamiento Actual</p> <p>SÍ (1) NO (2)</p> <p>18.-Antidepresivo ATC (1) ISRS (2) DUAL (3)</p> <p>Genérico _____ Dosis _____</p> <p>19.-Ansiolítico SÍ (1) NO (2) Genérico _____ Dosis _____</p> <p>20.-Antipsicótico SI (1) NO (2) Genérico _____ Dosis _____</p> <p>21. Estabilizador ánimo SÍ (1) NO (2) Genérico _____ Dosis _____</p>
--	--

22.-Edad de inicio del padecimiento (años): _____

21.-Tiempo de evolución (años): 1 (1-3 años) 2 (3-5 años) 3 (> 5 años)

22.-Nº total de hospitalizaciones: _____

23.-Tiempo total de hospitalización (semanas):_____

24.-Síntomas psicóticos: SÍ (1) NO (2)

25.- Antecedentes Heredo-Familiares: SÍ (1) NO (2)

26.-Número de intentos de suicidio: 1 (0) 2 (1-3) 3 (3-5) 4 (> 5)

27.- Apego al tratamiento: SÍ (1) NO (2)

Proyecto: “**ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA CLINICA DE TRASTORNO BIPOLAR DEL INPRF: Y SU ASOCIACION CON VARIABLES CLÍNICAS**”.

J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

► Significa: ir a las casillas diagnósticas, circular NO en cada una y continuar con el siguiente módulo.

J1 ¿En los últimos doce meses, ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en 3 ó más ocasiones?	► NO	SI	1
J2 En los últimos doce meses:			
a ¿Ha consumido más alcohol para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SI	2
b ¿Cuándo reducía la cantidad de alcohol, le temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca, (el temblores, sudores, o agitación?)	NO	SI	3
MARCAR SI, SI CONTESTO SI EN ALGUNA			
c ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SI	4
d ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SI	5
e ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SI	6
f ¿Paso menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su uso de alcohol?	NO	SI	7
g ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físico o mentales?	NO	SI	8

¿MARCO SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

SI AFIRMATIVO, SALTAR PREGUNTAS J3, MARQUE UN CÍRCULO N/A EN RECUADRO DE ABUSO Y PASAR AL SIGUIENTE TRANSTORNO (DEPENDENCIA Y ABUSO DE SUSTANCIAS)

NO	SÍ *
Dependencia de alcohol actual	

J3 En los últimos doce meses:			
a ¿Ha estado usted intoxicado, embriagado, con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? MARQUE SÍ, SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS	NO	SÍ	9
b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, (ej. conducir un automóvil, motocicleta, bote, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SI	10
c ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, ej. un arresto, perturbación del orden público?	NO	SI	11
d ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SI	12

¿MARCO SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?
M. I. N. I 5.0.0 (1 de enero del 2004).

NO	N/A	SÍ
Abuso de alcohol actual		

Proyecto: “**ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA CLINICA DE TRASTORNO BIPOLAR DEL INPRF: Y SU ASOCIACION CON VARIABLES CLÍNICAS**”.

K. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

► Significa: ir a las casillas diagnósticas, circular NO en cada una y continuar con el siguiente módulo.

Ahora le voy a enseñar / leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1 a	¿En los últimos doce meses, tomo alguna de estas drogas, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	► NO	SI
---------	--	------	----

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: (1) anfetaminas, (2) “speed”, (3) cristal, (4) dexedrine, (5) ritalina, (6) píldoras adelgazantes.

Cocaína: (1) inhalada, (2) intravenosa, (3) crack, (4) “speedball”.

Narcóticos: (1) heroína, (2) morfina, (3) Dilaudid, (4) opio, (5) Demerol, (6) metadona, (7) codeína, (8) percudan, (9) Darvon.

Alucinógenos: (1) LSD (ácido), (2) mescalina, (3) peyota, (4) PCP “polvo de angel”, (5) psilocybin, (6) STP, (7) hongos, (8) éxtasi, (9) MDA, (10) MDMA.

Inhalantes: (1) pegamento, (2) “ether”, (3) óxido nitroso (“laughing gas”), (4) “amyl” o (5) “butly nitrate” (“poppers”).

Mariguana: (1) hashish, (2) THC, (3) pasto, (4) hierba ó mota, (5) “reefer”.

Tranquilizantes: (1) Qualude, (2) Seconal (“reds”), (3) Valium, (4) Xanas, (5) Librium, (6) Ativán, (7) Dalmane, (8) Alción, (9) barbitúricos, (10) “Miltown”, (11) Tranquimazin, (12) Lexatin, (13) Orfidal.

Otras drogas: (1) Esteroides, (2) pastillas dietéticas o para dormir sin recetas. ¿Cualquier otra droga?

ESPECIFIQUE LA DROGA (S) USADA MÁS A MENUDO: _____

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS QUE HA SIDO UTILIZADA

SOLO LA CLASE DE DROGAS USADAS MÁS A MENUDO, SON REVISADAS

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE

b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUE DROGA / CLASE DE DROGAS VA A SER REVISADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN: _____

Proyecto: “**ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA CLINICA DE TRASTORNO BIPOLAR DEL INPRF: Y SU ASOCIACION CON VARIABLES CLÍNICAS**”.

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos doce meses,

K2 a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1
b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudores, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido? Utilizó alguna droga (s) para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SÍ	2
MARCAR SÍ, SÍ CONTESTO SÍ EN ALGUNA			
c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4
e ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7

¿MARCO SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE K2?

ESPECIFICAR LA DROGA (s) : _____

NO SÍ Dependencia de sustancias actual

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos doce meses,

K3 a ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (MARQUE SI, SOLO SI LE OCASIONO PROBLEMAS?)	NO	SÍ	8
b ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) en alguna situación en la que corría un riesgo físico (ej. conducir un automóvil, motocicleta, bote, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo un arresto, o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) a pesar de saber que le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11

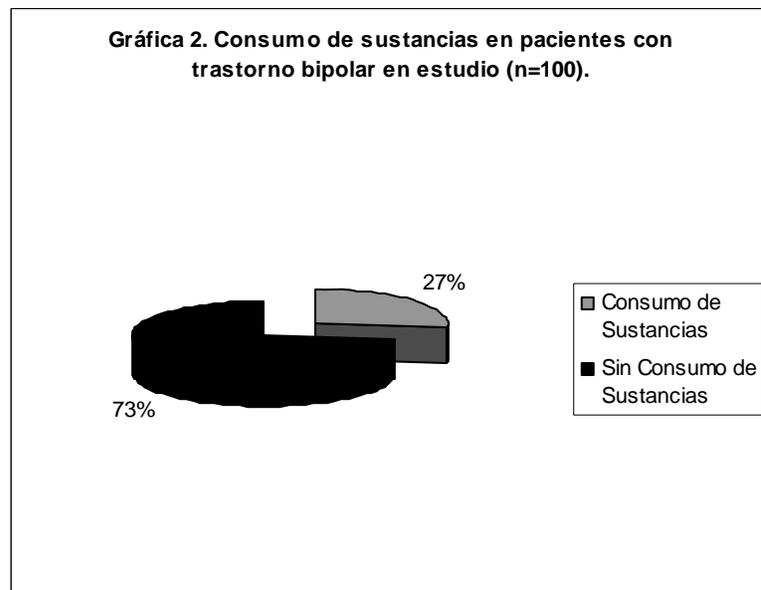
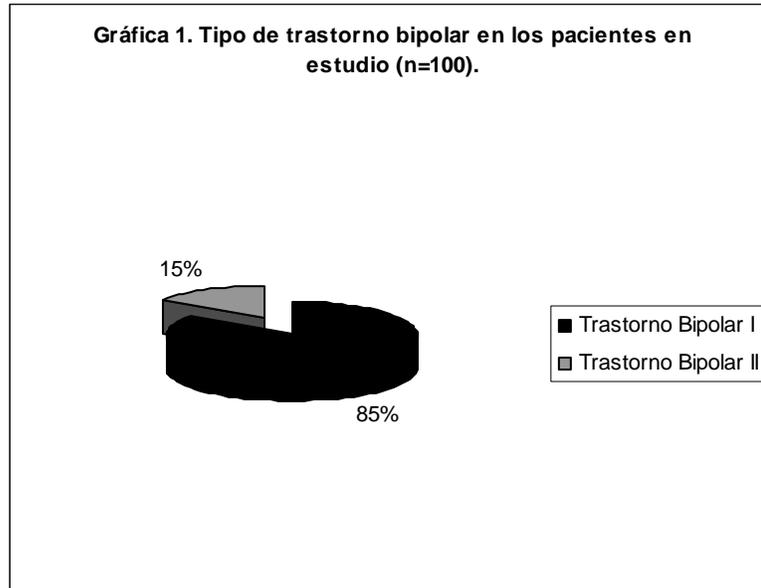
¿MARCO SÍ EN 1 Ó MÁS RESPUESTAS DE K3?

ESPECIFICAR LA DROGA (s): _____

M. I. N. I 5.0.0 (1 de enero del 2004).

NO SÍ Abuso de sustancias actual

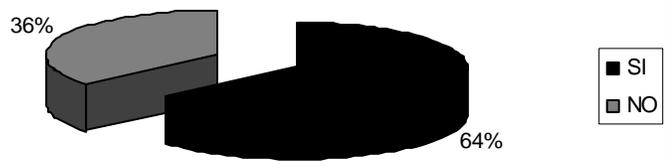
6.3. GRÁFICAS



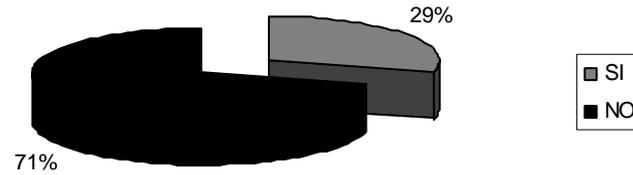
Gráfica 3. Episodio actual de los pacientes con trastorno bipolar en estudio (n=100).



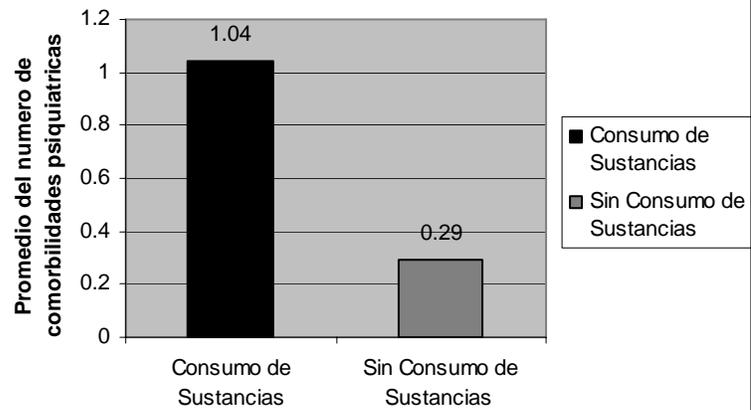
Gráfica 4. Distribución por antecedentes de síntomas psicóticos a lo largo de su padecimiento en pacientes con trastorno bipolar en estudio (n=100).



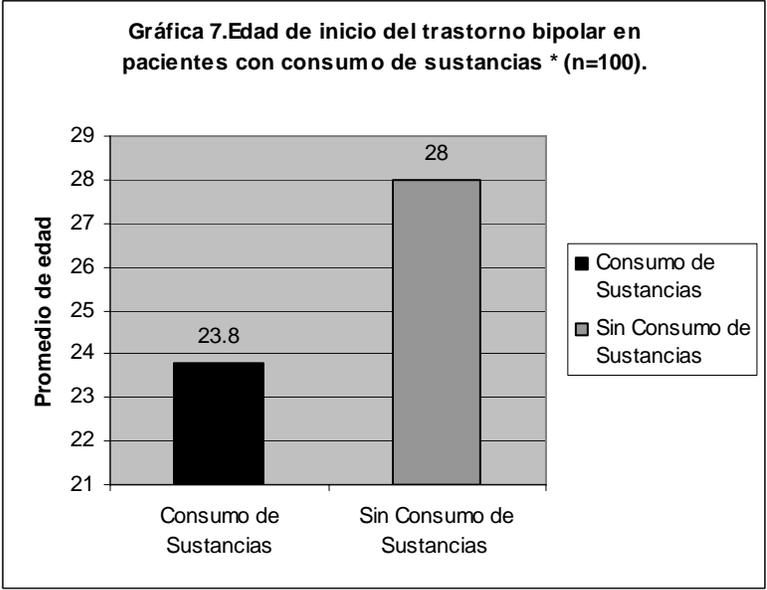
Gráfica 5. Distribución por antecedentes heredo-familiares de trastorno bipolar en pacientes con trastorno bipolar en estudio (n=100).



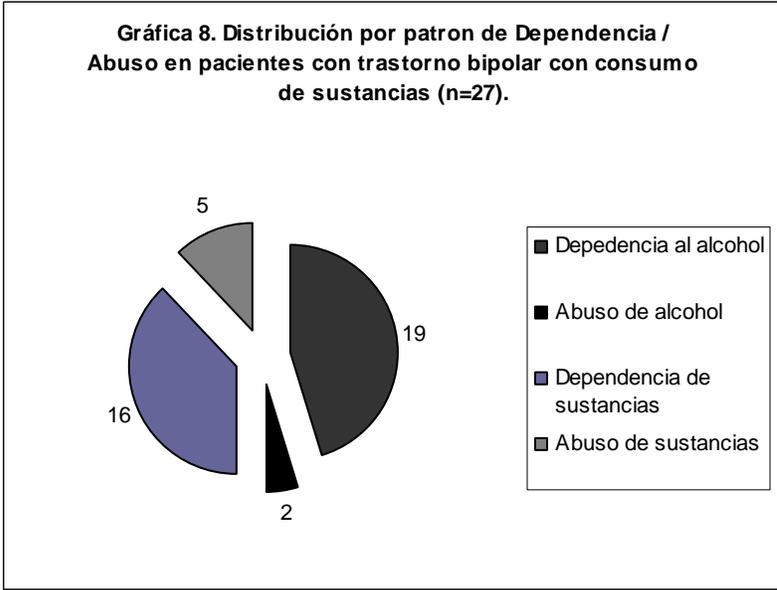
Gráfica 6. Comorbilidad Psiquiátrica en pacientes con trastorno bipolar y con consumo de sustancias * (n=100).



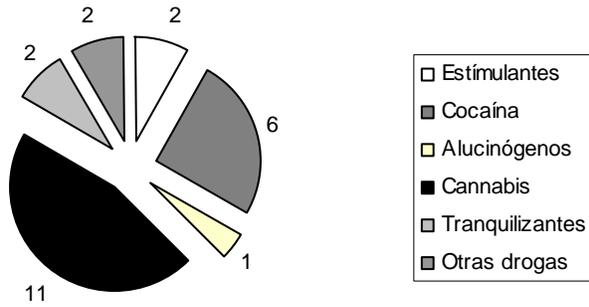
***t= 5.42 gl= 98 p= 0.000**



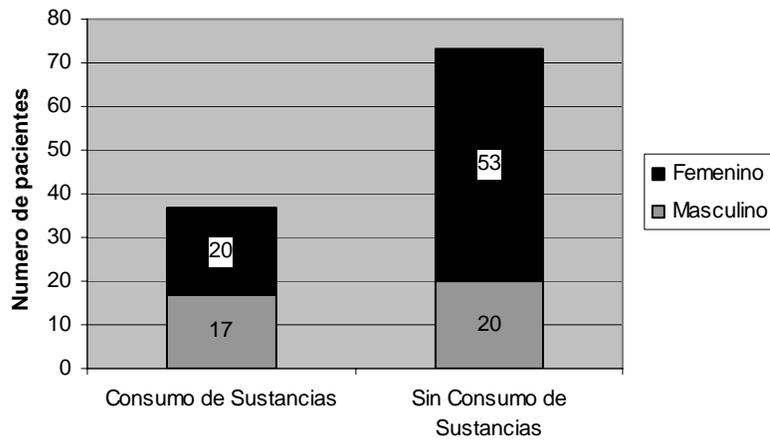
*t= -1.92 gl= 98 p= 0.57



Gráfica 9. Distribución por tipo de sustancias en pacientes con trastorno bipolar con consumo de sustancias (n=27).

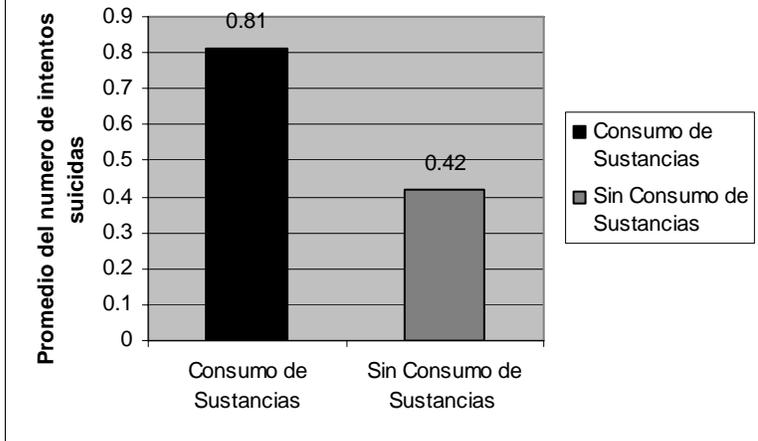


Gráfica 10. Distribución por sexo en pacientes con trastorno bipolar y consumo de sustancias* (n=27).



* $\chi^2 = 10.69$ gl= 1 p= .001

Gráfica 11. Numero de intentos suicidas en pacientes con trastorno bipolar y con consumo de sustancias* (n=27).



*** t= 2.71 gl= 98 p= .390**

6.4. TABLAS

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con Trastorno Bipolar en estudio.		
Variable	n= 100	%
Sexo		
Masculino	37	37.0
Femenino	63	63.0
Estado civil		
Casado / Unión libre	35	35.0
Soltero	53	53.0
Viudo	1	1.0
Divorciado / Separado	11	11.0
Nivel Socioeconómico		
1	14	14.0
2	35	35.0
3	30	30.0
4	11	11.0
5	10	10.0
Ocupación		
Desempleado	26	26.0
Hogar	22	22.0
Estudiante	13	13.0
Empleado	39	39.0
Diagnóstico		
TBP I	85	85.0
TBP II	15	15.0
Consumo de sustancias		
Sí	27	27.0
No	73	73.0
Estado actual		
Eutimia	92	92.0
Trastorno Depresivo Mayor	7	7.0
Hipomanía	1	1.0
Síntomas psicóticos		
Sí		64.0
No		36.0
Antecedentes Heredo-Familiares		
Trastorno Bipolar		
Sí		29.0
No		71.0
Apego al tratamiento farmacológico		
Sí		95.0
No		5.0

Tabla 2. Características clínicas y demográficas de los pacientes con Trastorno Bipolar en estudio.	Media	de ±
Edad (años)	36.06	11.18
Escolaridad (años)	14.22	2.98
# Comorbilidades Psiquiátricas	.49	.718
# Comorbilidades No Psiquiátricas	.49	.729
Edad de inicio TB (años)	26.8	9.76
Tiempo hospitalización (semanas)	7.98	11.2
Tiempo de evolución del TB	2.32	.875
# Hospitalizaciones	1.82	2.03
# Intentos Suicidas	.53	.658

Tabla 3. Patrón de Dependencia y / o Abuso en los pacientes con Trastorno Bipolar en estudio.	%
Dependencia al alcohol	19.0
Dependencia a sustancias	16.0
Abuso de sustancias	5.0
Abuso de alcohol	2.0

Tabla 4. Sustancias empleadas por los pacientes con Trastorno Bipolar en estudio.		%
Marihuana		11.0
Cocaína		6.0
Estimulantes		2.0
Tranquilizantes		2.0
Otras drogas		2.0
Alucinógenos		1.0

Tabla 5. Medicamentos empleados en los pacientes con Trastorno Bipolar en estudio.		%
Estabilizador del ánimo		97.0
Antipsicótico		58.0
Ansiolítico		22.0
Antidepresivo		13.0

Tabla 6. Características clínicas y demográficas de los pacientes con Trastorno Bipolar en el estudio con y sin consumo de sustancias .	Con consumo de sustancias n = 27		Sin consumo de sustancias n = 73				
Sexo							
Masculino	17	(63.0)	20	(27.4)	10.69	1	.001*
Femenino	10	(37.0)	53	(72.6)			
Estado civil							
Casado / Unión libre	5	(18.5)	30	(41.1)	6.75	3	.080
Soltero	17	(63.0)	36	(49.3)			
Viudo	1	(3.7)	0	(0.0)			
Divorciado / Separado	4	(14.8)	7	(9.6)			
Nivel Socioeconómico							
1	3	(11.1)	11	(15.1)	4.89	4	.298
2	11	(40.7)	24	(32.9)			
3	9	(33.3)	21	(28.5)			
4	4	(14.8)	7	(9.6)			
5	0	(0.0)	10	(13.7)			
Ocupación							
Desempleado	12	(44.4)	14	(19.2)	8.58	3	.036*
Hogar	2	(7.4)	20	(27.4)			
Estudiante	3	(11.1)	10	(13.7)			
Empleado	10	(37.0)	29	(39.7)			
Diagnóstico							
TBP I	23	(85.2)	62	(84.9)	.001	1	0.975
TBP II	4	(14.8)	11	(15.1)			
Estado actual							
Eutimia	23	(85.2)	64	(94.5)	3.783	2	0.151
Trastorno Depresivo Mayor	3	(11.1)	4	(5.5)			
Hipomanía	1	(3.7)	0	(0.0)			
Antidepresivos							
Sí	4	(14.8)	9	(12.3)	.108a	1	.744
No	23	(85.2)	64	(87.7)			
Ansiolíticos							
Sí	6	(22.2)	16	(21.9)	.001a	1	1.000
No	21	(77.2)	57	(78.1)			
Antipsicótico							
Sí	18	(66.7)	40	(54.8)	1.140	1	.363
No	9	(33.3)	33	(45.2)	a		
Hospitalización							
Sí	19	(70.4)	58	(79.5)	.918 ^a	1	.423
No	8	(29.6)	15	(26.5)			
Síntomas psicóticos							
Sí	20	(74.1)	44	(60.3)	1.629	1	.245
No	7	(25.9)	29	(39.7)	a		
Antecedentes Heredo-Familiares							
Trastorno Bipolar							
Sí	8	(29.6)	21	(28.8)	.007 ^a	1	.933
No	19	(70.4)	52	(71.2)			
Apego al tratamiento farmacológico							
Sí	25	(92.6)	70	(95.9)	.451 ^a	1	.610
No	2	(7.4)	3	(4.1)			

* Estadísticamente significativo

Tabla 7. Características clínicas y demográficas de los pacientes con Trastorno Bipolar en estudio con consumo y sin consumo de sustancias.							
Variable	Con consumo de sustancias n = 27		Sin consumo de sustancias n = 73		t=	gl=	p=
	Media	de ±	Media	de ±			
Edad (años)	32.7	10.31	37.3	11.30	-1.8	98	.068
Escolaridad (años)	13.9	2.30	14.3	3.21	-.597	98	.059
# Comorbilidades Psiquiátricas	1.04	.854	.29	.540	5.42	98	.000*
# Comorbilidades No Psiquiátricas	.48	.802	.42	.705	.344	98	.731
Edad de inicio TB (años)	23.8	6.94	28.0	10.4	-1.92	98	.057*
Tiempo de evolución del TB (años)	2.26	.903	2.34	.870	-.421	98	.675
Tiempo de hospitalización (semanas)	7.52	10.3	8.15	11.6	-.247	98	.805
# Intentos Suicidas	.81	.879	.42	.525	2.71	98	.390

*** Estadísticamente significativo**

6.5. BIBLIOGRAFIA.

1. - KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O et al: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 593-602.
HIRSCHFELD RM, CALABRESE JR, WEISSMAN MM et al.: Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 53-59.
- 2.- AMSTERDAM JD, BRUNSWICK DJ. Antidepressant monotherapy for bipolar type II major depression. *Bipolar Disord* 2003; 5: 388-395.
- 3.- ANGST J, GAMMA A, BENAZZI et al: Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J affect Disord* 2003; 73: 133- 146.
- MEDINA MORA ME, BORGES G, LARA-MUÑOZ C, BENJET C, BLANCO JJ y cols.: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4): 1-16, 2003.
- 4.-FAEDDA GL, BALDESSARINI RJ, SUPPES T, TONDO L y cols: Pediatric-onset bipolar disorder: a neglected clinical and public health problem. *Harv Rev Psychiatry*, 3:171-195, 1995.
- 5.- MEDINA MORA ME, BORGES G, LARA-MUÑOZ C, BENJET C, BLANCO JJ y cols.: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4): 1-16, 2003.
- 6.- TOHEN M, ANGST J: Epidemiology of bipolar disorder En: Tsuang MT, Tohen M (eds.) *Psychiatric Epidemiology*. New York: Willey-Liss, 427-444, Nueva York 2002.
- 7.-SHARMA R, MARKAR HR: Mortality in affective disorder. *J Affect Disorders*, 31:91-96, 1994.
- 8.-OSBY U, BRANDT L, CORREIA N, EKBOM A, SPAREN P: Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiat*, 58:844-850, 2001.
- 9.-BAETHGE C, BALDERSSARINI J, KAUR HM: Substance Abuse in First-Episode Bipolar I Disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1008-1010.
- 10.-BRADY KT, LYDIARD RB: Brady KT. Bipolar affective disorder and substance abuse. *J. Clin Psychopharmacol* 1992; 12 (suppl 1): 17-22.
- 11.-REIGER DA, FARMER ME, RAE DS LOCKE BZ, KEITH SJ, JUDD LL, GOODWING FK: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264:2511-2518.

- 12.-CHEN Y-W, DISALVER SC: Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res* 1995; 59:57-64.
- 13.-LEVANDER E, FRYE MA, MC ELROY S, TRSIHA GH, NOLEN W, KUPKA R, KECK P, LEVERICH G, and cols: Diferential lifetime anxiety comorbidity in bipolar I women with and without alcoholism. *Journal of Affective Disorders* 101 (2007) 211-217.
- 14.-SONNE SC, BRADY KT, MORTON WA: Substance abuse and bipolar disorder. *J. Nerv Ment Dis* 1994; 182: 349-352.
- 15.- WEBER RB, AURY JM: Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literatura. *J Affect Disord*, 98: 11-27, 2007.
- 16.-BECERRA-PALARS C, CISNEROS BERLANGA C, CABRERA MENDIETA D, ORELLANA FRESAN A, GUTIERREZ-MORA D.: Estudio descriptivo de las características clínicas y demográficas de pacientes que presentan un primer episodio de manía. *Psiquiatría Vol. 22 No. 2: 9-18, Mayo – Agosto 2006.*
- 17.- SPITZER ROBERT L, W. WILLIAMS J, GIBON M, B MICHAEL: The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Arch Gen Psuchiatry Vol 49.:* 624-629. August 1992.
18. - REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ, JUDD LL, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264: 2511-8.
- 19.-KESSELR RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S:Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch GenPsychiatry*1994;51:8-19.
- 20.-BALLANGER JC, REUS VI POST RM: The atypical picture of the adolescent mania.*AmJPsychiatry*1982;139:602-6.
- 21.- GOODWIN MD & JAMISON KR. Manic depressive illness. Oxford: Oxford University Press; 1990.
21. TOHEN M, WATERNAUX CM, TSUANG MT, HUNT AT: Four-year follow-up of twenty-four first-episode manic patients. *J Aff Disord* 1990;19:79-86.
- 22.- MARUQE B.: Évolutio et devenir de patients présentant un trouble bipolaire de l'humeur 6 ans après un accès maniaque (à propos de 35 observations personnelles). Bordeaux: Thèse de Médecine; 1993.

- 23.- RYAN ND. Bipolar Illness in children and adolescence. Pittsburgh: First International Conference on Bipolar Disorder; 1994.
- 24.- STRAKOWSKI SM, KECK PE, MC ELROY SL, LONCZAK HS, WEST SA. Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry* 1995;6:1-8.
25. - SONNE SD, BRADY KT, MORTON WA. Substance abuse and bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:349-52
- 26.- TOHEN M, GREENFIELD SF, WEISS RD, ZARATE CAA, VAGGE LM. The effect of comorbid substance use disorders on the course of bipolar disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1998;6:133-41.
- 27.- HELZER JE, PRYZBECK TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 1988;49:219-24.
- 28.- WINOKUR G, CLAYTON P, REICH P. Manic Depressive Illness. St. Louis: CV Mosby Co; 1969.
- 29.- REICH LH, DAVIES RK, HIMMELHOCH JM. Excessive alcohol use in manic-depressive illness. *Am J Psychiatry* 1974;131:83-6.
- 30.- MORRISON J. The family histories of manic-depressive patients with and without alcoholism. *J Nerv Ment Dis* 1975;160:227-9.
- 31.- DUNNER DL, HENSEL BM, FIEVE RR. Bipolar illness: factors in drinking behavior. *Am J Psychiatry* 1979;136:583-5.
- 32.- WINOKUR G, CORYELL W, ENDICOTT J, KELLER M, AKISKAL H. Familial alcoholism in manic-depressive illness. *Am J Med Genet* 1996;67:197-201
- 33.- STRAKOWSKI SM, SAX KW, MCELROY SL, KECK PE, HAWKINS JM, WEST SA. Course of psychiatric and substance abuse syndromes co-occurring with bipolar disorder after a first psychiatric hospitalization. *J Clin Psychiatry* 1998;59:465-71.
34. WINOKUR G, TURVEY C, AKISKAL H, CORYELL W, SOLOMON D, LEON A, et al. Alcoholism and drug abuse in three groups: bipolar I, unipolars and their acquaintances. *J Affect Disord* 1998;50:81-9
35. GRINSPOON L, BAKALAR JB. The use of cannabis as a mood stabilizer in bipolar disorder: anecdotal evidence and the need for clinical research. *J Psychoactive Drugs* 1998;30:171-7.
36. GRUBER AJ. Do patients use marijuana as an antidepressant? *Depression* 1996;4:77-80.
37. WINOKUR G, CORYELL W, ENDICOTT J, KELLER M, AKISKAL H, SOLOMON D. Familial alcoholism in manic-depressive illness. *Am J Med Genet* 1996;67:197-201

38. WINOKUR G, CORYELL W, ENDICOTT J, KELLER M, AKISHAL H. Further distinctions between manic-depressive illness (bipolar) and primary depressive disorder (unipolar depression). *Am J Psychiatry* 1993;150:1176-81.
- 39.- BECERRA-PALARS, CAMPUZANO Y, HORTA M, ROMO F, GUTIERREZ MORA D. Medical and Psychiatry Comorbidity in bipolar disorder: results of a 377 subjects sample with bipolar disorder. Abstracts of the 2nd Biennial Conference of the ISBD Bipolar Disorders; 8 Suppl. Agosto 2006.
- 40.- CALABRESE J, HIRSCHFELD R, REED M. Impact of bipolar on a US community sample. *J. Clin Psychiatry* 2003; 64:425-432.
- 41.- MC ELROY S, ALTSHULER L, SUPPES T. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158:420-426.
- 42.- FRYE MA, ALTSHULER LL, MC ELROY SL, Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160:883-889.