



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**"Prevalencia de trastorno bipolar en pacientes del Hospital
de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo del período
2021-2022"**

AUTORES:

**Sornoza Arias Rossy Matilde
Wong Ochoa Xiu Lia**

**Trabajo de titulación previo a la obtención de título de:
Medico**

Tutor:

Dr. Martin Delgado Jimmy Daniel

Guayaquil, Ecuador

2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Rossy Matilde Sornoza Arias** y **Xiu Lia Wong Ochoa**, como requerimiento para la obtención de título de **Médico**.

TUTOR (A)



f. _____
Dr. Martin Delgado Jimmy Daniel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr Aguirre Martinez Juan Luis

Guayaquil, 29 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Rossy Matilde Sornoza Arias** y **Xiu Lia Wong Ochoa**,

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de Trastorno Bipolar en Pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo del Período 2021-2022**, previo a la obtención del título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos institucionales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 29 de septiembre del 2023

LAS AUTORAS:

f. _____

Rossy Matilde Sornoza Arias.

f. _____

Xiu Lia Wong Ochoa.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Rossy Matilde Sornoza Arias** y **Xiu Lia Wong Ochoa**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de Trastorno Bipolar en Pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo del Período 2021-2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 29 de septiembre del 2023

LAS AUTORAS:

f. _____

Rossy Matilde Sornoza Arias.

f. _____

Xiu Lia Wong Ochoa.

REPORTE URKUND

Document Information

Analyzed document	2023-8-27 Trabajo de titulación v1.docx (D173174272)
Submitted	8/28/2023 3:29:00 AM
Submitted by	
Submitter email	jimmy.martin@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	1%
Analysis address	jimmy.martin.ucsg@analysis.orkund.com



AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a Dios y a mi familia, por siempre estar para mí, por confiar en mí, y por ser mi motivación desde que inicié la carrera, gracias por no soltarme, gracias por siempre impulsarme a dar lo mejor de mí y a nunca rendirme. A mi amiga y compañera de tesis, por su apoyo, paciencia y resistencia en este largo proceso que se aprendió un montón. A todos los docentes que sembraron su conocimiento y me inspiraron a ser mejor cada día durante mis años de formación en carrera, en especial a la Dra. Maria Gracia Madero, por sembrar en mí esa ayuda incondicional al prójimo y a darme cuenta que la salud mental también es importante. También se lleva un mérito especial nuestro tutor el Dr. Jimmy Martin Delgado, por su guía y apoyo incondicional en la elaboración de este proyecto investigativo. Y a todos mis compañeros que se volvieron amigos durante el camino, por los aprendizajes mutuos, por darme aliento cuando sentía que colapsaba y por todos los recuerdos que llevaré conmigo en mi corazón.

Rossy Sornoza Arias

Primero agradecer a Dios por estar presente en todo momento. A mi mamá que es mi ejemplo de vida, enseñándome a ser fuerte, perseverante y entregada a mis propósitos siendo mi motor, mi apoyo fundamental y mi guía para alcanzar mis metas.

A mi papá que con su recuerdo pude entender que todo se logra con mucho esfuerzo y dedicación. Quien fue mi ángel protector cada día.

Gracias a cada uno de mis docentes que a lo largo de mis años de estudio hicieron que amara más aún mi carrera.

Agradecida siempre con el Dr. Jimmy Martin Delgado, nuestro tutor, por sus conocimientos impartidos, orientación, tiempo dedicado, empatía, demostrando su profesionalismo en este trabajo de titulación.

A Rossy, mi compañera de tesis y amiga ya que juntas con mucho ahínco pudimos lograr realizar este trabajo de investigación.

A mis amigos y compañeros de universidad e internado, muchas gracias por su buena voluntad y compañerismo. Ayudarnos fue un aprendizaje mutuo.

Xiu Wong Ochoa

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a la Virgen que me daban calma para poder realizar cada fragmento de este proyecto. A mis papás por todo el sacrificio que hicieron desde el día uno, su apoyo y aliento a ser mejor sin importar las adversidades. A mis hermanos que sembraron en mí un ejemplo de responsabilidad y lucha constante, a mis cuñadas que se unieron en el camino para alentarme y brindarme dos motivos más por el cual no rendirme y ser ejemplo en un futuro. A mi esposo, Daniel, que estuvo conmigo aguantando mis malos ratos, durante las largas noches de estudios de esta carrera y elaboración de este proyecto, el que me daba fuerzas cuando yo las perdía, y quien reforzó en mí, mi capacidad de lograr lo que propongo sin tener miedo a nada. Y una dedicatoria especial a mis perritos, Coco, Lilo y Bolt, por nunca dejarme sola y ser mi mejor compañía durante todo este trayecto.

Rossy Sornoza Arias

A Dios, por ser el pilar fundamental en cada paso que he dado durante la carrera.

A mi mamá, Patricia Ochoa Brito, quien es mi mayor apoyo incondicional alentándome y creyendo en mí. Por su tiempo, amor, dedicación, fuerza y valentía que nunca ha dejado de tener al momento de trabajar para darme lo mejor.

A mi papá, Renzo Wong Cárdenas, mi periquito, por ser la razón principal de estudiar esta hermosa carrera.

A mis hermanos por estar convencidos de la carrera que elegí.

A mis abuelos que al sentir orgullo me impulsaron a ser mejor cada día.

A mis tíos, Milton y Nanny, por no dudar y creer en mí al brindarme su apoyo.

A todos mis tíos por su amor y ayuda incondicional en todo momento.

A Clemencia Navas, por darme mucho cariño y apoyo durante los primeros años de carrera.

A mis hijos caninos, por ser mi mejor compañía de estudio.

Xiu Wong Ochoa



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.2 Objetivos de la investigación	4
1.2.1 Objetivo General.....	4
1.2.2 Objetivos específicos	4
1.3 Hipótesis	4
1.4 Justificación.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 MANÍA E HIPOMANÍA	7
2.2 DEPRESIÓN.....	9
2.3 SUICIDIO.....	10
2.3.1 FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO	11
2.3.2 SEÑALES DE ALERTA DEL SUICIDIO.....	12
2.3.3 VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA	13
2.3.4 TRATAMIENTO	13
2.4 MIXTAS	14
2.5 DIAGNÓSTICO.....	15
2.6 PATOLOGÍA.....	16
2.7 TRATAMIENTO	18
2.7.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	19
2.7.2 TRATAMIENTO CON PSICOTERAPIA	20
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	23
3.1 Materiales y métodos	23
3.2 Entrada y gestión informática de datos.....	23
Diseño de investigación Tipo de investigación.....	23
Según el tiempo.....	23
Lugar de investigación	23
Población y muestra.....	23
3.3 Población de estudio:	24
3.3.1 Criterios de inclusión:.....	24
3.3.2 Criterios de exclusión:.....	24
Cálculo del tamaño de muestra	24

3.4	Operacionalización de variables de investigación:.....	25
3.5	Consideraciones éticas	30
3.6	Análisis estadístico.....	30
	DISCUSIÓN	47
	CONCLUSIÓN	50
	BIBLIOGRAFÍA	51

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. EDAD DEL PACIENTE	31
TABLA 2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES PSIQUIÁTRICOS	32
TABLA 3. VARIABLES CUALITATIVAS DE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS	33
TABLA 4. OCUPACIÓN.	33
TABLA 5. CATEGORIZACIÓN SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.	34
TABLA 6. TAXONOMÍA SEGÚN EL TIPO DE ANAMNESIS	35
TABLA 7. MOTIVO DE CONSULTA.....	37
TABLA 8. ORIENTACIÓN SEGÚN LAS TRES ESFERAS	39
TABLA 9. TRASTORNO DEL HABLA	40
TABLA 10. RITMOPATÍAS.....	40
TABLA 11. PENSAMIENTO.	41
TABLA 12. ESTADO DE ÁNIMO.....	42
TABLA 13. AFECTIVIDAD.	43
TABLA 14. APETITO.....	44
TABLA 15. ÚLTIMO ESQUEMA DE MEDICAMENTOS.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. SEXO DE LOS PACIENTES QUE INGRESADOS EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN EL AÑO 2021-2022	31
GRÁFICO 2. FORMA DE INICIO	35
GRÁFICO 3. CRISIS PREVIAS.....	36
GRÁFICO 4. DIAGNÓSTICO DE INGRESO.	38
GRÁFICO 5. HOSPITALIZADOS	39
GRÁFICO 6. ESTADO DEL SUEÑO.....	43
GRÁFICO 7. ABANDONO DEL TRATAMIENTO.	46

RESUMEN

Introducción: El trastorno bipolar es una condición psiquiátrica caracterizada por presentar cambios extremos del estado de ánimo en la cual el paciente puede presentar manía, hipomanía o depresión. **Metodología:** Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional realizado en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo mediante la revisión de las historias clínicas de cada paciente. Se utilizó el sistema AS400 para obtener y analizar los casos que fueron reportados de Trastorno Bipolar durante el período 2021-2022, en la cual 368 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y formaron parte del universo de investigación. **Resultados:** De los 368 pacientes usados para el estudio, el 53,8% pertenecen al sexo femenino y el 46,2% al sexo masculino; de esta población el 54% de los pacientes abandonaron el tratamiento, dando así un aumento a la frecuencia de crisis previas. Dentro de los motivos de consulta 94 pacientes (25,5%) presentaron manía sin episodios psicóticos siendo el principal motivo por el cual acudieron al Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Acorde a los 368 pacientes, se pudo observar que más de la mitad fueron hospitalizados, dando un total de 194 pacientes, representando el 53%. **Conclusión:** El trastorno bipolar establece alteraciones en la salud mental, provocando un gran impacto en el paciente y su entorno, llevando así a un deterioro progresivo de su salud. Es por eso que se estableció que el 22,9% de la población del estudio, padece esta enfermedad psiquiátrica.

Palabras clave: PREVALENCIA, TRASTORNO BIPOLAR, MANÍA, HIPOMANÍA, DEPRESIÓN, TRATAMIENTO.

ABSTRACT

Introduction: Bipolar disorder is a psychiatric condition characterized by extreme mood changes in which the patient can experience mania, hypomania, or depression. **Methodology:** This is a retrospective, cross-sectional, descriptive, and observational study conducted at Teodoro Maldonado Carbo Specialties Hospital by reviewing the medical records of each patient. The AS400 system was used to obtain and analyze cases of Bipolar Disorder reported during the period 2021-2022, in which 368 patients met the inclusion criteria and were part of the research population. **Results:** Out of the 368 patients included in the study, 53.8% were female and 46.2% were male. Among this population, 54% of the patients discontinued treatment, thereby increasing the frequency of previous crises. Among the reasons for consultation, 94 patients (25%) cited the main reason for seeking care at Teodoro Maldonado Carbo Specialties Hospital. According to the 368 patients, it was observed that over half were hospitalized, totaling 194 patients, representing 53%. **Conclusion:** Bipolar disorder causes disruptions in mental health, leading to a significant impact on the patient and their environment, thus resulting in a progressive deterioration of their well-being. That's why it was determined that 22.9% of the study population, suffers from this psychiatric illness.

Key words: PREVALENCE, BIPOLAR DISORDER, MANIA, HYPOMANIA, DEPRESSION, TREATMENT.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar, también conocida como enfermedad bipolar, es una condición psiquiátrica que se caracteriza por presentar cambios extremos del estado de ánimo en la cual los pacientes presentan episodios de manía, hipomanía o depresión. Con regularidad perturba el estado emocional, actividad, cognición, energía, sueño y comportamiento de las personas que lo padecen. Actualmente no se conoce la causa exacta, pero existen factores psicológicos y hereditarios que pueden intervenir (1). Según la Organización mundial de la salud (OMS), en el año 2019, alrededor de 40 millones de personas padecían este trastorno (2). En la actualidad, no existe un registro oficial de la cantidad de individuos que cursan esta condición.

El trastorno bipolar se clasifica de acuerdo a la magnitud y gravedad del aumento o disminución del estado de ánimo. El trastorno bipolar I se encuentra caracterizado por episodios de manía de siete días mínimo de duración o si los síntomas de manía que presenta el paciente son muy graves y necesita ser hospitalizado mientras que el trastorno bipolar tipo II el paciente presenta hipomanía y depresión (3). El tercer tipo es el trastorno ciclotímico que se caracteriza por síntomas constantes de hipomanía y depresión los cuales no son suficientemente fuertes ni duraderos para ser considerados episodios hipomaniacos o depresivos (3).

El correcto diagnóstico se lo debe realizar por medio de una adecuada y completa anamnesis del paciente por medio de la entrevista, reconocimiento y evaluación exhaustiva de la sintomatología, antecedentes médicos y personales del individuo.

El tratamiento del trastorno bipolar conlleva una combinación de factores como terapia psicológica y tratamiento médico (4). Es crucial recalcar que el tratamiento cambia dependiendo de cada paciente y sus necesidades y gravedad de los síntomas. Dentro de los medicamentos usados se encuentran principalmente los estabilizadores del ánimo, fármacos como litio y lamotrigina

(4). También se administran otros antipsicóticos atípicos como la risperidona y antidepresivos como fluoxetina, escitalopram y sertralina (4).

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema.

A nivel mundial se han detectado alrededor de 40 millones de casos, dando una cantidad importante de personas que padecen esta condición (2). Por medio de este trabajo el objetivo es determinar la prevalencia del trastorno bipolar en pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado durante el período 2021-2022, mediante parámetros psiquiátricos con el objetivo de verificar el sexo más afectado, qué cantidad de los pacientes son hospitalizados, el principal motivo de consulta y frecuencia de abandono del tratamiento.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo General

Estimar la prevalencia del trastorno bipolar en pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2021-2022.

1.2.2 Objetivos específicos

- Verificar qué sexo es el que más asociación tiene al trastorno bipolar.
- Determinar la frecuencia de abandono de tratamiento en pacientes con trastorno bipolar.
- Determinar el motivo de consulta con mayor frecuencia en pacientes con trastorno bipolar.
- Estimar la frecuencia de hospitalización por trastorno de bipolaridad.

1.3 Hipótesis

Por medio de este estudio se reconocerá qué sexo se asocia más a este trastorno, la frecuencia de abandono de tratamiento, motivo de consulta e ingreso y hospitalización por trastorno de bipolaridad.

1.4 Justificación

El propósito de este estudio es estimar la prevalencia del trastorno bipolar en pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, así como, determinar qué sexo se encuentra más asociado a este trastorno, la razón por la que acudieron, fueron ingresados y hospitalizados.

El presente trabajo investigativo tiene una gran significancia ya que los trastornos bipolares son un conjunto heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por alteraciones del estado de ánimo y sufrimiento. En los estudios de la organización mundial de la salud sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes (3). Esta investigación puede ser empleada para dar a conocer varios temas sobre la enfermedad, como cuáles pueden llegar a ser las consecuencias al momento de que el paciente abandone su tratamiento.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

El trastorno bipolar, anteriormente conocido como enfermedad maniaco-depresiva, es una condición en la cual el estado de ánimo persistente y severo se distingue por la aparición de episodios de manía, hipomanía y cambios alternantes. En la actualidad, aún se desconoce su causa exacta, pero pueden intervenir factores hereditarios y psicológicos. No se ha identificado ningún biomarcador válido para el trastorno mental pero los criterios clínicos continúan siendo fundamentales para ello. La clasificación diagnóstica más ampliamente aceptadas son la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). (5)

Existen 3 tipos principales de trastorno bipolar en el cual todos poseen cambios notables del estado anímico, niveles de actividad y la energía. Los estados pueden ir desde fases con una conducta demasiado optimista, energía en su máxima plenitud y eufórico, o con un nivel elevado de actividad conocido como episodios de manía, hasta fases con decaimiento intenso, nivel bajo de actividad, falta de esperanza y mucha tristeza conocida como episodio de depresión. Estos pacientes también pueden encontrarse eutímias, es decir, su estado de ánimo es normal, y se alterna con depresión. (5)

El trastorno bipolar I se determina por episodios de manía que tienen una duración de mínimo siete días o cuando el paciente tiene síntomas maníacos que son de alta gravedad y requiere de atención médica en una unidad hospitalaria. Normalmente también se presentan episodios de depresión separados, que suelen extenderse mínimo catorce días. Además, es factible que sucedan episodios de cambios en el estado emocional con rangos combinados, es decir, que al mismo tiempo tienen síntomas maníacos y depresivos. (3)

El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por una serie de episodios hipomaníacos y depresivos, en contraste con los episodios maníacos extremos mencionados previamente. (3)

El tercer trastorno denominado como trastorno ciclotímico, también conocido como ciclotimia, que se define como síndrome depresivo de duración prolongada y se encuentra conformado por síntomas persistentes de hipomanía y depresión que no logran alcanzar la intensidad ni la duración necesaria para ser estimados como episodios hipomaniacos o depresivos. Generalmente, estos síntomas se presentan por un período de alrededor de dos años en adultos y un año en niños y adolescentes. Es común que estos individuos con ciclotimia sean erróneamente diagnosticados con trastornos de la personalidad en muchas ocasiones. (6)

2.1 MANÍA E HIPOMANÍA

Los pacientes con episodios maníacos o hipomaniacos muestran un estado de ánimo elevado y una mayor agitación en comparación con su estado habitual, estos episodios están limitados en el tiempo y varían en duración e intensidad. Un paciente en estado maníaco no siempre experimenta un estado de alegría o de euforia constante, ya que su ánimo también puede ser irritable. Durante el episodio maníaco, es típico que los niveles de hostilidad alcancen su pico máximo, disminuyendo después de este período (7). Otra característica importante de las personas en estado maníaco es la intensa sensación de bienestar que experimentan, junto con sentimientos de superioridad y un predominio de emociones de expansión personal y omnipotencia.

Un episodio maníaco tiene el potencial de interferir con el desempeño en el trabajo o las relaciones sociales, incluso llegando a incluir síntomas psicóticos o la posible hospitalización. En cambio, en un episodio hipomaniaco, es posible que el entorno note cambios en su comportamiento, pero que no resultan en una disfunción grave ni requieren hospitalización. En algunos casos de hipomanía, el desempeño laboral, puede tener mejoras debido al buen estado de ánimo y el aumento de productividad que experimentan estos pacientes. Se refiere que aproximadamente el 75% de los pacientes con episodios maníacos agudos presentan síntomas psicóticos y relacionadas a este pueden generar alucinaciones. (8)

En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la American Psychiatric Association se considera un episodio hipomaníaco cuando persiste por lo menos durante cuatro días seguidos, mientras que un episodio maníaco tiene una duración mínima de una semana. El punto de corte de cuatro días no tiene un respaldo evidente en los datos informados y algunos investigadores han propuesto que este periodo pudiera reducirse a dos días para permitir el diagnóstico de trastorno bipolar. (9)

En versiones anteriores del DSM, la categoría de especificador mixto se aplicaba únicamente a episodios maníacos completos y, en consecuencia, a un diagnóstico de trastorno bipolar de tipo I (7). Tanto el especificador de ciclo rápido como el especificador mixto tienen una relevancia clínica significativa, ya que se han vinculado con pronósticos más graves, episodios frecuentes y prolongados, un mayor riesgo de intentos autolíticos.

Los pacientes no siempre tienen una percepción precisa o recuerdo de su estado de ánimo, ni juzgan de manera precisa las implicaciones del mismo, y en ocasiones disfrutan este estado, considerándolo estable. No obstante, la hipomanía con frecuencia antecede a episodios maníacos o depresivos completos con sus respectivas consecuencias posteriores. A pesar de que los pacientes a menudo luchan contra la depresión, los familiares con mayor frecuencia expresan preocupación por dichos episodios de hipomanía. Por lo tanto, es esencial tener una buena clínica para la detección de los episodios de hipomanía (10).

En la atención médica general, algunas herramientas resultan prácticas, por ejemplo, la Lista de Verificación de Hipomanía 32 (HCL-32), la cual es un método de tamizaje diseñado para detectar los síntomas de hipomanía en pacientes que están experimentando un episodio depresivo mayor. Una vez que se ha confirmado su diagnóstico, se recurre a la práctica de otras escalas para medir la gravedad de los episodios tanto maníacos como hipomaníacos, en este caso se usará la Escala de Evaluación de la Manía de Young (YMRS). (11)

2.2 DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno emocional que provoca una sensación de tristeza persistente y un menor interés en participar en varias actividades. Al comienzo, la gran parte de los pacientes que presentan un episodio depresivo muestran ciertas diferencias sutiles unipolar. Según los criterios del DSM-5 para identificar un episodio depresivo mayor se cursará los mismos criterios tanto en el bipolar como el unipolar, implementando así las mismas herramientas para su evaluación de la gravedad del episodio; las escalas a evaluar son La Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton (HDRS) o La Escala de Evaluación de Depresión de Montgomery-Asberg (MAADRS). (12)

Un episodio depresivo presenta características comunes de una depresión mayor; estos episodios deben comprender al menos cinco de los siguientes síntomas en una duración de un periodo de 2 semanas, y uno de ellos debe ser pérdida del interés, placer o presentar un estado de ánimo de tristeza absoluta. Existe una excepción que son los pensamientos o intentos autolíticos, ya que todos los síntomas deben presentarse alrededor de veinticuatro horas seguidas. (5)

En 1950, Leonhard fue el primero en describir las diferencias en los síntomas entre la depresión unipolar y la bipolar, y esta observación fue respaldada por otros investigadores. Tanto la depresión bipolar como unipolar carecen de diferentes características, se han distinguido algunas de ellas que resultan útiles para distinguir entre ambas. Generalmente la depresión bipolar tiene una edad de manifestación más temprana, presentan episodios frecuentes de menor duración, esta presenta un inicio y un final abrupto. (13)

- Su sintomatología puede ser:
 - Depresión mayor durante 24h
 - Desinterés en las actividades
 - Pérdida de peso o aumento de ello
 - Insomnio
 - Agitación
 - Fatiga

- Sentimiento de culpa
- Desconcentración e indecisión
- Pensamientos suicidas
- Plan suicida
- Intento autolítico

Los síntomas atípicos, como la hipersomnia, la labilidad y la inestabilidad emocional, también son muy comunes en la depresión bipolar, estando presentes aproximadamente en un 90% de los episodios, pero solo la mitad de estos presenta depresión unipolar. La psicosis, la reducción psicomotora y la catatonia también son otras características de la depresión bipolar. Es importante incluir los antecedentes patológicos familiares ya que se puede considerar un factor relevante en el diagnóstico para la depresión de tipo bipolar. (14)

2.3 SUICIDIO

El suicidio es un acto que implica la acción consciente de quitarse la vida. Una persona que se suicida tiene la intención de fallecer y ocasionar su propia muerte. Este acto está relacionado con problemas de salud mental, como depresión, consumo excesivo de alcohol o sustancias adictivas. (15)

Es la principal razón por la que las enfermedades psiquiátricas llevan a la muerte, debido a que la mayoría de ellas elevan la probabilidad de suicidio en comparación con el resto de la población. Los trastornos depresivos son en su mayoría los responsables de los suicidios consumados e intentos de suicidio ya que durante estos episodios los pacientes pueden experimentar falta de esperanza y desesperación profunda. Además, los episodios maníacos también pueden aumentar el riesgo de suicidio ya que estos individuos presentan impulsividad y ciertas tomas de decisiones que pueden seguir a estas fases. (16)

2.3.1 FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

El principal factor de riesgo que un paciente puede tener es el intento de suicidio previo. Hay determinados momentos y situaciones que podrían elevar la posibilidad de una persona intentar suicidarse como:

- Factores sociodemográficos:
 - Edad: Las tasas de suicidio se le elevan progresivamente con la edad, especialmente en los hombres, donde se observa un notable incremento a partir de los 70 años. No obstante, el suicidio no es un motivo común de fallecimiento en personas mayores, ya que suelen morir por otras patologías. En el caso de adolescentes y jóvenes, son grupos con una baja tasa de mortalidad por motivos "naturales", el suicidio (vinculado a la "impulsividad" en este grupo etario) se ubica entre las tres principales causas de muerte (sumado con los accidentes y los homicidios), aunque su frecuencia absoluta sea considerablemente menor en comparación a las personas mayores. (17)
 - Sexo: La tasa de suicidio cometido es de dos o tres veces más usual en hombres que en féminas en cualquier grupo etaria (17). Aunque, si se habla de intentos de suicidios, esta proporción se encuentra invertida, las mujeres lo intentan alrededor de hasta cuatro veces más que los hombres.
 - Estado civil: Las personas viudas, separadas o divorciadas tienen más tendencia a suicidarse que los solteros mientras que los que son casados con hijos sus cifras son menores.
 - Situación laboral: Las tasas de suicidio experimentan un aumento en individuos sin empleo, aquellos que tienen trabajos con un estrés mental excesivo y poseen acceso a ciertos medios que pueden provocar la muerte (como militares, médicos, policías) y también personas que recientemente se jubilaron.
 - Religión: Las tasas de suicidio son más bajas en individuos que poseen creencias religiosas y así mismo la practican, en

especial entre los que pertenecen a la iglesia católica y musulmanes en comparación a agnósticos o ateos.

- Anorexia nerviosa: El suicidio ocupa el segundo lugar como causa de muerte en pacientes con este trastorno, posterior a la mortalidad derivada de etiologías médicas como complicaciones de desnutrición severa o de comportamientos purgantes.
- Otros elementos que aumentan el riesgo
 - Antecedentes familiares de suicidio: Es indicador de que hay la posibilidad de un factor psiquiátrico hereditario.
 - Enfermedades físicas: Elevan el riesgo, específicamente si ocasionan dolor crónico que no responde a tratamientos, son enfermedades en estado terminal que provocan desesperanza o discapacidad. No obstante, se debe tener en cuenta que ciertos fármacos pueden tener inducción a la depresión. (18)
 - Exposición al comportamiento suicida en sujetos del entorno.

2.3.2 SEÑALES DE ALERTA DEL SUICIDIO

Existen varios indicadores de advertencia del suicidio como (19):

- Experimentar cambios notables en el estado de ánimo.
- Incremento anormal del consumo de sustancias como alcohol o drogas.
- Decir comentarios acerca de sentirse sin valor, incapaz o inútil.
- Hablar sobre sentir que es una carga para el resto.
- Expresar de manera normal o regular acerca de la muerte o suicidio.
- Actuar imprudentemente o realizar actividades de alto riesgo sin considerar las consecuencias.
- Utilizar palabras que demuestran una carencia de razones para vivir o tener un propósito en la vida utilizando frases como “todo sería mejor si ya no existiera”.
- Aislarse o distanciarse del entorno familiar, amigos y comunidad.

2.3.3 VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Siempre es de suma importancia indagar sobre pensamientos suicidas en pacientes psiquiátricos, en especial en aquellos con un nivel de riesgo elevado, se debe tener en cuenta que preguntar acerca de estos pensamientos no induce ni provoca su realización (20). Se debe realizar un análisis minucioso de las ideas de muerte, evadiendo cuestionamientos directos que puedan llevar a respuestas engañosas. En caso de que haya ocurrido un intento de suicidio previo, es indispensable llevar a cabo una evaluación psiquiátrica; es necesario averiguar y examinar las circunstancias que llevaron al intento, qué método usó, posibilidad de rescate, preparación del acto) y todos los factores de riesgo que posee.

Las conductas denominadas “parasuicidas” o actos autolesivos no letales son muy comunes que se observen en pacientes jóvenes con trastornos de la personalidad (20). Usualmente usan métodos de baja mortalidad, y los más comunes son la ingesta excesiva de fármacos y corte de venas del antebrazo; es crucial no subestimar estos actos de autolesión, debido a que estos pacientes pueden esconder un trastorno psiquiátrico mayor.

2.3.4 TRATAMIENTO

Si se determina que el paciente riesgo elevado de cometer suicidio, básicamente tiene depresión, se debe llevar al paciente a la hospitalización psiquiátrica, incluso si es involuntario. Durante la hospitalización, es importante mantener supervisión cercana del paciente y darle un tratamiento adecuado. Al inicio de ser necesario, se da sedación por medio de antipsicóticos o benzodiazepinas y recurrir a restricciones físicas si resultan necesarias como la contención mecánica. El tratamiento a largo plazo, la administración continua de litio y clozapina (en casos de esquizofrenia) ha demostrado reducir la tasa de suicidios (12).

Un tratamiento y manejo correcto y efectivo del trastorno bipolar tiene la capacidad de disminuir el riesgo de este acto. La terapia psicológica, uso de fármacos adecuados, como antidepresivos y estabilizadores del ánimo, y apoyo del entorno son los pilares principales para el adecuado abordaje del

trastorno bipolar y así reducir la posibilidad de que estos pacientes tengan conductas suicidas.

Las personas con trastornos del estado de ánimo están en un riesgo muy alto de morir por suicidio. La incidencia de muerte por suicidio entre pacientes con trastorno bipolar es alta y puede ser más de 20 veces mayor que en la población general, especialmente cuando el trastorno bipolar no está tratado. Alrededor de un tercio a la mitad de los pacientes con trastorno bipolar intentan suicidarse al menos una vez en su vida, y aproximadamente del 15 al 20% de los intentos se completan. Las variables asociadas significativamente con los intentos de suicidio incluyen ser mujer, tener una edad joven en el inicio de la enfermedad, la polaridad depresiva del primer episodio de enfermedad, la polaridad depresiva del episodio actual o más reciente, tener trastorno de ansiedad comórbido, tener cualquier trastorno de abuso de sustancias comórbido, tener trastorno de personalidad límite y tener antecedentes de suicidio en la familia de primer grado. Por otro lado, las variables asociadas significativamente con la muerte por suicidio incluyen ser hombre y tener antecedentes de suicidio en la familia de primer grado (12). Se necesita una evaluación rápida y completa de la ideación suicida en los pacientes con trastorno bipolar y una gestión adecuada. La evaluación debe incluir la intención de intentar el suicidio, la disponibilidad y la potencial letalidad de los métodos, y la presencia de factores protectores.

2.4 MIXTAS

Se establece que un episodio de característica mixta adquiere atributos que presentan mayor o igual síntomas depresivos en la mayoría de los días del episodio. Para poder identificar esta situación suele ser un poco confuso dando así la evolución de un ciclo interrumpido; dando un pronóstico menos favorable en comparación con un estado de manía o hipomanía (5). Estos episodios mixtos pueden llevar a un riesgo muy significativo de mayor idealización al suicidio.

2.5 DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de trastorno bipolar, es esencial poder reconocer la sintomatología previamente mencionada, tanto de hipomanía, manía, depresión, suicidio o mixtas, adicionándole a este una completa anamnesis, y un historial de recaída o de mejoría y los criterios clínicos de DMS-5. Para poder tener un diagnóstico de trastorno bipolar tipo I, se van ver presentes síntomas maníacos que afecten al funcionamiento tanto laboral como social, que requieran ingreso hospitalario para prevenir la autoagresión o la agresión hacia su entorno (5).

Ciertos pacientes que muestren signos de depresión deben haber experimentado previamente una crisis maníaca o hipomaníaca, podría no ser mencionado por el paciente a menos que se le interrogue directamente. Es por eso que una de las herramientas de gran ayuda es una anamnesis ya sea de tipo directa indirecta o mixta, la de tipo directa es la que se le realiza únicamente al paciente, el cual referirá toda su sintomatología en casi un 80%, la indirecta es la que el paciente no está en capacidad de responder y el acompañante o familiar es quien responderá su sintomatología y la mixta es cuando existe la participación de ambos, el paciente y el familiar en su totalidad. Normalmente se aconseja indagar un poco de forma indirecta ya que el paciente puede omitir o negar ciertos comportamientos. Hay que tener en cuenta que, para estos pacientes, hay que tener discreción al momento de preguntar sobre intentos autolíticos o planes de suicidio. (5)

Para poder determinar si se padece o no de un trastorno bipolar, la evaluación de diagnóstico va a comprender de (21):

- **Diagnóstico por Exploración física:** donde se evaluará tanto lo físico como exámenes de laboratorio para poder identificar si existe algún problema médico que pudiera estar desencadenando estos síntomas.
- **Diagnóstico por evaluación psiquiátrica:** Aquí se evaluarán los pensamientos, sentimientos y conductas que esté teniendo el paciente. Es posible que se le realice algún tipo de encuesta sobre su vida cotidiana tanto directa como indirecta durante la anamnesis.

- **Diagnóstico de registro del estado de ánimo:** En este punto se podrá evaluar diariamente su estado de ánimo, como se encuentra el patrón de sueño, el apetito, su forma de socializar, ya que esta herramienta nos puede ayudar a tener un mejor manejo terapéutico.
- **Diagnóstico según criterios para el trastorno bipolar:** Este es uno de los puntos más importantes, ya que el especialista, tendrá que comparar su sintomatología con los criterios para esta enfermedad, la cual están descritas por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DMS-5), publicado por la American Psychiatric Association.

Uno de los puntos importantes para poder tener un buen diagnóstico es el interrogar el uso de sustancias como anfetaminas y cocaína, para así, poder llevar a cabo un buen análisis en muestra de tipo sanguíneo u orina para su respectivo tratamiento farmacológico. No obstante, el consumo de las mismas pudo haber desencadenado un episodio falso de este trastorno, por lo que se tendría que indagar a profundidad con los síntomas ya descritos para así poder desvincularlo de que sean reacciones desencadenantes por consumo de sustancias (5).

Además de los diagnósticos previamente mencionados, hay los diagnósticos diferenciales más frecuentes como, los trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de la personalidad, y en menores de edad se presenta déficit de atención con hiperactividad. (5)

2.6 PATOLOGÍA

El conocimiento sobre la patogénesis y la fisiopatología del trastorno bipolar sigue siendo de alta complejidad, aunque en las últimas décadas se haya dividido en dos causas, factor biológico y hereditario. Los factores biológicos experimentan alteraciones físicas en su cerebro (21). Aunque el significado de estas alteraciones es desconocido, con el pasar del tiempo, podrían contribuir a la identificación de sus causas.

En cuanto al factor genético, se dice que el trastorno bipolar a pesar de ser un trastorno psiquiátrico con mayor predisposición hereditaria está considerado

que el enfoque es un modelo multifactorial, en el cual va a existir una interacción entre factores genéticos y ambientales. Es decir, una serie de alelos con pequeños efectos, que en cierta medida también tiene relación con el trastorno esquizofrénico (ejemplo, CACNA1C, TENM4 y NCAN), lo cual han sido identificados en varias investigaciones como asociación genómica. (14)

En cuanto a su fisiopatología, se ha podido demostrar la existencia de cambios en la conectividad funcional y estructural del cerebro en la red fronto-límbica. Asimismo, se ha observado una alteración en la regulación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, así como en ciertos sistemas de neurotransmisión dentro del sistema nervioso central. Uno de estos neurotransmisores es el monoaminérgico, que ha suscitado un notable interés. Sin embargo, hay la presencia de otros neurotransmisores como la acetilcolina, el GABA y el glutamato. En cambio, las modificaciones en las vías de señalización intracelular pueden influir en la transmisión de señales entre neuronas, la plasticidad neural y la supervivencia celular (22). Esto podría llevar a un resultado de un desajuste en estos circuitos que están relacionados con la parte emocional, motora, cognitiva y neurovegetativa.

En el pasado, se creía que los trastornos del estado de ánimo se originan a raíz de un desequilibrio en los sistemas de neurotransmisores monoaminérgicos, tales como el serotoninérgico, y noradrenérgico y, especialmente en el caso del trastorno bipolar el dopaminérgico. A pesar de que hay pruebas que sugieren que estos circuitos desempeñan un papel importante, no se ha podido identificar una disfunción única en estos sistemas de neurotransmisores (22). No obstante, se sostiene que la regulación de las funciones emocionales y cognitivas es influenciada de manera significativa por la modulación de la plasticidad sináptica y neuronal.

Se ha podido notar una pérdida de espinas dendríticas en tejido cerebral de pacientes con trastorno bipolar postmortem. También se siguen estudiando otras vías que pueden tener relación en cuanto al afecto de la interconexión neuronal, incluyendo, disfunción mitocondrial y el estrés retículo endoplásmico, la neuroinflamación, la oxidación, la apoptosis y los cambios epigenéticos, en particular la metilación de histonas y ADN (23).

Dado al fenotipo central de este trastorno, que se caracteriza por una alteración bifásica, se está enfocando la atención al monitoreo correspondiente de la desregulación del estado de ánimo, el sueño y el comportamiento (17). Resulta fundamental conocer la base molecular y los cambios en las neuroimágenes, además abordar la patogénesis y la fisiopatología del trastorno bipolar con el propósito de identificar nuevos objetivos terapéuticos y elaborar biomarcadores para poder evaluar el riesgo, el pronóstico y respuesta al tratamiento farmacológico (23).

2.7 TRATAMIENTO

Optar por una terapia farmacológica en casos de trastorno bipolares puede resultar un poco complejo ya que el primer paso para el respectivo manejo está en poder tener una confirmación sobre el diagnóstico basado en su sintomatología ya que todos los fármacos presentan efectos secundarios, es necesario tener un buen enfoque terapéutico para evitar abandonos de tratamiento (24). En ocasiones donde no hay un registro previo de medicamentos la mejor opción se va a basar en la historia clínica y psiquiátrica del paciente.

Debemos tener en cuenta que existen varios factores que pueden afectar la elección farmacológica y psicológica. Está descrito que el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) se maneja en dos fases, la fase aguda, el cual tendrá como objetivo principal garantizar la seguridad del paciente y su entorno para poder así lograr una estabilización tanto clínica como funcional presentando un mínimo de efectos secundarios o adversos. Por otro lado, tenemos la fase de mantenimiento que está enfocado en la prevención de episodios agudos (24). Resaltando que el litio se encuentra entre los tratamientos más eficaces

“En la actualidad, las personas que padecen trastorno bipolar disponen de más opciones de tratamiento aprobadas por la FDA”, afirma Mathis (25).

Uno de los tratamientos principales para el TAB con consiste en una terapia farmacológica y terapia psicológica para poder llevar un mejor control de los síntomas, comprendiendo así varios puntos, como (21).

2.7.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **Estabilizadores del estado de ánimo:** Se va requerir de fármacos que nos ayuden a controlar los episodios de manía y de hipomanía, comprendiendo así el Litio, siendo este el de gran elección y eficacia para la prevención tanto de episodio maniaco como el depresivo, aunque este esté vinculado con la función renal y el hipotiroidismo y la hipercalcemia, se ha demostrado que como fármaco solo o en combinación con valproato presentaban una alta probabilidad de evitar recaídas. También tenemos el ácido valproico, divalproato sódico, carbamazepina y lamotrigina (24)(21).
- **Antipsicóticos:** Van a ser usados cuando se presente síntomas de depresión o manía a pesar de tener un tratamiento con otros fármacos son útiles para una terapia combinada incorporando olanzapina, haloperidol, decanoato de haloperidol, risperidona, quetiapina, levomepromazina, aripiprazol, ziprasidona, lurasidona y asenapina.
- **Antidepresivos:** Cuando se receta un antidepresivo en estos pacientes suele recetar junto con un estabilizador del estado de ánimo o un antipsicótico, en este caso tenemos la sertralina, amitriptilina, escitalopram.
- **Antidepresivo-antipsicótico:** Aquí es esquema es conjugado, ya que tenemos la presencia de un antidepresivo como la fluoxetina y el antipsicótico como la olanzapina en un mismo componente, siendo una buena elección para terapéutica de episodios depresivos y restaurar el estado de ánimo (24)(27).
- **Terapéutica para la ansiedad:** Benzodiacepinas, son las que ayudarán con pacientes que tengan presentes alguna crisis de ansiedad, y tener un mejor resultado en el control del sueño. Esta terapéutica suele ser utilizada a corto plazo, más no a largo plazo según algunas literaturas (26).

2.7.2 TRATAMIENTO CON PSICOTERAPIA

Se ha considerado la psicoterapia como forma fundamental en el tratamiento para el TAB, este tiene como opción de ejecutarse de forma individual, familiar o grupal. Existiendo así varios tipos de terapias, como (21):

- **Terapia interpersonal:** Esta terapia va estar enfocada en la estabilización de su ritmo diario de vida, sus controles de sueño y apetito, se va a basar en una rutina en establecer un ritmo de vida diferente, y cumplir con ciclos como el sueño, la forma de alimentarse y el ejercicio.
- **Terapia cognitiva conductual:** Este tipo de terapia se enfoca en el desencadenante de los episodios que presente el paciente, ayudando así a cambiar lo negativo por lo positivo, dándole estrategias de control de situaciones ya sea por ansiedad, angustia o estrés.
- **Psicoeducación:** En este punto, la terapia va a brindarle al paciente como a los familiares de él toda clase de información sobre su enfermedad actual, dando a conocer los posibles desencadenantes, tener identificado cual es el problema para así poder generar un plan de tratamiento el cual deba ser respetado acorde a los cambios (28).
- **Terapia familiar:** Es una herramienta fundamental para ayudar al paciente que curse con TAB. Cuando el entorno de este se encuentre informados el apoyo se ve reflejado de manera significativa al estado de ánimo de quien cursa esta patología y con ello la terapéutica y el cambio en el estilo de vida se vuelve un poco más fácil y llevadero, se ha demostrado que la terapia familiar ha ayudado a la mejoría en cuanto a control de sentimientos (29).

TABLA DE MANEJO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO BIPOLAR EN LAS FASES DE MANÍA, DEPRESIÓN Y MANTENIMIENTO. TABLA TOMADA DEL ARTÍCULO DE PERSONALIZED MANAGEMENT OF BIPOLAR DISORDER (30).

Fármaco	Manía	Depresión	Mantenimiento	Ventajas	Desventajas
Estabilizadores del Ánimo					
Valproato	+++	+	++	Útil en episodios con características mixtas	Inhibidor CYP450, no recomendado en mujeres en edad de procrear
Lamotrigina	---	+++	+++		Titulación lenta, predominantemente depresiva
Litio	+++	++	+++	Propiedades anti suicidas	No recomendado en falla renal
Carbamazepina	+++	+	++	Efectiva en trastorno bipolar con características no clásicas	Inductor CYP450
Oxcarbazepina	+	+	+	Menos efectos adversos que la carbamazepina	Hiponatremia
Antipsicóticos					
Aripiprazol	+++	-	++	Predominante en manía, buen perfil metabólico	Acatisia
Asenapina	+++	+	+	Posible tratamiento para síntomas depresivos	Síndrome metabólico moderado
Clorpromazina	++	-	-	Rápida eficacia	Riesgo de cambio a depresión, síntomas extrapiramidales
Clozapina	+	+	++	Pacientes resistentes,	Agranulocitosis, sialorrea,

				pocos síntomas extrapiramidales	hipotensión postural
Haloperidol	+++	-	-	Rápida eficacia	Riesgo de cambio a depresión, síntomas extrapiramidales
Lurasidona	+	+++	+	Falta de efectos anticolinérgicos	Eficacia relacionada con alimentación, acatisia, sedación
Olanzapina	+++	+++*	++	Rápida eficacia	Síndrome metabólico grave
Paliperidona	++	-	++	Puede administrarse intramuscularmente cada mes, mínimo metabolismo hepático	Dosis altas a menudo necesarias
Quetiapina	+++	+++	+++	Único antipsicótico con indicaciones para el tratamiento de episodios agudos de manía y depresión y mantenimiento	Sedación
Risperidona	++	-	+++	Común administración intramuscular cada 2 semanas	Riesgo de cambio a depresión, síntomas extrapiramidales
Ziprasidona	++	-	++	Predominante en manía, buen perfil metabólico	Eficacia relación

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Materiales y métodos

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el que se revisaron los casos reportados de Trastorno Bipolar durante el periodo 2021-2022 teniendo en cuenta los datos psiquiátricos.

3.2 Entrada y gestión informática de datos

Diseño de investigación

Tipo de investigación

Acorde a la finalidad del estudio de investigación, la hipótesis y objetivos propuestos, el presente trabajo corresponde a una investigación de carácter cuantitativa.

Según el tiempo

- **Retrospectivo:** Estudio de tipo transversal, cuyos datos son provenientes del periodo 2021 al 2022.
- **Estudio descriptivo:** Analiza las características como sexo o ingresos. Describe y presenta de manera objetiva.
- **Observacional:** No existe intervención por parte de los investigadores sobre los resultados, ajena a la voluntad del investigador.
- **Transversal:** La variable del estudio nos permite clasificar a la investigación, por ello es importante identificarla.

Lugar de investigación

La investigación se realizó en el área de Psiquiatría del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, durante el período del año 2021 al 2022.

Población y muestra

La población obtenida está conformada por los pacientes ingresados por sistema en el área de Psiquiatría del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, los cuales fueron admisionados con diagnóstico de F310,

F311, F312, F313, F314, F315 y F316 dentro del período del año 2021 al 2022.

3.3 Población de estudio:

Pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo del año 2021 al 2022.

3.3.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con historia clínica en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.
- Pacientes del área de psiquiatría del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.
- Pacientes atendidos en el periodo del 2021 al 2022.

3.3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que no pertenezcan al Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.
- Pacientes que no presenten sintomatología del trastorno bipolar.

Cálculo del tamaño de muestra

Con una población total de 1609 pacientes con trastornos psiquiátricos dentro del período de estudio, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, 368 pacientes fueron tomados como muestra para la realización del trabajo.

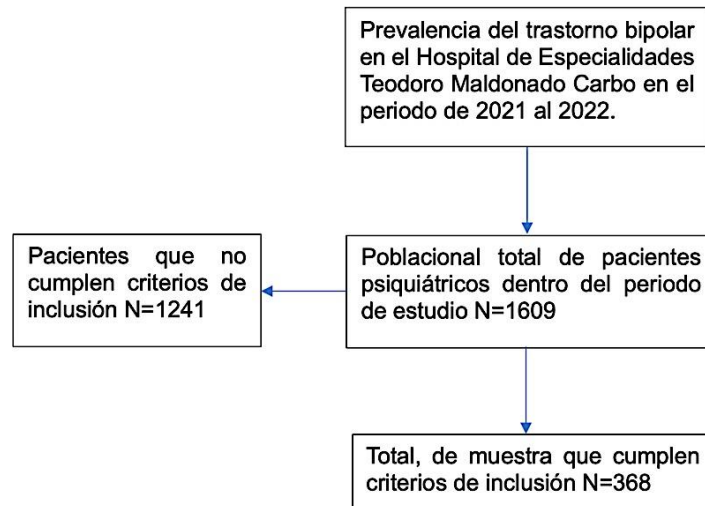


Figura 1. Diagrama de flujo con las etapas de la selección de muestra de estudio.

3.4 Operacionalización de variables de investigación:

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	RESULTADO
Sexo	Distinción según caracteres sexuales al nacimiento.	Categórica, dicotómica, nominal.	1. Femenino 2. Masculino
Edad	Número de años vividos.	Cuantitativa discreta.	Edad en años
Antecedentes patológicos personales	Enfermedades que presentó o presenta el paciente.	Politómica, nominal.	1. Ansiedad 2. Irritabilidad 3. Depresivo 4. Maníaco
Antecedentes patológicos familiares psiquiátricos	Registro de las enfermedades y afecciones que se han dado en su familia.	Politómica, nominal.	1. Trastorno de ansiedad 2. Trastorno depresivo 3. Trastorno esquizofrénico
Ocupación	Actividad o trabajo.	Categórica, dicotómica, nominal	1. Formal 2. Informal
Nivel de educativo	Es el nivel de educación más alto	Categórica, politómica,	1. Educación inicial

	que una persona ha terminado.	ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 2. Educación primaria 3. Educación secundaria 4. Educación superior
Hábitos tóxicos	Es el consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimientos del peligro que su utilización ocasiona.	Politémica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. No tiene 2. Tabaco 3. Alcohol 4. Drogas
Tipo de anamnesis	Tipo de entrevista que se le realiza al paciente. Directamente con el paciente, por medio de su acompañante o familiar, o si es mixta.	Politémica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Directa 2. Indirecta 3. Mixta
Forma de Inicio	El episodio que tuvo inició con manía, hipomanía o depresión.	Categórica, ordinal, politémica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manía 2. Hipomanía 3. Depresión
Crisis previas	Si el paciente ha presentado crisis en ocasiones anteriores.	Categórica, dicotómica, nominal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No
Motivo de consulta	El motivo de consulta por el cuál fue al hospital.	Politémica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manía sin episodios psicóticos 2. Hipomanía 3. Manía con episodios psicóticos 4. Depresivo presente leve o moderado

			<ul style="list-style-type: none"> 5. Depresivo grave presente sin síntomas psicóticos 6. Episodio mixto presente 7. Episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos
Diagnóstico de ingreso	Es el diagnóstico emitido por el médico al momento del ingreso.	Politémica, nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Trastorno afectivo bipolar maníaco sin episodios psicóticos 2. Trastorno afectivo bipolar, hipomanía 3. Trastorno afectivo bipolar, maníaco con episodios psicóticos 4. Trastorno afectivo bipolar, episodios depresivos leves o moderados 5. Trastorno afectivo bipolar, episodios depresivos graves sin síntomas psicóticos 6. Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente 7. Trastorno afectivo

			bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos
Pacientes Hospitalizados	Si fue hospitalizado dentro del periodo del estudio.	Categórica, dicotómica, nominal.	1. Sí 2. No
Orientación	Capacidad de los individuos para conocer su propio yo, así como el tiempo y/o espacio en el que se desarrollan sus acontecimientos vitales.	Politómica, nominal	1. 3 esferas (Todas) 2. Persona 3. Espacio 4. Tiempo
Trastorno del habla	Dificultad que experimenta una persona al generar o producir los sonidos del lenguaje requeridos para establecer comunicación con terceros.	Politómica, nominal	1. Palilalia 2. Logoclonía 3. Verbigeración
Ritmopatías	Alteraciones en el ritmo del habla.	Politómica, nominal	1. Taquilalia 2. Bradilalia 3. Eulalia
Pensamiento	Actividades mentales abstractas, que pueden ser tanto voluntarias como involuntarias, a través de las cuales una persona elabora sus conceptos acerca del entorno, las personas o su propia identidad.	Politómica, nominal	1. Concreto 2. Limitado 3. Incoherente 4. Disociado 5. Desorganizado 6. Dominante 7. Discontinuo 8. Circunstancial

Estado de ánimo	Emociones, humor del paciente.	Politómica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depresivo 2. Enfadado 3. Agresivo 4. Afectivo 5. Nervioso
Afectividad	Es el modo de exteriorizar las emociones que presenta un individuo.	Politómica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Restringido 2. Aplanado o embotado 3. Lábil 4. Amplio 5. Ambivalente
Estado del sueño	La persona se encuentra despierta o con sueño.	Dicotómica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somnolencia 2. Vigil
Apetito	El deseo de comer, si se encuentra normal, aumentado o disminuido.	Politómica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuido 2. Conservado 3. Aumentado
Último esquema de medicamentos	Últimos fármacos que se usaron en el último esquema de tratamiento de los pacientes.	Politómica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quetiapina 2. Ácido valproico 3. Sertralina 4. Risperidona 5. Lamotrigina 6. Fluoxetina 7. Carbamazepina 8. Litio 9. Haloperidol 10. Levomepromazina 11. Amitriptilina 12. Topiramato 13. Escitalopram 14. Biperideno 15. Clonazepam 16. Decanoato de haloperidol 17. Hidroxizina 18. Gabapentina
Abandono del tratamiento	Si los pacientes habían dejado de tomar su medicina.	Dicotómica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No

3.5 Consideraciones éticas

La propuesta de esta investigación fue aprobada tanto por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil como por el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, que forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Ambas instituciones colaboraron proporcionando los datos necesarios para llevar a cabo este estudio de investigación.

Al ser estudio de carácter observacional no interfirió con la elección de tratamiento terapéutico propuesto hacia el paciente, preservando el anonimato del paciente.

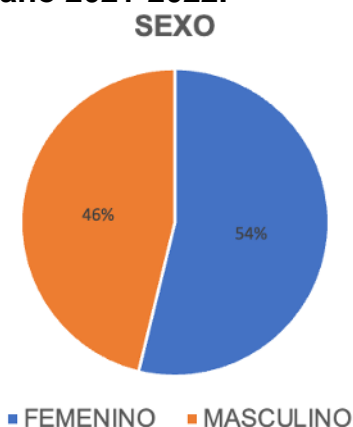
3.6 Análisis estadístico

Posterior a la recolección y tratamiento de los datos en Excel, la base de datos fue analizada utilizando el software IBM SPSS Statistics v25.0. Posterior a esto, fue realizado el análisis descriptivo de la muestra de estudio. Fueron ejecutadas tablas de contingencia y gráficos que faciliten su análisis e interpretación.

RESULTADOS

Los resultados demuestran que la población femenina se ve afectada en mayor proporción que la población masculina. Siendo 198 pacientes (53,8%) mujeres las ingresadas a la unidad hospitalaria versus 170 pacientes hombres que corresponden al 46,2% de la población.

Gráfico 1. Sexo de los pacientes que ingresados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.



Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

La edad media de los pacientes que se tomaron para el estudio sobre la prevalencia del trastorno bipolar en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo fue de 51,28 años, con un mínimo de 18 y un máximo de 81 años.

Tabla 1. Edad del paciente

VARIABLE	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA
EDAD	18	81	51,28

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia

Los datos obtenidos durante el trabajo investigativo muestran que los pacientes que han sido diagnosticados previamente con trastorno bipolar, cursan con mayor frecuencia con ansiedad como antecedentes patológico personales psiquiátricos, siendo 137 de los pacientes de la población total (37,2%), seguido de 130 pacientes (35,3%) referían antecedentes patológicos personales de irritabilidad, continuando con 121 pacientes (32,9%) referían antecedentes depresivos y en 108 pacientes (29,3%) se reflejó antecedentes maníacos con menor frecuencia.

Tabla 2. Antecedentes patológicos personales psiquiátricos.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
APP ANSIEDAD	137/368	37,2
APP IRRITABILIDAD	130/368	35,3
APP DEPRESIVO	121/368	32,9
APP MANÍACO	108/368	29,3

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

Los antecedentes patológicos familiares que se presentaron de mayor a menor frecuencia fueron: trastornos de ansiedad en 20 pacientes (5,4%), trastorno depresivo 18 pacientes (4,9%), siendo el trastorno esquizofrénico el menor con cifras de 6 pacientes (1,6%).

Tabla 3. Variables cualitativas de antecedentes patológicos familiares psiquiátricos.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRASTORNO DE ANSIEDAD	20	5,4
TRASTORNO DEPRESIVO	18	4,9
TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO	6	1,6

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

De acuerdo al tipo de labor, se clasificó en formal e informal siendo informal un valor aumentado de 269 pacientes (73%) versus los pacientes formales con una frecuencia de 99 (27%).

Tabla 4. Ocupación.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFORMAL	269	73
FORMAL	99	27
TOTAL	368	100

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

De acuerdo al tipo de instrucción académica que han recibido los pacientes del estudio, se puede evidenciar que en mayor frecuencia han culminado 170 individuos (46,5%) la educación primaria, siguiéndole la educación superior

con una cantidad de 134 pacientes (36,1%). Mientras en menor frecuencia han sido educación primaria (17,1%) y solo uno con educación inicial.

Tabla 5. Categorización según nivel educativo.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDUCACIÓN SECUNDARIA	170	46,5
EDUCACIÓN SUPERIOR	134	36,1
EDUCACIÓN PRIMARIA	63	17,1
EDUCACIÓN INICIAL	1	0,3
TOTAL	368	100

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

De acuerdo con los hábitos tóxicos, los resultados obtenidos en la investigación muestran que lo pacientes no referían o negaban hábitos tóxicos, siendo 334 los pacientes de la población total (90.8%), seguido por 18 pacientes (4,9%) que referían consumo tabaco, continuando con 14 pacientes (3,8%) que referían un consumo de alcohol de manera social y en 2 pacientes (0,5%) se describió el consumo de drogas como hábito, siendo este el de menor frecuencia.

Acorde a la forma en que se entrevistó a los pacientes, al 69,5% se les realizó anamnesis directa, mientras que directa fue de un 24,2% y en menor frecuencia la mixta con un valor de 23 individuos (6,3%).

Tabla 6. Taxonomía según el tipo de anamnesis.

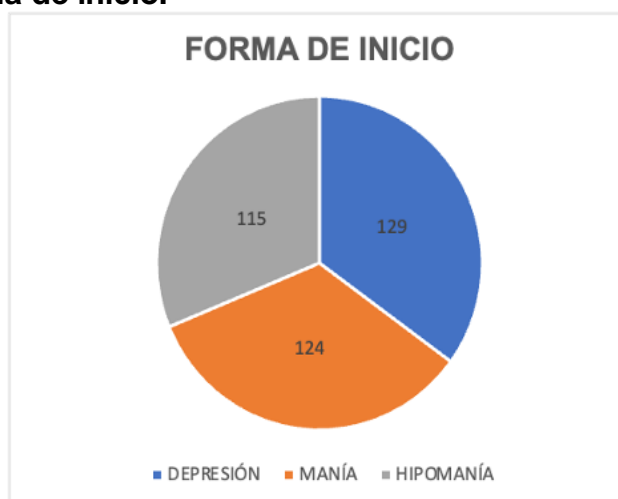
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIRECTA	256	69,5
INDIRECTA	89	24,2
MIXTA	23	6,3
TOTAL	368	100

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

De acuerdo a los resultados del estudio, la forma de presentación de los pacientes con trastorno bipolar más frecuente es la depresión con un valor de 129 individuos (35,1%), seguido de la manía con una frecuencia de 124 pacientes (33,7%) y siendo de menor cantidad los pacientes hipomaníacos con un porcentaje de 31,3%.

Gráfico 2. Forma de inicio.



Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

Los resultados de crisis previas, demostraron con mayor frecuencia que 239 pacientes (64,9%) de la población total tuvieron crisis previas y 129 pacientes (35,1%) no se presentaron las crisis previas en la patología.

Gráfico 3. Crisis previas.



Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

Según el motivo de consulta, 94 pacientes (25,5%) presentaron manía sin episodios psicóticos, 87 con (23,6%) hipomanía, seguidos de 73 individuos (19,8%) con manía con presencia de episodios psicóticos, 67 pacientes (18,2%) acudieron por motivo depresivo presente leve o moderado, 39 (10,6%) por depresivo grave presente sin síntomas psicóticos. Mientras que solo el 1,4% de los pacientes acudió por episodio mixto presente y 0,8% por episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos siendo este el menos frecuente de 3 pacientes.

Tabla 7. Motivo de consulta.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MANÍA SIN EPISODIOS PSICÓTICOS	94	25,5
HIPOMANÍA	87	23,6
MANÍA CON EPISODIOS PSICÓTICOS	73	19,8
DEPRESIVO PRESENTE LEVE O MODERADO	67	18,2
DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS	39	10,6
EPISODIO MIXTO PRESENTE	5	1,4
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	3	0,8
TOTAL	368	100

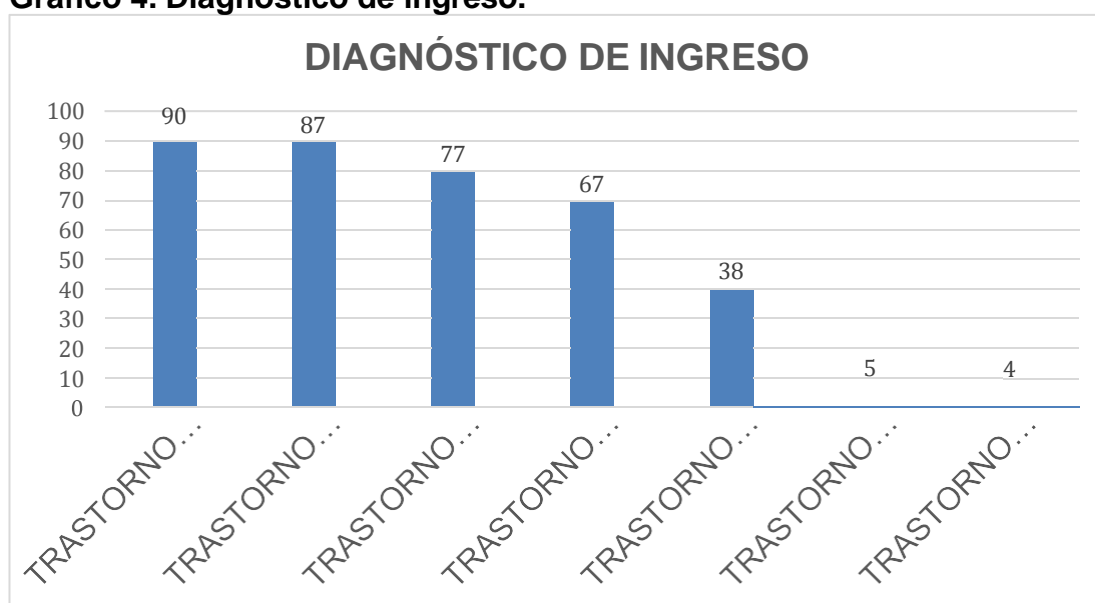
Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

Como se observan en los resultados de la investigación según diagnóstico de ingreso, se obtuvo con mayor frecuencia pacientes con trastorno afectivo bipolar maníaco sin episodios psicóticos, siendo 90 pacientes (24,5%), siguiendo 87 pacientes (23,6%) con trastorno afectivo bipolar, hipomanía,

continuando con 77 pacientes (20.9%) que ingresaron por trastorno afectivo bipolar, maníaco con episodios psicóticos, luego se arrojó un resultado de 67 pacientes (18,2%) que ingresan por episodios depresivos leves o moderados, posteriormente se obtuvo 38 pacientes (10,3%) que ingresaron por episodios depresivos graves sin síntomas psicóticos, 14 pacientes (1,4%) ingresaron por episodio mixto presente y 4 pacientes (1,1%) ingresaron por episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos, reflejando este último valor como el menos frecuente.

Gráfico 4. Diagnóstico de ingreso.

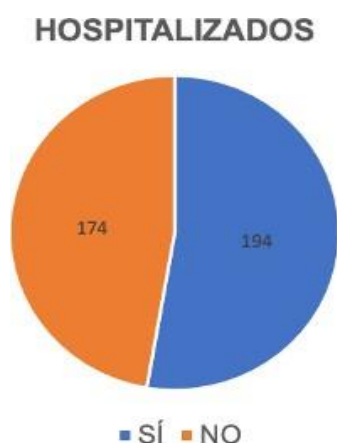


Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

De acuerdo con los pacientes que fueron hospitalizados, los datos recolectados demuestran que 194 (53%) de los 368 pacientes fueron hospitalizados, teniendo una diferencia de 173 (47%) que no fueron internados.

Gráfico 5. Hospitalizados



Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

En base a los datos recolectados se pudo obtener que 199 pacientes (54,1%) se encontraban orientados en las 3 esferas mientras que 58 (15,8%) solo se encontraban orientadas en persona, 55 (14,9) en espacio, y 53 (14,4%) en tiempo.

Tabla 8. Orientación según las tres esferas.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 ESFERAS	199/368	54,1
PERSONAS	58/368	15,8
ESPACIO	55/368	14,9
TIEMPO	53/368	14,4

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

Los datos obtenidos durante el trabajo investigativo muestran que los

pacientes que han sido diagnosticados previamente con trastorno bipolar, cursan con mayor frecuencia con palilalia, siendo 145 de los pacientes de la población total (39,4%), seguido de 109 pacientes (29,6%) referían logoclonía y 75 pacientes (20,4%) referían verbigeración, siendo esta la menos frecuente.

Tabla 9. Trastorno del habla.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PALILALIA	145/368	39,4
LOGOCLONÍA	109/368	29,6
VERBIGERACIÓN	75/368	20,4

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

De acuerdo con el estudio, los pacientes con mayor frecuencia con ritmopatías son los que presentaron taquialia con una cantidad de 194 (52,7%) pacientes, seguidos de 127 (34,5%) pacientes con bradilalia siendo de menor frecuencia 47, representando un porcentaje del 12,8%.

Tabla 10. Ritmopatías.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TAQUILALIA	194	52,7
BRADILALIA	127	34,5
EULALIA	47	12,8
TOTAL	368	100

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

Los resultados obtenidos muestran que los pacientes que han sido diagnosticados previamente con trastorno bipolar, cursan con mayor frecuencia con pensamientos concretos, siendo 75 de los pacientes de la población total (20,4%), seguido de 70 pacientes (19%) refieren pensamiento limitado, continuando con 69 pacientes (18,8%) refieren pensamiento incoherente, posteriormente arrojó un resultado de igual cantidad, siendo 63 pacientes (17,1%) que refirieron pensamientos disociado y desorganizado, 42 pacientes (11,4%) presentaron pensamiento dominante, 41 pacientes (11,1%) tuvieron pensamiento discontinuo y 33 pacientes (9%) presentaron pensamiento circunstancial siendo este el de menor frecuencia en datos obtenidos.

Tabla 11. Pensamiento.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONCRETO	75/368	20,4
LIMITADO	70/368	19,0
INCOHERENTE	69/368	18,8
DISOCIADO	63/368	17,1
DESORGANIZADO	63/368	17,1
DOMINANTE	42/368	11,4
DISCONTINUO	41/368	11,1
CIRCUNSTANCIAL	33/368	9,0

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

En base a los datos recolectados se obtuvo que 132 pacientes (35,9%) se encontraban con un estado anímico depresivo, 85 individuos (23,1%) enfadados, 64 con temple agresivo, 63 (17,1%) con actitud afectiva y 24 (6,5%) con estado anímico nervioso.

Tabla 12. Estado de ánimo.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPRESIVO	132	35,9
ENFADADO	85	23,1
AGRESIVO	64	17,4
AFECTIVO	63	17,1
NERVIOSO	24	6,5
TOTAL	368	100

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

Conforme a la afectividad, se evidenció que 171 pacientes (46,4%) presentaban afectividad restringida, dando un segundo lugar a los individuos con afectividad aplanada con una frecuencia de 96 (26,1%). Subsecuente se encuentran los que muestran afectividad lábil con una cantidad de 49 (13,3%) pacientes. Dejando en menor frecuencia a 40 (10,9%) sujetos con afectividad amplia y 12 (3,3%) con ambivalente.

Tabla 13. Afectividad.

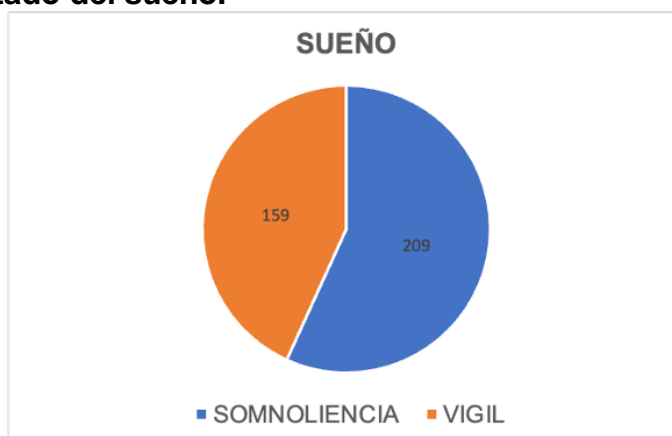
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESTRINGIDO	171	46,4
APLANADO O EMBOTADO	96	26,1
LÁBIL	49	13,3
AMPLIO	40	10,9
AMBIVALENTE	12	3,3
TOTAL	368	100

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

De acuerdo con los datos recolectados en la categoría sueño, se demostró que 209 pacientes (56,8%) presentaban somnolencia y con menor frecuencia los que se encontraban despiertos con una cantidad de 159 (43.2%).

Gráfico 6. Estado del sueño.



Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

Según los datos obtenidos, con mayor frecuencia 143 pacientes (38,9) se encontraban con un apetito disminuido, mientras que 126 (34,2%) con apetito conservado y 99 individuos (26,9%) con el apetito aumentado.

Tabla 14. Apetito.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DISMINUIDO	143	38,9
CONSERVADO	126	34,2
AUMENTADO	99	26,9
TOTAL	368	100

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

Como se observan en los resultados de la investigación según el último esquema de medicamentos, se obtuvo con mayor frecuencia la quetiapina, siendo 97 pacientes (26,4%), siguiendo 90 pacientes (24,5%) que refieren tomar ácido valproico, continuando con 89 pacientes (24,2%) que consumieron sertralina, luego obtuvimos resultados de 86 pacientes (23,4%) que ingirieron risperidona, posteriormente se obtuvo 85 pacientes (23,1%) que consumieron lamotrigina, 76 pacientes (20,7%) consumieron fluoxetina, 72 pacientes (19,6%) refieren tomar carbamazepina, 68 pacientes (18,5%) ingieren haloperidol, 67 pacientes (18,5%) refieren litio, este junto a la carbamazepina son usados como terapia combina, 63 pacientes (17,1%) consumen levomepromazina, 59 pacientes (16%) ingieren amitriptilina, 52 pacientes (14,1%) consumen topiramato, 46 pacientes (12,5%) ingieren escitalopram, 41 pacientes (11,1%) ingieren biperideno, 26 pacientes (7,1%) consumen clonazepam, 24 pacientes (6,5%) refieren decanoato de haloperidol, 2 pacientes (0,5%) ingieren hidroxizina y 2 pacientes (0,5%)

refieren ingerir gabapentina, siendo estos dos los menos frecuentes según los resultados obtenidos dentro de la investigación en el periodo de estudio.

Tabla 15. Último esquema de medicamentos.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QUETIAPINA	97/368	26,4
ÁCIDO VALPROICO	90/368	24,5
SERTRALINA	89/368	24,2
RISPERIDONA	86/368	23,4
LAMOTRIGINA	85/368	23,1
FLUOXETINA	76/368	20,7
CARBAMAZEPINA	72/368	19,6
LITIO	68/368	18,5
HALOPERIDOL	68/368	18,5
LEVOMEPRMAZINA	63/368	17,1
AMITRIPTILINA	59/368	16,0
TOPIMARATO	52/368	14,1
ESCITALOPRAM	46/368	12,5
BIPERIDENO	41/368	11,1

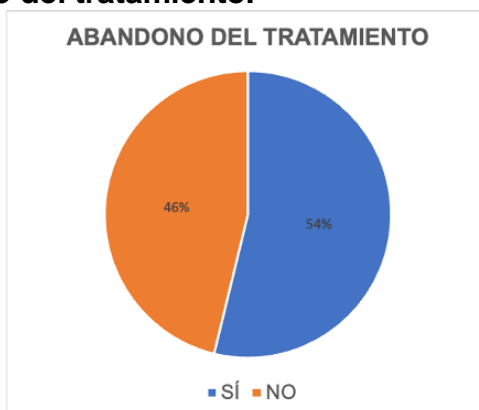
CLONAZEPAM		26/368	7,1
DECANOATO DE HALOPERIDOL		24/368	6,5
HIDROXIZINA		2/368	0,5
GABAPENTINA		2/368	0,5

Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

En base a la recolección de datos se obtuvo que 198 pacientes (54%) abandonaron el tratamiento siendo esta cifra más alta versus a los pacientes que sí habían continuado con su medicación, siendo 163 pacientes (46%).

Gráfico 7. Abandono del tratamiento.



Fuente: Base de datos institucional, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2021-2022.

Elaborado por: Sornoza Arias Rossy Matilde y Wong Ochoa Xiu Lia.

DISCUSIÓN

En base a nuestro planteamiento principal los resultados arrojaron según la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, la prevalencia de pacientes que padecen trastorno bipolar es de un 22,9%, lo que nos lleva a una tasa media-baja, que para años pasados ha incrementado casi un 2,7%, lo cual se pudo evaluar según el artículo sobre el manejo de Trastorno Bipolar en poblaciones especiales, que dentro del Ecuador, este trastorno se ubica en el sexto lugar, siendo este una de las enfermedades mentales más comunes y severas del país (31).

De acuerdo con los resultados obtenidos durante el trabajo de investigación se pudo identificar la prevalencia del trastorno bipolar en la cual se pudo evaluar variables como: sexo, edad, motivo de consulta, entre otros. De los 368 pacientes que corresponden al número de población total se pudo identificar que 198 fueron femeninos (54%) y 170 fueron pacientes masculinos (46%), lo que se dictaminó en un estudio es que este trastorno puede afectar a ambos sexos por igual sin poder tener predominio el uno sobre el otro. Este trastorno le da un enfoque a ambos sexos, demostrando así que la sintomatología puede verse presente por igual, la única variante de esta enfermedad es el abandono o crisis previas que esta pueda generar (32).

La frecuencia de abandono de tratamiento fue en un 54% siendo esta la representación de 198 pacientes, seguido de los que no abandonaron el tratamiento correspondió a un 46% dando la representación de 163 pacientes. En el artículo sobre la Actualización del Trastorno Bipolar, se explica, que la mayoría de los pacientes que tenga su diagnóstico ya establecido o que sean recién diagnosticados, va a existir una mayor tasa de abandono ya que los fármacos utilizados, según sus episodios y sintomatología, tienen efectos secundarios de gran relevancia como por ejemplo los estabilizadores del estado de ánimo que incluyen síntomas como, náuseas, temblores, aumento de la sed; asimismo antipsicóticos pueden incluir mareos, somnolencia y sensación de inquietud (25). Es por esto que la frecuencia de abandono de tratamiento es alta, llevando así a un deterioro de su salud mental más rápido.

La anamnesis según el artículo sobre Clínica y Etiopatogenia sobre el Trastorno Bipolar juega un papel importante para establecer un motivo de consulta claro, se debe establecer una buena anamnesis. Normalmente se la realiza de forma personal (directa) en la mayoría de los casos, mientras que en otros casos requiere de la indagación familiar para poder tener un amplio conocimiento sobre los comportamientos que puedan llegar a ser omitidos por el paciente y esto se puede complicar al momento de establecer su tratamiento eficaz (21). En el estudio que se realizó se obtuvo que 256 pacientes (69,5%) fueron de característica directa, 89 (24,2%) de forma indirecta y 23 pacientes (6,3) tuvieron una anamnesis de forma mixta.

Es esencial conocer las crisis previas que haya presentado el paciente junto a la forma de inicio de los episodios que pueda presentar ya que estos pueden desencadenar sintomatologías y episodios iguales o más severos, en el estudio que se realizó se obtuvo que en cuanto a crisis previas presentadas por la población de estudio fue, presentes en un 64,9% correspondiendo a 239 y ausentes en 129 pacientes que representan 35,1%. Por otro lado, en formas de inicio se obtuvo que la depresión estuvo presente en 129 casos (35,1%), seguido de la manía con 124 y con menor frecuencia la hipomanía en 115 casos. Según un artículo que llevó a cabo la FDA sobre el Diagnóstico y Tratamientos del Trastorno Bipolar, se indica que el estudio de la forma de inicio será de gran importancia junto con las crisis previas, porque ambos evaluaron eventos que desencadenan ciertos comportamientos o síntomas previamente no conocidos en el paciente (25).

En el artículo sobre consideraciones clínicas del Trastorno Afectivo Bipolar se establece que los motivos de consulta pueden variar según su clínica, su sintomatología y su parte psicológica afectada al entorno del paciente (11). Por eso se ha evidenciado que para el diagnóstico del trastorno bipolar es necesario llevar a cabo un protocolo al momento de empezar la anamnesis, identificando principalmente si será de carácter directo, indirecto o mixto, para así tener claro el motivo por el cual existe la consulta. Se estableció una frecuencia de motivo de consulta por manía sin episodios psicóticos y

depresión leve moderado en casi un 60%, demostrado una alta prevalencia de estos episodios (11).

Durante el periodo de estudio, se pudo obtener datos de ingresos hospitalarios, el cual nos demostró que, de 368 pacientes, 194 fueron ingresados a la unidad de psiquiatría del Hospital (53%), mientras que 173 no cumplían con los protocolos de ingreso (47%) y podían ser manejados de forma ambulatorio gracias a una buena respuesta al tratamiento. Por lo que coincide con el artículo de Actualización del Trastorno Bipolar, que la mayoría de los pacientes que presenten abandono de tratamiento tendrá una alta tasa de ingreso a la unidad psiquiátrica de la casa de salud en la que se encuentre (25).

En base a los resultados obtenidos en este estudio se pudo dictaminar que, para el tratamiento, la terapia combinada era lo mejor, sin embargo, en un artículo sobre Tratamiento del Trastorno Bipolar se mencionaba que el litio era el fármaco de elección ya que tenía mejor eficacia en los pacientes, dando así un resultado de casi 80 % de mejoría en ellos sin tener un abandono del mismo (24). Sin embargo, en nuestro estudio recolectado, el litio no se encontraba en primeras posiciones en cuanto resultados porcentuales, este ocupaba el octavo puesto con 18,5%. Sin embargo, no se descartó que este fármaco haya causado un abandono del mismo en los pacientes que lo consumían. Por otro lado, la quetiapina, el ácido valproico, sertralina y la risperidona se encontraban en primeros puestos, ya que estos fármacos eran los más elegidos en pacientes que referían en su mayoría un abandono del tratamiento.

CONCLUSIÓN

El Trastorno bipolar es una patología que se presenta con frecuencia en pacientes adultos y adultos mayores (entre los 25 y los 50 años como edad); sin embargo, los datos recolectados sobre la prevalencia del trastorno bipolar en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2021-2022 demostraron que las poblaciones más afectadas se van a encontrar en la adultez intermedia (51,28 como edad media).

El sexo femenino se pudo identificar como el factor más asociado en desarrollar trastorno bipolar, mientras que el sexo masculino se presentó una menor frecuencia durante este período de estudio.

Entre los motivos de consulta que se presentan a menudo en las consultas externa se obtuvo que la manía sin episodios psicóticos tuvo mayor frecuencia, seguido de la hipomanía, continuando con la manía con episodios psicóticos, los depresivos leves o moderados, posteriormente los episodios depresivos grave sin síntomas psicóticos, luego los episodios mixtos y presentándose con menor frecuencia los episodios depresivos graves con síntomas psicóticos.

Se pudo identificar que la frecuencia con la que hubo en el abandono de tratamiento fue de casi 198 (54%) pacientes, mientras que 163 (46%) continuaron con su medicación habitual sin problema alguno.

Este estudio demostró que el ingreso hospitalario durante el período de estudio reveló que con mayor frecuencia hubo pacientes que ingresaron a hospitalización con un porcentaje del 53% mientras que los no hospitalizados fueron en menor frecuencia dando así un 47%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Supper T. Bipolar Disorder in Adults: Clinical Features [Internet]. UpToDate. 2022. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/bipolar-disorder-in-adults-clinical-features?search=trastorno%20bipolar&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington; 2019. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
3. Trastorno Bipolar [Internet]. National Institute of Mental Health. 2022. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-bipolar/trastorno-bipolar.pdf>
4. Post RM. Bipolar Disorder in Adults: Choosing Maintenance Treatment [Internet]. UpToDate. 2023. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/bipolar-disorder-in-adults-choosing-maintenance-treatment?search=trastorno%20bipolar%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
5. Coryell W. Trastornos Bipolares [Internet]. Manual MSD Versión Para Profesionales. Manuales MSD; 2021. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-bipolares>
6. Hendrick V. Bipolar Disorder in Postpartum Women: Epidemiology, Clinical Features, Assessment, and Diagnosis [Internet]. UpToDate. 2023. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/bipolar-disorder-in-postpartum-women-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?search=TRASTORNO%20CICLOT%C3%8DMICO&source=search_result&selectedTitle=6~16&usage_type=default&display_rank=6
7. Rybakowski J. Etiopathogenesis of Bipolar Affective Disorder – the State of the Art for 2021. *Psychiatria Polska* [Internet]. 2021 Jun 30;55(3):481–96. Available from: <https://www.psychiatriapolska.pl/pdf-132961-81731?filename=Etiopathogenesis%20of.pdf>
8. Escuela de Posgrado de Psicología y Psiquiatría. ¿Qué es la hipomanía y en qué se diferencia de la manía? [Internet]. Escuela de Postgrado de Psicología y Psiquiatría. 2023. Available from: <https://eepsicologia.com/hipomania-sintomas-tratamiento-diferencia-manía/#:~:text=La%20principal%20diferencia%20entre%20la>
9. Ciclotimia (trastorno ciclotímico) - Síntomas y causas [Internet]. Mayo Clinic. 2022. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/cyclothymia/symptoms-causes/syc-20371275>
10. Stovall J. UpToDate [Internet]. UpToDate. 2023. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis>
11. Martínez Hernández O, Montalván Martínez O, Betancourt Izquierdo Y. Trastorno Bipolar. Consideraciones Clínicas Y Epidemiológicas Bipolar disorder. *Clinical and Epidemiologic Characteristics* [Internet]. SCIELO. 2019

Mar. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n2/1684-1824-rme-41-02-467.pdf>

12. Depresión (trastorno depresivo mayor) [Internet]. Mayo Clinic. 2022. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>

13. Müller JK, Leweke FM. Bipolar disorder: clinical overview. *Medizinische Monatsschrift Fur Pharmazeuten* [Internet]. 2018 Sep 1;39(9):363–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29956510/>

14. Del Favero E, Montemagni C, Bozzatello P, Brasso C, Riccardi C, Rocca P. The Management of Prodromal Symptoms of Bipolar Disorder: Available Options and Future Perspectives. *Medicina*. 2021 May 28;57(6):545.

15. Curtin S. Vital Statistics Rapid Release Provisional Numbers and Rates of Suicide by Month and Demographic Characteristics: United States, 2021 [Internet]. Vital Statistics Rapid Release. 2022 Sep. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/vsrr/vsrr024.pdf>

16. Katz IR, Rogers MP, Lew R, Thwin SS, Doros G, Ahearn E, et al. Lithium Treatment in the Prevention of Repeat Suicide-Related Outcomes in Veterans with Major Depression or Bipolar Disorder: a Randomized Clinical Trial. *National Library of Medicine* [Internet]. 2022 Jan 1;79(1):24–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34787653/>

17. Perez Á. Libro CTO de medicina y cirugía. Grupo CTO; 2022.

18. Beyer JL, Weisler RH. Suicide Behaviors in Bipolar Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* [Internet]. 2018 Mar [cited 2021 Jun 9];39(1):111–23. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0193953X15000970?via%3Dihub>

19. Tondo L, Vázquez GH, Baldessarini RJ. Prevention of Suicidal Behavior in Bipolar Disorder. *National Library of Medicine* [Internet]. 2020 Oct 27;23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33037692/>

20. Picard EH, Rosenfeld B. How Clinicians Incorporate Suicide Risk Factors Into Suicide Risk Assessment. *Crisis* [Internet]. 2020 May 19;42(2):1–7. Available from: https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000694?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

21. Trastorno Bipolar - Diagnóstico Y Tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. Mayo Clinic. 2022. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/bipolar-disorder/diagnosis-treatment/drc-20355961>

22. Rodríguez Sánchez G, Saura Antolín CA, Universitat Autònoma de Barcelona. Bases Fisiopatològiques Del Trastorno Bipolar [Internet]. *ddd.uab.cat. Dipòsit Digital de Documents de la UAB*; 2019. Available from: <https://ddd.uab.cat/record/215088>

23. Freund N, Juckel G. Bipolar Disorder: Its Etiology and How to Model in Rodents. *Methods in Molecular Biology* [Internet]. 2019;61–77. Available from: https://link.springer.com/protocol/10.1007/978-1-4939-9554-7_4

24. Vallejos C, Lopez A, Ballesteros I, Burga M, Santos P, Perez R. Bipolar Affective Disorder Update. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2020 Sep;5(9). Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms209j.pdf?fbclid=IwAR14X5r9r2E_gfhBYzEbuwu3AdRDtRtREIjsBgK0NI-idM3BZGExjPsZGc

25. Research C for DE and. Información sobre el trastorno bipolar y los tratamientos aprobados por la FDA. FDA [Internet]. 2020 Sep 9; Available from: <https://www.fda.gov/consumers/articulos-para-el-consumidor-en-espanol/informacion-sobre-el-trastorno-bipolar-y-los-tratamientos-aprobados-por-la-fda>
26. Kupka R. Rapid cycling bipolar disorder in adults: Treatment of Major depression [Internet]. UpToDate. 2023. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/rapid-cycling-bipolar-disorder-in-adults-treatment-of-major-depression?search=TERAPIA%20PSICOLOGICA%20TRASTORNO%20BIPOLAR&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
27. Dean OM, Gliddon E, Van Rheenen TE, Giorlando F, Davidson SK, Kaur M, et al. An Update on Adjunctive Treatment Options for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders* [Internet]. 2018 Jan 25;20(2):87–96. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bdi.12601>
28. Scholten A. Medicamentos para Trastorno Bipolar [Internet]. www.wnyurology.com. 2018. Available from: <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=123800>
29. González-Pinto A, Goikolea JM, Zorrilla I, Bernardo M, Arrojo M, Cunill R, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con trastorno bipolar y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias. *Adicciones* [Internet]. 2021 Jun 14; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34171104/>
30. Alda M, Manchia M. Personalized Management of Bipolar Disorder. *Neuroscience Letters* [Internet]. 2018 Mar;669:3–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304394017309783?via%3Dihub>
31. Guía Clínica De Trastorno bipolar: Manejo De Situaciones Especiales - Fistera [Internet]. Fistera. 2019 [cited 2023 Sep 7]. Available from: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/trastorno-bipolar-manejo-situaciones-especiales/>
32. Idrovo CA, Moncayo Rivera CM, Lasso León WD, Rivera Hernández PM. Prevalencia del trastorno bipolar y factores asociados en las parroquias rurales del cantón Cuenca. *Ciencia Digital*. 2020 Jan 4;4(1):349–63.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Rossy Matilde Sornoza Arias**, con C.C: #**1310316193** y **Xiu Lia Wong Ochoa**, con C.C # **0925683591** autoras del trabajo de titulación: **Prevalencia de Trastorno Bipolar en Pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo del Periodo 2021-2022** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 29 de septiembre de 2023

f. _____

Rossy Matilde Sornoza Arias.

C.C: #**1310316193**

f. _____

Xiu Lia Wong Ochoa.

C.C # **0925683591**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de Trastorno Bipolar en Pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo del Período 2021-2022		
AUTOR(ES)	Xiu Lia Wong Ochoa, Rossy Matilde Sornoza Arias		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Jimmy Daniel Martin Delgado		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	29 de septiembre de 2023	No. DE PAGINAS:	52
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psiquiatría, Estadística, Emergencia.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Trastorno bipolar, manía, hipomanía, depresión, prevalencia, suicidio, tratamiento.		

RESUMEN:

El trastorno bipolar es una condición psiquiátrica caracterizada por presentar cambios extremos del estado de ánimo en la cual el paciente puede presentar manía, hipomanía o depresión. Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional realizado en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo mediante la revisión de las historias clínicas de cada paciente. Se utilizó el sistema AS400 para obtener y analizar los casos que fueron reportados de Trastorno Bipolar durante el período 2021-2022, en la cual 368 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y formaron parte del universo de investigación. De los 368 pacientes usados para el estudio, el 53,8% pertenecen al sexo femenino y el 46,2% al sexo masculino; de esta población el 54% de los pacientes abandonaron el tratamiento, dando así un aumento a la frecuencia de crisis previas. Dentro de los motivos de consulta 94 pacientes (25,5%) presentaron manía sin episodios psicóticos siendo el principal motivo por el cual acudieron al Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Acorde a los 368 pacientes, se pudo observar que más de la mitad fueron hospitalizados, dando un total de 194 pacientes, representando el 53%.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-997751312 +593-997193849	E-mail: xiu.wong@cu.ucsg.edu.ec rossy.sornoza@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio	
	Teléfono: +593-4+593982742221	
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	