



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE MEDICINA

**PREVALENCIA DE TRASTORNO BIPOLAR I Y
II EN ADULTOS DEL CENTRO DE REPOSO Y
ADICCIONES DE CUENCA**

*Trabajo de Graduación previo a la obtención de
Título de Médico*

Autores:

**Johanna Elizabeth Paredes Sánchez
Juan Diego Vintimilla Sarmiento**

Directora:

Dra. Fanny Sarmiento

Asesor:

Dr. Fray Martínez

Cuenca – Ecuador
2011

DEDICATORIA

A nuestras familias, quienes en todo momento apoyaron y fomentaron la ejecución de este trabajo, y son los pilares fundamentales para la consecución de este nuevo logro en nuestras vidas.

A todas las personas afectadas por trastornos mentales; esperamos que esta tarea sea un paso más hacia la búsqueda de respuestas en pro de su rehabilitación.

AGRADECIMIENTOS

Nuestra gratitud hacia la Dra. Fanny Sarmiento, directora del proyecto, quien nos supo guiar hacia su realización y pudo facilitarnos el levantamiento de datos. De igual manera al Centro de Reposo y Adicciones (CRA) y su personal por la acogida a esta propuesta.

También queremos dejar constancia de la enorme colaboración en la asesoría metodológica brindada por el Dr. Fray Martínez Reyes, y a la Dra. María Elena Cazar en la parte estadística.

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de Contenidos	iv
Índice de Gráficos y Tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	1
Capítulo 1: Generalidades del Trastorno Bipolar	3
1.1 Historia	3
1.2 Epidemiología	4
1.3 Patogenia	4
1.4 Causas	5
1.5 Diagnóstico	6
1.6 Tratamiento	11
Capítulo 2: Metodología del estudio	12
Capítulo 3: Resultados del estudio	14
Capítulo 4: Discusión, conclusiones y recomendaciones	19
4.1 Discusión de resultados	19
4.2 Conclusiones y recomendaciones	21
Referencias Bibliográficas	22
Anexos	25
Anexo 1: Escala de Evaluación de actividad global (EEAG)	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla N°1: Sexo y edad de 94 pacientes con trastorno bipolar, atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre de 2010	14
Tabla N°2: Sexo y presentación de episodio de trastorno de ánimo de 94 pacientes con trastorno bipolar, atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre de 2010	15
Tabla N°3: Sexo y presentación de episodio de trastorno de ánimo de 94 pacientes con trastorno bipolar, atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre de 2010	16
Tabla N°4: Caracterización por procedencia, instrucción, ocupación y episodio de trastorno de ánimo de 94 pacientes con trastorno bipolar, atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre de 2010	16
Gráfico N°1: Frecuencia de trastorno de ánimo de 94 pacientes con trastorno bipolar atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre de 2010	15
Gráfico N°2: Frecuencia de complicaciones de 94 pacientes con trastorno bipolar atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre de 2010	18

RESUMEN

Contexto: el Trastorno Bipolar es una de las enfermedades mentales más comunes, severas, persistentes, y frecuentemente subdiagnosticada, sin embargo en nuestro medio no existen estudios sobre su real impacto.

Objetivos: determinar la prevalencia del Trastorno Bipolar tipos I y II en adultos entre 18-65 años en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) de Cuenca, Ecuador, durante el período desde enero a diciembre de 2010, al tiempo que se caracterizan las variables demográficas y del diagnóstico multiaxial psiquiátrico, enfocándonos en los pacientes que requieren intervención temprana.

Métodos: es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo en un universo de 5026 pacientes, de quienes 94 cumplieron los criterios de inclusión, utilizando como herramienta de evaluación su historia clínica psiquiátrica.

Resultados: la prevalencia del problema fue del 1.87%, correspondiendo el 1.85% al tipo I y el 0.02% al tipo II, siendo el episodio maníaco su principal forma de presentación en el 68.1% de los casos.

Resultados secundarios: existe preponderancia del sexo femenino, entre los 30-50 años, con algún nivel de instrucción y de procedencia urbana. No se observó asociaciones con trastorno de uso de sustancias, de personalidad o enfermedades médicas, pero la mayoría tienen deteriorada su actividad global.

Conclusiones: esta forma de trastorno de ánimo representa una carga importante en la atención brindada por el centro estudiado y sus complicaciones pueden ser catastróficas. Es necesario realizar nuevas investigaciones sobre el tema para obtener información de los antecedentes y estimar su presencia en la comunidad.

Palabras clave: trastorno bipolar; prevalencia; diagnóstico multiaxial

ABSTRACT

Background: Bipolar Disorder is one of the most common, severe, persistent, and frequently underdiagnosed mental illnesses, however in our setting there are no studies about its real impact.

Objectives: To determine prevalence of Bipolar Disorder types I and II in adults between 18-65 years old at *Centro de Reposo y Adicciones* (CRA) of Cuenca, Ecuador, during January to December of 2010, at the same time they are characterized by demographic variables and psychiatric multiaxial diagnosis, focusing on patients that require early intervention.

Methods: This is a descriptive retrospective study developed with a universe of 5,026 patients. Using the psychiatric medical record as an assessment tool, 94 patients matched the inclusion criteria.

Results: The prevalence of problem reached 1.87%, 1.85% corresponded to type I and 0.02% to type II, being manic episode its main form of presentation in 68.1% of cases.

Secondary Results: There is preponderance of female cases, between 30-50 years, with some level of instruction and from urban origin to exhibit disorder criteria. No associations were observed with substance use and personality disorders or medical illnesses, although most of the patients have their global activity damaged.

Conclusions: This form of mood disorder represents an important burden in the attention offered by the studied center and its complications can be catastrophic. It is necessary to make new investigations more deep about this topic to obtain new information concerning patients' history and to estimate its presence on community.

Key words: bipolar disorder; prevalence; multiaxial diagnosis

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Bipolar es una de las enfermedades mentales más comunes, severas, persistentes, y frecuentemente subdiagnosticada.¹ La prevalencia estimada en Estados Unidos es del 1.5%.² Los estimados de prevalencia de vida, definida como el número de individuos de una población estadística que en algún momento de su vida (hasta el momento de la evaluación) han experimentado un “caso” en comparación con el número total de individuos,³ se calculan entre 0.1 a 2.0%.⁴

Se caracteriza por episodios alternados de manía y depresión,² razón por la cual es un factor de riesgo mayor para el intento de suicidio, ya que el 25-50% de estos individuos lo realizan,⁵ mientras el 11% llegan a consumarlo;¹ por otro lado, 60% de los pacientes bipolares demuestran abuso o dependencia de sustancias, de quienes 46% ingiere alcohol y 41% utiliza marihuana, cocaína, opioides, barbitúricos u otros alucinógenos.⁵

El inicio de esta afectación psiquiátrica es variable, con una edad media de 21 años, presentando dos picos: el primero entre los 15-19 y el otro entre los 20- 24 años.¹ La presentación es similar en ambos sexos para el trastorno bipolar tipo I, en tanto que para el tipo II la preponderancia es del sexo femenino.¹ la carga de morbilidad de este trastorno se sitúa en 0.85% del total de enfermedades, y entre las neuropsiquiátricas posee el 4.70% en Latinoamérica y el Caribe.⁴ Todas las aproximaciones estadísticas fueron obtenidas de literatura extranjera.

La determinación de su prevalencia servirá para el establecimiento de probabilidades *pretest* en el diagnóstico tanto en consulta externa como en hospitalización de nuevos casos, de igual manera en estudios futuros, para la planeación de servicios dentro del centro citado, obtención de la estimación local del impacto de esta enfermedad y como acercamiento a la prevención de la enfermedad.

El objetivo general del presente trabajo fue establecer la prevalencia del Trastorno Bipolar tipo I y II en adultos entre 18 a 65 años en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) de Cuenca, Ecuador, durante el período comprendido entre enero y diciembre

de 2010. Para lograrlo, se había formulado metas específicas entre las cuales se dispuso:

1. Caracterizar a la población afectada de acuerdo a la edad, el sexo, ocupación, instrucción, procedencia y residencia.
2. Identificar las variables del Diagnóstico Multiaxial psiquiátrico de mayor frecuencia.
3. Establecer las características de la población que requiere intervención temprana para la prevención de las consecuencias más graves de la bipolaridad.

Capítulo 1: Generalidades del Trastorno Bipolar

1.1 Historia ⁶

Desde la Antigüedad, aunque se veía una relación entre los episodios de manía y los de melancolía, se las consideraba como enfermedades distintas, independientes, alternantes y como complicaciones la una de la otra. Las primeras descripciones sistemáticas que incorporaron a la depresión y a la manía dentro de una misma entidad clínica corresponden a Areteo de Capadocia en el siglo II D.C. quien describió con detalle todas las fases de la manía y sus brillantes observaciones se olvidaron dos mil años hasta redescubrirlas en el siglo XIX.

Posteriormente, durante el siglo XIX, varios médicos franceses realizaron las primeras descripciones detalladas como la *Folie Circulaire* (“Locura circular”) de Jean Pierre Falret (1794-1870) caracterizada por la sucesión regular de manía, melancolía y un intervalo lúcido. Se estableció una relación entre depresión y suicidio, además de encontrar la enfermedad en ciertas familias, reconociendo la participación genética en su transmisión. De igual manera el francés Jules Baillarger (1809-1890) describe la *Folie a double forme* (“Locura de doble forma”) caracterizada por la sucesión de dos períodos, uno de excitación y otro de depresión, registrándose por primera vez en la historia de la medicina el concepto moderno de lo que actualmente entendemos por trastorno afectivo bipolar como entidad independiente.

Sin embargo, fue Emil Kraepelin (1856-1926) quién delimitó con precisión las fronteras de la enfermedad, agrupando todas las formas de manía y depresión en una única entidad que denominó psicosis maniaco-depresiva, diferenciándola de la *dementia praecox*, lo cual hoy conocemos como esquizofrenia, al aseverar el pronóstico benigno de la primera entidad y argumentando el carácter hereditario del trastorno bipolar en clara concordancia con lo propuesto por sus predecesores franceses, ya que en ese momento los trastornos afectivos eran conceptualmente entendidos como un “continuum” dentro de un mismo cuadro clínico.

En la segunda mitad del siglo XX, Karl Leonhard (1904-1988) y otros autores propusieron la existencia de dos enfermedades diferentes: los trastornos afectivos unipolares y los trastornos afectivos bipolares, cuyos aportes se han consolidado hasta nuestros días. Durante los últimos años, el advenimiento de sistemas clasificatorios diagnósticos internacionales y estandarizados, ha puesto énfasis en la comprensión de los trastornos afectivos unipolares y bipolares como dos entidades diferenciables en su presentación clínica y curso evolutivo.

En 1952 surge la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Se trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de ofrecer descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. El DSM-I surgió como variante de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 6a edición (CIE-6). Pues bien, en esta edición por primera vez la CIE incluyó un apartado sobre trastornos mentales. Debido a la investigación se han ido generando nuevas versiones de cada uno. Actualmente el DSM ha publicado la versión revisada DSM-IV- TR (2000) y la CIE utiliza la versión CIE-10 (1994).

1.2 Epidemiología

La prevalencia de por vida del trastorno en Estados Unidos va del 1 al 1.6%, con diferencias entre los tipos I (1%), II (1.1%), y subumbrales (2.4-4.7%) Internacionalmente, se ha calculado una prevalencia del 0.3 al 1.5%, con preferencia del tipo I por las mujeres, sin diferencias en el tipo II y sin predilección racial.⁷ La severidad sintomática es mayor en los episodios depresivos (74%) que en los maníacos (50.9%), por lo cual existe una grave afección de la escala de actividad global.

1.3 Patogenia

Aproximadamente, el 50% de pacientes con enfermedad bipolar tienen historia familiar del trastorno, y en algunas familias conocidas como familiares múltiples (*multiplex families*) existen varios miembros en diversas generaciones.⁸ Esta

enfermedad es un trastorno genético complejo ⁹ pero afortunadamente existen asociaciones con dos genes en una muestra de 4387 casos y 6209 controles, los cuales son ANK3 (ankirina 3) y CACNA1C (subunidad alfa 1C de los canales de calcio activados por voltaje tipo L).¹⁰ El primero es una proteína adaptadora del segmento inicial del axón que se asemeja a los canales de sodio activados por voltaje.¹¹ Otros genes involucrados son el gen del primer intrón de diacil-glicerol eta (DGKH), el cual es una proteína clave en la vía de fosfatidil inositol sensible a litio.¹²

Hallazgos de los estudios postmórtem de expresión genética de tejido cerebral han dejado ver que los niveles de expresión de oligodendrocitos y mielina parecen estar disminuido en personas con enfermedad bipolar versus los controles.⁷ Existen reportes del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de estudios del genoma en los que se demuestra que la enfermedad bipolar y la esquizofrenia comparten genes susceptibles del cromosoma 6, explicando de alguna forma la relación entre los estresores ambientales de ambas enfermedades.¹³ Otros mecanismos del trastorno bipolar podrían ser pequeñas lesiones neurológicas periódicas provocadas por abuso de drogas, estimulación excesiva por parte de glucocorticoides secretados en situaciones estresantes, y otros factores, los cuales resultarán eventualmente en manía.¹⁴

1.4 Causas

Existen numerosas etiologías explicables para la génesis de esta enfermedad, entre ellas bioquímicas, psicodinámicas y ambientales. Se encontraron estudios en los cuales el neurotransmisor glutamato se cuantificaba incrementado en los lóbulos frontales de cerebros de pacientes en necropsias.¹⁵ Asimismo, los episodios maniacos pueden ser autoinducidos al abusar de antidepresivos tricíclicos, como se describe en un caso de combinación de alcohol y dosulepina.¹⁶ Dentro de las causas ambientales, se halló al embarazo como causa de psicosis posparto en mujeres con historia de trastorno bipolar.¹⁷ Del mismo modo, existe evidencia sugerente acerca del primer episodio de la enfermedad correlacionado con un evento estresante de la vida, el cual podría ser la primera relación amorosa del paciente.⁸

Una de las incógnitas más difíciles de contestar y más apasionantes en esta enfermedad es el cambio de ánimo que caracteriza al trastorno, por lo cual se han diferenciado intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, resaltándose a la privación de sueño, los corticoesteroides exógenos y los agonistas dopaminérgicos, cada uno con mecanismos de acción diferentes; se reafirma al uso de antidepresivos tricíclicos como peligrosos en estos cambios de ánimo con menor riesgo para los otros tipos de antidepresivos.¹⁸

1.5 Diagnóstico

Para diagnosticar el trastorno bipolar I se requiere la presencia de un episodio maníaco de duración mínima de una semana que conduzca a hospitalización o alteraciones significativas en el funcionamiento laboral o social y no debe ser causado por otra enfermedad médica o abuso de sustancias, lo cual está especificado por los criterios del DSM-IV-TR. Sin embargo, la sintomatología mixta suele representar un dilema por su frecuencia tan común, sin establecerse si este estado es diferente, parte de la enfermedad o una fase transicional entre un episodio maníaco hacia un episodio depresivo mayor.¹⁹ Aún para los pacientes diagnosticados con este trastorno, el lapso entre la primera consulta para tratamiento y el diagnóstico correcto es de 10 años; el porcentaje de diagnóstico acertado utilizando los criterios del DSM-IV-TR es 32.6%, con subdiagnósticos que alcanzan el 21.9%.²⁰ Los trastornos de ánimo considerados son:

1. Episodio maniaco:²⁵
 - A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
 - B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).

3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
5. Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.
7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad medica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

2. Episodio depresivo mayor : ²⁵

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1) estado de ánimo depresivo, o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

3. Episodio mixto:²⁵

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

4. Episodio Hipomaníaco:²⁵

A. Alcanzan 4 días de alteración del ánimo.

B. Igual a manía.

- C. Episodio asociado a cambio inequívoco de la actividad que no es característica del sujeto cuando está asintomático.
- D. Las alteraciones del estado de ánimo y cambio de actividades son observadas por los demás.
- E. No es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o social importante, o para necesitar hospitalización,
- F. No es debido a sustancias, tratamientos o enfermedad médica.

Al examen físico, se debe utilizar el examen del estado mental para encontrar hallazgos significativos de apariencia, ánimo, pensamiento, percepción, juicio, introspección e ideaciones suicidas o destructivas. Se analizó un artículo en el cual se trataba de reconocer las emociones faciales de enfermos bipolares según la fase por la que atravesaban, concluyéndose que existía una alteración en este reconocimiento porque quienes se encontraban en un episodio maníaco no distinguían el temor del disgusto, pero estas diferencias son más notorias que en sujetos depresivos y esquizofrénicos.²¹ Sin embargo, siempre es importante enfocarse en el estado de salud integral del paciente debido a la alta incidencia de comorbilidades endócrinas, cardiovasculares y obesidad, las cuales deben tomarse muy en cuenta al momento de prescribir medicación.¹⁴

No existen pruebas complementarias de laboratorio que apoyen el diagnóstico del trastorno bipolar; sin embargo, se ha tratado de encontrar desequilibrios de los neurotransmisores noradrenalina, serotonina y dopamina en muestras de orina y líquido cefalorraquídeo pero sin resultados reproducibles.⁸ Los exámenes de laboratorio son esenciales por los fármacos a ser administrados, en vista de que el litio requiere al sistema genitourinario intacto y los anticonvulsivos pueden deprimir la médula ósea, del mismo modo que se requiere descartar los diagnósticos diferenciales, por lo que es indispensable realizar biometría, VSG, glucosa en ayunas, electrolitos, calcio sérico, estudios tiroideos, tamizaje de alcohol y otras sustancias, niveles urinarios de cobre, anticuerpos antinucleares, HIV y VDRL.¹

Se han realizado estudios imagenológicos tales como resonancia magnética nuclear (RMN) y tomografía por emisión de positrones (PET) en pacientes con depresión bipolar familiar, donde se ha demostrado disminución de materia gris y del flujo

sanguíneo en la corteza prefrontal subgenua (área 25 de Brodmann), lo cual clínicamente se expresa como una respuesta emocional anormal a los estímulos sociales.²² Adicionalmente, en la materia blanca se ha hallado alteraciones de desconexión entre la corteza cingulada pregenuada anterior y la amígdala que corresponden a alteraciones anatómicas macroscópicas descritas postmórtem.²³

1.6 Tratamiento²⁴

La monoterapia es una forma de tratamiento con efectividad intermedia, ya que comparada con el placebo tiene respuesta sintomatológica del 45-60% Vs. 30%. El otro abordaje es la “polifarmacia racional” en el cual se combinan estabilizadores del ánimo, antipsicóticos, antidepresivos y benzodiazepinas. Los estabilizadores del ánimo aprobados por la FDA son litio, divalproex, carbamazepina y lamotrigina, mientras que los antipsicóticos atípicos son olanzapina, aripiprazol, clorpromazina, risperidona, quetiapina y ziprasidona. Los antidepresivos siempre deben ser utilizados en combinación con los fármacos anteriormente citados, principalmente se aprueba el uso de flouxetina. Siempre es necesario estar atentos a los efectos adversos como nefrotoxicidad, neurotoxicidad, mielosupresión, hepatitis, pancreatitis, entre otros a rasgos generales.

La administración de estabilizadores del ánimo a ratas ha demostrado reducir a la baja la producción de ácido araquidónico en fosfolípidos cerebrales, formación de PGE₂ y/o la expresión de enzimas de la cascada del ácido araquidónico, lo cual corresponde a la inhibición de la neurotransmisión por ácido araquidónico vía receptores D₂ y NMDA glutamatérgicos sugiriendo a este ácido graso como objetivo de estos fármacos en el tratamiento de la manía. Los antidepresivos, por el contrario, regulan a la alta la expresión de ácido araquidónico.

Capítulo 2: Metodología del estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo para establecer la prevalencia del trastorno bipolar durante los meses de enero a diciembre del 2010, entre los pacientes que acudieron al CRA obteniéndose un universo de 5026 pacientes. El instrumento de evaluación fue la historia clínica psiquiátrica se partió del registro de atenciones del departamento de estadística del CRA, se incluyeron aquellas historias clínicas de pacientes entre 18 a 65 años de edad, de ambos géneros, que cumplieron con los criterios del DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría, validos desde 1994.

Los criterios de exclusión fueron cualquier persona que no cumpla con los criterios de inclusión, o cuyos episodios descritos sean producto directo de una enfermedad médica, tratamiento de ésta o abuso de sustancias; el diagnóstico de trastorno por utilización de sustancias es una comorbilidad y estos pacientes estarán contenidos en la muestra. Posteriormente, elegimos a 102 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, de quienes finalmente excluimos a 8 por no encontrarse dentro del rango establecido de edad, por lo tanto la muestra (n) final fue de 94 fichas.

Se utilizo como código el número de historia clínica correspondiente a cada paciente y se procedió a la construcción de una base de datos usando la aplicación *Microsoft Office Excel 2007*, de acuerdo a las variables en concordancia con el Diagnóstico Multiaxial psiquiátrico.

Las enfermedades médicas (Eje III) integran las alteraciones actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto; estos estados están clasificados fuera del capítulo “Trastornos mentales” de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^{ma} edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Un problema psicosocial o ambiental (Eje IV) puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona; los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, se harán constar si constituyen un

problema o conducen a él, como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a una situación nueva. La EEAG (Eje V) se define como la opinión del especialista acerca del nivel general de actividad del sujeto, lo cual indica la severidad de los trastornos que sufre el paciente, cuya puntuación va de 0 a 100, teniendo en cuenta que 0 indica “Información Inadecuada”, 1 significa “Muerte” del paciente, ascendiendo hasta 100 señalando “Actividad satisfactoria”.^{25, 26}

A continuación, para dar cumplimiento los objetivos propuestos se procedió a trasladar esta base de datos hacia el programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), en el cual se procesó la información para obtener diferentes medidas de frecuencia expresadas en valores numéricos, porcentajes y desviaciones estándar según lo aplicable a cada resultado.

Se procedió a informar a las autoridades del CRA sobre la investigación a realizarse, para obtener el consentimiento y proceder al levantamiento de los datos. No se consideró necesario obtener el consentimiento informado de los participantes, pero se aseguró la confidencialidad de la información asentada en sus historias clínicas, principalmente protegiendo los nombres y cualquier otro dato de carácter privado.

Capítulo 3: Resultados del estudio

La prevalencia de trastorno bipolar en el CRA de Cuenca durante el período de enero a diciembre del año 2010 resultó ser del 1.87%. Al distinguir el tipo I obtuvimos una prevalencia de 1.85%, mientras que para el tipo II es de 0.02%. La distribución según edad y sexo fue (Tabla N°1):

Tabla N°1: Sexo y edad de 94 pacientes con trastorno bipolar, atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre de 2010.

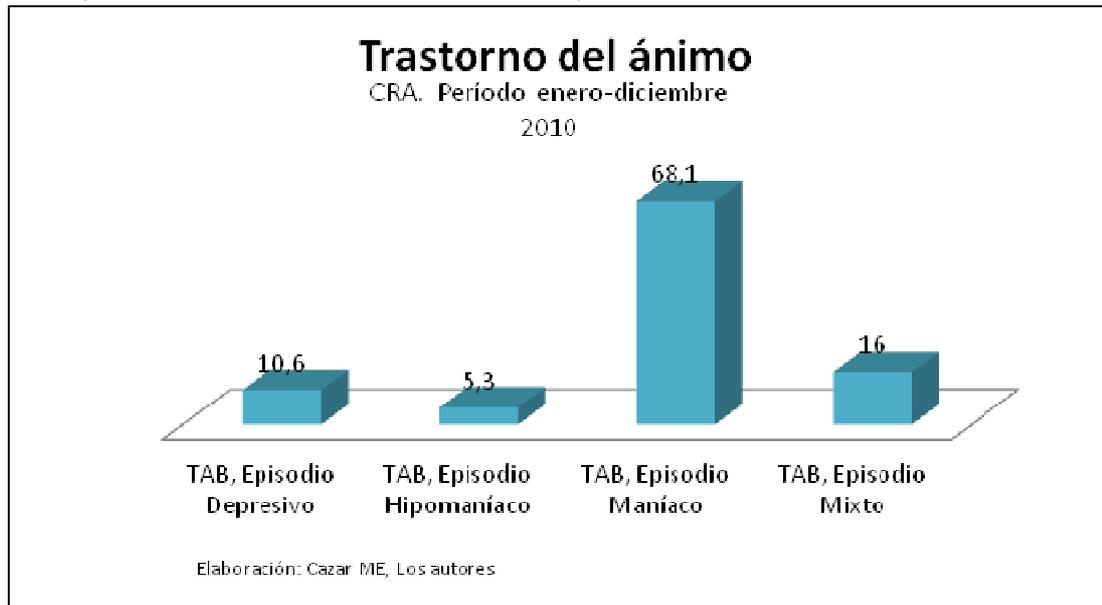
Edad en años	SEXO		TOTAL			
	F	M	F	M		
18-23	5	5,3	5	5,3	10	10,6
24-29	7	7,4	4	4,3	11	11,7
30-35	8	8,5	11	11,7	19	20,2
36-41	13	13,8	3	3,2	16	17,0
42-47	7	7,4	4	4,3	11	11,7
48-53	7	7,4	3	3,2	10	10,6
54-59	7	7,4	2	2,1	9	9,6
60-65	5	5,3	3	3,2	8	8,5
TOTAL	59	62,8	35	37,2	94	100,0

Fuente: historias clínicas del CRA

Elaborado por: Los autores

De acuerdo a la presentación del cuadro y a los criterios de inclusión previamente establecidos, los episodios maníacos constituyen la forma más frecuente de las ocasiones (Gráfico N°1).

Gráfico N°1: Frecuencia de trastorno de ánimo de 94 pacientes con trastorno bipolar, atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre de 2010.



Existen diferencias de acuerdo a la edad (Tabla N°2) y sexo (Tabla N°3).

Tabla N°2: Sexo y presentación de episodio de trastorno de ánimo de 94 pacientes con trastorno bipolar, atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre de 2010.

Edad en años	TRASTORNO								TOTAL	
	TAB, Episodio Depresivo		TAB, Episodio Hipomaniaco		TAB, Episodio Maniaco		TAB, Episodio Mixto			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
18-23	3	3,2	1	1,1	4	4,3	2	2,1	10	10,6
24-29	2	2,1	0	0,0	6	6,4	3	3,2	11	11,7
30-35	1	1,1	1	1,1	14	14,9	3	3,2	19	20,2
36-41	2	2,1	0	0,0	12	12,8	2	2,1	16	17,0
42-47	1	1,1	0	0,0	8	8,5	2	2,1	11	11,7
48-53	0	0,0	1	1,1	8	8,5	1	1,1	10	10,6
54-59	1	1,1	2	2,1	5	5,3	1	1,1	9	9,6
60-65	0	0,0	0	0,0	7	7,4	1	1,1	8	8,5
TOTAL	10	10,6	5	5,3	64	68,1	15	16,0	94	100,0

Fuente: historias clínicas del CRA

Elaborado por: Los autores

Se obtuvo una media aritmética de edad de 39.2 años. Igualmente, se encontró una distribución bimodal de la población con dos picos, el primero entre los 25.8 hasta los 33.7 años de edad, y el segundo entre los 49.3 hasta los 57.2 años. La desviación de la media de la curva fue de ± 12.63 años. La población adulta y joven, y el episodio maniaco, son notorios en la información presentada.

Tabla N°3: Sexo y presentación de episodio de trastorno de ánimo de 94 pacientes con trastorno bipolar, atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre de 2010.

TRASTORNO	SEXO					
	F		M		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
TAB, Episodio Depresivo	5	5,3	5	5,3	10	10,6
TAB, Episodio Hipomaniaco	3	3,2	2	2,1	5	5,3
TAB, Episodio Maniaco	42	44,7	22	23,4	64	68,1
TAB, Episodio Mixto	9	9,6	6	6,4	15	16,0
TOTAL	59	62,8	35	37,2	94	100,0

Fuente: historias clínicas del CRA

Elaborado por: Los autores

Otras variables demográficas observadas se agrupan en la siguiente tabla (Tabla N°4):

Tabla N°4: Caracterización por procedencia, instrucción, ocupación y episodio de trastorno de ánimo de 94 pacientes con trastorno bipolar, atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre

CARACTERÍSTICA	TRASTORNO								TOTAL	
	TAB, Episodio Depresivo		TAB, Episodio Hipomaniaco		TAB, Episodio Maniaco		TAB, Episodio Mixto		Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
PROCENDENCIA										
Rural	2	2,1	2	2,1	11	11,7	4	4,3	19	20,2
Urbana	8	8,5	3	3,2	53	56,4	11	11,7	75	79,8
Total	10	10,6	5	5,3	64	68,1	15	16,0	94	100,0
INSTRUCCIÓN										
Analfabeta	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	1,1
Primaria	4	4,3	2	2,1	20	21,3	4	4,3	30	31,9
Secundaria	3	3,2	2	2,1	28	29,8	4	4,3	37	39,4
Superior	3	3,2	1	1,1	15	16,0	7	7,4	26	27,7
Total	10	10,6	5	5,3	64	68,1	15	16,0	94	100,0
OCUPACIÓN										
Desempleados	2	2,1	2	2,1	10	10,6	4	4,3	18	19,1
Estudiante	2	2,1	0	0,0	4	4,3	2	2,1	8	8,5
No profesionales	5	5,3	1	1,1	21	22,3	4	4,3	31	33,0
Profesionales	0	0,0	1	1,1	11	11,7	4	4,3	16	17,0
Quehaceres domésticos	1	1,1	1	1,1	18	19,1	1	1,1	21	22,3
Total	10	10,6	5	5,3	64	68,1	15	16,0	94	100,0

Fuente: historias clínicas del CRA

Elaborado por: Los autores

Quienes viven en la zona urbana, tienen un nivel de educación intermedio y no son profesionales, se notan como más susceptibles de ser afectados. Una situación especial es la que se da con las mujeres que son quienes generalmente se dedican a

los quehaceres domésticos, señalando que entre el grupo dedicado a esta actividad se encontró un hombre que también padece trastorno bipolar, último episodio maníaco.

Los pacientes incluidos en la muestra residen principalmente en la provincia del Azuay (66%, Frec.=62), seguidos por aquellos de Cañar (12.8%, Frec.=12), El Oro (11.7%, Frec.=11) y Loja (7.4%, Frec.=7). También existe una minoría de participantes cuyo domicilio se ubica en Guayas (1.1%, Frec.=1) y Morona Santiago (1.1%, Frec.=1).

Las enfermedades encasillables dentro del Eje I del diagnóstico multiaxial psiquiátrico son poco frecuentes, debido a que solo un paciente reportó trastorno de dependencia de alcohol (1.06%). En cuanto al Eje II, no se encontraron pacientes con retraso mental concomitante y el 44.7% (Frec.=42) no tienen diagnóstico de trastorno de personalidad; no obstante, existen personas con alteraciones de rasgos combinados (13.8%, Frec.=13) y de tipos paranoide (9.6%, Frec.=9), dependiente (6.4%, Frec.=6), esquizoide (3.2%, Frec.=3), evitativa (3.2%, Frec.=3), obsesiva compulsiva o anacástica (2.1%, Frec.=2), límite (2.1%, Frec.=2) e histriónica (1.1%, Frec.=1). Cabe destacar que en varias fichas estudiadas dentro de este parámetro se incluía al trastorno ciclotímico, lo cual representa al 13.8% de pacientes (Frec.=13).

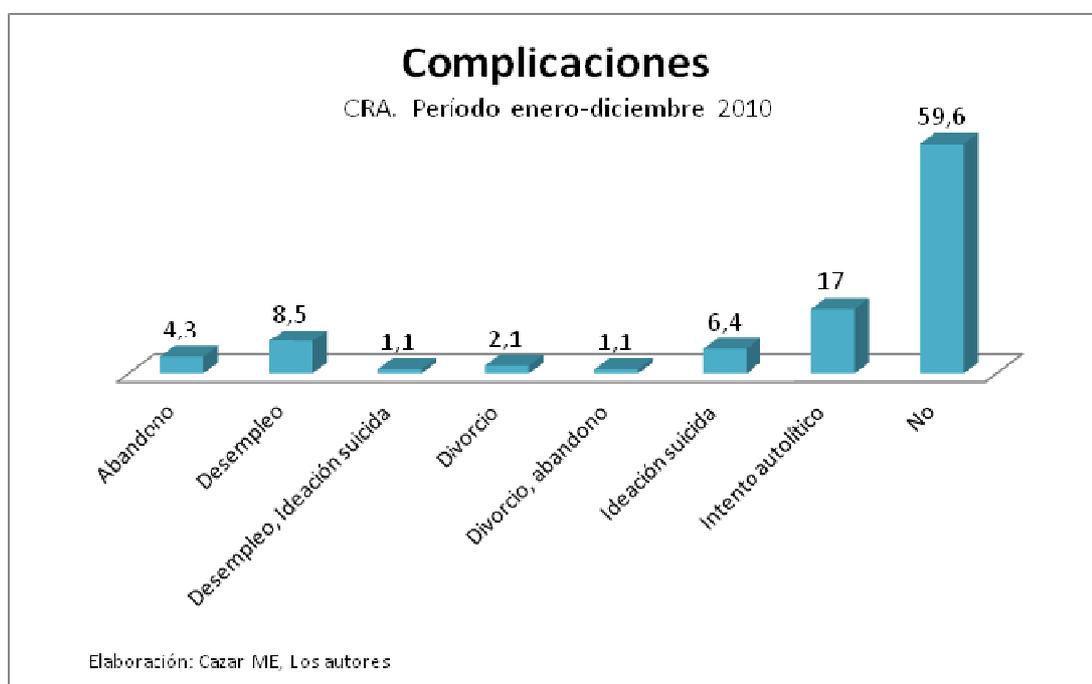
La condición médica más usual dentro del Eje III fue la hipertensión arterial en el 7.4% de personas (Frec.=7), además de notar pacientes en estudio de organicidad mediante el test de Bender y con alteraciones electroencefalográficas (3.2%, Frec.=3). Otras comorbilidades somáticas fueron diabetes mellitus, hipotiroidismo, desnutrición, obesidad, carcinoma tiroideo, comunicación interauricular y síndrome anémico, cada una con el 1.1% (Frec.=1), en total 7 pacientes. El restante 81.9% de individuos (Frec.=77) no presentaban patologías orgánicas.

El deterioro global fue un dato muy importante documentado en las historias clínicas de los pacientes bipolares atendidos en el CRA durante el año 2010, ya que representa el 68.1% de los casos (Frec.=64). El restante se distribuye entre detrimentos puntuales de aspectos familiares, sociales, laborales, económicos, legales, o combinaciones entre ellos.

El quinto eje correspondiente a la EEAG indica que el 29.8% de los pacientes (Frec.=28) presenta una puntuación de 40 durante su evaluación, seguido muy de cerca por aquellos individuos con puntaje de 30 (26.6%, Frec.=25), para luego encontrar apreciaciones de 50 (19.1%, Frec.=18), 70 (11.7%, Frec.=11), 60 (8.5%, Frec.=8), 20 (2.1%, Frec.=2), 80 (1.1%, Frec.=1) y 10 (1.1%, Frec.=1).

Las complicaciones más frecuentemente encontradas en las fichas clínicas son (Gráfico N°2):

Gráfico N°2: Frecuencia de complicaciones de 94 pacientes con trastorno bipolar, atendidos en el CRA durante el periodo enero – diciembre de 2010.



Capítulo 4: Discusión, conclusiones y recomendaciones

4.1 Discusión de resultados

La prevalencia del trastorno bipolar se encuentra entre los rangos observados en otros centros de atención, y también se los puede cotejar con los datos de la población general, pero esto carecería de validez externa por el método del estudio. Del mismo modo, la presentación de la enfermedad más común en el centro escogido para la investigación es un episodio maníaco, aunque esto contrasta con la información extranjera donde se cita que los episodios depresivos pueden ser hasta tres veces más comunes.²⁴

La preponderancia de género es femenina en más de la mitad de los casos, independientemente del tipo de trastorno bipolar observado, porque solamente un paciente cumplía con los criterios específicos para trastorno bipolar tipo II, conservando la aparición de un episodio maníaco como la forma más usual de manifestación.^{1,5} Dentro de los grupos étnicos examinados, encontramos variabilidad discordante con la bibliografía consultada en la cual los picos de la enfermedad son más tempranos, no obstante se mantiene siempre una distribución bimodal previamente expuesta en el contenido de los resultados.

Los datos de procedencia nos indican una mayor propensión hacia los sitios urbanos, del mismo modo que la residencia de los participantes prioritariamente corresponde al Azuay, dado que la investigación se realizó en un centro ubicado en la ciudad de Cuenca en su perímetro urbano, y al ser éste un hospital de referencia las otras provincias representan una minoría de casos, por lo cual no reflejan la realidad propia de cada sector.

El nivel de instrucción no muestra diferencias significativas entre grupos, a excepción de los pacientes analfabetos, sugiriendo que la mayoría de personas afectadas por el trastorno en cuestión por lo menos ha completado exitosamente un peldaño de formación académica. Las diferencias en el campo ocupacional no son significativas, pero las personas con empleos de tipo no profesional se verán más afectadas, principalmente con la aparición de episodios maníacos, al tiempo que la

desocupación también será frecuente pero es necesario correlacionar estos hallazgos con estudios previos a la presentación de episodios para distinguir si son anteriores o complicaciones de la enfermedad bipolar.

Si bien la literatura nos indica que aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes tienen una enfermedad mental sobreañadida al diagnóstico de trastorno bipolar,²⁷ durante la observación realizada no se corroboró esta afirmación, dado que igualmente solo un paciente presentó trastorno por dependencia de alcohol, pese a que se recabó evidencia que asocia una mayor frecuencia de síntomas psicóticos asociados al consumo de cigarrillo.²⁸

Por otro lado, no se logró documentar una relación clara del trastorno en cuestión con tipos de personalidad específica, concordando con anteriores estudios sobre el tema,²⁹ ya sea por ausencia de esta afección, combinación de rasgos entre grupos o por catalogar a la ciclotimia como parte del Eje II, debido a que esta última se constituye como un trastorno del ánimo y es una variación del trastorno bipolar.

En general, los pacientes bipolares no presentan afecciones orgánicas, pero hemos hallado que la comorbilidad médica más frecuente es la hipertensión arterial, presentándose desde un mínimo de edad de 27 años, mientras otras son una proporción significativamente menor. Los problemas psicosociales y ambientales se han visto reflejados en un deterioro global de los sujetos analizados, abarcando dificultades familiares, sociales, laborales, económicas y hasta, en casos específicos, legales, que van estrechamente relacionados con una baja escala de actividad cuyo pico de puntaje fue 40 con un rango desde 30 a 50, traduciéndose como alteraciones relevantes en la calidad de vida de los pacientes, llegando incluso a disociarlos de la realidad.

Aunque más de la mitad de enfermos no presentó complicaciones asociadas, las ideas suicidas y su intento siguen siendo un riesgo importante para esta población, pero en menor medida a lo establecido por otras fuentes,⁵ siendo también imperativo citar que ningún individuo de la muestra llegó a consumir estos actos; la asociación con la desocupación refleja la severidad del problema mental, pero no podemos determinar claramente si esto influirá directamente en la aparición de pensamientos

autodestructivos o provoca la pérdida de empleo. Por lo tanto, la detección precoz de síntomas sugerentes de los episodios enumerados en este texto debe ser prioritaria.

4.2 Conclusiones y Recomendaciones

La carga del trastorno bipolar en el hospital psiquiátrico intervenido es significativa, siendo el sexo femenino el más afectado. El diagnóstico parece realizarse tardíamente en relación con la edad de inicio del problema, lo cual podría confundirlo con otras enfermedades mentales y somáticas con componentes similares; el razonamiento clínico juega un rol muy destacado, de ahí la importancia de adherirse estrictamente a los criterios previamente establecidos. Las implicaciones sociales del trastorno en cuestión son evidentes; es imprescindible obtener a tiempo la información necesaria que lleve a un diagnóstico y manejo adecuados, y a la comprensión y apoyo por parte de la sociedad. La prevención de las complicaciones es prioritaria.

La historia clínica adolece de limitaciones en información.

Es necesario mantener líneas de investigación en salud mental para conocer la realidad propia, planificar intervenciones dirigidas a lograr una salud integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soreff S, McIness LA: Bipolar Affective Disorder. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/286342-overview> Consulta en Diciembre 18, 2010.
2. Fauci A, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition. Ed. McGraw Hill, USA, 2008.
3. Wikipedia: Prevalence. Disponible en: <http://en.wikipedia.org/wiki/Prevalence> Consulta en Marzo 3, 2011.
4. Jamison DT, et al. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd Edition. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank Group, USA, 2006.
5. Jacobson JL, Jacobson A. Psychiatric Secrets, 2nd Edition. Hanley & Belfus, USA, 2001.
6. Mut F, Mena I, et al. "Trastorno afectivo bipolar: Evaluación de cambios funcionales cerebrales a partir de la técnica de Neuro-spect Tc^{99m}HMPAO". Disponible en: http://www2.alasbimnjournal.cl/alasbimn/CDA/sec_a/0,1205 Consulta en Septiembre 4, 2011.
7. Calabrese JR. Overview of patient care issues and treatment in bipolar spectrum and bipolar II disorder. *J Clin Psychiatry*. Jun 2008;69(6):e18.
8. Belmaker RH. Bipolar Disorder. *N Engl J Med* 2004;351:476-86.
9. Sklar P, Smoller JW, Fan J, Ferreira MA, Perlis RH, Chambert K, et al. Whole-genome association study of bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. Jun 2008;13(6):558-69.
10. Ferreira MA, ODonovan MC, Meng YA, Jones IR, Ruderfer DM, Jones L, et al. Collaborative genome-wide association analysis supports a role for ANK3 and CACNA1C in bipolar disorder. *Nat Genet*. Aug 17 2008.
11. McQuillin A, Rizig M, Gurling HM. A microarray gene expression study of the molecular pharmacology of lithium carbonate on mouse brain mRNA to understand the neurobiology of mood stabilization and treatment of bipolar affective disorder. *Pharmacogenet Genomics*. Aug 2007;17(8):605-17.

12. Baum AE, Akula N, Cabanero M, et al. A genome-wide association study implicates diacylglycerol kinase eta (DGKH) and several other genes in the etiology of bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. May 8 2007.
13. NIH News. Schizophrenia and Bipolar Disorder Share Genetic Roots. National Institutes of Health. 2009. En <http://www.nih.gov/news/health/jul2009/nimh-01.htm>. Visitado el 18 de diciembre de 2010.
14. Fagiolini A. Medical monitoring in patients with bipolar disorder: a review of data. *J Clin Psychiatry*. Jun 2008;69(6):e16.
15. Hashimoto K, Sawa A, Iyo M. Increased Levels of Glutamate in Brains from Patients with Mood Disorders. *Biol Psychiatry*. Jun 14 2007
16. Lepping P, Menkes DB. Abuse of dosulepin to induce mania. *Addiction*. Jul 2007;102(7):1166-7.
17. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry*. Nov 2003;64(11):1284-92.
18. Salvatore G et al. The Neurobiology of the Switch Process in Bipolar Disorder: a Review. *J Clin Psychiatry*. 2010 November; 71(11):1488–1501.
19. Frye MA. Diagnostic dilemmas and clinical correlates of mixed states in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. May 2008;69(5):e13.
20. Zimmerman M. Problems diagnosing bipolar disorder in clinical practice. *Expert Rev. Neurother*. 10(7), 1019–1021 (2010).
21. Rocca CCA et al. Facial emotion recognition in bipolar disorder: a critical review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(2):171-80.
22. Drevets WC, Price JL, Simpson JR Jr, et al. Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. *Nature* 1997;386:824-7.
23. Mahon K et al. A Role for White Matter Abnormalities in the Pathophysiology of Bipolar Disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010 March;34(4): 533–554.
24. Rapoport S, Basselin M et al. Bipolar Disorder and mechanisms of action of mood stabilizers. *Brain Res Rev*. 2009 October;61(2): 185–209.
25. American Psychiatric Association de Washington. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM - IV - TR). Ed. Masson, España, 1995.

26. Aguilera J, Introducción a la Psicopatología. Material bibliográfico utilizado en el módulo de Ciencias del Comportamiento dictado en el cuarto ciclo en la Facultad de Medicina de la Universidad Del Azuay, Ecuador, 2007.
27. Merikangas KR, Jin R et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Mar;68(3):241-51.
28. Corvin A, O'mahony E et al. Cigarette smoking and psychotic symptoms in bipolar affective disorder. *BJP* 2001, 179:35-38.
29. Osher Y, Cloninger CR, Belmaker RH. TPQ in euthymic manic-depressive patients. *J Psychiatr Res* 1996;30:353-7.

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Evaluación de Actividad Global.

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)

- 100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
91
- 90 Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
81
- 80 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
71
- 70 Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
61
- 60 Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
51
- 50 Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
41
- 40 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
31
- 30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
21
- 20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
11
- 10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
1
- 0 Información inadecuada.

Fuente: American Psychiatric Association de Washington. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM - IV - TR). Ed. Masson, España, 1995; p. 34.