



FACULTAD DE MEDICINA

Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico

**Prevalencia del Trastorno Bipolar y factores asociados en
las parroquias rurales del cantón Cuenca**

Autor: Carla Alexandra Idrovo Idrovo

Director: Dr. Juan Aguilera Muñoz

Asesor metodológico: Dr. Fray Martínez Reyes

Cuenca, 7 de octubre del 2019

Resumen

Introducción: El trastorno bipolar es una patología del estado de ánimo que se caracteriza por episodios que cambian entre manía y depresión; el objetivo del estudio fue conocer la prevalencia y factores asociados del trastorno bipolar en la población de las parroquias rurales del cantón Cuenca.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo transversal – analítico. El universo estuvo conformado por 199.506 habitantes, a través de una muestra polietápica se evaluaron a 984 individuos de las parroquias El Valle, Tarqui y Checa. Se aplicó una entrevista sociodemográfica y el test MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos). Se incluyó personas de 18 años en adelante y se excluyó a individuos con alteraciones cognitivas y conductuales graves.

Resultados: Se encontró que 32 personas presentaron trastorno bipolar actual que corresponde a una prevalencia del 3,30% de los cuales el 1,42%, se reportaron como trastorno único. Las personas que sufren manía actualmente representaron el 1,70% de la población; mientras que los que sufren hipomanía fueron el 1,50%. Se encontró un mayor porcentaje en el sexo femenino. El único factor asociado es el no convivir con una pareja, con un chi cuadrado de 11,60 (p: 0.00) con un OR de 2,20 (IC 1,39 – 3,50). No existe asociación con estructura y funcionalidad familiar, situación laboral, migración, edad y sexo. Se consideró como comorbilidades: ansiedad y dependencia-abuso de alcohol y sustancias.

Conclusiones: El trastorno bipolar tiene una prevalencia del 3,30%. El principal factor asociado fue vivir sin una pareja.

Palabras clave: trastorno bipolar, ansiedad, comorbilidad

Abstract

Introduction: Bipolar disorder is a pathology of mood that is characterized by episodes that change between mania and depression. The objective of the study was to determine the prevalence and associated factors of bipolar disorder in the population of the rural parishes of Cuenca.

Materials and methods: A cross-sectional and analytical study was conducted. The universe was made up of 199,506 inhabitants, 984 individuals from the El Valle, Tarqui and Checa parishes were evaluated through a multi-stage sample. A sociodemographic interview and the MINI test (International Mini Neuropsychiatric Interview for adults) were applied. People 18 years of age and older were included and individuals with severe cognitive and behavioral disorders were excluded.

Results: It was found that 32 people presented bipolar disorder and corresponds to a prevalence of 3.30%, 1.42% of these were reported as single disorder. People who currently suffer from mania accounted for 1.70% of the population, while those who suffer from hypomania were 1.50%. A higher percentage was found in the female sex. The only associated factor was not living with a partner with a chi-square of 11.60 ($p:0.00$) and an OR of 2.20 (CI 1.39 - 3.50). There is no association with family structure, functionality, employment status, migration, age and sex. Anxiety and dependence-abuse of alcohol and substances were considered as comorbidities.

Conclusions: Bipolar disorder has a prevalence of 3.30%. The main associated factor was living without a partner.

Keywords: bipolar disorder, anxiety, comorbidity.



Introducción

El trastorno bipolar es una afección psiquiátrica, crónica, distinguida por un mal control de las emociones ocasionando cuadros de depresión mayor, manía e hipomanía en el individuo; es muy peligrosa porque no es igual a las disparidades que sienten todas las personas, más bien causa disminución de la funcionalidad social, laboral e interpersonal y los síntomas son tan potentes que pueden conducir al suicidio (1) (2) (3).

El trastorno bipolar a su vez tiene 2 subtipos: bipolar I y bipolar II; el paciente con bipolaridad tipo I manifiesta síntomas maníacos y la mayoría de veces presentan depresión mayor e hipomanía; a diferencia del bipolar tipo II que no manifiesta episodios de manía pero si depresión e hipomanía (3).

Generalmente la depresión mayor suele ser el principal problema al inicio de la enfermedad con un 54%, seguido de la manía con un 22% y un patrón mixto (depresión y manía) un 24% (4). Sus principales síntomas son: la disforia, bajo interés por actividades placenteras, poca energía, existe alteración de la concentración y falta de memoria, un lenguaje lento y suave, pérdida o aumento de peso, es común también una afectación del sueño produciéndose insomnio o hipersomnia, la persona tiende a sentirse inútil o culpable con ideas o conductas suicidas en algunos casos, cuida poco su apariencia personal e higiene, tiene ideología pesimista, desesperanza e indecisión. (4) (5) (6)

El diagnóstico de desorden bipolar tipo I se realiza en personas con uno o más episodios de manía y al menos un episodio de depresión mayor e hipomanía, mientras que el de bipolar tipo II se realiza en personas con antecedentes de al menos un episodio de hipomanía y de depresión mayor pero sin haber tenido periodos de manía. Los principales diagnósticos diferenciales son: esquizofrenia, trastorno de hiperactividad con déficit de atención, trastorno esquizoafectivo y trastorno de personalidad. (7)

La psicoterapia y farmacoterapia de mantenimiento es pilar fundamental del tratamiento. Los fármacos usados comúnmente son: litio, anticonvulsivos, antipsicóticos como monoterapia o combinados, para potenciar el efecto y

reducir las crisis. (8) Las benzodiazepinas se usan principalmente como tratamiento adyuvante para el insomnio, agitación, o ansiedad. (9)

Una investigación realizada en todo el mundo basado en la Encuesta de Salud Mental de la OMS indica tasas de prevalencia de trastorno bipolar a lo largo de la vida de alrededor de un 2.4% específicamente un 0.6 % para bipolaridad tipo I, un 0,4% para a bipolaridad tipo II y un 1.4% para formas subclínicas del trastorno bipolar. Mientras que Goodwin indica que este desorden afecta al 1.2% de los habitantes de la población del mundo y su edad de inicio preferente es la juventud (2).

Sin embargo las tasas de prevalencia por año para el trastorno bipolar es del 1.5%, un 0.4% para el tipo I, un 0.3 % para el tipo II y un 0,8% para las otras formas de bipolaridad. Estas cifras dependen de las variaciones en los criterios diagnósticos en cuanto a tiempo y del área el 2%, pero al considerar los otros estados de bipolaridad ascendió al 6% (3) La proporción de hombres y mujeres que desarrollan el trastorno bipolar es de aproximadamente 1: 1.

Un análisis de salud mental de Colombia refleja que el trastorno bipolar tipo I se presenta en el 1,8% de la población y el 0,2 % tiene bipolaridad tipo II. La prevalencia a lo largo de la vida en Medellín es del 1,4% según el Estudio de Salud Mental realizado entre 2011 y 2012 (4). En cuanto a las edades de inicio para las dos enfermedades son similares.; el trastorno bipolar I (manía) con 20 años y trastorno bipolar II (hipomanía) con 24 años. (10) Una encuesta del año 1994 respecto a los trastornos psiquiátricos en la población urbana de México mostró una prevalencia del Trastorno bipolar de 0.65%. (11)

Según un informe de la OPS sobre salud mental del año 2004 señala que en nuestro país de todos los pacientes que han ingresado en los cinco hospitales psiquiátricos existentes un 17% corresponden a trastornos del ánimo; mientras que de las personas que acuden a consulta externa un 25, 7% padece bipolaridad siendo predominante en varones menores de 17 años. (12)

En la ciudad de Cuenca una investigación realizada en el CRA en adultos de 18 a 65 años indica una prevalencia del 1.85% de TB tipo I y un 0,02% del TB tipo II; siendo la manía la presentación clínica predominante. (13)

El objetivo del estudio es identificar la prevalencia y factores asociados del trastorno bipolar en la población de las parroquias rurales del cantón Cuenca, lo cual nos ayudará a tener una orientación sobre la situación de salud mental en la ciudad ya que no existen datos concretos.

Materiales y métodos

El enfoque elegido correspondió a un estudio de tipo transversal – analítico. El universo de esta investigación estuvo conformado por 199506 habitantes.

La muestra fue polietápica, aleatorizada, conformada por 984 individuos de las parroquias El Valle, Tarqui y Checa, las cuales fueron seleccionadas considerando su representatividad de acuerdo a la ubicación geográfica y crecimiento poblacional. A dicha población se aplicó una encuesta sociodemográfica (ver anexo 2.) y el test MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos) (ver anexo 3).

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados en el programa SPSS. Se identificó a quienes presentan o presentaron trastorno bipolar; se estableció la distribución del trastorno de acuerdo a las variables: estructura y funcionalidad familiar, convivencia de pareja, situación laboral, migración, edad, sexo y su asociación.

Se estratificó de acuerdo a la edad, para lo cual se consideraron cuatro estratos 18- 20, 21 – 40, 41 – 65 y de 65 y más; a continuación en cada grupo de edad se estratificó de acuerdo al sexo considerando para ello la distribución establecida por el INEC en el censo 2010.

Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se aleatorizaron todas las viviendas de las parroquias de acuerdo a los estratos edad y sexo. En caso

de que la vivienda aleatorizada no contenga la unidad de análisis otorgada, se utilizó el criterio del vecino más cercano.

En el presente estudio se incluyeron a todas las personas que se encuentren entre los 18 años en adelante, que manifiesten voluntad de participar en la entrevista y firmar consentimiento informado (ver anexo1). Se excluyeron a individuos que tenga dificultad para comprender la encuesta, y que presenten alteraciones cognitivas y conductuales graves.

Resultados

Se realizó un estudio transversal con una muestra polietápica de 984 individuos residentes en las parroquias El Valle, Checa y Tarqui del Cantón Cuenca de los cuales, 47% (438) correspondieron al sexo masculino y el 53% (546) al femenino. La media de la edad en los hombres fue de 43.93 (DS 19.56) años; la mediana fue 40.5 para un valor mínimo de 18 y máximo de 90. En las mujeres la media fue de 41.72 (DS 17.30); la mediana estuvo en 39 con una edad mínima de 18 y máxima de 93.

Se obtuvo la prevalencia de punto de los trastornos actuales obteniéndose el 20.73% (IC 18.31 – 23.38). El 13.62% (IC 11.62 – 15.90) presentó más de un trastorno (prevalencia de comorbilidades).

Tabla No. 1. Prevalencia actual de trastornos mentales (únicos) en la población rural del cantón Cuenca, Ecuador. 2018

<i>TRASTORNO</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>EDM</i>	95	9,65
<i>Distimia</i>	6	0,61
<i>Bipolar</i>	14	1,42
<i>Angustia actual</i>	11	1,12
<i>Agorafobia</i>	9	0,91
<i>Fobia social</i>	11	1,12
<i>Obsesivo compulsivo</i>	5	0,51
<i>Estrés postraumático</i>	12	1,22
<i>Dependencia al alcohol</i>	13	1,32
<i>Abuso de alcohol</i>	9	0,91
<i>Dependencia de sustancias</i>	0	0,00
<i>Abuso de sustancias</i>	0	0,00
<i>Psicótico actual</i>	10	1,02
<i>Ansiedad generalizada</i>	9	0,91
<i>Total</i>	204	20,73

Del total de personas, que fueron estudiadas en el intervalo de tiempo de enero del 2018 a junio del mismo año, 32 presentaron trastorno bipolar actual que implica una prevalencia del 3,30% de los cuales, 14 (1,42%), se reportaron con este trastorno como único. Desagregando, lo maníacos actuales representaron el 1,70% (17) de la población; los hipomaníacos actuales fueron 15 (1,50%).

La prevalencia de trastorno bipolar pasado afectó al 5,0% (49) de los individuos: 29 (2,95%) no refirieron otro trastorno adicional a lo largo de la vida. Quienes padecieron episodio maníaco fueron 24 (2,40%) individuos y el episodio hipomaníaco afectó a 25 (2,50%) individuos.

Tabla No. 2. Trastorno bipolar en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según parroquia estudiada y sexo. Cuenca, 2018

<i>Sector</i>	<i>Sexo</i>	<i>Bipolar Actual</i>		<i>Bipolar pasado</i>	
		No.	%	No.	%
<i>El Valle</i>	Mujer	16	4,90	12	3,70
	Hombre	5	2,00	19	7,60
<i>Checa</i>	Mujer	0	0,00	4	9,50
	Hombre	0	0,00	2	4,70
<i>Tarqui</i>	Mujer	5	2,80	7	3,90
	Hombre	6	4,10	5	3,40
<i>TOTAL</i>	Mujer	21	3,80	23	4,20
	Hombre	11	2,50	26	5,90
	Total	32	3,30	49	5,00

Dos casos refirieron haber presentado el trastorno en el pasado y padecerlo en la actualidad. La media de la edad en las mujeres fue 35.23 (IC 30.69-39.78; SW 0.922, p 0.006) años; en los hombres fue 38.25 (IC 32.54-43.96; SW 0.911, p 0.007).

De acuerdo a las variables investigadas, la distribución de la siguiente manera:

Tabla No. 3. Trastorno bipolar en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018

VARIABLES	TRASTORNO BIPOLAR		
	No.	%	
<i>Sexo</i>	Mujeres	43	7,90
	Hombres	36	8,20
<i>Convivencia de pareja</i>	No convive	42	12,00
	Si convive	37	5,80
<i>Situación laboral</i>	Sin remuneración	44	9,70
	Con remuneración	35	6,60
<i>Migración familiar</i>	Si	50	9,40
	No	29	6,40
<i>Migración en el núcleo primario</i>	Si	43	9,40
	No	36	6,80
<i>Tipo de familia</i>	No tradicional	13	10,30
	Tradicional	56	7,40
	Vive solo	10	10,30
<i>Funcionalidad familiar</i>	Disfuncional	4	9,30
	Funcional	65	7,70
<i>Edad por ciclo de vida</i>	De 18 a 20	15	15,50
	De 21 a 40	33	8,00
	De 41 a 65	28	8,90
	De 65 y más	3	1,90

En base la distribución que se presenta en la tabla No. 3, se procedió a explorar la asociación y la significancia de la misma.

Tabla No. 4. Trastorno bipolar y variables relacionadas como factores de riesgo, en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018

<i>Variables</i>	<i>Chi cuadrado</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
<i>Sexo mujer</i>	0,39	0,84	0,96	0,60 – 1,52
<i>No convive con pareja</i>	11,60	0,00	2,20	1,39 – 3,50
<i>Situación laboral sin remuneración</i>	3,30	0,07	1,53	0,96 – 2,43
<i>Migración familiar</i>	2,88	0,09	1,51	0,94 – 2,42
<i>Migración en el núcleo primario</i>	2,20	0,14	1,42	0,89 – 2,25
<i>Tipo de familia no tradicional</i>	1,32	0,25	1,45	0,77 – 2,73
<i>Familia disfuncional</i>	0,15	0,70	1,23	0,43 – 3,55
<i>Edad en hombres 50 años y más</i>	1,36	0,24	0,64	0,30 – 1,36
<i>Edad en mujeres 43 años y más</i>	4,50	0,03	0,48	0,24 – 0,96

El principal factor asociado con el trastorno bipolar es el no convivir con una pareja, ya que se evidencia un chi cuadrado de 11,60 (p: 0.00) con un OR de 2,20 (IC 1,39 – 3,50).

En torno a las comorbilidades, la distribución se presenta en la tabla siguiente.

Tabla No. 5. Comorbilidad del trastorno bipolar con otras condiciones mentales en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, 2018

COMORBILIDAD	
	No. %
RIESGO DE SUICIDIO LEVE	14 17,90
RIESGO DE SUICIDIO MODERADO	4 33,30
RIESGO DE SUICIDIO ALTO	6 30,00
TRASTORNO DE ANSIEDAD	36 19,50
DEPENDENCIA Y ABUSO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS	10 16,40
TRASTORNO PSICÓTICO	15 26,18

De las comorbilidades presentadas, dos se consideraron como factores de riesgo para trastorno bipolar: ansiedad y dependencia-abuso de alcohol y sustancias. En el primer caso el valor de chi cuadrado fue de 40,318 (p 0.00) con un OR de 4,248 (IC 2,64 – 6,84); con el segundo factor, el chi cuadrado fue de 6,163 (p 0,01), el OR fue 2,43 (IC 1,18 – 4,99).

Discusión

Los disturbios mentales son un fundamento significativo de discapacidad y morbilidad e incrementan el riesgo de sufrir otras complicaciones de salud. (14). Dentro de las 6 causas principales de discapacidad se encuentran los trastornos psiquiátricos (depresión, trastornos por abuso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar) (15). Además éstos amplían el riesgo de padecer otras enfermedades como las patologías cardiovasculares o diabetes y la infección por VIH. (16) La prevalencia en América según la OPS de dichos trastornos en general varía entre 18,7 y 24,2%; la de los trastornos por ansiedad, entre 9,3 y 16,1%; la de trastornos afectivos, entre 7,0 y 8,7%; y la de trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, entre 3,6% y 5,3%. (14).

La depresión es una de las patologías más frecuentes en todo el mundo, y se deduce que aqueja a más de 300 millones de personas. (17) Mundialmente, se estima que 4,4% de la población sufre depresión y 3,6%, un trastorno de ansiedad. Esta tasa varía ligeramente entre territorios de la OMS: con respecto a la depresión, las tasas fluctúan de 3,6% en la Región del Pacífico Occidental a 5,4% en la Región de África, y en el caso de los trastornos de ansiedad, las tasas se estiman de 2,9% en la Región del Pacífico Occidental a 5,8% en la Región de las Américas. (18)

En nuestro estudio encontramos una prevalencia total de trastornos mentales del 20,73% que se encuentra dentro de los parámetros hallados a nivel de América que nos indica la OPS, además dentro de las enfermedades más frecuentes encontramos que la depresión alcanza una cifra de 9,65% que duplica el porcentaje hallado a nivel mundial, la ansiedad generalizada en un 0,91% con una cifra menor para lo estimado mundialmente y el continente americano; sin embargo al contrario de lo esperado no se encontró un valor significativo para el trastorno de abuso de sustancias.

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica que se caracteriza por eventos que varían entre la manía y la depresión. Según Goodwin citado por Echeverri (2), esta enfermedad afecta al 1,2% de la población mundial; mientras que la

OMS, citado por Echeverri (2), sostiene que la afección se da en un 2,4%. No obstante, al llevar esta realidad al grupo de personas estudiadas, que son los habitantes de las parroquias rurales de Cuenca, se observó que la prevalencia se da en el 3,30% de los pacientes; casi tres veces el porcentaje establecido por Goodwin (2); y prácticamente un 50% más de lo indicado por la OMS.

La OMS (2) sostiene que la bipolaridad tipo I se presenta en mayor cantidad de casos que la bipolaridad tipo II. Se recuerda que la principal diferencia entre ambas es que la bipolaridad tipo I presenta episodios maniacos severos, mientras que la bipolaridad tipo II presenta eventos hipomaniacos; los cuales no son tan graves como los primeros. Esto coincide con los resultados encontrados en la población rural de Cuenca, donde la cantidad de personas con bipolaridad tipo I es mayor a la de bipolaridad tipo II.

En lo referente a la distribución de casos de bipolaridad por edades, se muestra que la enfermedad suele presentarse en la adultez; alrededor de los 21 años. En un estudio reciente efectuado en 11 países se halló que la mediana de la edad de comienzo es a los 25 años. (19) Particularmente en Colombia, se establece que la edad más usual en la cual se presenta por primera vez la enfermedad es 24 años. Sin embargo, esto no es dato estático debido a que anterior a esta edad es complicado diagnosticar la enfermedad, ya que los adolescentes suelen presentar episodios hipomaniacos como consecuencia de causas diferentes a la bipolaridad (4).

En la investigación realizada se constató que, efectivamente, la edad más prevalente para el trastorno es en la adultez joven. Para las personas de 21-40 años, se presentaron 33 casos de bipolaridad; mientras que para los adolescentes menores a 21 años se presentaron 15 casos. Se debe recordar que el trastorno tarda hasta 8 años en hacerse presente, por lo que puede que los adolescentes presenten episodios leves de hipomanía, pero aún no se clasifican con bipolaridad.

En lo relacionado a las personas de la tercera edad, sólo se registraron 3 casos que sufrían de bipolaridad. Sin embargo, esto puede estar relacionado a lo establecido en el estudio del Ministerio de Salud de Colombia (6), donde se

establece que los síntomas de la bipolaridad pueden ser tan fuertes que podrían llegar a conducir al suicidio. Una suposición válida por hacer es que hay pocas personas de tercera edad con bipolaridad porque algún porcentaje se suicida debido a los estragos de la enfermedad antes de cumplir los 65 años.

En relación a la distribución según el sexo, la literatura presentada por Infobae (20) indica que el trastorno bipolar tipo I se presenta de igual manera en hombres como en mujeres; mientras que el trastorno bipolar tipo II se presenta en casi el doble de casos en mujeres que en hombres. Esto se podría decir que va de la mano con lo investigado en el estudio presentado debido a que se encontró un mayor número de mujeres afectadas con bipolaridad. Si bien es cierto que no se hizo distinción entre bipolaridad I o II, hay un mayor número de mujeres que padecen de la afección en general.

Esto es algo nuevo para la medicina. Según una publicación realizada por Infobae (20), no fue hasta hace pocos años que las mujeres se empezaron a ver más afectadas que los hombres por la bipolaridad, llegando a ser esta relación de 2:1 (20). El motivo de esto no es especificado claramente en ninguna referencia literaria confiable que se pueda encontrar, pero sin duda es algo que se ve reflejado en las parroquias rurales de Cuenca y empieza a observarse en el mundo.

En lo relacionado al trabajo, debido a que las personas que padecen bipolaridad tienen dificultad para relacionarse con otros es común que no puedan mantener trabajos estables. De hecho, esto no sólo se ve reflejado en la vida laboral, sino que en ocasiones las personas bipolares no pueden mantener un lugar en las universidades o colegios (21). Esto no es diferente en la población de parroquias rurales de Cuenca. Los voluntarios en el estudio muestran que la mayor parte de los que padecen bipolaridad no tienen un trabajo que les genere una remuneración consistente.

Lidiar con una pareja bipolar es algo que requiere de mucha preparación y comprensión. La bipolaridad suele generar problemas en la sexualidad de los que la padecen, además crea impulsividad al momento de tomar decisiones al momento de gastar el dinero. Estos dos son temas de usual controversia en las

parejas que tienen a una persona que padece un trastorno mental como la bipolaridad; ya que son mucho más difíciles de manejar (21). No se encontró ningún estudio en particular que otorgue cifras concretas sobre la vida de pareja de las personas bipolares, sin embargo, debido a las complicaciones que podría haber no es extraño suponer que pueden producirse rupturas de pareja debido a las dificultades de la bipolaridad.

En el estudio realizado en las parroquias rurales de Cuenca se encontró que la mayor parte de las personas que padecen bipolaridad no tienen una pareja con la cual convivir. No obstante, prácticamente todos viven en una familia tradicional y tienen un núcleo familiar funcional, algo opuesto ya que se espera que dichos individuos arrastren una disfuncionalidad en su hogar. Esto puede significar que las personas bipolares mantienen mayormente una relación funcional con sus padres o hermanos, a pesar de no conseguir mayormente una pareja estable.

En una investigación realizada en el 2017, se encontró que el 61,9 % de los pacientes con trastorno bipolar tenían adicionalmente un trastorno por uso de sustancias y se supusieron duales, con mayor comorbilidad con trastornos de ansiedad y un mayor riesgo de suicidio, que se ha relacionado con la posibilidad de factores genéticos comunes. (22) (23). En nuestro estudio se observó algo similar ya que las dos principales comorbilidades encontradas fueron el trastorno de abuso de sustancias y el trastorno de ansiedad, por lo que no se debería descartar algún patrón genético.

Los datos obtenidos servirán como base para posteriores estudios y el porcentaje arrojado como prevalencia es de utilidad para establecer la probabilidad de que un paciente que llega a la consulta tenga desorden bipolar sin haber aplicado algún test o examen complementario.

Conclusiones

El trastorno bipolar instituye un desorden mental, con un gran impacto a nivel social y familiar que se presenta con mayor particularidad en el sexo femenino, la prevalencia en las parroquias rurales del cantón Cuenca es el 3,30%.

El principal factor asociado fue vivir sin una pareja. No se encontró asociación con la estructura y funcionalidad familiar, situación laboral, migración, edad y sexo. Se consideró como comorbilidades: ansiedad y dependencia-abuso de alcohol y sustancias.

Agradecimiento

La autora expresa su agradecimiento a:

A mis padres: por su apoyo incondicional durante este proceso y haber sido un ejemplo de perseverancia, enseñándome así a lograr mis metas y objetivos.

Dr. Juan Aguilera Muñoz: Especialista en Psiquiatría del Hospital Universitario del Río

Dr. Fray Martinez Reyes: Especialista en Epidemiología de SOLCA

Dra. Yolanda Dávila: Especialista en Psicología y docente de la Universidad del Azuay

Dra. Miriam Mora: Especialista en Medicina Familiar y docente de la Universidad del Azuay

Bibliografía

- 1 Miller T. Bipolar disorder. Elsevier. 2016 Jun; 43(2): 269-84.
- 2 Echeverri P. "Investigación sobre el trastorno afectivo bipolar". Revista Cúpula . [Online]. [cited 2017 mayo. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n1/art3.pdf>.
- 3 García A, Sierra P, Lorenzo L. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del . trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. Elsevier. 2014 junio ; 21(3).
- 4 Suppes,T. El trastorno bipolar en adultos: Características clínicas. UptoDate . [Online].; 2016 [cited 2017 febrero. Available from: https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-clinical-features?source=search_result&search=trastorno%20bipolar&selectedTitle=2~150.
- 5 Lyness, J. Depresion en adultos: Evaluación y diagnóstico.UptoDate [Online].; . 2016 [cited 2017 febrero. Available from: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?source=see_link.
- 6 American Psychiatric Association. DSM V. In Diagnostic and statistical manual . of mental disorders : DSM-5...: Arlington; 2013.
- 7 Suppes T. Bipolar disorder in adults: Assessment and diagnosis. UptoDate . [Online].; 2016 [cited 2017 mayo. Available from: https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=trastorno%20bipolar&selectedTitle=5~150.
- 8 Post R. Bipolar disorder in adults: Choosing maintenance treatment. UptoDate[Online].; 2017 [cited 2017 mayo. Available from: https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-choosing-maintenance-treatment?source=search_result&search=trastorno%20bipolar&selectedTitle=4~150.
- 9 Stoval J. El trastorno bipolar en adultos: Tratamiento farmacológico para la . manía aguda y hipomanía. UptoDate [Online].; 2016 [cited 2017 mayo. Available from: https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-pharmacotherapy-for-acute-mania-and-hypomania?source=search_result&search=tratamiento%20de%20trastorno%20bipolar&selectedTitle=3~150.

1 Ministerio de Protección Social de Colombia. Estudio Nacional de Salud
0 Mental de Colombia. [Online].; 2003 [cited 2017 mayo. Available from:
. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

1 Medina-Mora M. Trastornos Emocionales de la población urbana mexicana:
1 resultados de un estudio nacional. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría
. [Online].; 1992 [cited 2017. Available from:
<http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/1992/Trastornos%20Emocionales%20en%20poblacion%20urbana%20mexicana%20resultados%20de%20un%20estudio%20nacional.%201992.pdf>.

1 Organización Panamericana de Salud. Informe sobre el sistema de salud
2 mental en Ecuador: Organización Panamericana de Salud. [Online].; 2009
. [cited 2017 mayo. Available from:
http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf.

1 Vintimilla J, Paredes J. Prevalencia de Trastorno Bipolar en Centro de
3 Adicciones de Cuenca. [Online].Cuenca:Universidad del Azuay; 2011 [cited
. 2017 mayo. Available from:
<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/53/1/08494.pdf>.

1 Organización Panamericana de Salud. La salud mental en la Región de las
4 Américas: Organización Panamericana de Salud. [Online].; 2013 [cited 2019
. septiembre. Available from: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es.

1 Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental: Organización
5 Mundial de la Salud. [Online].; 2004 [cited 2019 septiembre. Available from:
. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf.

1 Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras de salud mental:
6 Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2019 septiembre.
. Available from:
https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index4.html.

1 Organización mundial de la Salud. Depresión. [Online].; 2018 [cited 2019
7 septiembre. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

1 Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos
8 mentales comunes. [Online].; 2017 [cited 2019 septiembre. Available from:
. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>.

1 Martínez Hernández , Montalván Martínez O, Betancourt Izquierdo. Trastorno
9 Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas: Rev Médica Electrónica.
. [Online].; 2019 [cited 2019 septiembre. Available from:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3157/4255>

2 Infobae. Trastorno Bipolar: por qué las mujeres son las más afectadas:
0 Infobae. [Online].; 2015 [cited 2019 Agosto 29. Available from:
. <https://www.infobae.com/2015/03/27/1718516-trastorno-bipolar-que-las-mujeres-son-las-mas-afectadas/>.

2 National Institute of Mental Health. Trastorno Bipolar. National Institute of
1 Mental Health, Salud y Servicios Humanos; 2009. Report No.: 15-3679.

2 Secadez- Alvarez A, Fernandez Rodriguez C. Revisión de la eficacia de los
2 tratamientos para el trastorno bipolar en comorbilidad con el abuso de
. sustancias: Rev Psiquiatría y Salud Mental. [Online].; 2017 [cited 2019
septiembre. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental286-articulo-revision-eficacia-los-tratamientos-el-S1888989115001640>.

2 Carmiol N, Peralta J, Almasy. Shared genetic factors influence risk for bipolar
3 disorder and alcohol use disorders. Eur Psychiatry. 2014; 29: p. 282- 87.

2 Andrade R, Gómez S, Palacio J, Garcia J. Actigrafía en pacientes con
4 trastorno bipolar y familiares de primer grado. Elsevier. 2015 septiembre;
. 44(4).

2 Gobierno de Aragón. El Cuidado y la Promoción de la Autonomía personal en
5 el trastorno bipolar. Aragón: Gobierno de Aragón, Servicios Sociales y Familia;
. 2013. Report No.: 649-2013.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores.

La presente investigación es conducida por el Dr. Juan Aguilera profesor de la facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contesta una entrevista que le tomara aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Juan Aguilera. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la prevalencia del Trastorno Bipolar y factores asociados en las parroquias rurales del cantón Cuenca

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 25 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Juan Aguilera director de la investigación a al teléfono 0999774878.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 2: Encuesta sociodemográfica

INFORMACIÓN GENERAL

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Género

1 masculino

2 femenino

Edad: _____ años cumplidos

¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

- | |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres y hermanos |
| 2 <input type="checkbox"/> Vive con su esposo (a) pareja |
| 2 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.) |
| 3 <input type="checkbox"/> Vive sólo con el padre o la madre |
| 4 <input type="checkbox"/> Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos |
| 3 <input type="checkbox"/> Vive solo |
| 6 <input type="checkbox"/> Vive con amigos (as) |
| 7 <input type="checkbox"/> Otros indicar con quienes..... |

Estado civil actual:

1 soltero/a

2 unión de hecho

3 casado/a

4 separado/a (de hecho)

5 divorciado/a (legalmente)

5 viudo/a

¿Qué actividad desarrolla actualmente?

Por favor elija la afirmativa que represente mejor su situación laboral (con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (jornada completa) | 06 <input type="checkbox"/> en formación/cambio de actividad |
| 2 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (media jornada) | 07 <input type="checkbox"/> servicio militar |
| 3 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (ocasionalmente) | 08 <input type="checkbox"/> cesante |
| 4 <input type="checkbox"/> dueña de casa (sin actividad laboral) | 09 <input type="checkbox"/> jubilado/a |
| 5 <input type="checkbox"/> estudiante | 10 <input type="checkbox"/> otro: _____ |

¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa

Sí

No

Migración interna

Migración externa

Identifique quien migro y el tiempo

1 padre

2 madre

3 ambos padres

6 esposo (a) pareja

7 hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)

8 Otros indicar quienes.....

1 0 – 6 meses

2 7 – 12 meses

3 13 – 18 meses y más

Anexo 3: Test MINI

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

D. Episodio (hipo)maniaco					
<i>(** RESPONDA SI A LAS CAMELAS DIAGNÓSTICAS, SEÑALAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE ÍTEMO)</i>					
D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, enérgico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que entre le ha ocasionado problemas a otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SI	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIRLO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE. CÓN -EXALTADO- O -EUFÓRICO-. CLARIFIQUELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SI:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «enérgico», o lleno de energía?	NO	SI	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted cree justificadas?	NO	SI	3
SI SI:					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SI	4
¿CODIFICÓ SI EN D1a O EN D2a?			NO	SI	
D3	SI D1b O D2b = SI: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO				
Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:					
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SI	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SI	6
	c	¿Hablaban usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SI	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SI	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SI	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SI	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se emborrachó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SI	11
¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SI	
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)					

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

9

D4	¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?	NO	SÍ	12						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	EL EPISODIO EXPLORADO ERA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		HIPOMANIACO	MANIACO							
	¿CODIFICÓ NO EN D4?	NO	SÍ							
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">EPISODIO HIPOMANIACO</td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			EPISODIO HIPOMANIACO		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
EPISODIO HIPOMANIACO										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4?	NO	SÍ							
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">EPISODIO MANIACO</td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			EPISODIO MANIACO		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
EPISODIO MANIACO										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)										