

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**Universidad de El Salvador**  
*Hacia la libertad por la cultura*

**INFORME FINAL DE TESIS DE GRADUACIÓN:**  
**REVISIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON**  
**DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR**

**PRESENTADO POR:**  
**DR. OSCAR JOSÉ GONZÁLEZ ROBREDO**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:**  
**ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**ASESOR DE METODOLOGÍA:**  
**DR. WILSON STANLEY AVENDAÑO MARTELL**

**SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE 2021.**

## Índice de contenidos

Resumen

Agradecimientos

Introducción

1

### **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

3

1.1 Situación problemática

3

1.2 Justificación

3

1.3 Alcances y limitaciones

4

1.4 Objetivos

4

### **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

5

2.1 Antecedentes de la investigación:

5

2.2. Bases teóricas:

7

*Aspectos epidemiológicos*

8

*Comorbilidades*

9

*Características clínicas*

10

*Definición de funcionamiento psicosocial y cómo medirlo*

11

*Diagnóstico*

12

*CIE-10: CDI-10*

14

*Adherencia al tratamiento en el trastorno bipolar*

16

*Tratamiento*

17

2.3. Definición de términos básicos usados en la investigación

18

### **CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO**

20

4.1. *Diseño del estudio*

20

4.2. Población y muestra

20

4.3. Unidad de análisis

21

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

21

4.6 Evaluación crítica de los artículos:

21

4.7 Técnicas de recolección e instrumentos de registro

22

4.8 Procedimientos para la recolección de información

22

4.9 Análisis de la información

22

Conclusiones

23

Recomendaciones

24

Fuentes bibliográficas

25

Anexos

27

## **Revisión de protocolos de atención a pacientes adultos con diagnóstico de trastorno bipolar**

### **Resumen**

**Introducción:** El trastorno bipolar (TB) es un trastorno mental grave que afecta a más del 1% de la población mundial. Se caracteriza por la presencia de fluctuaciones marcadas y persistentes del estado de ánimo que van desde el polo depresivo hasta el maníaco, acompañándose de alteraciones de la emoción y la cognición, así como de cambios recurrentes en los niveles de energía y del comportamiento. **Objetivo:** realizar revisión actualizada de protocolos de atención a pacientes adultos con diagnóstico de TB. **Metodología:** investigación documental. Población y muestra: investigación teórica, así como observación directa del proceso. **Criterios de inclusión:** Información de carácter científico publicada en bibliotecas reconocidas en los últimos 7 u 8 años. **Resultados:** se revisaron 19 fuentes bibliográficas que cumplen los criterios de información científica actualizada, las principales diferencias y similitudes entre el DSM-5 y la versión beta de la CIE-11 en lo que se refiere a los trastornos del estado de ánimo en general; se observa que existe diferencia en los criterios diagnósticos, escalas para medir el funcionamiento psicosocial en el TB y abordaje farmacológico para su manejo. **Conclusiones:** El TB afecta tanto a jóvenes como mayores, aunque la edad de inicio más frecuente suele ser adolescencia tardía o adultez temprana; la evaluación del rol de factores ambientales y/o biográficos en la génesis y mantención del cuadro clínico es indispensable incluirlas en el abordaje para detectar la raíz de esta alteración. **Recomendaciones:** Iniciar proceso actualización Guías Clínicas para la Atención en Salud Mental y Psiquiatría (2017) en El Salvador.

**Palabras claves:** investigación documental, escala de funcionamiento psicosocial, abordaje farmacológico, guías clínicas.

## **Agradecimientos**

Agradezco a Dios todo poderoso por permitirme culminar mis estudios de especialista en Psiquiatría y Salud Mental.

A mis padres **Oscar Armando González Martínez** y **Dinora Estela Robredo de González** por creer en mí y apoyarme incondicionalmente.

A mis docentes y tutores por motivarme a través de su gentil guía de enseñanza y consejos que hicieron posible mi crecimiento profesional y personal.

Agradecimientos especiales a Dra. María Magdalena Archila Lazo, Dra. Karina Lizeth Juárez Cañas y Dra. Ana Cecilia Cardoza Funes por inspirarme con su ejemplo de calidad profesional y humana en el área de Psiquiatría.

## **Introducción**

El trastorno bipolar (TB) es un trastorno mental grave que afecta a más del 1% de la población mundial. Se caracteriza por la presencia de fluctuaciones marcadas y persistentes del estado de ánimo que van desde el polo depresivo hasta el maníaco, acompañándose de alteraciones de la emoción y la cognición, así como de cambios recurrentes en los niveles de energía y del comportamiento. Su carácter crónico y recurrente lleva implícito un deterioro funcional y cognitivo, al que se asocia una disminución de la calidad de vida y un aumento de la mortalidad, especialmente por suicidio y enfermedad cardiovascular. (Arrieta & Santos, 2019)

Según la OMS, en octubre de 2015, el 3% de la población mundial (350 millones de personas en el mundo aproximadamente) tienen enfermedad bipolar, presentándose en todas las culturas y razas. (Martínez Hernández et al., 2019)

Se considera que su prevalencia es variable, de acuerdo con la fuente estimada. Un estudio epidemiológico reciente a nivel mundial basado en la Iniciativa de Encuesta sobre la Salud Mental propuesta por la OMS, reveló tasas de prevalencia a lo largo de la vida del espectro bipolar de aproximadamente un 2,4%, concretamente del 0,6% para el TB tipo I, del 0,4% para el TB tipo II y del 1,4% para otras formas subclínicas del TB, mientras que las tasas de prevalencia anual era del 1,5% para el espectro bipolar, particularmente, del 0,4% para el TB tipo I, del 0,3% para el TB tipo II y del 0,8% para el resto del espectro. (Martínez Hernández et al., 2019)

Los trastornos depresivos afectan principalmente a la población joven en edad de trabajar. En comparación con otras subregiones, Centroamérica continental tiene una mayor proporción de discapacidad por trastorno bipolar y trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, así como por epilepsia; Canadá y Estados Unidos sufren una carga elevada de discapacidad por esquizofrenia y demencia, así como tasas abrumadoras de discapacidad por trastornos debidos al consumo de opioides. (Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018)

La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas en el perfil de El Salvador refiere que la carga de enfermedad de los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS) causan el 19% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 35% de todos los años vividos con discapacidad (AVD). (Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018).

La presente investigación realizó una revisión documental actualizada de protocolos de atención a pacientes adultos con diagnóstico de Trastorno Bipolar, con el propósito de crear una propuesta en la actualización de guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría del país, República de El Salvador.

## **Capítulo I. Planteamiento del problema**

### **1.1 Situación problemática**

Según la literatura consultada existe variedad en el manejo farmacológico en los casos de TB, por lo que considero, según mi experiencia personal, literatura especializada consultada, contacto con otros especialistas del área de psiquiatría, de otras fuentes especializadas como artículos, tesis, observación de la realidad, la necesidad de profundizar en este tema.

### **1.2 Justificación**

La atención clínica sobre Trastorno Bipolar surge de la necesidad de mejorar el diagnóstico que reciben las personas afectadas de trastorno bipolar, dado que se trata de un trastorno grave y prevalente en la población, con importantes repercusiones para la salud del paciente y de su entorno. Además, aunque existen tratamientos farmacológicos que han demostrado su eficacia, metodológicamente hay una disparidad en su solidez y se requiere una revisión actualizada de los mismos.

Según el Sistema de Morbimortalidad vía web (SIMMOW), en los últimos 5 años, la prevalencia de consulta psiquiátrica brindada en El Salvador ha oscilado de 76,610 en el año 2016 a 52,736 en el año 2020 (año pandémico), observándose que los trastornos del humor (afectivos), trastornos mentales y del comportamiento y los trastornos neuróticos se mantiene entre los principales motivos de consulta en El Salvador, siendo los grupos de edad más afectados de 25 a 59 años y de 60 o más años. Hasta la semana epidemiológica #30 del año 2021, los trastornos del humor (F30-F39) registran 7,660 consultan, siendo el sexo femenino más afectado con el 75%, y el grupo de edad de 25 a 59 años (60%) y 60 o más años (21%) es el que más consulta por esta enfermedad.

La presente investigación tiene como finalidad realizar una revisión documental de protocolos de atención a pacientes diagnosticados con trastorno bipolar, para que

se puedan actualizar las Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría del país, República de El Salvador. Además del interés personal, adicionalmente se trata de un tema novedoso, en el cual ya se tiene algún conocimiento previo por antecedentes, existe viabilidad para realizar esta revisión teórica

### **1.3 Alcances y limitaciones**

**Alcances:** llegar a proponer opciones de solución al problema o plantear hipótesis que contribuyan a mejorar el abordaje clínico de pacientes con clasificación de trastorno bipolar

**Limitaciones:** dificultad para revisar artículos con patente, limitado acceso a información científica en revistas indexadas en este tema

### **1.4 Objetivos**

#### **Objetivo General**

- Realizar una revisión actualizada de protocolos de atención a pacientes adultos con diagnóstico de Trastorno Bipolar

#### **Objetivos Específicos**

- Identificar las principales características clínicas y epidemiológicas en pacientes adultos con diagnóstico de trastorno bipolar
- Dar a conocer los diferentes instrumentos diagnósticos y de evaluación del trastorno bipolar en adultos
- Caracterizar según el análisis de artículos científicos investigados, el tratamiento más utilizado para el manejo del Trastorno Bipolar en adultos



## Capítulo II. Marco Teórico

### 2.1 Antecedentes de la investigación:

La investigación consiste en una revisión bibliográfica exploratoria donde se muestra el conocimiento de las principales referencias escritas sobre la atención a pacientes adultos con clasificación clínica de trastorno bipolar.

- *Evolución en el diagnóstico del trastorno afectivo bipolar entre 2010 y 2015. Caldas, Colombia*

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, longitudinal, analítico. Se obtuvo la información por municipios de las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) del Departamento, de la base de datos de la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC) y los registros del Ministerio de la Protección Social, se tuvo en cuenta la información diagnóstica con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión (CIE-10). La prevalencia de TAB en el departamento de Caldas, con relación a la información recopilada para el 2010 fue en general de 0,03% y para mayores de 18 años fue de 0,08%; para el 2015 en la población general, ascendió a 0,10% y para mayores de 18 años ascendió a 0,22%. La incidencia estuvo determinada por un incremento de 342 pacientes en 2010 a 969 pacientes en 2015. También aumentó el número de atenciones por TAB en un 114% entre el 2010 y el 2015, se determinó un incremento porcentual promedio en la atención del 77,5%. (Osorio et al., 2021)

- *Uso de criterios y guías clínicas en la creación de una unidad de trastornos del ánimo (Rossel et al., 2020)*

1)Revisión y reconfirmación de diagnóstico.

2)Evaluación de la existencia de comorbilidades, tanto de patologías somáticas (enfermedades médicas, trastornos orgánico-cerebrales, etc.) como también la presencia de otras patologías psiquiátricas agregadas (por ejemplo, trastorno por abuso de sustancias, desórdenes de la personalidad, etc.).

3) Adherencia a los tratamientos indicados (evaluación de la aceptabilidad y cumplimiento de las terapias farmacológicas ensayadas).

4) Necesidad de realizar estudios diagnósticos complementarios (psicometrías, imágenes, test farmacogenéticos), obviamente incluyendo también interconsultas a otras especialidades de la medicina.

5) Evaluación del rol de factores ambientales y/o biográficos en la génesis y mantención del cuadro clínico (disfunciones familiares, de pareja, violencia intrafamiliar, experiencias actuales y/o tempranas traumáticas, etc.).

6) Foco en el rol de lo terapéutico en la aparición (post tratamiento o asociado a este) de disfunciones médicas, cognitivas, emocionales o conductuales (por ejemplo, anhedonia, cambio de patrones conductuales, anestesia emocional, desgano vital, etc.).

Para orientar las estrategias de manejo, distintas organizaciones de psiquiatras a nivel mundial han desarrollado consensos basados en la revisión de la evidencia disponible a la fecha. (Rossel et al., 2020)

- *Trastorno bipolar*

Estudios retrospectivos realizados por Diler en 2007 y Perlis y cols. en 2009 muestra que entre el 10% y el 20% de las personas presentó su inicio antes de los 10 años, y hasta el 60% antes de los 20 años. El TB en los adultos está frecuentemente precedido por trastornos de conducta disruptiva y trastornos de ansiedad. El inicio temprano del TB se asocia con una evolución más grave de la enfermedad y peores resultados; se ha observado que los niños con un TB prepuberal presentan aproximadamente dos veces menos probabilidades de recuperación que aquellos con un TB post-puberal. Además, las personas con un TB de inicio prepuberal tienen más síntomas crónicos, más síntomas del estado de ánimo subsindrómico y más cambios de polaridad que las personas con un TB post-puberal. (Dutazaka et al., 2021)

- *Trastorno bipolar: prevalencia, búsqueda de ayuda y uso de la atención de salud mental en Inglaterra. Hallazgos de la Encuesta de morbilidad psiquiátrica de adultos de 2014*

La prevalencia de por vida de TB en la comunidad de Inglaterra fue del 1,7%. Aproximadamente el 40% no había recibido atención de salud mental en el último año y solo el 16,9% había recibido tratamiento específico para la TB. El 14,6% había solicitado alguna forma de ayuda específica pero no la había recibido. La psicopatología difiere entre las personas que buscaron atención con éxito y las que no lo hicieron. La obtención de atención se asoció de forma independiente con el sexo femenino ( $p < 0,0001$ , odds ratio (OR): 4,65 (intervalo de confianza (IC): 2,18-10,30), desempleo ( $p = 0,02$ , OR: 2,65 (IC: 1,23-5,88) y suicidio ideación ( $p = 0,04$ , OR: 3,36, (IC: 1,04-10,89). (Humpston et al., 2021)

## **2.2. Bases teóricas:**

El trastorno bipolar I y II son trastornos psiquiátricos crónicos y graves que comienzan a una edad temprana y tienen consecuencias potencialmente devastadoras si se tratan de forma inadecuada. Es un trastorno que resulta de una interacción entre factores ambientales y genéticos complejos que no se comprenden del todo. Los eventos reproductivos y las terapias hormonales también afectan el curso del trastorno del espectro bipolar (bipolar I o II, y trastorno bipolar subumbral) en las mujeres. (Pope et al., 2014)

Un estudio internacional reciente sugiere que el trastorno del espectro bipolar en todo el mundo afecta aproximadamente al 2,4% de las personas. Además, tanto para hombres como para mujeres, el trastorno bipolar se clasifica como la novena causa principal de años de vida "saludable" perdidos como resultado de la discapacidad y la mortalidad prematura. La edad promedio de aparición del trastorno bipolar I es al final de la adolescencia y para el trastorno bipolar II es a mediados de los 20 años, aunque puede aparecer en adolescentes. (Pope et al., 2014)

## **Aspectos epidemiológicos**

El trastorno afectivo bipolar (bipolar) es una enfermedad multicomponente que implica episodios de alteraciones graves del estado de ánimo, déficits neuropsicológicos, cambios inmunológicos y fisiológicos y alteraciones del funcionamiento. Es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo y se asocia con altas tasas de mortalidad prematura tanto por suicidio como por comorbilidades médicas. (Rowland & Marwaha, 2018)

Los estudios epidemiológicos han sugerido una prevalencia a lo largo de la vida de alrededor del 1% para el tipo I bipolar en la población general. Una gran encuesta transversal de 11 países encontró que la prevalencia general de por vida de los trastornos del espectro bipolar fue del 2,4%, con una prevalencia del 0,6% para el tipo bipolar I y del 0,4% para el tipo II bipolar. Aunque los hallazgos variaron entre los diferentes países, esto sugirió una menor prevalencia de bipolar tipo I y II que en estudios previos. mientras que se encontró que la prevalencia de bipolar tipo I en EE. UU. era del 1%, un poco más alta que en otros países. (Rowland & Marwaha, 2018)

Un metaanálisis reciente de 25 estudios encontró una prevalencia combinada de por vida de 1,06% y 1,57% para bipolar tipo I y II, respectivamente, aunque la mayoría de los estudios incluidos eran de América del Norte o del Sur. No obstante, se ha encontrado una prevalencia similar en el Reino Unido, Alemania e Italia, y una prevalencia a lo largo de la vida entre el 0,1% y el 1,83% en una revisión sistemática de estudios de países africanos. (Rowland & Marwaha, 2018)

## **Diferencias por sexos**

El TB tipo I se produce aproximadamente igual en ambos sexos, aunque la forma de presentación suele ser diferente entre hombres y mujeres; hay algunos estudios que apuntan a que los hombres suelen presentar más frecuentemente manía unipolar, una edad de inicio más temprana y una mayor duración de los episodios

maníacos, mientras que las mujeres tienden a experimentar más episodios mixtos y más episodios depresivos. Estudios han demostrado que hay diferencias de género en el TB tipo II, siendo 2 veces más frecuente en mujeres que en hombres. En este sentido, las diferencias de género son una prueba más de la heterogeneidad de la presentación del TB. (García-Blanco et al., 2014)

### **Edad de inicio**

El TB puede afectar tanto a personas muy jóvenes como a muy mayores, aunque la edad de inicio más frecuente suele ser la adolescencia tardía o la adultez temprana. La mitad de los pacientes suelen tener el primer episodio antes de los 25 años y existe una relación directamente proporcional entre la edad media de inicio y la gravedad del subtipo de TB –18,4 años para el TB tipo I, 20 años para el TB tipo II y 21,9 años para las formas subclínicas del espectro bipolar. Los adolescentes reúnen con más frecuencia que los adultos los criterios del DSM-IV-TR para la manía y la hipomanía, sin embargo, los problemas a la hora de identificar a estas edades los cambios de humor patológicos hace que en su adultez sean falsos negativos en TB y en su lugar sean diagnosticados de trastorno depresivo mayor en presencia de sintomatología depresiva. (García-Blanco et al., 2014)

### **Comorbilidades**

Las enfermedades somáticas, incluidas las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cancerosas, son las principales contribuyentes a una esperanza de vida más corta de 10 a 20 años en los pacientes con trastorno bipolar en comparación con la población general. (Nielsen et al., 2019)

Los factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo, la obesidad, la hipertensión, el aumento del colesterol o la diabetes son dos veces más comunes en los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar en comparación con la población de base, con una posible aparición más temprana de estos factores de riesgo en pacientes bipolares que resulta en un aumento de la mortalidad por todas las causas, así como cardiovascular, mortalidad específica en comparación con la población general. (Nielsen et al., 2019)

Estudios de intervención previos en pacientes con enfermedad mental grave han centrado principalmente en el cambio de comportamiento de salud, como la mayoría de los factores comunes de riesgo cardiovascular, por ejemplo, fumar, el sedentarismo y la obesidad, son modificables. Generalmente, estos estudios no han podido mostrar un efecto de las intervenciones probadas en comparación con ninguna intervención. (Nielsen et al., 2019)

### **Características clínicas**

Los pacientes con Desorden Bipolar (DB) que presentan episodios maníacos / hipomaníacos o depresivos con características mixtas se asocian con formas más graves de DB junto con un peor curso de la enfermedad y tasas más altas de condiciones comórbidas. La mayoría de los estudios informan que la manía mixta y la depresión mixta comienzan a una edad más temprana que los eventos puramente afectivos, aunque otros estudios han informado una edad de inicio similar o mayor. (Solé et al., 2017)

La nueva clasificación cuantitativa DSM-5 de DB con características mixtas y DB sin características mixtas (maníaco / hipomaníaco con tres a seis características mixtas o deprimido con tres a siete características mixtas) puede ser útil para mediciones estadísticas. El especificador DSM-5 incluye síntomas maníacos típicos (como estado de ánimo elevado y grandiosidad) que son raros entre pacientes con depresión mixta, mientras que excluye síntomas (como irritabilidad, agitación psicomotora y distracción) que se informan con frecuencia en esta población de pacientes. (Solé et al., 2017)

Los episodios maníacos con características mixtas, en comparación con los episodios sin sintomatología mixta, se presentan con mayor labilidad e irritabilidad emocional, menos euforia, inestabilidad emocional prolongada, menor participación en actividades placenteras, menor conocimiento de la grandiosidad y menor necesidad de sueño. También son comunes el estado de ánimo disfórico, la ansiedad, la culpa excesiva y los síntomas depresivos suicidas. (Solé et al., 2017)

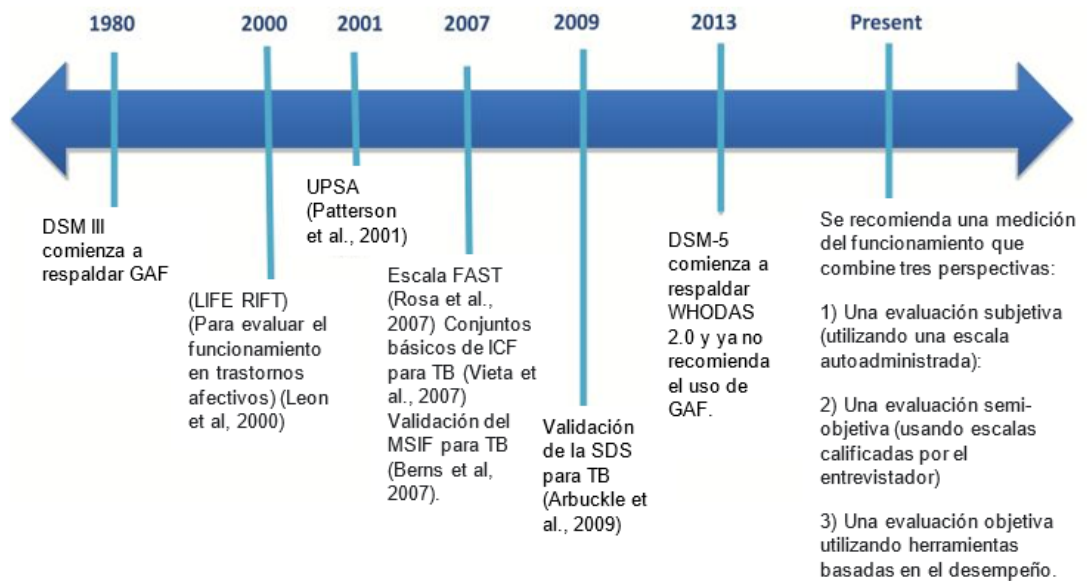
Al comparar la depresión mixta con la depresión agitada, los factores comunes son: irritabilidad / agresividad, vuelos de ideas, pensamientos acelerados, agitación psicomotora, aumento de la conversación y distracción. (Solé et al., 2017)

### **Definición de funcionamiento psicosocial y cómo medirlo**

Los expertos destacaron la definición proporcionada por la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) en la que el funcionamiento comprende 3 componentes diferentes: estructuras y funciones corporales; actividades y participación; y factores ambientales personales. Además, los autores de estas guías subrayan que este constructo era complejo de medir y que además de la ICF, la escala Functioning Assessment Short Test (FAST) también podría constituir un buen enfoque para medir el funcionamiento. Antes de estas pautas, hubo otros intentos de definir el funcionamiento psicosocial. (Bonnín et al., 2019)

Esta definición representó un gran avance en el campo porque en ese momento se midió el funcionamiento psicosocial mediante la Global Assessment Functioning Scale (GAF), avalada por varias ediciones consecutivas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). (Bonnín et al., 2019)

Programa de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. WHODAS 2.0 permite la evaluación del funcionamiento y la discapacidad independientemente del diagnóstico; es decir, puede reflejar dificultades debidas a alguna enfermedad médica o psiquiátrica. Por el contrario, tanto el GAF como el FAST se limitan al impacto de la enfermedad psiquiátrica en el funcionamiento, excluyendo las limitaciones médicas o ambientales. (Bonnín et al., 2019)



Línea de tiempo que representa algunas escalas para medir el funcionamiento psicosocial en el trastorno bipolar durante los últimos 40 años. FAST, prueba corta de evaluación funcional; GAF, escala de evaluación global del funcionamiento; ICF, Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud; LIFE-RIFT, la gama de herramientas de funcionamiento deteriorado; SDS, escala de discapacidad de Sheehan; MSIF, Escala multidimensional de funcionamiento independiente; UPSA, la Evaluación de habilidades basada en el desempeño de UCSD; WHODAS 2.0, Programa de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. (Bonnín et al., 2019)

## Diagnóstico

El diagnóstico de trastorno bipolar es evidente cuando un paciente presenta manía florida, pero es un desafío cuando la presentación inicial incluye síntomas depresivos; Los estudios generalmente informan que el 50% o más de los pacientes inicialmente presentan depresión. Principalmente porque la depresión unipolar (es decir, TDM) es más común que la depresión bipolar, y porque la depresión bipolar carece de características patognomónicas, el trastorno bipolar a menudo se identifica incorrectamente como TDM. Entre los pacientes a los que finalmente se les diagnostica trastorno bipolar, aproximadamente el 70% supuestamente tuvo un



diagnóstico erróneo inicial y más del 33% permanecieron diagnosticados erróneamente durante 10 años o más. La demora en el diagnóstico es un problema particular en mujeres con trastorno bipolar tipo II, porque los síntomas de hipomanía pueden no ser muy evidentes. Además, es común el diagnóstico erróneo durante el período posparto; en un estudio de 56 mujeres derivadas por depresión posparto, el 54% fueron posteriormente diagnosticadas con trastorno bipolar. (Jann, 2014)

El retraso en el reconocimiento del trastorno bipolar tiene consecuencias clínicas y de costes sanitarios adversos. Desde una perspectiva clínica, los pacientes con trastorno bipolar que son tratados con antidepresivos solos (el estándar de atención para el TDM) tienen menos probabilidades de tener una respuesta adecuada y están en riesgo de cambio maníaco o aceleración del ciclo (es decir, aumentó frecuencia de episodios del estado de ánimo a lo largo del tiempo). (Jann, 2014)

La detección de antecedentes de manía e hipomanía en cada paciente en su presentación inicial de síntomas depresivos es un paso temprano hacia el reconocimiento del trastorno bipolar. Los instrumentos validados que se pueden utilizar incluyen el Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo, la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, versión 3.0, 3.1 y el Cuestionario de Salud del Paciente de Evaluación de Trastornos Mentales en Atención Primaria. El cribado clínico se puede complementar con los hallazgos de casos basados en registros médicos electrónicos (HCE), en los que la información recopilada por el autoinforme o un asistente de atención médica se ingresa en el HCE y se analiza en busca de posibles indicadores de trastorno bipolar. (Jann, 2014)

Estas herramientas ayudan a garantizar que el médico reconozca a los pacientes que tienen más probabilidades de tener trastorno bipolar, ayudan a dirigir la entrevista clínica y pueden fomentar el seguimiento activo de cualquier síntoma emergente del trastorno bipolar. (Jann, 2014)

## **Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10**

### **F31** Trastorno bipolar

Trastorno que se caracteriza por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente están significativamente alterados. Esta alteración consiste, en algunas ocasiones, en un humor elevado y un aumento de la energía y la actividad (hipomanía o manía), y en otras, en un humor bajo y una disminución de la energía y la actividad (depresión). (World Health Organization 1992)

Los episodios repetidos solamente de hipomanía o manía se clasifican como otro trastorno bipolar (F31.8). (World Health Organization 1992)

- Incluye: Enfermedad maníaco-depresiva.
- Psicosis maníaco-depresiva.
- Reacción maníaco-depresiva.

### **DSM-5, CIE-11 y trastornos del estado de ánimo**

La tabla 1 ofrece un resumen de las principales diferencias y similitudes entre el DSM-5 y la versión beta de la CIE-11 en lo que se refiere a los trastornos del estado de ánimo en general. La organización de los diagnósticos en una y otra clasificación ya ofrece la primera divergencia, lo que quizá es reflejo de diferencias en el ámbito científico acerca del lugar que deben ocupar y la forma de organizar la asistencia a los pacientes que presentan estos complejos trastornos 12. Aunque en sus primeros borradores tanto el DSM como la CIE separaban los trastornos depresivos de los bipolares, una vez publicado el DSM-5 la versión beta de la CIE-11 ofrece una única categoría diagnóstica, «trastornos del ánimo», subdividida en trastornos bipolares y trastornos depresivos. El DSM-5 crea 2 secciones diferenciadas, una para los «trastornos depresivos» y otra para los «trastornos bipolares y relacionados».(de Dios et al., 2014).

**Tabla 1.** Esquema de las principales diferencias y similitudes entre el DSM-5 y la versión beta de la CIE-11: Trastornos del estado de ánimo en general

Trastornos del estado de ánimo		
	DSM-5	CIE-11 (versión beta)
Taxonomía	Dos categorías separadas para trastornos depresivos y trastornos bipolares	Una categoría (trastornos del ánimo) subdividida en depresivos y bipolares
Medidas dimensionales	Se incluyen para complementar el diagnóstico y facilitar seguimiento (p. ej., depresión/ira/ansiedad/abuso de sustancias)	No se contemplan
Trastorno mixto ansioso-depresivo	No se incluye en la versión final (mala fiabilidad en los estudios de campo). Pero, se puede usar la «ansiedad» como especificador	Se mantieneSe contempla establecer un dominio principal y el segundo como especificador
Duelo	Se retira como criterio de exclusión para el diagnóstico de depresión mayor	Se mantiene como criterio de exclusión para depresión mayor
Depresión «mixta»	Se puede diagnosticar depresión con especificador de mixto en depresión unipolar	No se incluye
Rabietas	Nueva categoría diagnóstica: Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDA)	No se incluye(se contempló una categoría similar en un inicio)

Fuente: DSM-5 y CIE-11

**Tabla 2.** Esquema de las principales diferencias y similitudes entre el DSM-5 y la versión beta de la CIE-11: Trastornos bipolares

	DSM-5	CIE-11 (versión beta)
<b>Trastornos bipolares</b>		
<i>Convergencias</i>		
↑de actividad o energía como criterio diagnóstico de hipo/manía	Se incluye (como requisito), a diferencia del DSM-IV	Se incluye (como requisito) (a diferencia de la CIE-10)
Trastorno bipolar tipo II	Se mantiene	Se incluye como categoría específica (a diferencia de la CIE-10)
Trastorno bipolar tipo I, episodio maníaco único	Se mantiene	Se adopta (a diferencia de la CIE-10)
Manía inducida por tratamientos (AD, TEC...)	Se incluye (a diferencia del DSM-IV)	Se mantiene
<i>Divergencias</i>		
Episodio mixto	Desaparece. Se convierte en especificador	Se mantiene
Espectro bipolar	Se operativizan criterios («otros trastornos bipolares»)	No se contempla
Otros especificadores	No se han incluido	Se añade el especificador «de inicio en la infancia»

Fuente: DSM-5 y CIE-11

### El diagnóstico de trastorno bipolar y trastornos del espectro bipolar

Dos de las principales diferencias entre el DSM-5 y la CIE-10 se refieren a la ausencia de reconocimiento del trastorno bipolar tipo II en esta última, así como el no considerar dentro del trastorno bipolar I a los pacientes con un único episodio maníaco o a los pacientes con manía unipolar. Ambas diferencias parecen haber sido superadas en la versión beta de la CIE-11, en la que sí está definido el trastorno bipolar tipo II, y donde el trastorno bipolar tipo I se define por la presencia de «uno

o más episodios de manía o mixtos» a lo largo de la vida del sujeto. (de Dios et al., 2014)

### **Adherencia al tratamiento en el trastorno bipolar**

Revisiones tempranas de datos sociodemográficos y clínicos generales, factores asociados con la no adherencia en los trastornos bipolares, factores como edad más joven, sexo masculino, antecedentes de grandiosidad, y quejas de "no alcanzar los máximos". Sin embargo, la hipótesis de que las variables sociodemográficas básicas de predecir correctamente la adherencia se ve socavada por contradictorios hallazgos y no está fuertemente respaldado por la más reciente investigación sofisticada. Por ejemplo, de 12 estudios,<sup>5</sup> identificaron una posible asociación entre la edad más joven y la no adherencia; uno encontró una tendencia en la misma dirección, pero no informaron asociación y seis no encontraron ninguna asociación. (Scott & Tacchi, 2010)

Además, cualquier relación entre edad, género y la falta de adherencia podría explicarse mejor por una tercera variante capaz, como la alta prevalencia de fármacos comórbidos y / o abuso de alcohol en varones jóvenes con trastorno bipolar. Una revisión detallada de la asociación entre la adherencia tiende a sugerir que, si bien esto puede ser relevante en algunos casos en determinados momentos, por ejemplo, cuando presentando un episodio de manía aguda o depresión psicóticas, el concepto más sutil de conciencia de la enfermedad (que capta aspectos de la negación de la enfermedad con la conciencia tranquila) una mejor variable explicativa. Además, hay una creciente literatura que sugiere que los deterioros cognitivos (más bien que el conocimiento por sí solo) pueden afectar negativamente a la adherencia. Se consideró que los efectos tenían un efecto perjudicial sobre adherencia en los primeros estudios, pero de nuevo la investigación se minó por el hecho de que muchos de los estudios que informan sobre este tema. (Scott & Tacchi, 2010).

La asociación no midió otras posibles influencias sobre la adherencia. Estudios recientes indican que si bien los efectos pueden reducir la adherencia en algunos individuos (mientras que otros tolerarán exactamente el mismo efecto secundario

en un igual o igual peor nivel de gravedad), hay una diferencia entre submedidas objetivas de los efectos secundarios. Si los efectos secundarios se diferencian de esta manera, es notable que el miedo o más bien que la experiencia real de los efectos secundarios puede ser un mejor predictor de no adherencia. (Scott & Tacchi, 2010)

## **Tratamiento**

El tratamiento generalmente tiene 2 fases. Durante la fase aguda el tratamiento se centra en la gestión de los episodios agudos de ánimo (maníaco, hipomaníaco o depresivo). El tratamiento de la fase de mantenimiento está enfocado en prevenir recurrencias de episodios agudos. El primer paso en el manejo del trastorno bipolar es confirmar el diagnóstico de manía o hipomanía y definir el estado de ánimo del paciente, porque el tratamiento difiere considerablemente para la hipomanía, manía, depresión y eutimia. El objetivo final del tratamiento del trastorno afectivo bipolar (TAB) es descender el número y gravedad de las reagudizaciones, mejorar el funcionamiento global y el pronóstico. (Vargas et al., 2020)

### **Medicamentos más utilizados en el TAB:**

**Litio:** es el medicamento de elección para el tratamiento de este trastorno. Su mecanismo de acción es desconocido, pero parece incluir varias dianas en los sistemas de transducción de señales intracelulares (proteínas G, ciclo de los fosfoinositoles, producción de adenosin monofosfato cíclico (AMPc) o la fosforilación proteica). (Vargas et al., 2020)

**Antipsicóticos:** los antipsicóticos podrían tener un inicio de acción más rápido, el haloperidol antipsicótico típico, parece tener una acción anti maníaca más rápida en comparación con la segunda generación de antipsicóticos. Sin embargo, el haloperidol tiene el inconveniente de un mayor riesgo de cambiar a depresión y la aparición de efectos secundarios extrapiramidales. (Vargas et al., 2020)

**Ácido valproico:** es un estabilizador del estado de ánimo, cambia la fase y aumenta la amplitud de expresión del gen del ritmo circadiano en el sistema

nervioso central y en los fibroblastos. El mecanismo de acción se relaciona con la inhibición del catabolismo de ácido gama-aminobutírico (GABA). (Vargas et al., 2020)

**Carbamazepina:** bloquea los canales voltaje dependientes de sodio, y así inhibe las descargas neuronales repetitivas. (Vargas et al., 2020)

**Lamotrigina:** Se recomienda, en general, como opción de primera línea en la depresión aguda, a pesar de que los estudios sobre la eficacia de lamotrigina en monoterapia no han demostrado resultados positivos. (Vargas et al., 2020)

**Antidepresivos:** el uso de antidepresivos en estos pacientes es polémico. Estos pueden ser útiles y seguros para algunos pacientes como tratamiento complementario de estabilizadores del estado de ánimo o antipsicóticos, sin embargo, es importante conocer que el efecto de los antidepresivos en pacientes con TAB pueden aumentar la frecuencia del ciclo del estado de ánimo y desarrollar cicladores rápidos. (Vargas et al., 2020).

**Tabla 3.** Principales fármacos utilizados en el manejo de Trastorno Bipolar

Nombre genérico	Presentación	Dosis inicial	Rango Terapéutico	Dosis mantenimiento (mgs)
Litio	400 mgs	400 mgs	0.6 -1.2 mmol/l	800-1600
Acido valproico	250 mgs	200 mgs/12 hrs	250-1800 mgs	según respuesta clínica
Carbamazepina	200 mgs	100-200 mgs	600-1000 mgs	según respuesta clínica
Haloperidol	2 mg/dl	3-10 mgs	60 mgs/día	1-15 mgs diario
Clorpromazina	100 mgs	75-300 mgs/día	900 mgs/día	75 a 150 mgs
Lorazepam	1 mg; 5 mgs	0.5 a 3 mgs	5 mgs/12 hrs	1 - 2 mg v.o 2 a 3 v. d
Clonazepam	0.5 mg; 2 mg	1.5 mg/día	4-8 mgs/día	0.1 mg/kg/día
Olanzapina	5 mgs	15 mgs/día	20 mgs	10 mgs
Quetiapina	100 mg	100 mgs/día	400-800 mgs/día	150 mgs/día
Clozapina	100 mgs	25 mgs	900 mgs/día	200 mgs
Risperidona	1 mg	2 mgs/día	6-10 mgs/día	0.25 mgs
Aripiprazol	10,15,20 y 30 mgs	30 mgs	10-30 mgs	15 mgs
Ziprasidona	40 mgs	40 mgs 2 v/d	60-80 mgs/2vd	40-80 mgs 2vd

Fuente: El tratamiento Farmacológico en Psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. /capítulo 13/Trastorno Bipolar.

### 2.3. Definición de términos básicos usados en la investigación

**Episodio depresivo:** Síndrome que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución importante de interés o placer por actividades, pérdida importante de peso (sin dieta), alteración en patrones de sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, alteración en la capacidad para concentrarse y pensamientos de muerte recurrentes.

**Episodio maníaco:** estado de ánimo extremo que dure al menos una semana a menos que se acorte con una intervención de tratamiento caracterizado por euforia, irritabilidad o expansividad, y por aumento de actividad o una experiencia subjetiva de aumento de energía, acompañada de otras características, síntomas como habla rápida o presionada, fuga de ideas, aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, distracción, impulsividad o imprudencia comportamiento y cambios rápidos entre los diferentes estados de ánimo (es decir, labilidad del estado de ánimo).

**Episodio hipomaníaco:** se define como un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días.

**Episodio mixto:** se caracteriza por una mezcla o una alternancia muy rápida entre síntomas maníacos y depresivos prominentes la mayoría de los días durante un período de al menos 2 semanas.

**Trastorno bipolar tipo I:** es un trastorno del estado de ánimo episódico definido por la aparición de uno o más episodios maníacos o mixtos.

**Trastorno bipolar tipo II:** es un trastorno del estado de ánimo episódico definido por la aparición de uno o más episodios hipomaníacos y al menos un episodio depresivo.

### **Capítulo III. Sistemas de variables**

Las variables utilizadas en la investigación son:

- Descriptores: percepciones, ideas y conocimientos
- Subdescriptores: se detalló y expuso los conocimientos básicos sobre manejo de pacientes adultos con diagnóstico de TB en El Salvador, desinformación sobre el tema, prevención en la detección oportuna, novedad de manejo
- Técnica de investigación: revisión bibliográfica y análisis documental, análisis de contenido cualitativo fichaje de documental

### **Capítulo IV. Marco Metodológico**

**4.1. Diseño del estudio:** Investigación documental.

**4.2. Población y muestra:** se realizó una investigación teórica, así como la observación directa del proceso, con el fin de recopilar la información necesaria que permita identificar los protocolos actualizados de pacientes adultos con diagnóstico de trastorno bipolar, conocer las características clínicas y epidemiológicas, pruebas diagnósticas y tratamientos.

**Población:** lo existente sobre el tema.

**Muestreo:** intencional (según criterios de inclusión).



**4.3. Unidad de análisis:** artículos científicos: libros, enciclopedias, revistas, periódicos, diccionarios, monografías, tesis y otros documentos; documentos electrónicos: cd-roms, base de datos, revistas y boletines epidemiológicos en línea y páginas web.

#### **4.4 Criterios de inclusión y exclusión**

**Criterios de inclusión:** Información de carácter científico publicada en bibliotecas reconocidas en los últimos 7 u 8 años.

**Criterios de exclusión:** documentos con acceso restringido o que generen costo adicional, información de carácter científico que haya sido concluida con más de 8 años de publicación.

#### **4.5 Traducción de artículos seleccionados:**

La mayoría de los artículos y revistas, son actualizados, por lo cual, fue necesario traducirlos al español ya que la mayoría son publicados en inglés.

#### **4.6 Evaluación crítica de los artículos:**

Terminada la recolección y traducción de la información, se procedió a analizar en base a la relación con el tema, respaldo científico y actualización según los criterios de inclusión, estudiando todos los artículos encontrados.

#### **Limitaciones:**

La principal limitación identificada en el presente proyecto de investigación fue que no se contaba con protocolos actualizados, al momento de realizar la búsqueda en las diferentes bibliotecas virtuales.

#### **4.7 Técnicas aplicadas en la recolección de la información e instrumentos de registro**

Técnicas aplicadas en la recolección de la información: observación documental.

Instrumentos de registro

Como instrumento de registro se estructuró una ficha resumen, de elaboración propia, donde se organizó la información de acuerdo a la matriz de congruencia de la investigación, especificando el uso que se le dará a la información o datos recopilados de la revisión de artículos científicos.

#### **4.8 Procedimientos para la recolección de información**

Se realizó una búsqueda en bibliotecas electrónicas: PUBMED e HINARI, así como sistemas de búsquedas electrónicas como las de EBSCO Discovery Service y Google Scholar, en bases de datos bibliográficos: EBSCO, HINARI.

#### **4.9 Análisis de la información**

Para el análisis de la información recabada, se le dio un orden, se organizaron los datos de acuerdo con las variables, se obtuvo registros en la ficha recolectora y selección de contenido a una tabla resumen según matriz de congruencia.

#### **Resultados esperados del estudio**

- Diseminación de los resultados y políticas de publicación.
- Crear una propuesta para poder actualizar las Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría del país República de El Salvador.

## **Conclusiones**

1. El TB puede afectar tanto a personas jóvenes como a mayores, aunque la edad de inicio más frecuente suele ser la adolescencia tardía o la adultez temprana. En El Salvador los trastornos del humor (afectivos), registran mayor prevalencia de consulta en el sexo femenino (75%), y la edad más afectada oscila entre los 25 a 59 años.
2. Es necesario realizar estudios diagnósticos complementarios (psicometrías, imágenes, test farmacogenéticos), obviamente incluyendo también interconsultas a otras especialidades de la medicina, para la detección temprana de los Trastornos Bipolares
3. El TB tipo I se produce aproximadamente igual en ambos sexos. Estudios han demostrado haber diferencias de género en el TB tipo II, siendo 2 veces más frecuente en mujeres que en hombres
4. La evaluación del rol de factores ambientales y/o biográficos en la génesis y mantención del cuadro clínico es indispensable incluirlas en el abordaje para detectar la raíz de esta alteración.

## **Recomendaciones**

1. Utilizar en el país escalas para medir el nivel de funcionamiento psicosocial enfocado al inicio del diagnóstico y al momento de lograr estabilidad de síntomas con el fin que los pacientes puedan reinsertarse a todos los ámbitos de su vida, superando cualquier condición impuesta por la sociedad
2. Promover concientización y educación en temas de salud mental dirigidos a familiares y pacientes para lograr una adherencia farmacológica, teniendo como objetivos fundamentales disminuir el número y gravedad de las reagudizaciones obteniendo un mejor pronóstico de la enfermedad
3. Incentivar a investigadores para fomentar la realización de estudios de revisión documental en este tema que respalden la necesidad de actualizar el documento regulatorio: Guías Clínicas para la Atención en Salud Mental y Psiquiatría (2017) en El Salvador

## Fuentes bibliográficas

1. Arrieta, M., & Santos, P. M. (2019). Trastorno bipolar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5052-5066. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.013>
2. Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., Betancourt Izquierdo, E., Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., & Betancourt Izquierdo, E. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-482. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1684-18242019000200467&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242019000200467&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018. Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.
4. Osorio, J. H., Quenan, Y. E., Acosta, M. A., Osorio, J. H., Quenan, Y. E., & Acosta, M. A. (2021). Evolución en el diagnóstico del trastorno afectivo bipolar entre 2010 y 2015. Caldas, Colombia. *Universidad y Salud*, 23(1), 21-29. <https://doi.org/10.22267/rus.212301.210>
5. Rossel, L., Erazo, R., Nieto, R., Fuentes, C., & Curivil, P. (2020). Uso de criterios y guías clínicas en la creación de una unidad de trastornos del ánimo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.003>
6. Dutazaka, M. G. M., Moyon, M. V. V., Loor, W. A. S., & Yamunaque, Y. A. T. (2021). Trastorno bipolar. *RECIAMUC*, 5(1), 54-62. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.54-62](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.54-62)
7. Humpston, C. S., Bebbington, P., & Marwaha, S. (2021). Bipolar disorder: Prevalence, help-seeking and use of mental health care in England. Findings from the 2014 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 282, 426-433. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.151>
8. Pope, C. J., Sharma, V., & Mazmanian, D. (2014). Trastorno bipolar en el período posparto: Estrategias de manejo y direcciones futuras. *Women's Health*, 10(4), 359-371. <https://doi.org/10.2217/WHE.14.33>
9. Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiología y factores de riesgo del trastorno bipolar. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251-269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>

10. Nielsen, R. E., Kugathasan, P., Straszek, S., Jensen, S. E., & Licht, R. W. (2019). Why are somatic diseases in bipolar disorder insufficiently treated? *International Journal of Bipolar Disorders*, 7(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0147-y>
  
11. García-Blanco, A. C., Sierra, P., & Livianos, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*, 21(3), 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.07.004>
  
12. Solé, E., Garriga, M., Valentí, M., & Vieta, E. (2017). Mixed features in bipolar disorder. *CNS Spectrums*, 22(2), 134-140. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000869>
  
13. Jann, M. W. (2014). Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders in Adults: A Review of the Evidence on Pharmacologic Treatments. *American Health & Drug Benefits*, 7(9), 489-499. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4296286/>
  
14. World Health Organization. (1992). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
  
15. Consuelo de Dios, C., Goikolea, J. M., Colom, F., Moreno, C., & Vieta, E. (2014). Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health*, 7(4), 179-185. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.07.005>
  
16. Vargas, X. R., Leal, M. A., & Zamora, S. M. (2020). Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), e572-e572. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.572>
  
17. Scott, J., & Tacchi, M. J. (2010). Treatment Adherence in Bipolar Disorder. 275-284. <https://doi.org/10.1002/9780470661277.ch21>
  
18. Evaluación del Trastorno Afectivo Bipolar. Revisión Sistemática de los Estudios instrumentales.pdf. (s. f.). Recuperado 22 de agosto de 2021, de <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/6336/Evaluaci%C3%B3n%20del%20Trastorno%20Afectivo%20Bipolar.%20Revisi%C3%B3n%20Sistem%C3%A1tica%20de%20los%20Estudios%20instrumentales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  
19. Vöhringer, P. (2010). Tamizaje en trastornos bipolares: Experiencia chilena. *Medwave*, 10(07). <https://doi.org/10.5867/medwave.2010.07.4620>

## Anexos

ID	Escala	Definición
1	Cuestionario de trastorno del ánimo o MDQ	Instrumento que ocupa los criterios de elevación del ánimo del DSM-IV, en el cual debe existir una simultaneidad de los síntomas anímicos (no pueden estar en distintos periodos de tiempo) y que produzcan al menos consecuencias moderadas en la calidad de vida del individuo. Integra además la historia familiar y la sospecha personal previa de bipolaridad, puntos agregados por la FDA al cuestionario original.
2	Índice de bipolaridad de Sachs	Es un instrumento que haya tenido evaluación psicométrica, pero es interesante al combinar en forma dinámica, categorial y dimensional cinco validadores clínicos.
3	La escala de diagnóstico del trastorno de espectro bipolar de Ghaemi	Los criterios del espectro bipolar son elaborados como una herramienta clínica, los que no han sido utilizados en Estudios, por lo que no existen valores de sensibilidad o especificidad en ellos. No obstante, son bastante operacionales y directos, puesto que se basan en antecedentes familiares, de los episodios y la respuesta al tratamiento. Se sugiere utilizar esta herramienta frente a un episodio depresivo en que no se cumplen criterios de TB I o TB II en la historia.
4	La Hypomania Checklist o HCL -32 de Angst	Instrumento europeo (considerado el mejor o del autor de este documento) bastante riguroso y complejo en su aplicación, por lo que no se recomienda su uso en América Latina. Es un documento de autorreporte, cuyo objetivo es evaluar las características de los períodos de estado de ánimo elevado.

5	Bipolar Inventory of Symptoms Scale [BISS]	Es una escala de clasificación clínica, está compuesta por dos subescalas de depresión y manía y además evalúa cinco dominios de síntomas: depresión, manía, irritabilidad, ansiedad y psicosis.
6	La Bipolar Depression Rating Scale [BDRS-S]	Diseñado específicamente para detectar y medir los síntomas de la depresión bipolar, incorporan la evaluación de síntomas atípicos, como hipersomnia o aumento del apetito, o síntomas mixtos, tales como irritabilidad, labilidad, el aumento de accionamiento del motor y el aumento de discurso; Consta de 20 ítems clínicos asociados con la fase depresiva de la enfermedad

Fuente: (Evaluación del Trastorno Afectivo Bipolar. Revisión Sistemática de los Estudios instrumentales.pdf, s. f.), (Vöhringer, 2010)



## Revisión bibliográfica

ID	Referencia	Año	Autor de correspondencia	Institución de autor de correspondencia	Tipo	N	Nombre Revista Artículo Libro	Full Text Online si o no
1	Arrieta & Santos	2019	España	Universidad de Navarra, Pamplona, España	Clínica	Volume 12, Issue 86	Journal Article Elsevier España, S.L.U Trastorno bipolar	no
2	Martínez Hernández et al	2019	Cuba	Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.	Clínica	vol.41 no.2	Consideraciones clínicas y epidemiológicas. Rev.Med.Ele ctrón.	si
3	Pan American Health Organization	2018	Washington, D.C.	Organización Panamericana de la Salud.	Clínica	NA	La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018	si
4	Osorio et al	2021	Colombia	Laboratorio de Investigación en Metabolismo. Universidad de Manizales. Manizales, Colombia	Clínica	vol.23 no.1	Artículo Evolución en el diagnóstico del trastorno afectivo bipolar entre 2010 y 2015. Caldas, Colombia	si
5	ListerRossel	2020	Santiago, Chile	Departamento de Psiquiatría Adultos, Clínica Las Condes	Clínica	Volume 31, Issue 2	Uso de criterios y guías clínicas en la creación de una unidad de trastornos del ánimo, Revista Médica Clínica Las Condes	si
6	Dutazaka et al	2021	Guayaquil, Ecuador	RECIAMUC; Editorial Saberes del Conocimiento, 2021	Clínica	NA	Artículo Trastorno bipolar. RECIAMUC	si
7	Humpston et al	2021	Reino Unido	Instituto de Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Birmingham, B15 2TT, Reino Unido	Clínica	Volumen 282	Trastorno bipolar: prevalencia, búsqueda de ayuda y uso de la atención de salud mental en Inglaterra. Hallazgos de la Encuesta de morbilidad psiquiátrica de adultos de 2014	Si

ID	Referencia	Año	Autor de correspondencia	Institución de autor de correspondencia	Tipo	N	Nombre Revista Artículo Libro	Full Text Online si o no
8	Rowland & Marwaha,	2018	Reino Unido	Unidad de Salud Mental y Bienestar, División de Ciencias de la Salud, Universidad de Warwick, Coventry, CV4 7AL, Reino Unido	Clínica	vol. 8, 9	Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiología y factores de riesgo del trastorno bipolar. <i>Therapeutic Advances in Psychopharmacology</i>	si
9	García-Blanco et al.,	2014	Valencia, España	Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Universitario y Politécnico, Valencia, España	Clínica	Vol. 21. Núm. 3.	Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones Nosology, epidemiology and pathogenesis of bipolar disorder: Recent approaches	si
10	Nielsen et al	2019	Dinamarca	Departamento de Medicina Clínica, Universidad de Aalborg, Aalborg, Dinamarca	Clínica	NA	Why are somatic diseases in bipolar disorder insufficiently treated? International Journal of Bipolar Disorders	si
11	Solé et al.,	2017	España	Unidad de Trastorno Bipolar, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona, Cataluña, España	Clínica	NA	Mixed features in bipolar disorder. CNS Spectrums	si
12	Bonnín et al	2019	España	Unidad de Trastornos Bipolares y Depresivos, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínico, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, Cataluña, España	Clínica	NA	Mejora del funcionamiento, la calidad de vida y el bienestar de los pacientes con trastorno bipolar. La revista internacional de neuropsicofarmacología	si

ID	Referencia	Año	Autor de correspondencia	Institución de autor de correspondencia	Tipo	N	Nombre Revista Artículo Libro	Full Text Online si o no
13	Jann,	2014	E.E.U.U., Texas	Profesor y presidente, Departamento de Farmacoterapia, Facultad de Farmacia del Sistema de la Universidad del Norte de Texas, Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte de Texas, Fort Worth, TX.	Clínica	NA	Diagnóstico y tratamiento de los trastornos bipolares en adultos: revisión de la evidencia sobre tratamientos farmacológicos. Beneficios para la salud y los medicamentos para los estadounidenses	si
14	World Health Organization.	1992	Madrid	World Health Organization. (1992). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.	Clínica	NA	CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.	si
15	Consuelo de Dios	2014	Madrid, España	Servicio de Psiquiatría, Hospital General Universitario La Paz, IDIPAZ, CIBERSAM, Universidad Autónoma, Madrid, España	Clínica	Vol. 7. Núm. 4.	Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health	si
16	Vargas et al.,	2020	Costa Rica	Dirección regional Huetar Atlántica Limón, Costa Rica	Clínica	Vol.5 (9)	Actualización del trastorno afectivo bipolar. Revista Médica Sinergia	si
17	Scott, J., & Tacchi, M. J.	2010	NA	Libro	Clínica	NA	Treatment Adherence in Bipolar Disorder	si