

**PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN CLINICA Y SOCIODEMOGRAFICA DEL
TRASTORNO BIPOLAR TIPO II EN PERSONAS CON INTENTO DE SUICIDIO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE
NARIÑO EN EL PERIODO DE JUNIO A OCTUBRE DEL AÑO 2014**

**Diana Jimena Ceballos Rosales
Katherine Alexandra Reynel Angulo
Adriana Liseth Rivera Chicaiza
Jenny Alexandra Villarreal Villareal**

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

PROGRAMA DE MEDICINA – SEDE PASTO

SAN JUAN DE PASTO

2015

**PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN CLINICA Y SOCIODEMOGRAFICA DEL
TRASTORNO BIPOLAR TIPO II EN PERSONAS CON INTENTO DE SUICIDIO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE
NARIÑO EN EL PERIODO DE JUNIO A OCTUBRE DEL AÑO 2014**

**Diana Jimena Ceballos Rosales
Katherine Alexandra Reynel Angulo
Adriana Liseth Rivera Chicaiza
Jenny Alexandra Villarreal Villareal**

**Trabajo de grado presentado como prerrequisito para optar al título de
Médico.**

ASESOR:

**Dr. CÁSTULO CISNEROS R.
MD. PSIQUIATRA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
PROGRAMA DE MEDICINA – SEDE PASTO
SAN JUAN DE PASTO**

2015

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

Este trabajo no habría sido posible sin la influencia directa o indirecta de muchas personas a las que agradecemos profundamente por estar presentes en las distintas etapas de su elaboración.

A nuestro asesor científico el Doctor Cástulo Cisneros especialista en Psiquiatría por manifestar su interés en dirigir nuestro trabajo de grado, su confianza, colaboración y apoyo en este proceso. A los asesores de investigación quienes nos guiaron con sus conocimientos.

A la Fundación Universitaria San Martín sede Pasto por permitirnos ser parte de esta institución y a todos los docentes que compartieron sus conocimientos, dentro y fuera de clase, haciendo posible que nuestra formación profesional se resumiera en satisfacciones académicas.

Al Hospital Universitario Departamental de Nariño por permitirnos trabajar dentro de su institución para llevar a cabo este proyecto.

Agradecer a este equipo de trabajo por el apoyo, dedicación y tiempo al realizar cada parte de este proyecto académico y llegar a la culminación de esta meta.

DEDICATORIA

Dedico el fruto de mi esfuerzo a Dios por regalarme la vida, y ser la luz que nos ilumina en cada instante él nos brinda la sabiduría para crecer en lo personal y profesional. A mi madre Ana Julia Rosales Álvarez quien me brindó su apoyo incondicional, por su gran amor y comprensión por estar conmigo en todo momento por su lucha y esfuerzo constante para ayudarme a culminar un peldaño más de mi existencia. A las personas consagradas a la ciencia e investigación en procura del bienestar físico y mental de los seres humanos.

DIANA JIMENA CEBALLOS ROSALES

DEDICATORIA

Tu mi estrella, mi caricia eterna, el lado bueno de mi razón

Tu despedida dolorosa huella, Hizo una herida en mi corazón

En Mi camino entre penas y alegrías, seguirá escrita tu dulce guía

Quien sino Dios pudo saber de tu partida, más lo mejor que pudiste dar

Con amor nos lo diste en vida.

Aprendí de lo eterno de un abrazo y que son necesarias a veces las heridas

Que nadie aprende en cuerpo ajeno y que mi madre será siempre mi mejor
compañía

A levantarme temprano y aunque por eso no dure más el día, es el secreto para
para lograr los sueños.

Hoy alcanzo uno de ellos y me faltas tú, que ironía.

Acompaña siempre desvelos, con tu cálida lucecita.

Y cuando despierto, aunque te siento

Te extraño mucho abuelita.

Para mi Elo.

KATHERINE ALEXANDRA REYNEL ANGULO

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres Fernando Rivera y Cony Chicaiza, quienes fueron un apoyo incondicional en este proceso, a quienes confiaron en mí, a mis amigos y compañeros quienes con sus palabras de aliento contribuyeron al desarrollo de este proyecto.

ADRIANA LISETH RIVERA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo, A mi madre Doris Yolanda Villarreal. por brindarme la oportunidad de estudiar esta maravillosa profesión y haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien , a mi hijo Andrés Felipe quien ha sido el motor que cada día me impulsa a salir adelante y así poder forjarle un futuro de éxitos, a mi hermana Diana Villarreal y mi abuelita Elina Villarreal por su apoyo incondicional y a todos quienes de una u otra manera estuvieron a mi lado para lograr esta meta.

JENNY ALEXANDRA VILLARREAL

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Febrero 2015

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no compromete a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 15 |
| 1 ASPECTOS GENERALES | 16 |
| 1.1 TÍTULO | 16 |
| 2 OBJETIVOS | 17 |
| 2.1 OBJETIVO GENERAL | 17 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 17 |
| 3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 18 |
| 3.1 TEMA | 18 |
| 3.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | 18 |
| 3.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 20 |
| 4 JUSTIFICACIÓN | 21 |
| 5 METODOLOGÍA..... | 22 |
| 5.1 ENFOQUE | 22 |
| 5.2 TIPO DE ESTUDIO..... | 22 |
| 5.3 POBLACIÓN | 23 |
| 5.4 FUENTES DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | 23 |
| 5.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 23 |
| 5.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN | 23 |
| 5.6.1 Criterios de Inclusión..... | 23 |
| 5.6.2 Criterios de Exclusión..... | 24 |
| 5.7 ERRORES Y SESGOS..... | 24 |
| 6 MARCO REFERENCIAL | 25 |
| 6.1 MARCO TEORICO | 25 |
| 6.2 CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO BIPOLAR TIPO I Y TIPO II | 25 |
| 6.2.1 Trastorno Bipolar I:..... | 25 |
| 6.2.2 Trastorno Bipolar II..... | 26 |
| 6.3 FASES DEL TRASTORNO BIPOLAR | 26 |
| 6.3.1 Manía | 26 |
| 6.3.2 Síntomas de la Fase Mani: | 26 |

| | | |
|-------|--|----|
| 6.3.3 | Hipomania | 27 |
| 6.3.4 | Síntomas de la Fase Hipomaniaca..... | 27 |
| 6.3.5 | Depresión Bipolar..... | 28 |
| 6.3.6 | Síntomas | 28 |
| 6.3.7 | Fase Mixta..... | 29 |
| 6.3.8 | Síntomas de la Fase Mixta | 29 |
| 6.3.9 | Fase de Remisión | 29 |
| 6.4 | ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR..... | 30 |
| 6.4.1 | | 30 |
| 6.4.2 | Factor Genético..... | 30 |
| 6.4.3 | Estudios Bioquímicos y Moleculares | 30 |
| 6.4.4 | Factor Ambiental | 31 |
| 6.5 | TRATAMIENTO | 31 |
| 6.5.1 | Modalidades de Tratamiento | 31 |
| 6.6 | PRONOSTICO | 32 |
| 7 | MARCO CONTEXTUAL..... | 33 |
| 7.1 | MARCO GEOGRÁFICO..... | 35 |
| 7.2 | MARCO CONCEPTUAL | 36 |
| 7.3 | MARCO LEGAL..... | 37 |
| 8 | ANÁLISIS DE RESULTADOS | 38 |
| 9 | DISCUSIÓN | 55 |
| | CONCLUSIONES | 56 |
| | RECOMENDACIONES | 57 |
| | BIBLIOGRAFIA..... | 58 |
| | NETGRAFIA | 61 |
| | ANEXOS..... | 62 |

LISTA DE GRÁFICAS

| NÚMERO DE GRÁFICA | NOMBRE | PAGINA |
|--|-----------------------------|---------------|
| 1 | Género | 39 |
| 2 | Edad | 40 |
| 3 | Estado Civil | 41 |
| 4 | Nivel de Escolaridad | 42 |
| 5 | Procedencia | 43 |
| 6 | Régimen de afiliación | 44 |
| 7 | Grupo étnico | 45 |
| 8 | Núcleo familiar | 46 |
| 9 | Religión | 47 |
| 10 CARACTERIZACIÓN CLINICA | Episodio depresivo mayor | 48 |
| 11 | Episodio depresivo mayor | 49 |
| | | |

| | | |
|----|------------------------|----|
| 12 | Episodio Hipomaniaco | 50 |
| 13 | Episodio Hipomaniaco | 51 |
| 14 | Episodio Maniaco | 52 |
| 15 | Episodio Maniaco | 53 |
| 16 | Prevalencia TB tipo II | 54 |
| 17 | Intentos de suicidio | 55 |

LISTA DE ANEXOS

| | Pag. |
|--|------|
| Anexo A. Cronograma | 64 |
| Anexo B. Presupuesto | 66 |
| Anexo C. Categorización de variables | 67 |
| Anexo D. Instrumento de recolección de datos | 72 |
| Anexo E. Artículo | 82 |

INTRODUCCIÓN

El trastorno Bipolar es una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, de manía y mixtos, es considerado uno de los graves problemas de salud pública a los que tiene que enfrentarse la humanidad en este siglo XXI. En los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa del sexto puesto entre todos los trastornos médicos. Es una entidad que, a pesar de poseer características clínicas y evolutivas propias de acuerdo a su clasificación tipo I o II, aun sigue siendo de difícil diagnóstico oportuno.

Para esta investigación profundizaremos en el trastorno bipolar tipo II que, en la actualidad se ha convertido en un problema particular y creciente que en muchos casos es el responsable del intento de suicidio y en los peores casos de suicidio, lo que implica la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, tomando en cuenta que las bases para el intento del suicidio son multifactoriales y que el trastorno bipolar tipo II se ha convertido en los últimos años en un indicador potencial, tratable y que con un diagnóstico temprano puede evitar consecuencias fatales.

El trastorno bipolar puede ser una enfermedad devastadora para quienes la sufren y para sus familias, puesto que las emociones guían y modulan nuestra vida, son nuestro motor y constituyen el impulso que hace ir hacia adelante.

Un tratamiento temprano y adecuado puede aportar no solo un control completo de los síntomas, sino también un mejor pronóstico.

Por lo cual esta investigación está encaminada a identificar no solo la prevalencia sino también de forma más integral la caracterización clínica y sociodemográfica de la población con trastorno bipolar tipo 2 y de los individuos que la conforman cuanto han intentado suicidarse, es de suma importancia conocer que no solo los criterios físicos y particulares de intento de suicidio deben ser interrogados en la historia clínica, debe ser tomada la causa de base psicológica como entidad básica para brindar un acertado diagnóstico y tratamiento, de igual forma la información obtenida puede llegar a hacer de beneficio para el Hospital Universitario Departamental de Nariño quienes teniendo ya el estudio en conocimiento de esta problemática pueden crear alternativas de manejo y diagnóstico competente para este caso.

1 ASPECTOS GENERALES

1.1 TÍTULO

Prevalencia, caracterización clínica y sociodemográfica del trastorno bipolar tipo II en personas con intento de suicidio atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño, en el periodo de junio a octubre del año 2014.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia, caracterización clínica y sociodemográfica del trastorno bipolar tipo II en pacientes con intento de suicidio atendidos en el servicio de urgencias del HUDN en el periodo de junio a octubre del año 2014

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente a los pacientes que consultan por intento de suicidio
- Determinar los casos de trastorno bipolar tipo II en pacientes con intento de suicidio.
- Cuantificar la probabilidad de que se repita el intento de suicidio
- Identificar cuál es la modalidad de intento de suicidio más frecuente

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 TEMA

Prevalencia, caracterización clínica, sociodemográfica, trastorno bipolar tipo II, suicidio.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El trastorno bipolar (TB) también recibe el nombre de trastorno maníaco-depresivo, enfermedad maníaco-depresiva o trastorno afectivo bipolar, y se caracteriza por fuertes y frecuentes alteraciones del estado de ánimo. Aparece en personas jóvenes, a veces en niños afectando profundamente su vida, su trabajo, estudios y sus costumbres.

El trastorno bipolar tipo II (TBII) presenta principalmente depresiones recurrentes, que se alternan con algún episodio de hipomanía, es frecuente que estos episodios den al final de un periodo de tiempo más o menos largo de depresión, las personas con este tipo de trastorno pasarán por un estado de ánimo eufórico, irritable, impulsivo o extremadamente alegre; Normalmente no dura más de una semana, aunque a veces pueden alargarse hasta un mes.

Para una persona que cursa con bipolaridad tipo II, los periodos de hipomanía pueden ser experimentados como periodos muy divertidos, aunque las personas que lo rodean no lo verán así, pero ese es el principal problema, ya que por ser episodios más suaves, también son más difíciles de detectar.

El riesgo más grave del TB II es el intento de suicidio, asociado con más frecuencia al episodio depresivo. Se ha señalado que entre el 25 y el 50% de los enfermos de este tipo de trastorno intenta suicidarse en algún momento a lo largo del curso de su enfermedad.

Sin un tratamiento eficaz, esta patología psiquiátrica puede acabar en suicidio en aproximadamente entre el 10 y el 15% de los casos, lo que lo convierte en uno de los trastornos psíquicos más graves y letales; La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un estudio en el año 2003 y estimó que esta cifra podría duplicarse en 20 años, y además que el 25% de quienes intentaron una vez el suicidio, lo intentará nuevamente dentro del siguiente año y 10% lo logrará en el plazo de diez años.

Asimismo, entre 45% y 70% de quienes intentan el suicidio sufren principalmente de depresión, con rasgos de impulsividad y agresividad, y trastornos de la personalidad y alcoholismo, que a menudo van unidos a una pérdida familiar reciente.

El suicidio es considerado una de las tres primeras causas de muerte entre personas de 15 a 44 años de edad y, por tanto, un problema de salud pública. En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2003 mostró que el 12,3% de los colombianos ha tenido ideas suicidas, el 4,1% ha realizado planes suicidas y el 4,9% ha ejecutado intentos suicidas. Durante el 2009, la mortalidad por suicidio en Colombia fue de 4,1 por cada 100.000 habitantes. El TB está fuertemente asociado con la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio consumado.

En muestras de pacientes con TB, la prevalencia de ideación suicida varía entre el 14% al 59%, y del 25% al 56% presentaron por lo menos un intento de suicidio durante sus vidas. Tradicionalmente, se ha considerado que el riesgo de muerte por suicidio de un paciente con trastorno depresivo mayor (TDM) es superior a un paciente con TB; sin embargo, evidencia reciente muestra que el riesgo es similar, y en algunos estudios es mayor para los pacientes con TB. Un estudio longitudinal echo por la sociedad española de neuropsiquiatría en el año 2009, mostró que los comportamientos suicidas fueron más frecuentes en pacientes con TB II que en pacientes con TDM o TB I.

Estudios recientes también han mencionado que sin duda alguna desde el punto de vista científico hay vinculación directa de los factores genéticos como causa primaria de padecer el trastorno bipolar, sin embargo las causas genéticas no lo explican todo. La primera prueba de que la enfermedad tiene cierta tendencia a transmitirse de padres a hijos está en la elevada frecuencia de antecedentes familiares de la enfermedad en los pacientes.

Los estudios demuestran que los familiares de un paciente bipolar presentan un riesgo diez veces mayor de sufrir la enfermedad que una persona sin ningún familiar afectado.

Esto también podría explicarse por la influencia que ejerce el entorno en el paciente parece que un conjunto de genes, presentes en gran parte de la población que combinados de un cierto modo y bajo la influencia de algunos factores ambientales específicos, desencadenarían el trastorno. Aunque depende de muchos otros factores, puede calcularse en un 15 % la probabilidad de transmitir la enfermedad a los hijos.

El trastorno bipolar puede ser a menudo enmascarado por otros trastornos psiquiátricos comórbidos como los trastornos de conducta, la hiperactividad, el abuso de alcohol, drogas, síntomas psicóticos, rasgos obsesivos, ataques de pánico, personalidad borderline o trastorno por estrés post-traumático, razón por la cual se han realizado múltiples estudios a nivel internacional, entre los cuales se encuentra el estudio bipolar de Jorvi realizado en 2012 (JOBS) esta investigación concluyó que la mayoría de pacientes que fueron diagnosticados con TB I o II habían tenido ideación suicida en su vida y en algunos casos intentaron el suicidio.

Otro estudio es el de TB II y suicidio en adolescente, ideas e intentos suicidas por

(Prof. Dr. Héctor s. Basile), evidencia que los individuos con TB II utilizan métodos significativamente más violentos y letales para causarse daño que los individuos con TB I.

En cuanto a estudios de prevalencia en Colombia según la guía de trastorno afectivo bipolar elaborado por el hospital san Ignacio de santa fe de Bogotá, indica que el trastorno bipolar tiene una prevalencia de vida de 0,6 a 2%, en muestras poblacionales y es similar en ambos géneros, y el TB II afecta aproximadamente a 0,2 - 3% con un promedio de 0.5% (Colombia 0.3%) de la población siendo un tanto más frecuente en mujeres.

Actualmente en Colombia no hay registro de información que evidencie la relación del TB II, con el intento de suicidio, al igual que en el departamento de Nariño. Motivo por el cual posteriores estudios estarían encaminados a brindar información de una forma clara y sencilla, pero científicamente validada sobre una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo, llamada TB II y su asociación con el intento de suicidio.

3.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Prevalencia, caracterización clínica y sociodemográfica del trastorno bipolar tipo II en personas con intento de suicidio atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo de junio a octubre del año 2014?

4 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad existen múltiples intentos de suicidio en los cuales solo son tratadas las lesiones corporales causadas por esta acción, sin tomar en cuenta los principios psiquiátricos que intervienen en este proceso, y que por ende pueden repercutir en un nuevo intento de suicidio en una próxima oportunidad, desencadenando un hecho mortal, o que en otros casos hayan intentos de suicidio recurrentes que afectan evidentemente la calidad de vida del paciente y su familia. Para la realización de esta investigación utilizaremos recursos como, entrevistas e historias clínicas que aporten la suficiente información acerca del estado del paciente su condición física y psicológica, además que nos permita identificar los signos y síntomas compatibles con TB II en pacientes que intentan suicidarse.

Esta investigación se realizará con el propósito de aportar información acerca de la relación de una afección en la cual las personas alternan entre periodos de un estado de ánimo estable o irritable y depresión, las cuales fluctúan el estado del paciente, y en donde se puede observar que existe relación entre el TB II y los intentos de suicidio.

Hay una relación muy marcada puesto a que existen estudios a nivel nacional e internacional mas no en el departamento y mucho menos a nivel local que corresponde a la ciudad de San Juan de Pasto.

Se cuantificará por medio de la historia clínica el número de pacientes con intento de suicidio que tengan TB II, con el fin de identificar la prevalencia de dicho patología en las personas que atentan contra su vida. Se determinara las características sociodemográficas como: género, edad, estado civil, nivel socioeconómico, procedencia, religión, más implicadas en el desarrollo del intento de suicidio.

Por otra parte se considera cuáles son los mecanismos más frecuentes utilizados por pacientes con TB II para intentar suicidarse.

Finalmente la importancia de esta investigación radica en que se lograra identificar si el TB II está íntimamente relacionado con el efecto causal del intento de suicidio y sus complicaciones a futuro.

El presente trabajo de investigación es innovador, cumpliendo con la función informativa de manifestar que el TB II afecta de forma perjudicial en la calidad de vida de los pacientes con este diagnóstico y reconocer la importancia del impacto en salud; por lo cual se pretenderá encontrar la prevalencia y los factores determinantes de esta patología.

5 METODOLOGÍA

El estudio se realizó en las personas con intento de suicidio atendido en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo de junio a octubre del año 2014.

La entrevista se realizó de forma directa en la que a partir de interrogantes previamente planteados en la historia clínica semiestructurada el paciente tiene plena facultad de libertad para responder.

Se tuvo en cuenta la posibilidad de margen de error, por lo que se utilizó un adecuado instructivo y vocabulario por parte del entrevistador en el momento de la del diligenciamiento de la historia clínica.

Además se aplicó la entrevista de una forma que el individuo no se sienta obligado ni intimidado a dar la respuesta de acuerdo a su criterio.

Para este fin reiteramos se utilizó un lenguaje adecuado basado en el nivel educativo y cultural.

La información obtenida fue recopilada y procesada mediante los programas de Epi –Info y Exell.

5.1 ENFOQUE

Para la realización de este estudio de investigación se escogió un enfoque cuantitativo, porque permite obtener resultados numéricos y además recoger y analizar datos sobre variables. Esta estrategia de investigación es particularmente apropiada en el presente estudio ya que nos permite hacer una adecuada comprensión de las dimensiones subjetivas y clínicas de los pacientes que padecen trastorno bipolar tipo II en relación con el intento de suicidio.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es No Experimental de tipo Descriptivo, el diseño es de corte transversal porque se realiza en el periodo de junio a octubre del año 2014, y nos permitirá determinar la Prevalencia, al igual que la caracterización clínica y sociodemográfica del trastorno bipolar tipo II en personas con intento de suicidio.

Las entrevistas y revisión de historias clínicas se realizaron por medio de tres turnos a la semana definidos los días lunes, miércoles y jueves de 7am a 9am por el periodo correspondiente de junio a octubre del año 2014.

Además se realizó dos visitas al paciente, una por parte de los investigadores y otra con el acompañamiento del especialista y reconocido Psiquiatra Dr. Cástulo Cisneros para dar confirmación al diagnóstico.

5.3 POBLACIÓN

Personas (Pacientes) que ingresan con intento de suicidio al servicio de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo que comprende de junio a octubre del año 2014.

5.4 FUENTES DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Fuentes primarias: Historia clínica semiestructurada y ajustada mediante ocho pruebas piloto con previa autorización por parte del equipo de investigación de la Fundación Universitaria San Martín sede Pasto y por parte del HUDN, criterios DSM-V-TR.

Fuentes secundarias: Revisión bibliográfica, revistas y artículos científicos, consulta con expertos.

5.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se modificó un formato de Historia clínica para la recolección de la información, la cual involucra todas las variables de interés para la investigación. Dicha historia semiestructurada y cuyas modificaciones para este estudio fueron avaladas por el asesor científico mediante la realización de ocho pruebas piloto consecutivas y re

nombradas como historia clínica semiestructurada.

5.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.6.1 Criterios de Inclusión

Todos los pacientes que acuden al HUDN al servicio de urgencias en el periodo de junio a octubre del año 2014 con intento de suicidio asociado a trastorno bipolar tipo II y que de forma voluntaria aceptan pertenecer al estudio.

5.6.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes en estado de inconsciencia.
- Pacientes que no desean participar en la investigación.
- Pacientes sometidos a tratamientos con antidepresivos.

5.7 ERRORES Y SEGOS

La información será adquirida de entrevistas e historias clínicas realizadas a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Los posibles errores de esta medición podrán ser:

-Inadecuado diligenciamiento de las historias clínicas

Diagnóstico erróneo de la patología.

Bajo nivel de confiabilidad en la información proporcionada por los pacientes.

6 MARCO REFERENCIAL

6.1 MARCO TEORICO

La enfermedad bipolar también conocida y llamada maniaco –depresiva consiste en una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, de forma que los cambios habituales que experimenta cualquier persona en su tono vital, se acentúan hasta un punto que puede requerir cuidado médico en hospitalización.

Las personas que sufren este problema presentan, durante días, semanas o meses periodos de pérdida de interés en sus actividades habituales ,falta de concentración, intensa apatía donde cualquier pequeña tarea o contrariedad se convierte en un gran problema de control, también presentan alteraciones del sueño ya apetito que en ocasiones puede representar estados de aumento de la cantidad y frecuencia de comer o al contario con estados de inapetencia, éstos síntomas son comunes a las diversas formas de depresión.

Sin embargo estos pacientes también sufren periodos inversos, en los que se sienten capas de cualquier cosa, se embargan en numerosos proyectos hablan en exceso gastan el dinero con profusión y se molestan fácilmente cuando se les lleva la contraria estas fases son reconocidas clínicamente como manía o hipomanía según su intensidad.

Algunos pacientes finalmente presentan fases mixtas entre los que entremezclan los síntomas de depresión y síntomas de euforia.

6.2 CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO BIPOLAR TIPO I Y TIPO II

6.2.1 Trastorno Bipolar I:

Se da en aquellos individuos que han experimentado un episodio maniaco añadido a un episodio depresivo (de acuerdo con el DSM-IV-TR). Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores. Para el diagnóstico de esta modalidad de acuerdo con el DSM-IV-TR son necesarios uno o más episodios maníacos o mixtos. No es necesario que exista un episodio depresivo como requisito para el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezca.

6.2.2 Trastorno Bipolar II

El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por episodios de depresión mayor así como al menos un episodio hipomaniaco. Los episodios de hipomanía no llegan a los extremos de la manía (es decir, que no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos). El trastorno bipolar tipo II es mucho más difícil de diagnosticar, puesto que los episodios de hipomanía pueden aparecer simplemente como un periodo de éxito con alta productividad y suele relatarse esto con menos frecuencia que cuando se sufre una depresión. Pueden aparecer síntomas psicóticos durante los episodios de depresión mayor.

6.3 FASES DEL TRASTORNO BIPOLAR

6.3.1 Manía

La manía es un sentimiento extremo de bienestar, energía y optimismo. Puede ser tan intensa que afecte la manera de pensar y de juzgar. Puede creer cosas extrañas de sí mismo, tomar malas decisiones y comportarse de manera vergonzosa, dañina y a veces peligrosa.

Como la depresión, puede hacer difícil o imposible afrontar el día a día de manera efectiva. Una fase maniaca puede afectar tanto a las relaciones personales como a la vida profesional.

Cuando no es tan extrema, se llama “hipomanía”.

6.3.2 Síntomas de la Fase Maniaca

- Irritabilidad
- Hiperactividad
- Disminución de la necesidad de dormir
- Locuacidad
- Euforia
- Aumento de sociabilidad
- Ideas de grandeza
- Aumento del impulso sexual

- Aceleración del pensamiento
- Gastos excesivos e inapropiados
- Conducta desordenada
- Ideas de grandeza
- Conducta desordenada
- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Planes irrealizables

6.3.3 Hipomania

La hipomanía es un estado de manía suave, durante la hipomanía nunca hay síntomas psicóticos, suele presentarse sin tener un desencadenante alguno, los episodios pueden durar semanas y suele agravarse con el paso del tiempo, además hay síntomas de hipomanía que no son propios de la alegría como la irritabilidad, la aceleración del habla e insomnio.

La hipomanía suele ser un estado que resulte extraordinariamente agradable, si es moderada, puede hacer que la persona incremente su actividad o aportar mayor creatividad o capacidad de liderazgo.

El problema es que la hipomanía nunca es estable todo al contrario tiende cada vez a empeorar, pudiendo evolucionar hasta una fase maníaca, un episodio mixto o pasar a una fase depresiva.

6.3.4 Síntomas de la Fase Hipomaniaca

- Aumento de la autoestima
- Exageración de las propias capacidades
- Embarcarse en demasiadas cosas al mismo tiempo
- Aumento de la sociabilidad
- Aumento de la locuacidad
- Gastar más de lo habitual
- Dormir menos de lo habitual

- Optimismo exagerado
- Falta de autocrítica
- Hablar en voz alta sin tolerar interrupciones
- Aumento del interés en el sexo
- Cambios bruscos de humor
- Aumento de la emotividad

6.3.5 Depresión Bipolar

El sentimiento de depresión es algo que todos vivimos de vez en cuando. Incluso nos puede ayudar a reconocer y tratar de resolver problemas en nuestras vidas pero en la depresión clínica o en el trastorno bipolar el sentimiento de depresión es peor, continúa durante más tiempo y hace que sea difícil o imposible afrontar el día a día.

Cuando se deprimen, puede notar los siguientes cambios:

6.3.6 Síntomas

- Sentimientos de depresión que no desaparecen.
- Ganas de romper a llorar sin ningún motivo.
- Pérdida de interés.
- Ser incapaz de disfrutar nada.
- Inquietud y nerviosismo.
- Pérdida de confianza en sí mismo.
- Sentirse inútil, incapaz y sin esperanza.
- Ideas de suicidio.
- Ser incapaz de pensar positivamente o con esperanza.
- No poder tomar decisiones simples.
- Tener dificultad para concentrarse.
- Pérdida de apetito y de peso.
- Dificultad en conciliar el sueño.
- Despertarse más temprano de lo normal.
- Sentirse completamente agotado.
- Estreñimiento.
- Pérdida de interés en el sexo.
- Dificultad en empezar o acabar cosas- incluso tareas diarias.

- Llorar mucho - o sentir que se quiere llorar pero sin poder hacerlo.
- Evitar la compañía de otras personas.

6.3.7 Fase Mixta

Las fases mixtas consisten en una mezcla de síntomas de manía y depresión es una fase clínica muy difícil de diagnosticar y representa un estado de frustración y difícil manejo tanto para el paciente como para sus familiares.

Una característica importante de esta etapa es que quienes la padecen desarrollan una hiperactividad y aceleración del pensamiento de ideas especialmente depresivas y negativas, además cualquier situación por más mínima que sea puede provocar estados de irritabilidad y ansiedad, regularmente este estado se experimenta después de cursar con etapas maniacas.

6.3.8 Síntomas de la Fase Mixta

- Alucinaciones
- Mal humor
- Acelerador del pensamiento
- Ideas negativas
- Ideas delirantes
- Inquietud
- Hostilidad
- Comportamiento descontrolado
- Falta de ilusión
- Insomnio
- Labilidad emocional
- Cambios rápidos de humor
- Pérdida de apetito
- Incapacidad de disfrutar nada

6.3.9 Fase de Remisión

No siempre quien padece un trastorno bipolar cursa continuamente por las diferentes etapas, pues existen periodos que tras la recuperación de alguna crisis

de cualquier tipo e independientemente del tiempo el estado de ánimo y la sintomatología se normaliza y aparentemente la enfermedad desaparece por completo y es a esto que se denomina etapa de remisión o también conocidas como eutimia que significa un estado de ánimo correcto, verdaderamente cuando el paciente cursa con esta etapa es cuando más cuidado se debe tener con respecto a la medicación y recomendaciones del especialista puesto que después de largos periodo de remisión la aparición de una crisis puede ser aún mayor.

6.4 ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar es una enfermedad de diversa etiología y de naturaleza biológica compleja que está ligada directamente al origen familiar y que su desarrollo puede estar influenciado por factores fisiológicos o ambientales.

6.4.1 Factor Genético

Se considera que el trastorno bipolar es de origen familiar como lo demuestran numerosos estudios en el área de psiquiatría, el riesgo de padecer la enfermedad entre los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno bipolar es siete veces superior con respecto a la población general.

Y el riesgo de padecerlo en un gemelo monocigótico es 60 veces superior a la población general y 3 veces más frecuente que en los gemelos dicigóticos

Sin embargo, la concordancia no es del 100 como debería suponerse si solo las causas genéticas interviniesen en la aparición del trastorno, lo que sugiere que otros factores como los ambientales podrían interactuar con el riesgo genético.

Se considera que la causa, como en la mayoría de las enfermedades, no se debe a un solo gen y se piensa en términos de heterogeneidad genética: diferentes casos pueden transmitirse por diferentes mecanismos genéticos, y, a veces, necesitarse para su expresión factores ambientales añadidos e incluso haber casos sin determinación genética alguna.

6.4.2 Estudios Bioquímicos y Moleculares

Las alteraciones genéticas serían las responsables últimas de producir una alteración en el balance de determinados neurotransmisores implicados en la regulación del humor como son la noradrenalina, acetilcolina, serotonina, GABA, sustancias encargadas de transmitir los mensajes de una neurona a otra en los circuitos nerviosos que controlan el estado de ánimo (cerebro límbico).

Estudios más recientes han encontrado disfunciones en los llamados “segundos mensajeros”, moléculas que se encuentran en el interior de las neuronas y que una vez activados por los neurotransmisores, considerados como “primeros mensajeros”, a través de la proteína G (situada en la membrana celular) producen cambios tanto en la membrana celular (capa que cubre la célula) como en el núcleo acomodando el funcionamiento de la neurona a su actividad y cuyo desajuste ocasionaría los cambios en el estado de ánimo observados en la enfermedad.

6.4.3 Factor Ambiental

Los pacientes bipolares son más vulnerables al estrés ambiental tanto físico que incluye falta de sueño, cambios estacionales, endocrinos-puerperio.

Exceso de actividad, consumo de estimulantes, como emocional, conflictos familiares, problemas laborales, y pueden precipitar recaídas tanto maníacas como depresivas.

Actúan como factores desencadenantes pero nunca constituyen la causa de la enfermedad.

6.5 TRATAMIENTO

El tratamiento está basado principalmente en tres pilares fundamentales que son:

-Hacer que los episodios sean menos frecuentes e intensos.

-Ayudar a que el paciente se desempeñe bien y disfrute la vida en casa y en el trabajo.

-Prevenir la autoagresión y el suicidio.

6.5.1 Modalidades de Tratamiento

-Farmacológico: Necesario e insustituible para todos los pacientes

Educativo: consistente en ayudar a los pacientes y familiares para reconocer, manejar y evitar complicaciones.

-Psicoterápico: dirigido a resolver problemas y afrontar el estrés. Nunca sustituye al tratamiento farmacológico

6.6 PRONOSTICO

Los períodos de depresión o manía retornan en la mayoría de los pacientes, incluso con tratamiento.

Los pacientes también pueden tener problemas con el alcohol o el abuso de drogas. Igualmente pueden tener problemas con las relaciones interpersonales, la escuela, el trabajo y las finanzas.

El suicidio es un riesgo muy real tanto durante el estado de manía como durante la depresión. Las personas con trastorno bipolar que piensan o hablan respecto al suicidio necesitan atención urgente.

7 MARCO CONTEXTUAL

Departamento de Nariño: El departamento es nombrado en honor a Antonio Nariño, al que se considera precursor de la independencia de Colombia al traducir y divulgar la declaración de los derechos del hombre.

Nariño es un departamento de Colombia ubicado al Suroeste del país, sobre la frontera con Ecuador y con orillas en el Océano Pacífico. Su capital es San Juan de Pasto.

Presenta una geografía diversa y clima variado según las altitudes: caluroso en la planicie del pacífico y frío en la parte montañosa, donde vive la mayor parte de la población, situación que se repite en sentido norte-sur. El departamento es esencialmente agrícola y ganadero

El departamento es nombrado en honor a Antonio Nariño, al que se considera precursor de la independencia de Colombia al traducir y divulgar la declaración de los derechos del hombre.

Nariño se compone de 64 municipios, 230 corregimientos, agrupados en 5 subregiones o provincias:

- Tumaco – Barbacoas
- Ex -provincia de Obando (Ipiales)
- La Unión
- Tuquerres
- Pasto

El principal sector económico es el agropecuario. Los cultivos de mayor importancia son la papa, maíz, trigo, cebada, café, frijol, cacao, plátano, caña panelera, palma aceitera, zanahoria, olluco, arveja, haba quinua.

La actividad ganadera se realiza con ganado vacuno, porcino, equino, caprino y ovino.

La pesca fluvial y marítima es muy importante en las poblaciones costeras sobre el océano Pacífico así como la cría del camarón.

La minería que fue actividad central en la colonia, aún produce 1 millón 700 mil gramos de oro y 350 mil de plata. Por Nariño cruza el oleoducto transandino que transporta el petróleo del Putumayo y Ecuador, hasta Tumaco.

Existen unos 600 establecimientos industriales, la mayoría pequeños. Se destacan las industrias de cuero, madera y lana. La actividad comercial es importante por el desarrollo del comercio fronterizo con Ecuador y el puerto de Tumaco. A través del puerto marítimo de Tumaco se movilizan productos como hidrocarburos, petróleo proveniente de Putumayo, aceite de palma y productos pesqueros.

Según datos de proyección de población del DANE para el año 2005 es de 1.775.973 habitantes, de los cuales 714.481 corresponden a cabeceras municipales y 917.612 al sector rural agrupados en 238.735 hogares y 224.450.

San Juan de Pasto: El Municipio de Pasto capital de Departamento de Nariño fue fundado el 13 de Enero de 1537 por Sebastián de Belalcázar; se encuentra ubicado al sur de Colombia, tiene una extensión de 1.128 Km², el área urbana es de 26.4 Kms².

La población estimada para el 2005 según el DANE es de 423.217 habitantes los cuales forman parte de la cabecera Municipal y el sector rural del municipio. La temperatura promedio del Municipio de Pasto es de 13°C, posee una altura de 2.559 metros sobre el nivel del mar.

El área urbana está dividida en 12 comunas, la zona rural está compuesta por 17 corregimientos: Buesaquillo, Cabrera, Catambuco, El Encano, El Socorro, Genoy, Gualmatan, Jamondino, Jongovito, La Caldera, La Laguna, Mapachico, Mocondino, Morasurco, Obonuco, San Fernando y Santa Bárbara. En el sector de rural, como parte del paisaje natural la Cocha o Lago Guamuez refugio cotidiano del sol es otro de los referentes importantes de Pasto.

El centro vital del Municipio es y ha sido a través de tiempo la Ciudad de Pasto, Villa de Pasto en 1537, la ciudad desde siempre ha tenido como sus referentes naturales y visuales el Río Pasto y el Volcán Galeras.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO: El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., es la única organización de la red pública de nivel III de la región, funciona desde el 15 de diciembre de 1975 y en octubre de 1990, mediante Resolución del Ministerio de Salud No. 14676. El Hospital Departamental de Nariño es clasificado como un organismo para atención de nivel III.

A partir del 10 de diciembre de 1994, se constituye en una Empresa social del Estado por ordenanza 067 expedida en la Asamblea Departamental de Nariño, proyectándose con los avances de la Ciencia, la tecnología y la Gerencia Moderna a la comunidad del Sur Occidente del País.

Enmarca su accionar actual, circunscrito al entorno del Sistema de la Seguridad Social en Salud, fortaleciendo su estructura organizacional y empresarial frente al reto de este milenio enfocado hacia el III y IV nivel de complejidad, su misión es:

El Hospital Departamental de Nariño E.S.E., es una Empresa Social del Estado Acreditada que presta servicios de salud, de mediana y alta complejidad con estándares superiores de calidad a la comunidad del Departamento de Nariño y del Sur Occidente Colombiano. Cuenta con Talento Humano altamente calificado y comprometido con la seguridad integral del paciente, quienes, a través del conocimiento científico, moderna tecnología y eficiente gestión financiera brindan con afecto, respeto y amabilidad, respuestas a las necesidades y expectativas en salud de nuestros usuarios y sus familias, constituyéndose además en la principal base docente de prácticas de formación e investigación académica en la región. Y su visión es:

En el año 2016 el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., se posicionará como una organización Acreditada, financieramente auto sostenible, reconocida a nivel nacional, por sus altos estándares de humanización de la atención, seguridad del paciente, gestión tecnológica, gestión científica, y orientación académica, protectora del medio ambiente, comprometida con el desarrollo integral de nuestro talento humano y con la calidad de vida de nuestros usuarios y sus familias.

7.1 MARCO GEOGRÁFICO

El territorio del departamento de Nariño se distingue tres regiones fisiográficas:

- Llanura del Pacífico que se caracteriza por altas temperaturas, abundantes lluvias y exuberante vegetación; se subdivide en la zona de mangle y la llanura del bosque húmedo, que se extiende hasta las estribaciones de la Cordillera Occidental.

- Región andina, el rasgo más sobresaliente del departamento y que es la más poblada, donde se encuentra el centro político del departamento. La cordillera de los Andes forma el nudo de los Pastos, de donde se desprende dos ramales:

- La Cordillera Occidental, la cual presenta los volcanes Chiles (4.718 m), Cumbal (4.764 m), Azufral (4.070 m) y una profunda depresión denominada Hoz de Minamá.

- La Cordillera Centro-Oriental que presenta el altiplano de Túquerres-Ipiales, el valle de Atriz y los volcanes Galeras (4.276 m), uno de los volcanes más activos en el mundo y el Doña Juana (4.250 m).

- Vertiente amazónica al oriente, formada por el piedemonte amazónico, económicamente unida al departamento del Putumayo, y que presenta terrenos abruptos poco aprovechables, cubiertos por bosques húmedos. En ella se encuentra la Laguna de la Cocha.

7.2 MARCO CONCEPTUAL

SUICIDIO: Es el acto consiente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución y que consigue como tal su objetivo.

HUDN: Hospital Universitario Departamental de Nariño

BORDELIN: Es trastorno de la personalidad en la que los afectados presentan patrones de conducta continuos y en gran medida permanentes caracterizados por reacciones fijas e inadecuadas en diversos contextos personales y sociales.

LOCUACIDAD: Tendencia que tiene una persona de hablar mucho.

PSICOTICO: Término genérico utilizado en psiquiatría para referirse a un estado mental descrito como una escisión o pérdida de contacto con la realidad, estas personas pueden presentar alucinaciones y delirios y cambios en personalidad y pensamiento.

APATIA: Es la falta de emoción motivación o entusiasmo es un término psicológico para un estado de indiferencia en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional social o física.

HIPERACTIVIDAD: Trastorno de conducta caracterizado por una actividad constante comportamiento cambiante y dificultad de atención se observa especialmente en personas con cuadros de ansiedad.

CICLACION: Hace referencia al cambio de estado de ánimo en cuatro o más episodios por año, es un curso específico del trastorno bipolar asociado a la resistencia relativa al tratamiento.

EUTIMIA: Es el estado de ánimo normal esto es situado entre la hipertimia y la distimia o más radicalmente entre la manía y la depresión.

7.3 MARCO LEGAL

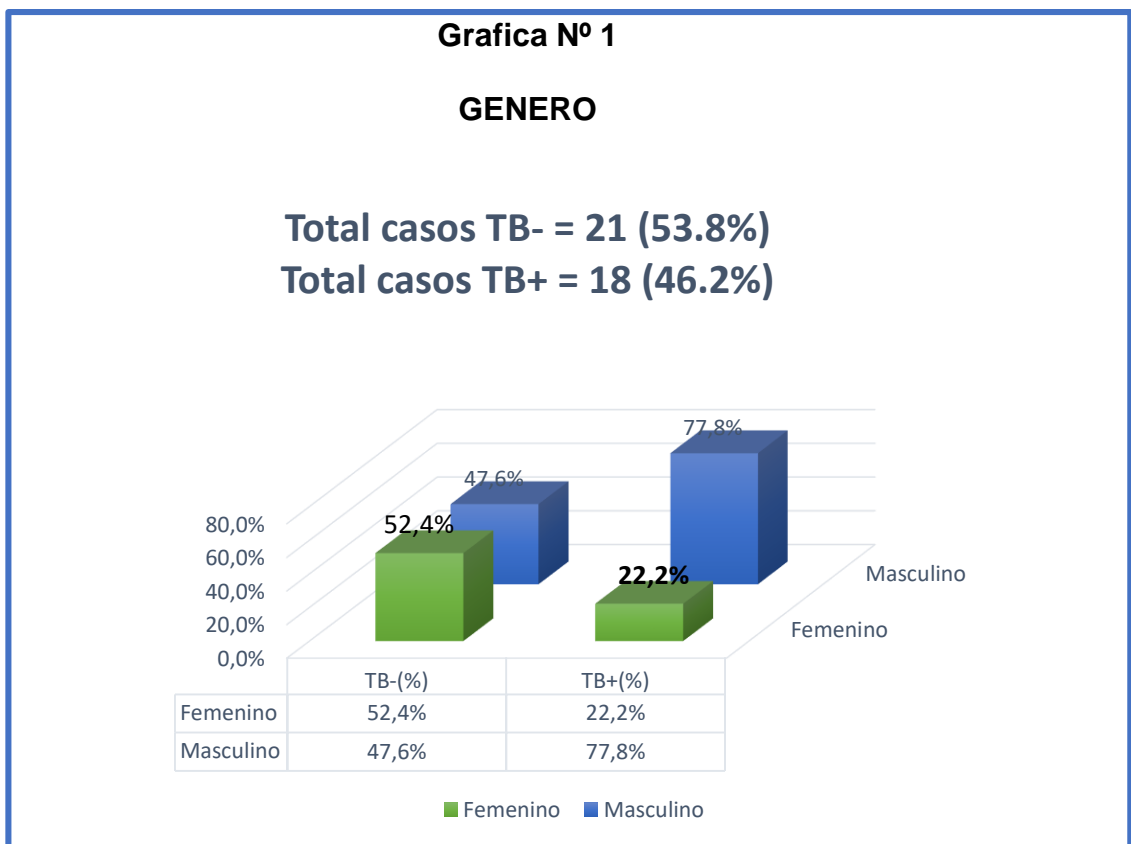
En Colombia no existe hasta la fecha reglamentación en leyes que incluya o mencione el trastorno bipolar.

8 ANALISIS DE RESULTADOS

Objetivo: Prevalencia, caracterización clínica y sociodemográfica del trastorno bipolar tipo II en pacientes con intento de suicidio atendidos en el servicio de urgencias del HUDN en el periodo de junio a octubre del año 2014.

La información corresponde a 39 pacientes como total de la muestra y a 18 que cumplen y clasificaron de acuerdo a los requerimientos del estudio.

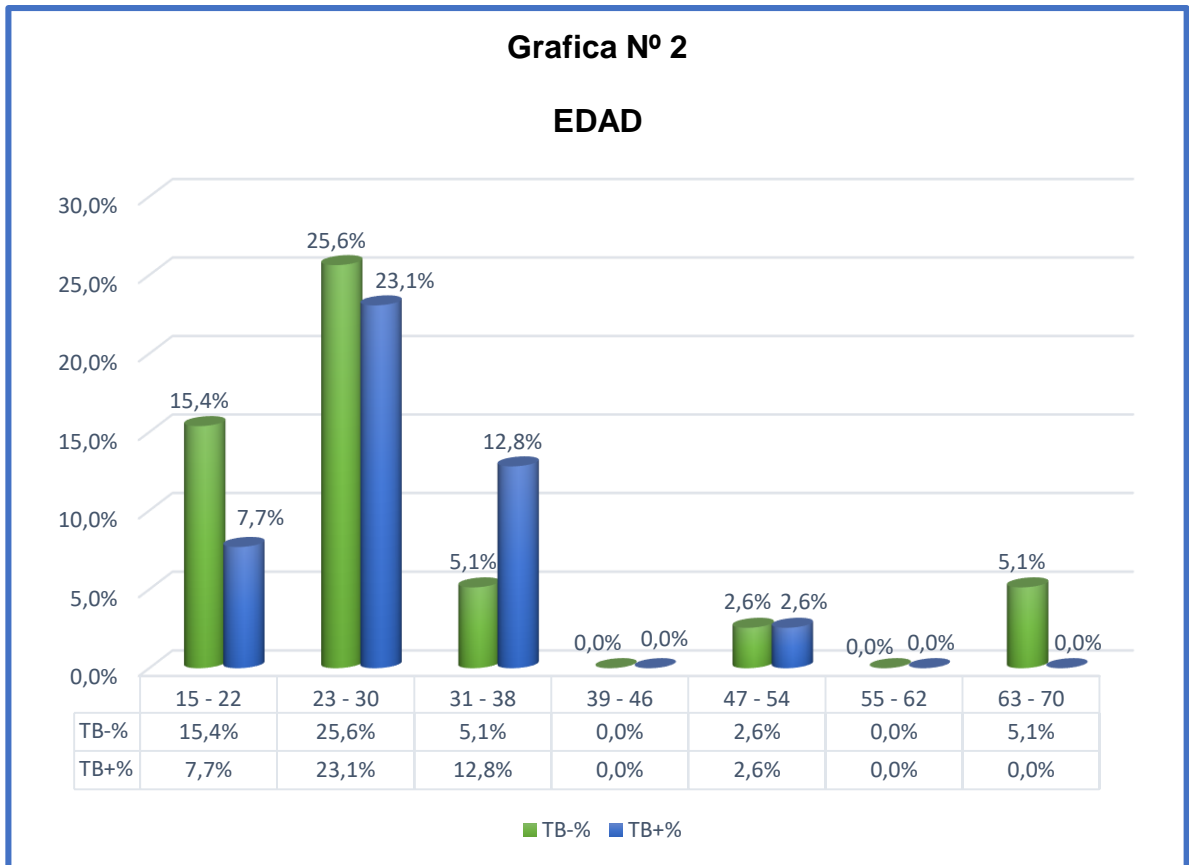
Gráfica 1: Genero



Fuente: presente investigación

Del total de la población estudio, el trastorno bipolar tipo II se presenta en un 77.8% en el género masculino y un 22.2% en el género femenino correspondiente a un total de 18 casos de trastorno bipolar tipo II que equivale a un 46.2% de los pacientes evaluados.

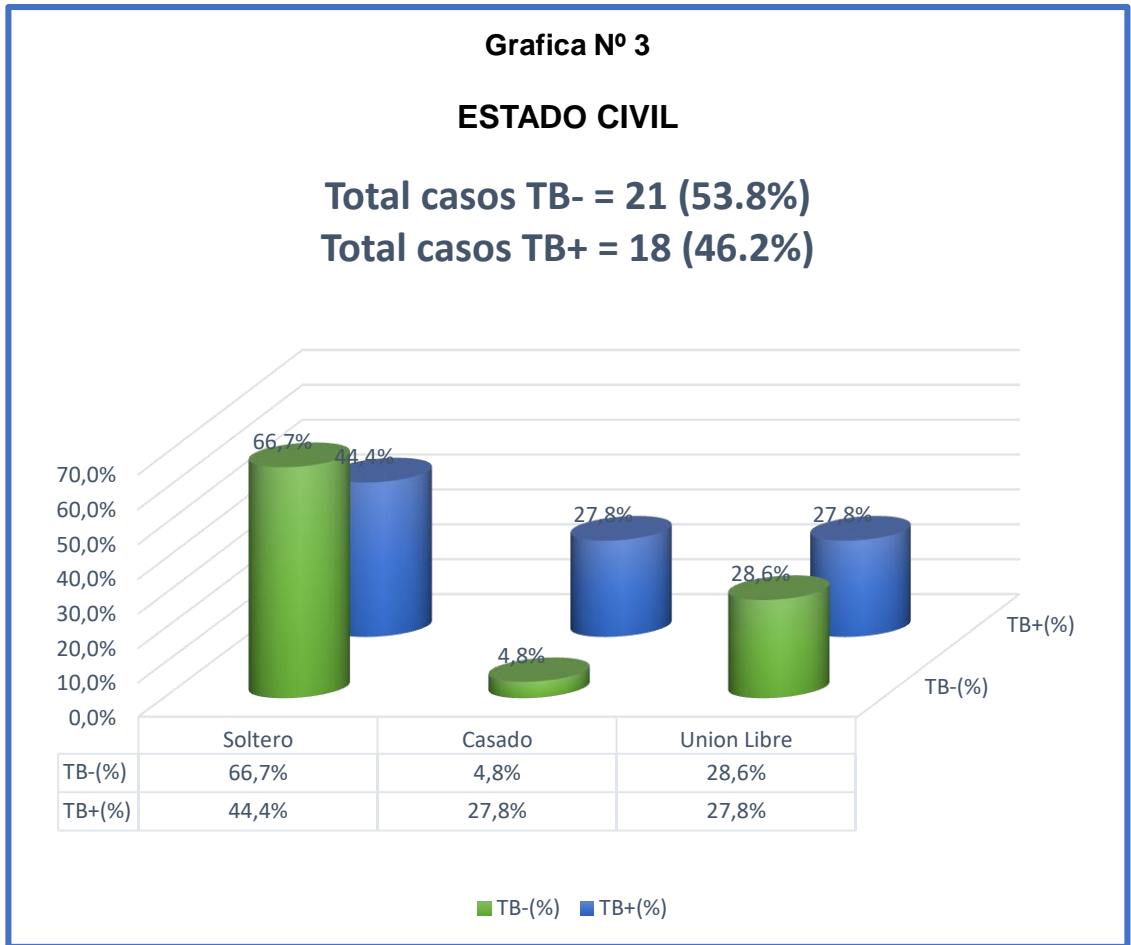
Gráfica 2: Edad



Fuente: presente investigación.

Del total de la población estudio vemos que la edad más frecuente en que se presenta el trastorno bipolar tipo II es de los 23 a 30 años con un 12.8% sin embargo en este grupo de edades también encontramos una prevalencia de 25.6% de TB

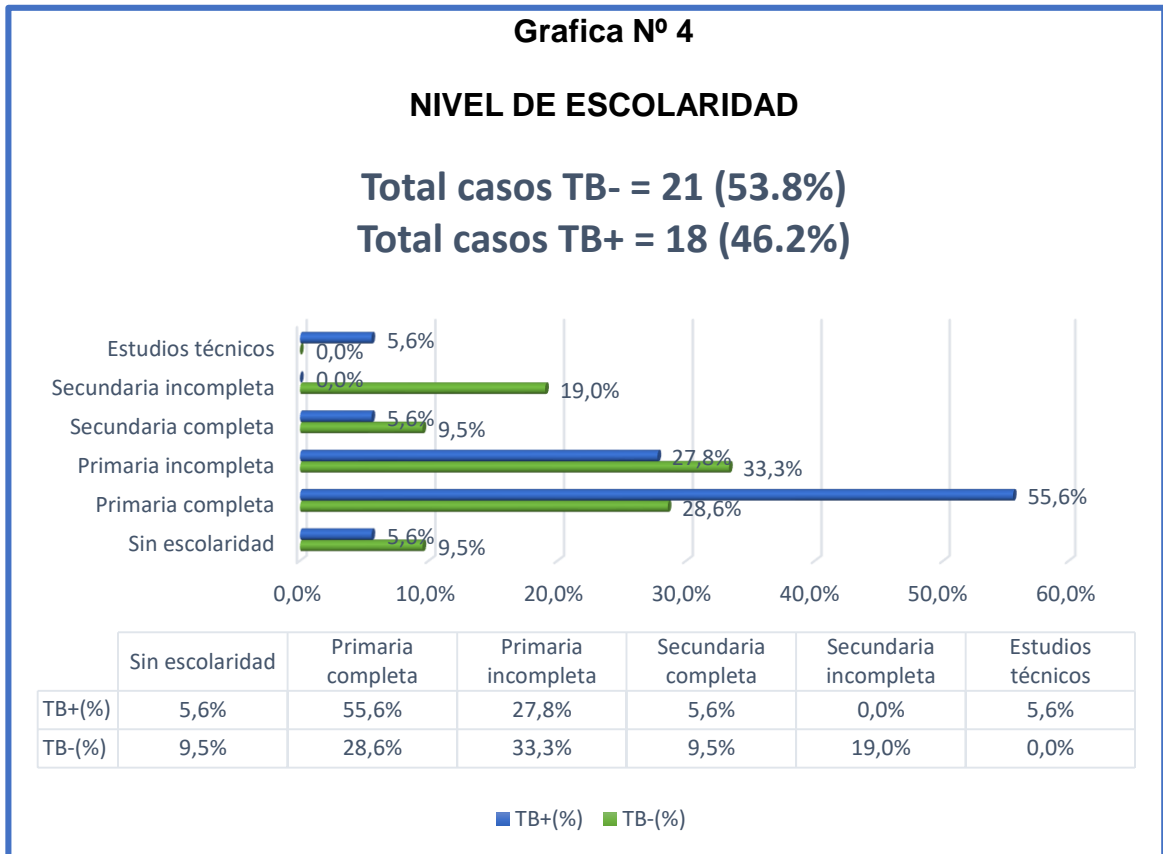
Gráfica 3: ESTADO CIVIL



Fuente: Presente investigación

Podemos evidenciar que en cuanto al estado civil el TB se presenta más en personas solteras representado en un porcentaje de 44.4% correspondiente a un total de 18 casos de TB que equivale a un 46.2% del total de los pacientes evaluados.

GRAFICA 4: NIVEL DE ESCOLARIDAD

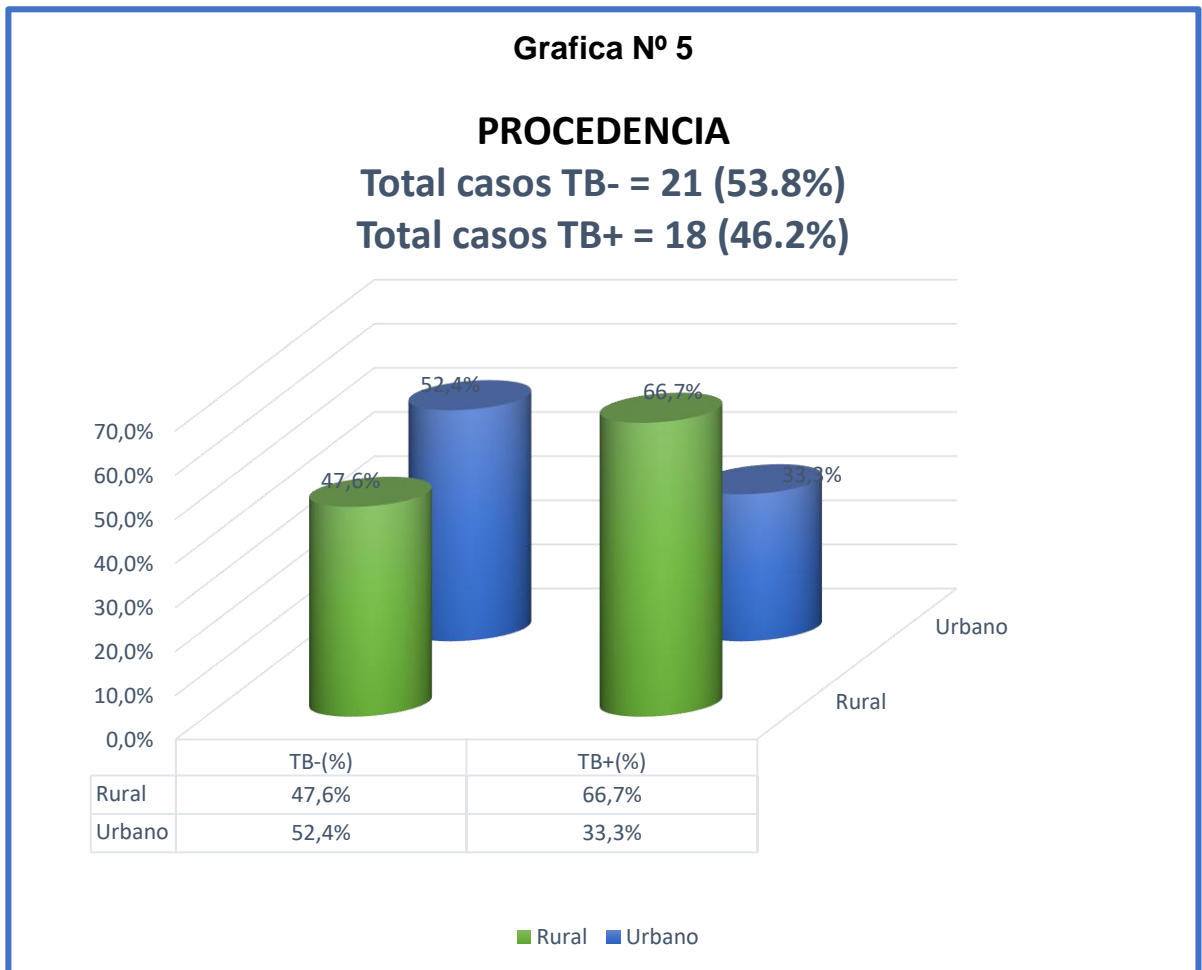


Fuente: Presente investigación

La mayoría de los casos de TB se presenta en personas que han completado la primaria representando un porcentaje de 55,6% y un 27,8% de estos datos corresponde a un total de 18 casos de TB que equivale a su vez a un 46,2% de los pacientes evaluados.

Llama la atención que grupos sin escolaridad y estudios técnicos tienen un porcentaje igual y no se encuentra ningún caso de TB en personas con estudios superiores.

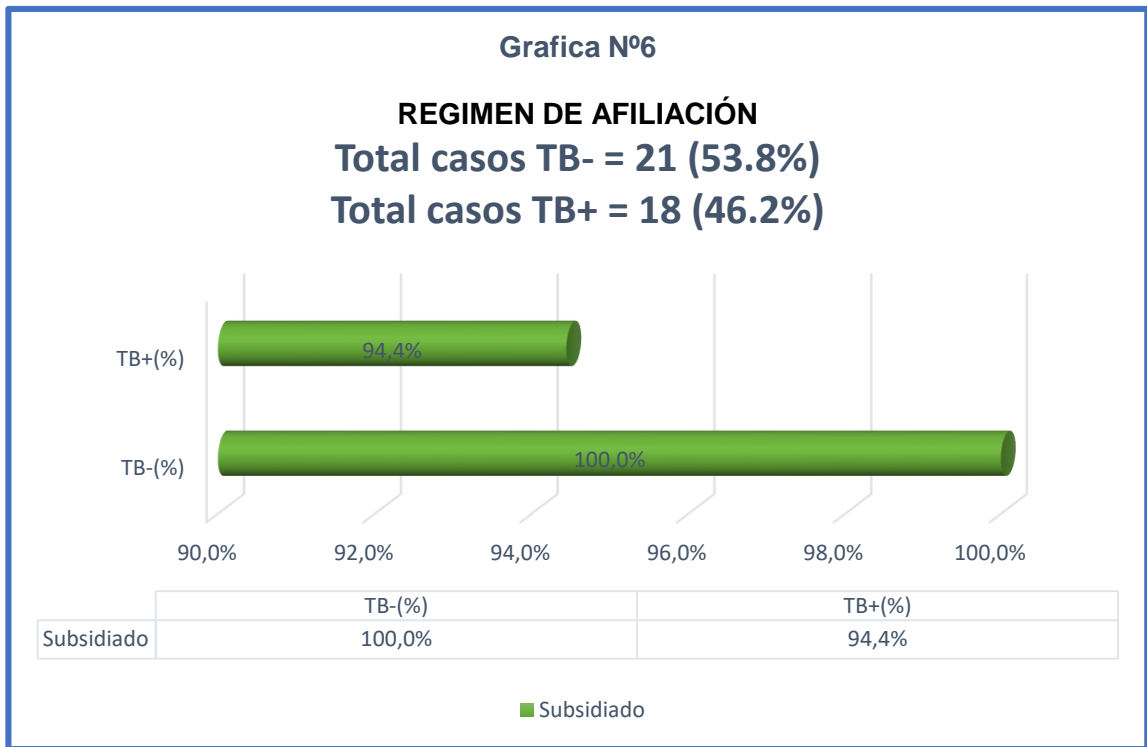
Gráfica 5: PROCEDENCIA



Fuente: Presente investigación

De los datos en cuanto a la procedencia y teniendo en cuenta que el estudio se realizó en 39 pacientes de los cuales 21 no cursaban con diagnóstico de TB tipo II mientras 18 si lo tenían, podemos deducir de acuerdo a la gráfica que de los 21 pacientes que no cursaban con el trastorno un 47% correspondientes a 10 pacientes eran provenientes de área rural, mientras que un 52% que corresponden a 11 pacientes eran procedentes de área urbana, de los 18 pacientes que si padecían el trastorno 66% que corresponden a 12 pacientes provenían de área urbana mientras el 33% que corresponden a 6 pacientes eran procedentes de área rural.

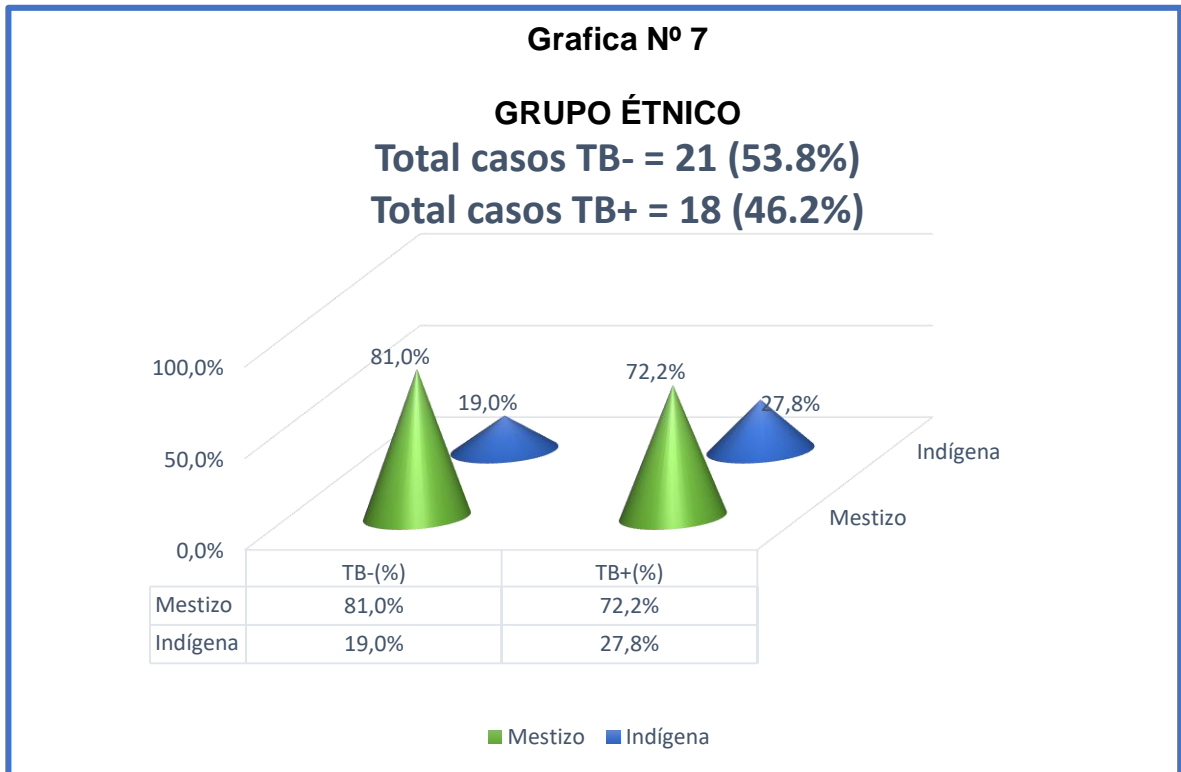
Gráfica 6: REGIMEN DE AFILIACIÓN



Fuente: Presente investigación

De el al régimen de afiliación el 94.4% de los casos de TB tipo II tienen régimen subsidiado correspondiente a un total de 18 casos que equivalen a un 46.2% de los pacientes

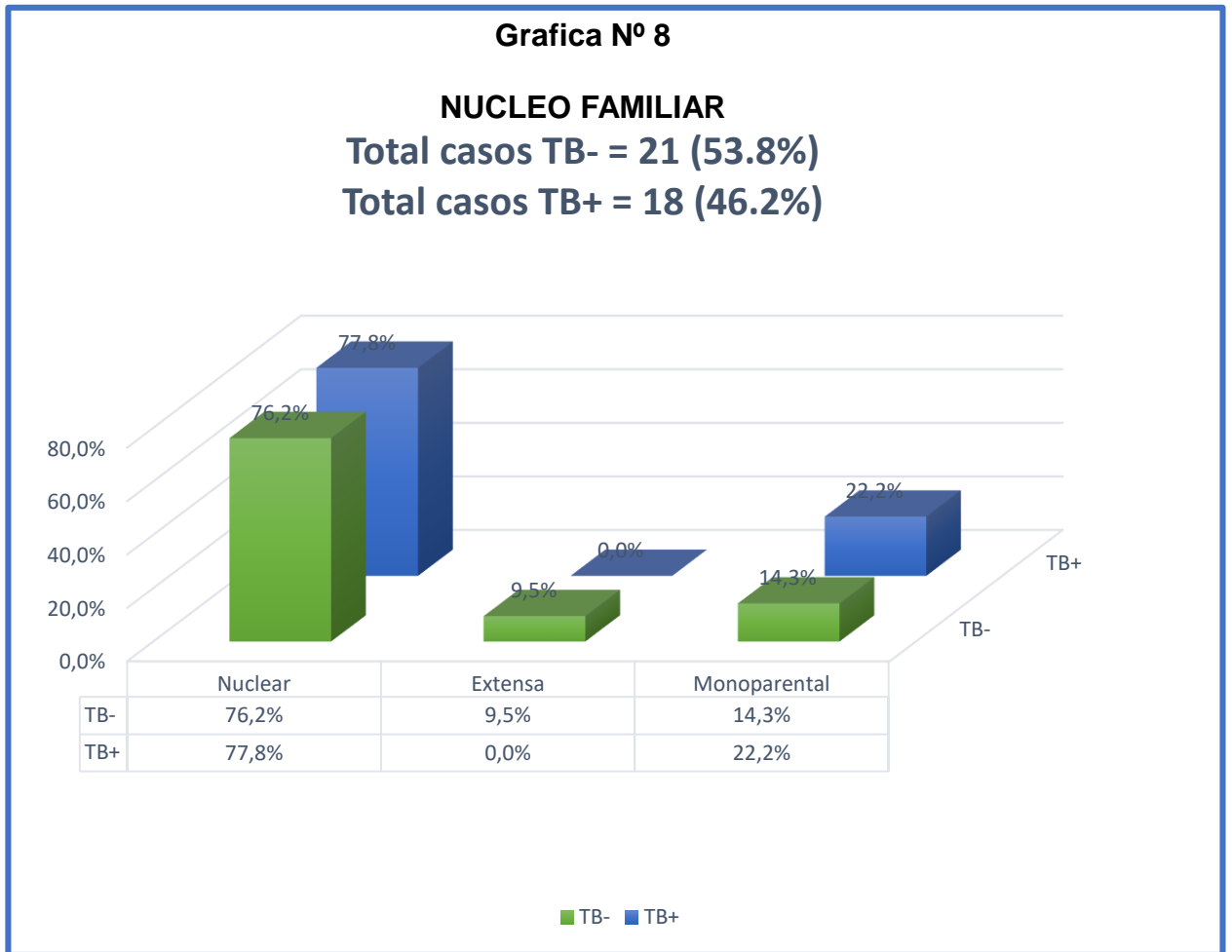
Gráfica 7: GRUPO ÉTNICO



Fuente: Presente investigación

Se evidencia que en cuanto al grupo étnico en TB tipo II el 72.2% corresponde a la comunidad mestiza y un 27.8% a la comunidad indígena sin embargo encontramos un 81% de la comunidad mestiza con trastorno bipolar (-)

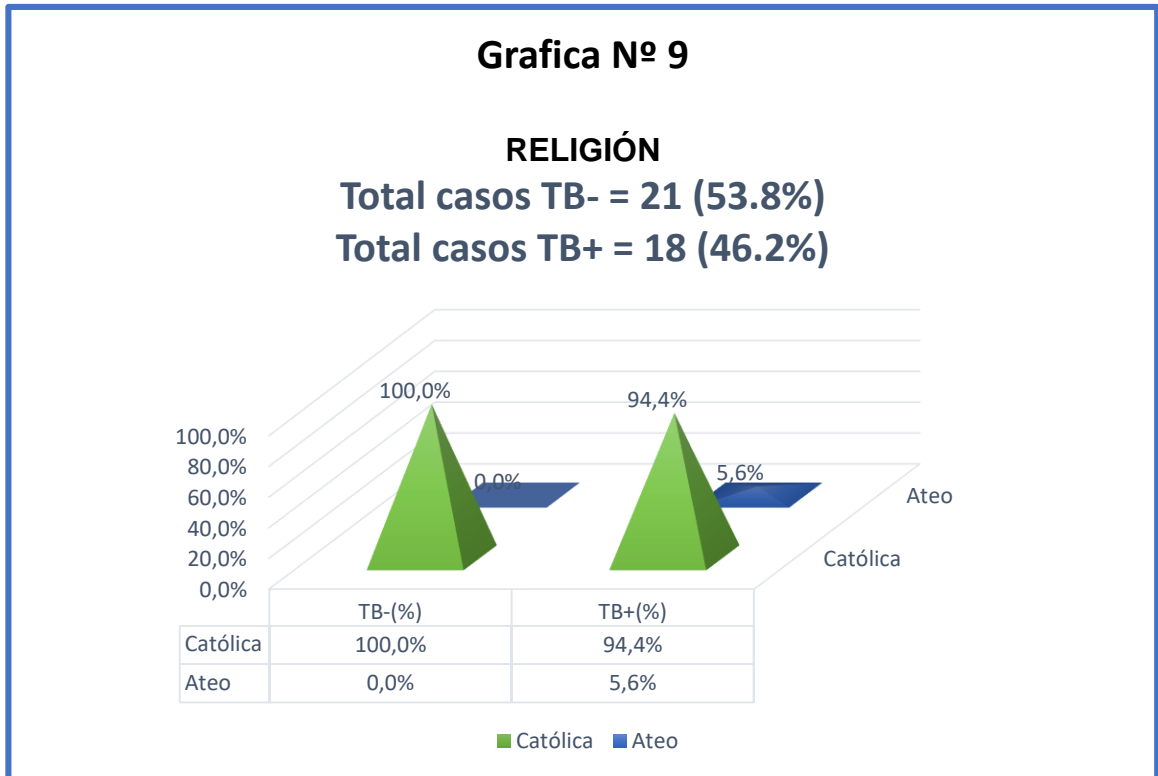
Gráfica 8: NUCLEO FAMILIAR



Fuente: Presente investigación

Encontramos que de la conformación del núcleo familiar el 77.8% de los casos de TB tipo II se presenta en el tipo de familia nuclear, sin embargo este mismo tipo se presenta un 76.1% de TB (-) lo que conduciría que no hay diferencia en tener la condición de trastorno bipolar en el intento de suicidio en lo referente al núcleo familiar.

Gráfica 9: RELIGIÓN



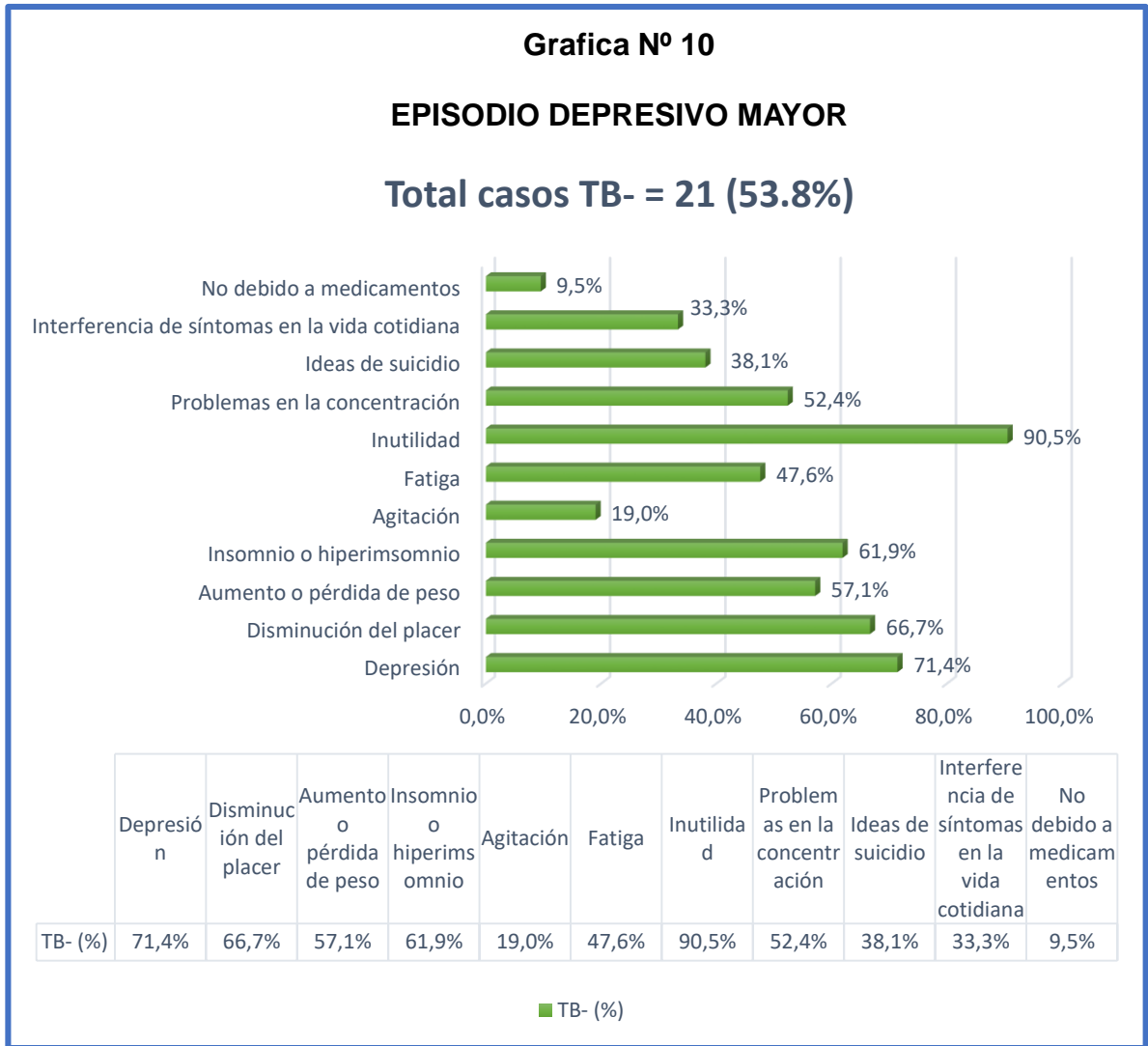
Fuente: Presente investigación

La gráfica nos presenta información en cuanto a la religión donde el 94.4% de los casos de TB tipo II se presenta en la comunidad católica correspondiente a un total de 18 casos los cuales equivalen a un 46.1% de los pacientes evaluados.

Este porcentaje representativo para la religión católica se puede explicar porque es la religión más prevalente en nuestra región.

Caracterización clínica

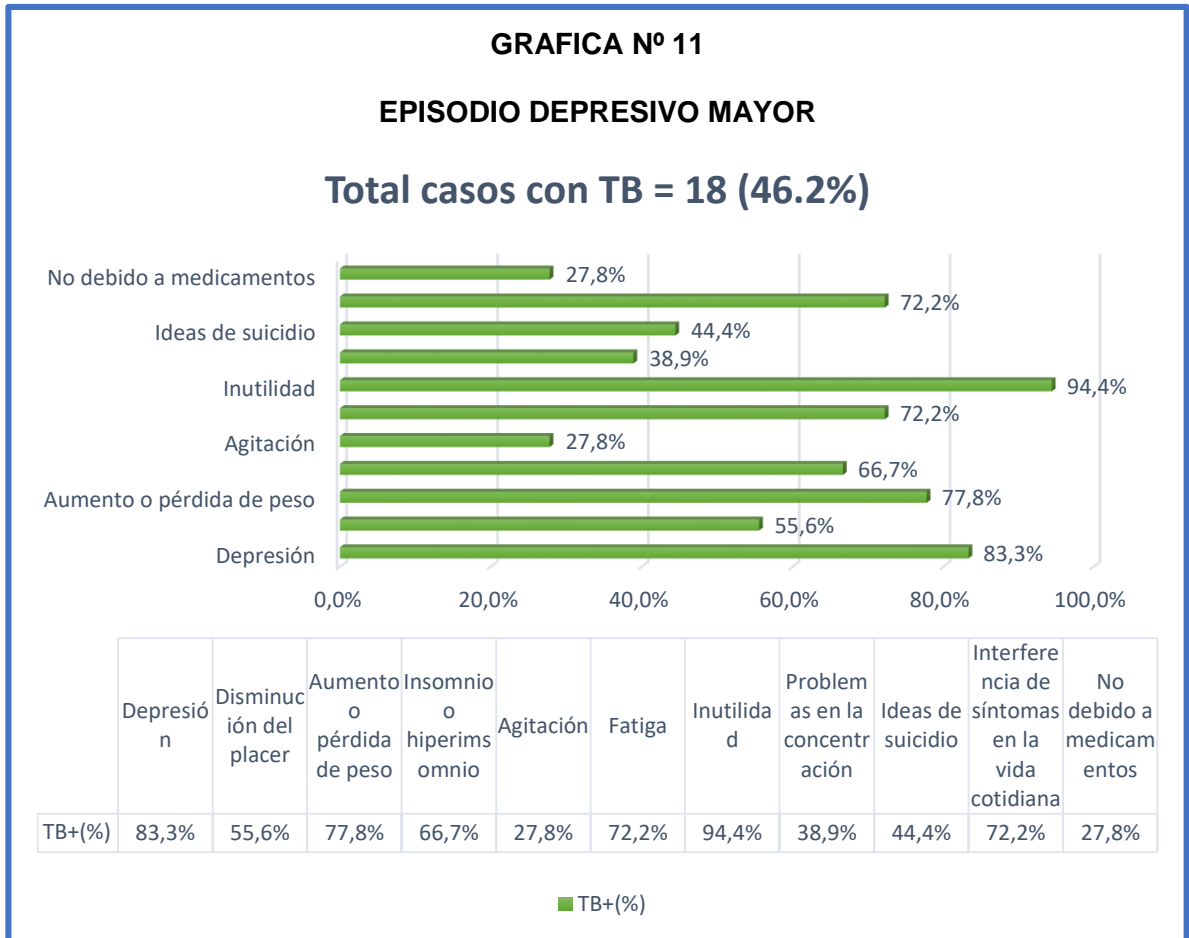
Gráfica 10: EPISODIO DEPRESIVO MAYOR



Fuente: Presente investigación

Encontramos que Los síntomas más relevantes que se encontraron en pacientes sin TB II en cuanto al episodio depresivo mayor son: inutilidad con un 90.5%, depresión 71.4% disminución del placer 66.7%, insomnio e híper insomnio 61.9% mientras que los menos comunes fueron: no debido a medicamentos 9.5% y agitación 19.0%.

Gráfica 11: EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

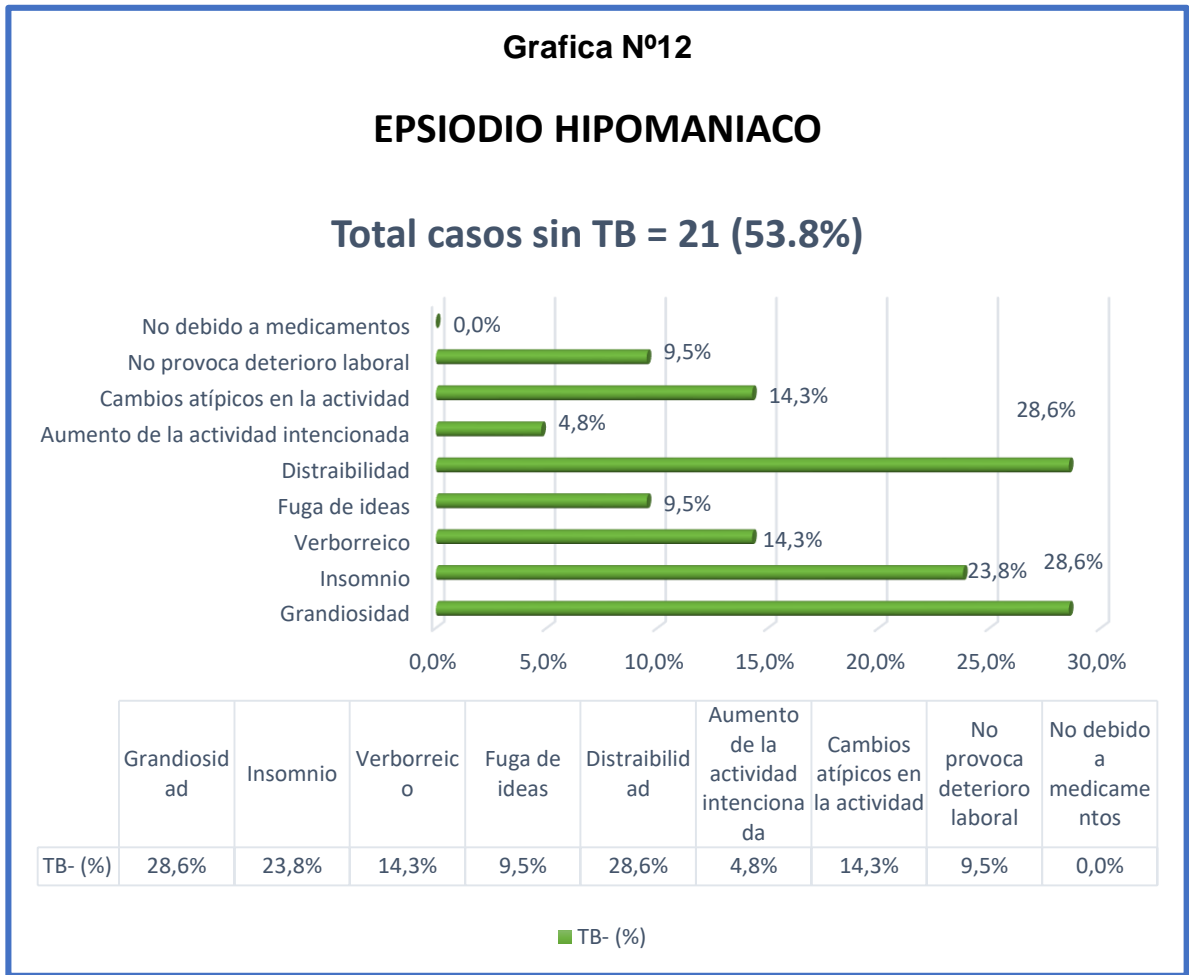


Fuente: Presente investigación

Los síntomas más relevantes que se encontraron en pacientes con TB II en cuanto al episodio depresivo mayor son: inutilidad 94.4%, depresión 83.3%, aumento o pérdida de peso, 77.8%, e interferencia de los síntomas en la vida cotidiana 72.2%.

Mientras que los menos comunes fueron: agitación 27.8%, no debido a medicamentos 27.8% y problemas en la concentración 38.9%

Gráfica 12: EPISODIO HIPOMANIACO

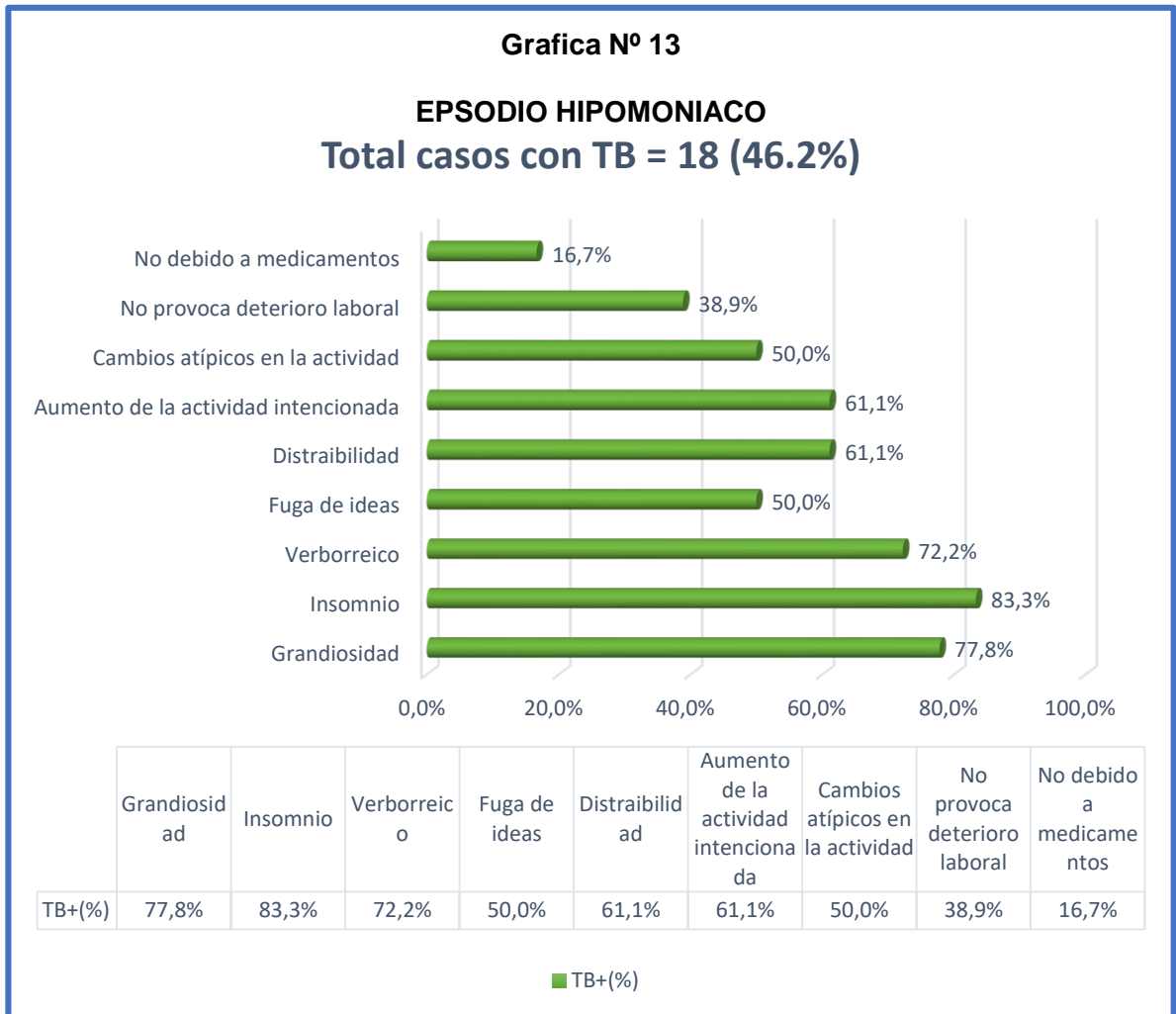


Fuente: presente investigación

Los síntomas más relevantes que se encontraron en pacientes que no cursaron con TB tipo II relacionados con episodio hipomaniaco son: distrabilidad 28.6%, grandiosidad 28.6%, insomnio 23.85 %

Mientras que los menos frecuentes fueron: aumento de la actividad intencionada 4.8%, fuga de ideas 9.5%, no provoca deterioro laboral 9.5%

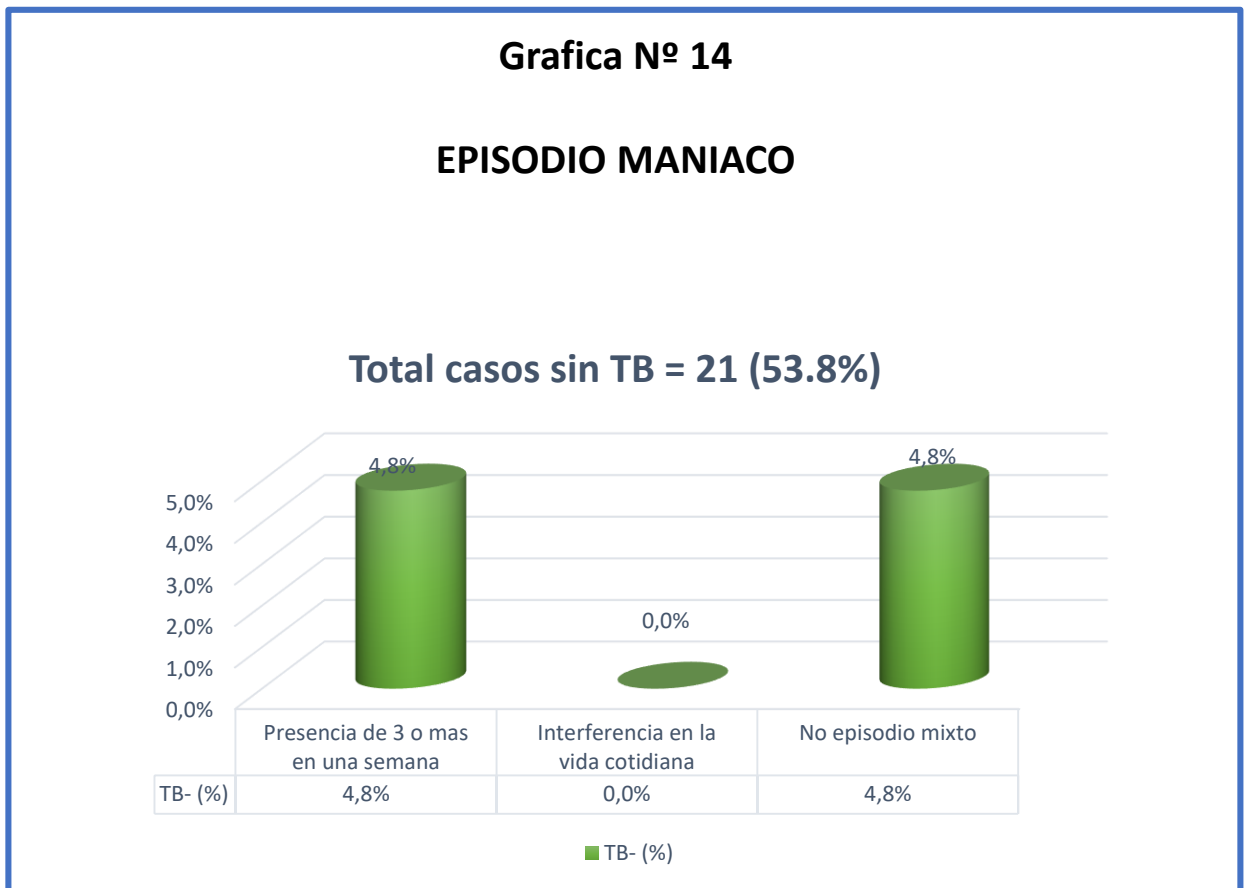
Gráfica 13: EPISODIO HIPOMANIACO



Fuente: Presente investigación

Los síntomas más relevantes que se encontraron en pacientes que si cursaron con TB Tipo II relacionados con episodio hipomaniaco son: insomnio 83.3%, grandiosidad 77.8%, verborrea 72.2%, distraibilidad 61.1%, fuga de ideas 50.0% Mientras que los menos frecuentes fueron: no debido a medicamentos 16.7%

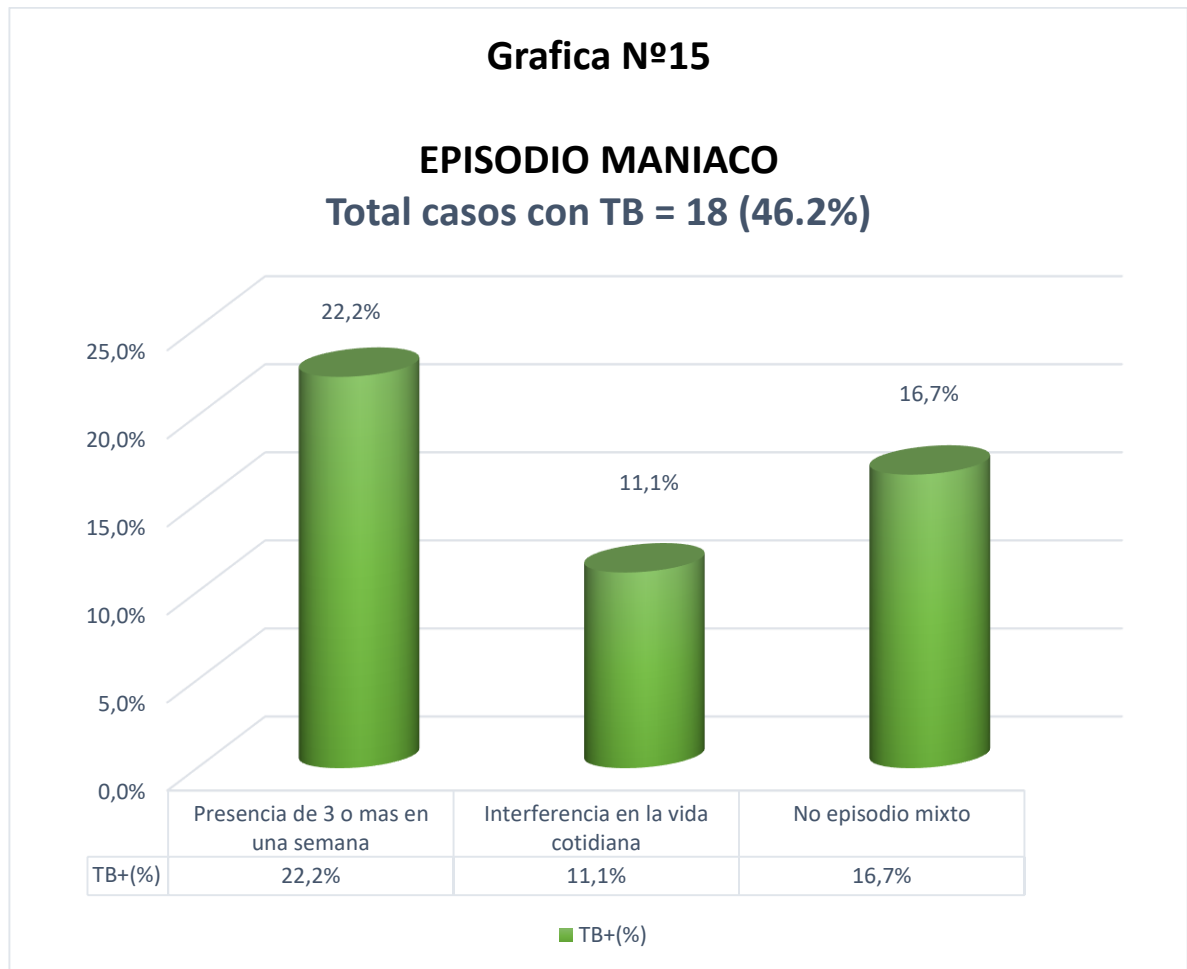
Gráfica 14: EPISODIO MANIACO



Fuente: Presente investigación

De los 21 pacientes que no tuvieron TB tipo II 4.8% tubo 3 o más síntomas en una semana.

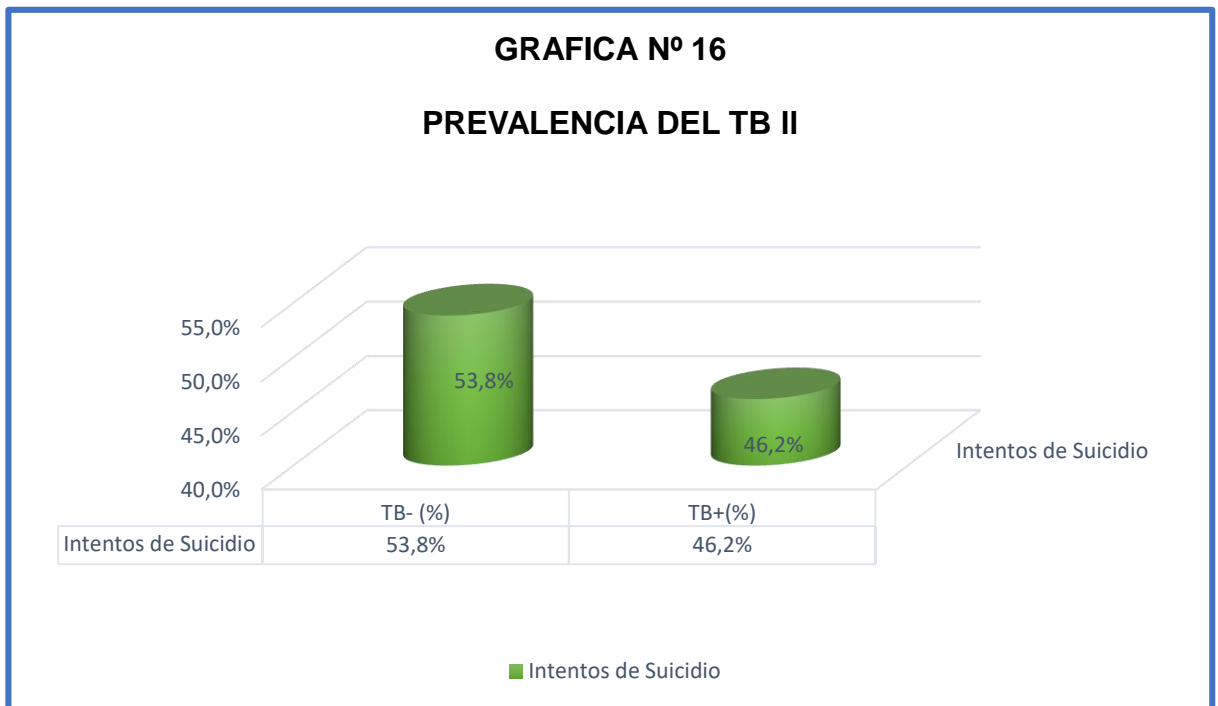
Gráfica 15: EPISODIO MANIACO



Fuente: Presente investigación

De los 18 pacientes con diagnóstico de TBII un 22,2% tubo la presencia de 3 o más síntomas en una semana, 11,1 hubo interferencia en la vida cotidiana.

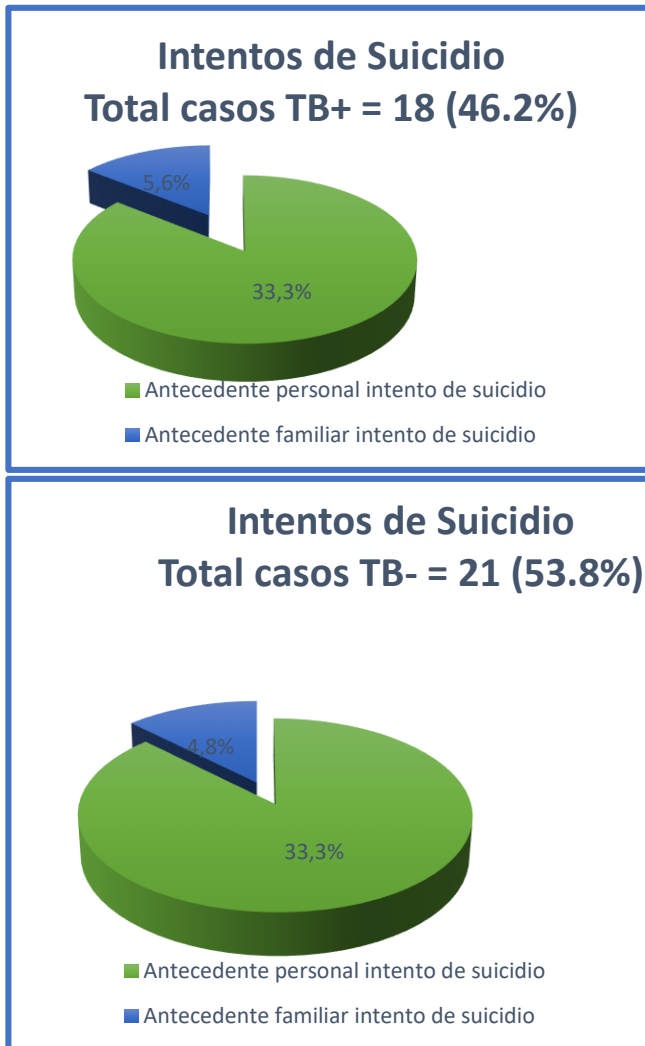
Gráfica 16: PREVALENCIA DEL TB II



Fuente: Presente investigación

En cuanto a la prevalencia del trastorno bipolar tipo II en el grupo de pacientes con intento de suicidio corresponde a un 46.2%

Gráfica N° 17: INTENTO DE SUICIDIO



Fuente: Presente investigación

De los 21 pacientes que no padecen TB tipo II un 33.3% tiene por lo menos un antecedente familiar de intento de suicidio y un 4.8 cursan con antecedente personal, mientras que de los 18 que están diagnosticados con TB tipo II también un 33.3% cursan con antecedente familiar de intento de suicidio y un 5.6 de esta población tiene un antecedente personal de intento de suicidio.

9 DISCUSIÓN

Es muy importante y relevante destacar el porcentaje intermedio de prevalencia del trastorno bipolar tipo II en los pacientes con intento de suicidio atendidos en el Hospital Universitario de Nariño, resaltando la similitud del pronunciamiento de la OMS en Madrid España (2003) donde manifestaba que existe una relación directa o ligada entre el trastorno bipolar tipo II y el intento de suicidio al igual que nuestro estudio reveló que si hay una concordancia directa al padecer el trastorno bipolar a la hora de determinar un intento suicida.

En cuanto a la caracterización demográfica se determinó con este estudio que es de vital importancia conocer estos datos porque permite brindar un mejor e íntegro tratamiento, pues el conocer estas variables permite formar un mayor lazo médico paciente y permitió la identificación e individualización de las variables más características en estos pacientes.

Además permitió identificar que el mayor reporte de trastorno bipolar tipo II asociado a intentos suicidas está fijado en la población masculina a diferencia de las estadísticas publicadas por la universidad central de Barcelona en el año 2012 donde evidenciaron que la mayoría de la población con ideación suicida asociada a trastorno bipolar tipo II estaba ligada a las mujeres, y de igual forma lo reportó el Hospital San Ignacio de Santa Fe de Bogotá.

Otro factor importante fue la caracterización clínica que permitió de manera detallada establecer un diagnóstico preciso y diferencial a como regularmente se trata de manera generalizada a estos pacientes.

CONCLUSIONES

- Dentro de la población objeto encontramos que la prevalencia de trastorno Bipolar tipo II es del 46.2%.
- Dentro de la población objeto encontramos que la mayor frecuencia de trastorno bipolar se encuentra entre las edades de 23 y 30 años
- se observa que en la población objeto el mayor predominio de trastorno bipolar tipo II es el género masculino.
- Dentro de la población objeto el trastorno bipolar tipo II se encuentra en mayor porcentaje en aquellos que han completado sus estudios en primaria.
- Se observa que la mayoría de la población provienen de la zona urbana
- se observa que la mayoría de la población pertenece al grupo étnico mestizo
- Se determina que no hay un grupo familiar predominante entre los pacientes que tienen y no trastorno bipolar en el intento de suicidio
- La religión más profesada en el grupo poblacional de estudio es la católica
- Los síntomas más relevantes que se encontraron en pacientes sin y con trastorno bipolar tipo II en cuanto al episodio depresivo mayor es la inutilidad, mientras que el menos común fue no debido a medicamentos.
- El síntoma más relevantes que se encontró en pacientes que no cursaron con trastorno bipolar tipo II relacionado con episodio hipomaniaco es la distrabilidad, y el menos frecuente aumento de la actividad intencionada.
- Los síntomas más relevante que se encontró en pacientes que si cursaron con trastorno bipolar tipo II relacionado con episodio hipomaniaco es el insomnio y el menos frecuente aumento de la actividad intencionada

RECOMENDACIONES

Los últimos pronunciamientos hechos por la OMS que representa como tal un aporte importante y de credibilidad sobre la implicación del trastorno bipolar tipo II en relación a la ideación suicida ha despertado cierta preocupación entre la comunidad de psiquiatría hasta el punto de iniciar la estructuración de un manual clínico que facilite el reconocimiento de este trastorno tempranamente, incluyendo además recomendaciones clínicas para personal médico, e instrucciones para el núcleo familiar.

Y es así que partiendo de esto claramente podemos pensar que el trastorno bipolar no será un diagnóstico tan desconocido en la comunidad médica y que además si se diagnostica a tiempo e interviene, puede ser controlado de forma eficiente sin tener que llegar a consecuencias y actos que desestabilicen al paciente y por ende su núcleo familiar.

El mal diagnóstico de este trastorno y de muchos trastornos psiquiátricos más a terminando lamentablemente en hechos mortales sobre los cuales ya no hay justificación para que se vuelvan a repetir.

-Con base a la experiencia obtenida como grupo de investigación se recomienda lo siguiente:

-Se recomienda a las diferentes instituciones que prestan servicios de salud implementar la historia clínica semiestructurada para evaluar al paciente de manera integral.

-Realizar un seguimiento profesional por parte de psiquiatría a todos los pacientes a en cuyos casos se diagnosticó el trastorno bipolar tipo II.

-Realizar campañas de tamizaje psiquiátrico para trastorno bipolar tipo II en la población esencialmente masculina descrita en este estudio con mayor susceptibilidad.

-Finalmente orientar a la población particular de forma didáctica y educativa a que consulte ante ciertos síntomas característicos del trastorno bipolar

BIBLIOGRAFIA

- .Akiskal, Cetkovich, Bakmas, García-Boneto, Strejilevich, Vázquez. Trastornos Bipolares. Conceptos Clínicos, Neurobiológicos y Terapéuticos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana SA; sep 2006, 257-277.
- .Baethge C, Cassidy F. Fighting on the side of life: A special issue on suicide in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2013;15:453–6.
- .Carlson Ga, Strober M (1978), Manic depressive illness in early adolescence: a study of clinical and diagnostic characteristics in six cases. *Juo Am Acad of Child Psychiatry*, 17,138-1 53.
- .Cars Lucero R, Casoli G. Trastornos afectivos en el Adulto mayor. *Rev de Psiquiatr en Urug dic* 2006; 70(2): 154- 166.
- .Dunner DI, Clayton P (1987), Drug treatment of bipolar disorder. En: *Psychopharmacology: The third generation of progress*, Meltzer, ed. New York: Raven Press.
- .Farreras V, Rozman C. *Medicina Interna*. Vol.2, 13ª ed. Madrid: Editorial Harcourt, 1995; sección 13: 1600.
- .García – Boneto G. Trastorno Bipolar. En: Marchant N, Monchabión Espinoza A. *Tratado de Psiquiatría*. Tomo I. Buenos Aires: editorial Grupo Guia; 2005: 481-498.

- .Holmgren D, Lermenda V, Cortés C, Cárdenas I, Aguirre K, Valenzuela K. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. Revista chilena Neuropsiquiátrica dic 2005; 43(4): 275-286.
- .Himmelhoch JM et al (1986), Mixed mania: diagnosis and treatment. Psychopharmacol Bull 22:613-620.
- .Lara Tapia H, Méndez Contreras JI. Características clínicas y epidemiológicas del Trastorno bipolar en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía” Manuel Velazco Suárez”. Un análisis de cuatro años. Revista neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2002; 35(3): 132-157.
- .Landolt AD (1957), Follow-up studies on circular manic depressive reactions occurring in the young. Bull NY Acad Med 33,65-73
- .Murray CJL, López AD. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 Projected to 2020. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health; 1996.
- .Olsen T (1961), Follow-up study of manic-depressive patients whose first attack occurred before the age of 19. Acta Psychiatr Scand Suppl 162, 45-51.
- .Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Wisniewski SR, Gyulai L, et al. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. N Engl J Med. 2007;356:1711-22.
- .Tohen M, Greil W, Calabrese JR, Sachs GS, Yatham LN, Oerlinghausen BM, et al. Olanzapine versus lithium in the maintenance treatment of bipolar

disorder: a 12-month, randomized, double-blind, controlled clinical trial. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1281-90.

.Vázquez GH, Tondo L, Undurraga J, Baldessarini RJ. Overview of antidepressant treatment of bipolar depression. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2013;16:1673– 85.

.Varanka TM et al (1988) Lithium treatment of manic episodes with psychotic features in prepubertal children. *Am J Psychiatry*, 145,1557-1559

.Vieta E. Bipolar units and programmes: Are they really needed? *World Psychiatry*. 2011;10:152. Viola L, Prego CE. Evolución del trastorno bipolar de inicio muy temprano y sus controversias. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* ag 2006; 70(1): 53-65.

.Zumiga M, Farias X. Manía en niños y adolescentes. *Revista chilena Neuropsiquiátrica* ene 2002, vol 40(1):31-40

NETGRAFIA

.Alvarez Grandi S, Feijoo Rodríguez V. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con trastorno bipolar con ciclación rápida y sin ciclación rápida. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría. [en línea] nov 2005 [citado 15 enero 2008];12(4): 371-382. URL disponible en http://www.alcmeon.com.ar/12/48/03_cicladores.htm

.Tellez – Vargas J. Criterios para el diagnóstico precoz de la depresión bipolar. Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica. [en línea] jun 2004 [citado 15 enero 2008]; 11(3). URL disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/11/43/01_tellez.htm

.8 congreso virtual de psiquiatría Nuevos Horizontes en la investigación sobre los trastornos bipolares. Febrero -2007
<http://www.bipolars.org/wp-content/uploads/2011/11/2-Nuevos-horizontes-en-TB.pdf>

ANEXOS

ANEXO A. Cronograma

| N° | ACTIVIDAD | AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2013 | | | | | | | | | | | | 2014 | | | | | | | | | | | | | |
| | | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | I | C |
| 1 | REALIZACION ANTEPROYECTO | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | REVISION BIBLIOGRAFICA Y AJUSTES | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | PRESENTACION Y APROBACION DEL ANTEPROYECTO | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | PRUEBA PILOTO | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | RECOLECCION DE INFORMACION | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | |
| 6 | CONSTRUCCION DE BASE DE DATOS | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | |
| 7 | ANALISIS DE DATOS | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | |
| 8 | ESTRUCTURA Y REDACCION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | |
| 9 | AJUSTES Y CORRECCIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | |
| 10 | PREPARAR SUSTENTACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | |
| 11 | SUSTENTACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | |
| 12 | ARTICULO CIENTIFICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO B. Presupuesto

| NOMBRE/PROFESION | DEBERES | HORAS | VALOR POR HORA (\$XXXX) | TOTAL(\$) |
|------------------------------|--|-------|-------------------------|-----------|
| INVESTIGADORES | PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO RECOLECCION DE INFORMACION Y PRESENTACION FINAL | 300 | 10.000 | 3.000.000 |
| | | | | |
| ASESORES DE LA INVESTIGACION | Brindar asesoría profesional en la realización del proyecto | 50 | 15000 | 750.000 |
| TOTAL | | | | 3.750.000 |

| TIPO DE IMPLEMENTO | NOMBRE | COSTO POR ITEM | N° DE ITEMS | TOTAL |
|--------------------|------------------------------|----------------|-------------|-----------|
| DE OFICINA | Fotocopias | 50 | 200 | 10.000 |
| | Resma de papel | 10.000 | 3 | 30.000 |
| | Lápiz, lapiceros, marcadores | 1.000 | 30 | 30.000 |
| | Empastada | 10.000 | 4 | 40.000 |
| | Tinta | 10.000 | 5 | 50.000 |
| COMPUTADORES | | 1.200.000 | 3 | 3.600.000 |
| TOTAL | | | | 3.760.000 |

| TRANSPORTE | TIPO DE TRANSPORTE | COSTO | NUMERO DE VISITAS | TOTAL |
|------------|--------------------|-------|-------------------|---------|
| | TAXI | 4.000 | 50 | 200.000 |
| | BUS | 1.100 | 50 | 55.000 |
| OTAL | | | | 255.000 |

COSTO TOTAL DE PROYECTO 7.765.000

ANEXO C. Caracterización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERATIVA | POSIBLE VALOR | CLASIFICACIÓN DE VARIABLE | ESCALA | FUENTE |
|----------------------------|---|---|---------------------------|-----------|---|
| INTENTO DE SUICIDIO | Acto deliberado de quitarse la vida. | Si No | Cualitativo | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II | Trastorno que presenta principalmente depresiones recurrentes que se alternan con algún episodio de hipomanía | Si No | cualitativo | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| GENERO | genero al cual pertenece la persona | MASCULINO FEMENINO | cualitativo | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| EDAD | Intervalo de edades en los que son más frecuentes los intentos de suicidio | Edades comprendidas entre los 15 hasta los 35 años | cuantitativo | Intervalo | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| PROCEDENCIA | Lugar de origen del paciente | Rural Urbano | cualitativo | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| ETNIA | Comunidad a la que pertenece con la cual comparte rasgos culturales | Mestizo mulatos afrocolombiano Indígenas Blancos Otras | cualitativo | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| RELIGIÓN | Conjunto de dogmas o creencias generalmente relacionadas con la divinidad | Católico Cristiano Judaísmo Ateo Protestantes satanismo Otras | cualitativo | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |

| | | | | | |
|----------------------|---|---|--------------|------------|---|
| ESCOLARIDAD | Nivel de educación de una población determinada | Sin escolaridad primaria incompleta primaria completa secundaria incompleta secundaria completa estudios técnicos profesional maestría y doctorado no especificado | cualitativo | polinomial | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| OCUPACION | Conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo oficio o puesto de trabajo. | Empleado Estudiante Desempleado Ama de casa otros | cualitativa | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| NIVEL SOCIOECONOMICO | Posición económica social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos educación y empleo | Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6 | cuantitativo | Ordinal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| NUCLEO FAMILIAR | Unidad básica de la sociedad en la cual dos o más adultos, con o sin niños o también un adulto con niños tiene el compromiso de "nutrirse" o apoyarse emocional o físicamente .deciden compartir recursos tales como tiempo espacio y | Familia Nuclear Extensa Monoparental Ensamblada A larga distancia Otras cuáles? | cualitativo | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|---|--------------|---------|---|
| | dinero | | | | |
| ESTADO CIVIL | Situación jurídica de la persona en la familia y en la sociedad constituida por cualidades particulares derivada de los vínculos de la familia. | Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado Separado | cualitativo | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| SEGURIDAD SOCIAL | Prestación de servicios y asistencia médica. | Subsidiado Contributivo Vinculado | cualitativo | Nominal | Entrevista Encuesta Hc. |
| EXALTACION | Alabanza de las cualidades o méritos de una persona o cosa. | Si No | cualitativa | Nominal | Entrevista Encuesta Hc |
| IRRITABILIDAD | Estado de sensibilidad extrema frente a la estimulación de cualquier tipo. | Si No | cualitativa | Nominal | Entrevista Encuesta Hc |
| IMPULSIBILIDAD | Reaccionar sin reflexión de forma inmediata sin tomar a consideración las consecuencias. | Si No | cualitativa | Nominal | Entrevista Encuesta Hc |
| GRANDIOSIDAD | Delirio de que el individuo tiene un talento extraordinario poder o conocimiento. | Si No | cualitativa | Nominal | Entrevista Encuesta Hc |
| NUMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO | Es el número de veces que una persona a atentado contra su vida. | 1 2 3 4 5 o mas | cuantitativa | Razón | Entrevista Encuesta Hc |

| | | | | | |
|---|---|--|-------------|---------|---|
| MODALIDAD DE INTENTO DE SUICIDIO | Método que el paciente utiliza para intentar suicidarse | Intoxicación por órgano fosforado Ahorcamiento Otras | cualitativo | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNO BIPOLAR TIPO 2 | Historia de trastorno bipolar tipo 2 en algún miembro de la familia | Si No | cualitativa | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |
| HABITOS TOXICOS | Consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta abecés difícil abandonar este habito | Alcohol Drogas Otros | cualitativa | Nominal | Entrevistas Encuesta Historia clínica |

ANEXO D. Instrumento recolección de datos

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

FACULTAD DE MEDICINA -PASTO

SALUD MENTAL

HISTORIA CLINICA SEMIESTRUCTURADA



Fecha:

Hora:

Lugar de realización:

I- DATOS PERSONALES:

Género:

Edad:

Estado civil:

Escolaridad:

Ocupación:

Etnia:

Religión:

Estrato:

Núcleo Familiar:

Seguridad social:

Lugar y fecha de nacimiento:

Lugar de procedencia:

Origen de referencia o remisión:

Confiabilidad:

Interrogador:

II- MOTIVO DE CONSULTA:

III- ENFERMEDAD ACTUAL: (modalidad intento de suicidio)

IV- ANTECEDENTES PERSONALES:

1. patológicos

2. Quirúrgicos:

3. Traumáticos:

4. Hábitos tóxicos:

6. Farmacológicos:

7. Hospitalarios:

10. Ocupacionales:

11. Intentos de suicidio

V- Antecedentes familiares

HISTORIA PERSONAL

HISTORIA PRENATAL Y PERINATAL

PRIMERA INFANCIA:

INFANCIA MEDIA:

INFANCIA TARDIA

ADULTO:

HISTORIA FAMILIAR:

HISTOGRAMA: _____

SUCESOS RELEVANTES DE SU HISTORIA PERSONAL:

VI- REVISION POR SISTEMAS:

VII- EXAMEN FISICO

Signos vitales:

| | |
|-----------------|-----------|
| 1. TA: | 5. Peso: |
| 2. FC: | 6. Talla: |
| 3. FR: | 7. IMC: |
| 4. Temperatura: | |

1. Aspecto general:

2. Examen mental:

CRITERIOS DSM – V - TR

A. episodio depresivo mayor :

Presencia casi diaria de al menos 5 de los siguientes síntomas, incluyendo 1 o 2 necesariamente

| | si | no |
|---|----|----|
| Estado de ánimo deprimido | | |
| Disminución del interés o del placer en cualquier actividad | | |
| Aumento o disminución de peso/apetito | | |
| Insomnio o hiperinsomnio. | | |
| Agitación o enlentecimiento motor | | |
| Fatiga o pérdida de energía | | |
| Sentimiento de inutilidad o culpa | | |

| | | |
|--|--|--|
| Problemas en la concentración o toma de decisiones | | |
| Ideas recurrente de muerte o suicidio | | |

Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano
 No debido a medicamentos o drogas con una condición médica
 general.

| | |
|--|--|
| | |
| | |

B. episodio hipomaniaco

Estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al
 menos 4 días

| | si | No |
|---|----|----|
| Autoestima exagerada o grandiosidad | | |
| Disminución de la necesidad de dormir | | |
| Mas hablador de lo habitual o verborreico | | |
| Fuga de ideas o experiencia subjetiva de q el pensador esta acelerado | | |
| Distraibilidad. | | |
| Aumento de la actividad intencionada | | |
| | | |
| El episodio está asociado a un cambio en la actividad atípico y estos cambios son fácilmente observables por los demás | | |
| El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización ni hay síntomas psicóticos | | |
| No debido a medicamentos, drogas o condición médica general. | | |

Episodio maniaco

presencia de tres o más de los anteriores síntomas durante al menos una semana

Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano

No cumple con los criterios para un episodio mixto

| SI | NO |
|----|----|
| | |
| | |
| | |

DIAGNOSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR TIPO II SI _____ NO _____

Diagnóstico Multiaxial:

EJE 1:

EJE 2:

EJE 3:

EJE 4:

EJE 5:

TRATAMIENTO

FIRMA

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN

A usted se le ha solicitado participar en el proyecto de investigación “**prevalencia de trastorno bipolar tipo II en pacientes con intento de suicidio atendidos en el HUDN 2014**” .El propósito de este documento es proveer información para considerar o no participar en el mismo. Su consentimiento debería estar basado en el conocimiento de la información que usted debe proporcionar. Por favor realice preguntas si hay cosas que no entiende. Su participación es voluntaria y no tendrá efecto sobre el proyecto de investigación si decide no participar.

Investigadores responsables del estudio:

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------|
| Diana Ceballos Rosales | dirección: Cra 34bis 16 A 26 | cel: 3207908052 |
| Adriana Rivera Chicaiza | dirección: Cra 34bis 16 A 26 | cel: 3122669022 |
| Katherin Reynel Angulo | dirección: Cra 34bis 16 A 26 | cel: 3166241293 |
| Jenny Villarreal Villarreal | dirección: Cra 34bis 16 A 26 | cel: 3178675509 |

Fuentes de apoyo:

Fundación universitaria san Martin sede pasto

Lugar donde se desarrollara el estudio:

Hospital universitario departamental de Nariño

Objetivo del estudio:

Determinar la prevalencia y caracterización clínica y sociodemográfica del trastorno bipolar tipo II en pacientes con intento de suicidio atendidos en el HUND 2014

Elegibilidad

Se realizara la muestra mediante un marco maestral del listado de pacientes que acudieron al HUND con intento de suicidio durante el año lectivo 2014, la selección de los individuos se realizara teniendo en cuenta los siguientes criterio se inclusión mediante el programa epi- info

- Paciente con trastorno mental
- Pacientes de cualquier edad con intentos de suicidio
- Pacientes que acuden a los servicios de HUDN

Procedimiento:

Una vez seleccionados los pacientes con intento de suicidio se procederá hacer firmar el consentimiento informado luego se procede aplicar la encuesta para determinar el diagnostico de trastorno bipolar tipo II

Riesgos:

Los riesgos son mínimos debido a que no se realizara ningún procedimiento invasivo

Beneficios:

El paciente tendrá un diagnóstico de su salud mental y sabrá cuál es el paso a seguir en su tratamiento para mejorar su condición.

Costos asociados al estudio:

No existe costo alguno para los pacientes involucrados en el estudio.

Tratamiento médico/psicológico:

No existe tratamiento médico o psicológico asociado al estudio.

Confidencialidad:

La ficha de recolección de la información se maneja con confidencialidad y solo podrá ser utilizada por el paciente, los padres, acudientes e investigadores.

Libertad para salir del estudio:

Los participantes tendrán libertad de salir del estudio en el momento que deseen

Libertad para ser removido del estudio:

Los investigadores tendrán la libertad de remover a un paciente del estudio

Consentimiento voluntario

Todos los aspectos mencionados en las anteriores páginas me han sido explicados, y todas las preguntas que he tenido han sido contestadas. Yo he sido motivado (a) a preguntar acerca de todos los aspectos de este estudio los investigadores que se encuentran en la lista de arriba me las contestaran en un futuro.

Cualquier pregunta que yo tenga acerca de los derechos de los participantes del estudio será contestada por el subcomité de bioética de la fundación universitaria sede pasto.

En pleno uso de mis facultades mentales libre y consiente autorizo mi participación y/o familiar en responder a los datos de la encuesta y permitir que se realice un examen mental y diagnóstico. Habiendo leído lo anterior doy mi consentimiento para participar y (dado el caso) autorizo la participación de mi familiar en las actividades anteriormente detalladas (una copia de este consentimiento me será entregada)

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| | | |
| Nombre del participante | Firma del participante | Lugar y fecha |

Firma del participante o responsable

testigo 1

testigo 2

PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DEL TRASTORNO BIPOLAR TIPO II EN PERSONAS CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN EL PERIODO DE JUNIO A OCTUBRE DEL AÑO 2014

Diana Jimena Ceballos Rosales, Katherine Alexandra Reynel Angulo, Adriana Liseth Rivera Chicaiza, Jenny Alexandra Villarreal Villareal.

MED. Psiquiatra Cástulo Fernando Cisneros

RESUMEN

Este artículo presenta los resultados de investigación obtenidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño. El principal objetivo es determinar la prevalencia, caracterización clínica y sociodemográfica del trastorno bipolar tipo II en pacientes con intento de suicidio atendidos en el servicio de urgencias del HUDN en el periodo de junio a octubre del año 2014. Es un estudio de enfoque, cuantitativo el diseño es no experimental de tipo descriptivo de cohorte trasversal. Los datos se extraen de 39 pacientes que consultaron al servicio de urgencias del HUDN durante el periodo establecido, y de los cuales 18 pacientes se clasificaron con trastorno bipolar tipo II.

HERRAMIENTAS Y METODOS

La investigación se efectuó por medio del diligenciamiento de la historia clínica semiestructurada que contiene las variables de caracterización clínica y demográfica de forma completa Y que fue avalada mediante 8 pruebas piloto por el comité de investigación de la Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto y nuestro asesor científico, la recolección de la información se hizo por medio de tres turnos a la semana definidos los días lunes, miércoles y jueves de 7am a 9 am por el periodo correspondiente de junio a octubre del año 2014, además

se realizó dos visitas al paciente, una por parte de los investigadores y otra con el acompañamiento del especialista y reconocido Psiquiatra Dr. Cástulo Cisneros para dar confirmación al diagnóstico

El estudio se realizó en las personas con intento de suicidio atendido en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo de junio a octubre del año 2014.

Se tomaron como criterio de inclusión Todos los pacientes que acuden al HUDN al servicio de urgencias en el periodo de junio a octubre del año

2014 con intento de suicidio asociado a trastorno bipolar tipo II y que de forma voluntaria aceptan pertenecer al estudio. Y de exclusión:

-Pacientes en estado de inconsciencia.

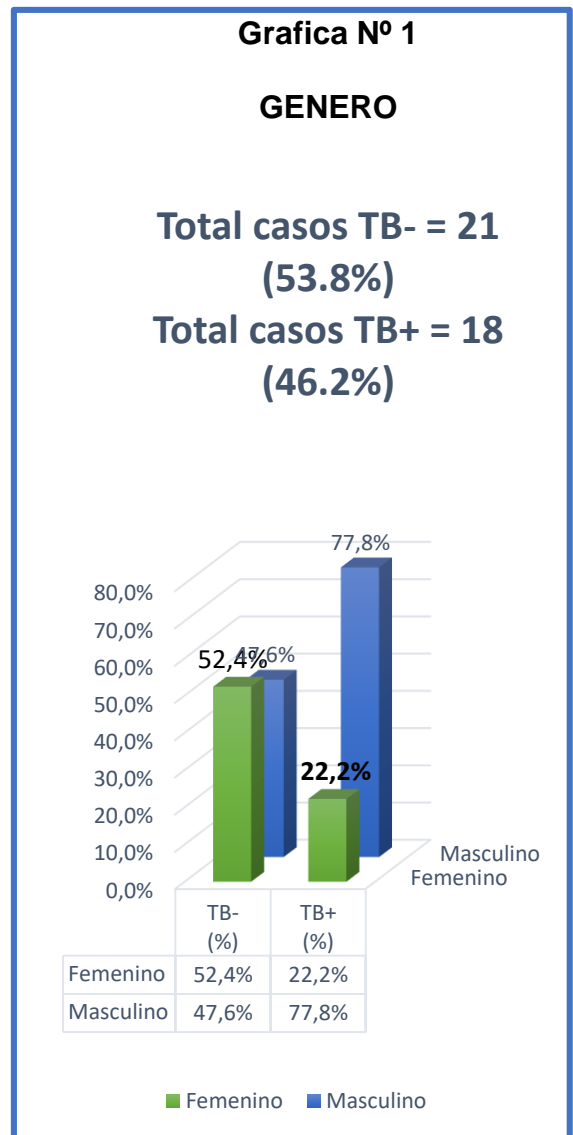
-Pacientes que no desean participar en la investigación.

-Pacientes sometidos a tratamientos con antidepresivos.

RESULTADOS

Objetivo: determinar la prevalencia, caracterización clínica y sociodemográfica del trastorno bipolar tipo II en pacientes con intento de suicidio atendidos en el servicio de urgencias del HUDN en el periodo de junio a octubre del año 2014.

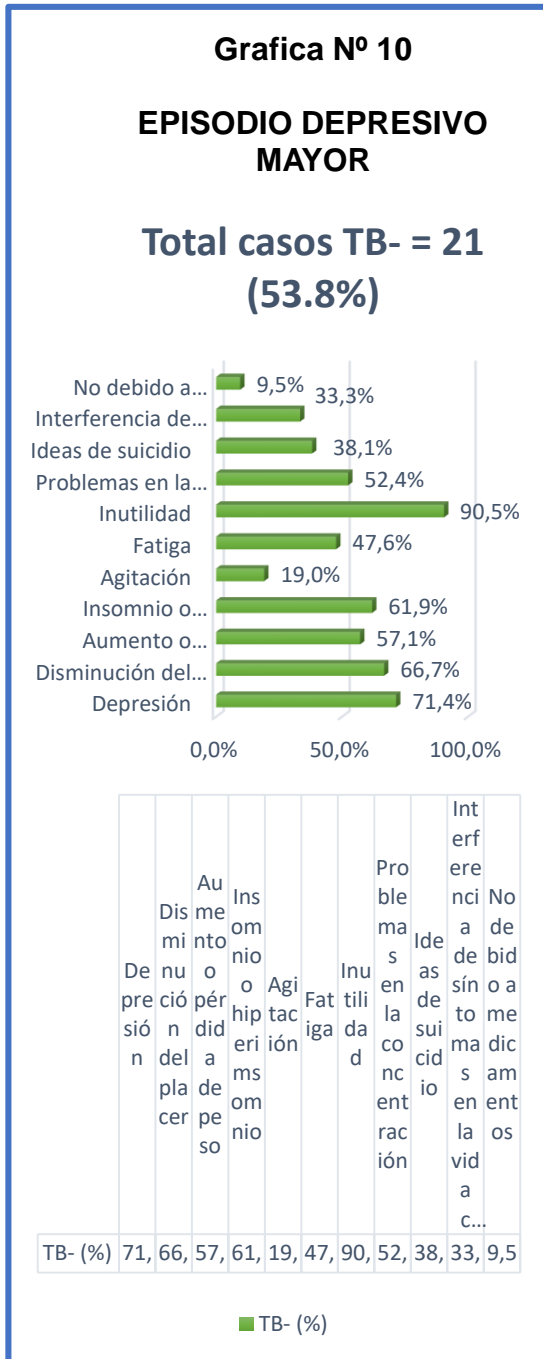
Gráfica 1: Género



Fuente: presente investigación

Del total de la población estudio, el trastorno bipolar tipo II se presenta en un 77.8% en el género masculino y un 22.2% en el género femenino correspondiente a un total de 18 casos de trastorno bipolar tipo II que equivale a un 46.2% de los pacientes evaluados.

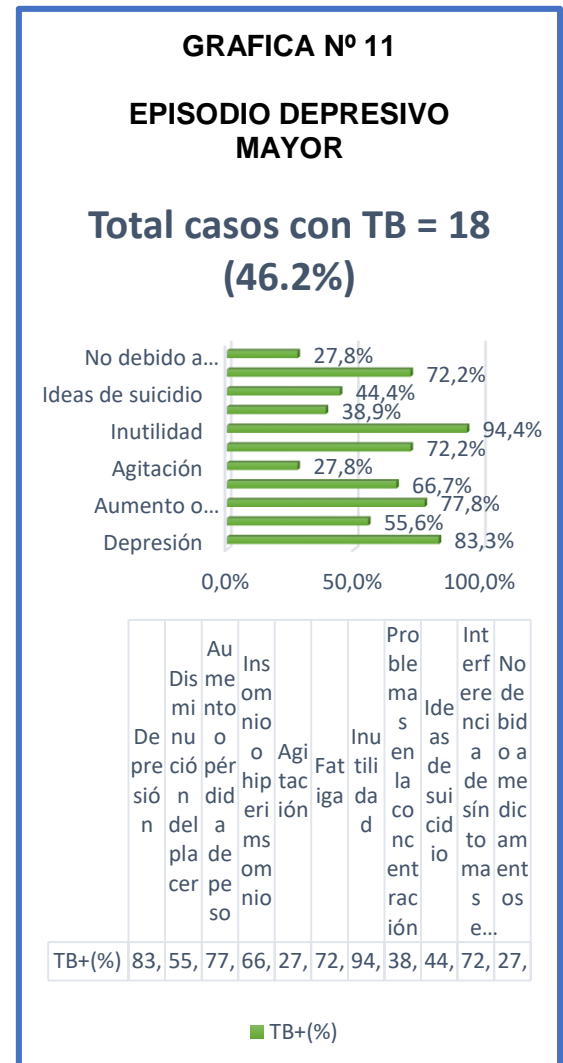
Gráfica 10: Episodio depresivo mayor



Fuente: Presente investigación

Encontramos que Los síntomas más relevantes que se encontraron en pacientes sin TB II en cuanto al episodio depresivo mayor son: inutilidad con un 90.5%, depresión 71.4% disminución del placer 66.7%, insomnio e híper insomnio 61.9% mientras que los menos comunes fueron: no debido a medicamentos 9.5% y agitación 19.0%.

Gráfica 11: Episodio depresivo mayor

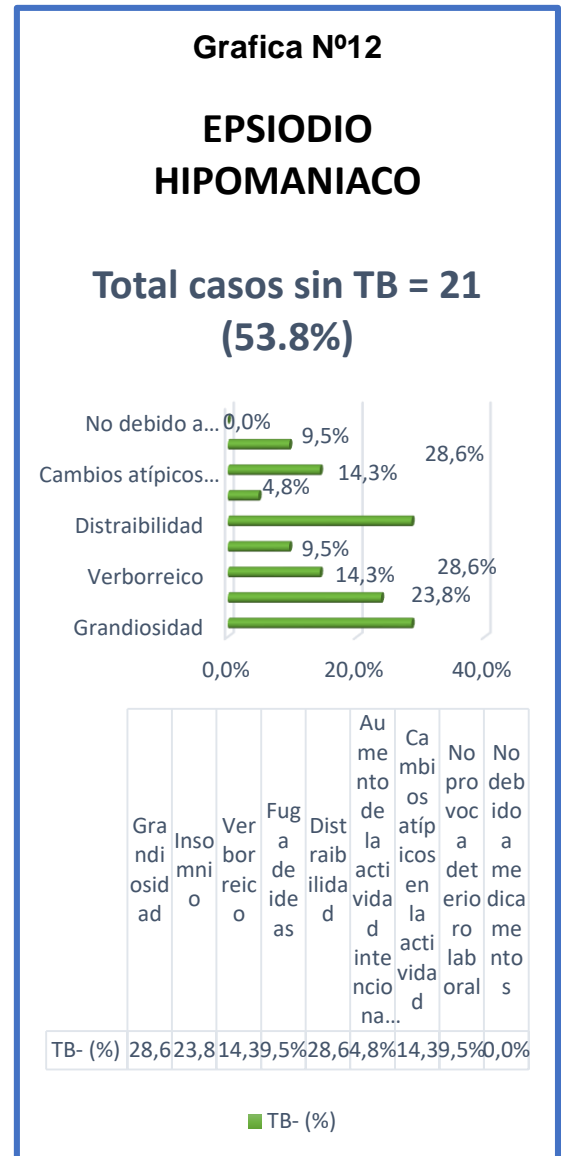


Fuente: Presente investigación

Los síntomas más relevantes que se encontraron en pacientes con TB II en cuanto al episodio depresivo mayor son: inutilidad 94.4%, depresión 83.3%, aumento o pérdida de peso, 77.8%, e interferencia de los síntomas en la vida cotidiana 72.2%.

Mientras que los menos comunes fueron: agitación 27.8%, no debido a medicamentos 27.8% y problemas en la concentración 38.9%

Gráfica 12: Hipomaniaco



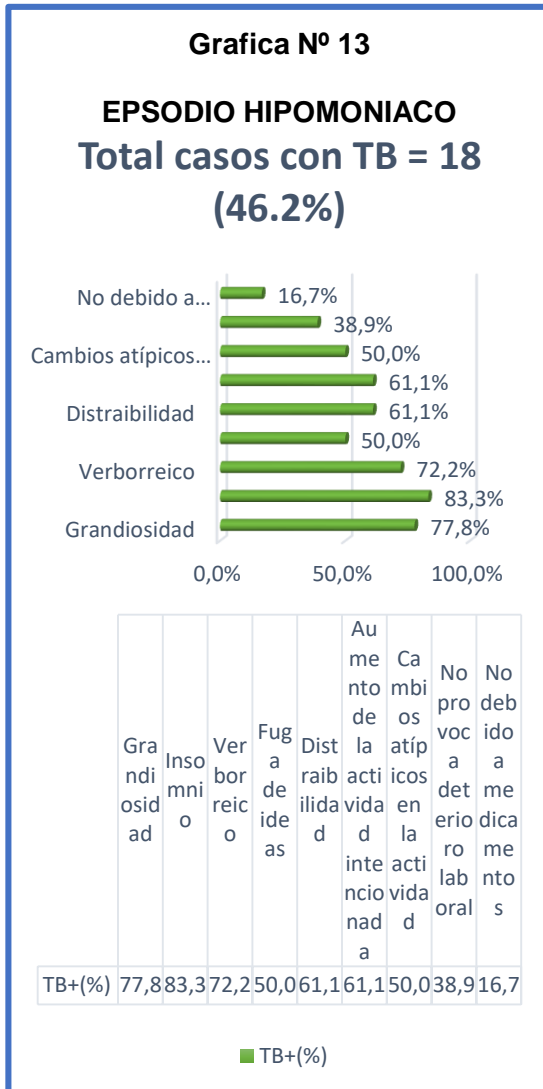
Fuente: presente investigación

Los síntomas más relevantes que se encontraron en pacientes que no cursaron con TB tipo II relacionados con episodio hipomaniaco son: distraibilidad 28.6%, grandiosidad 28.6%, insomnio 23.85 %

Mientras que los menos frecuentes fueron: aumento de la actividad intencionada 4.8%, fuga de ideas

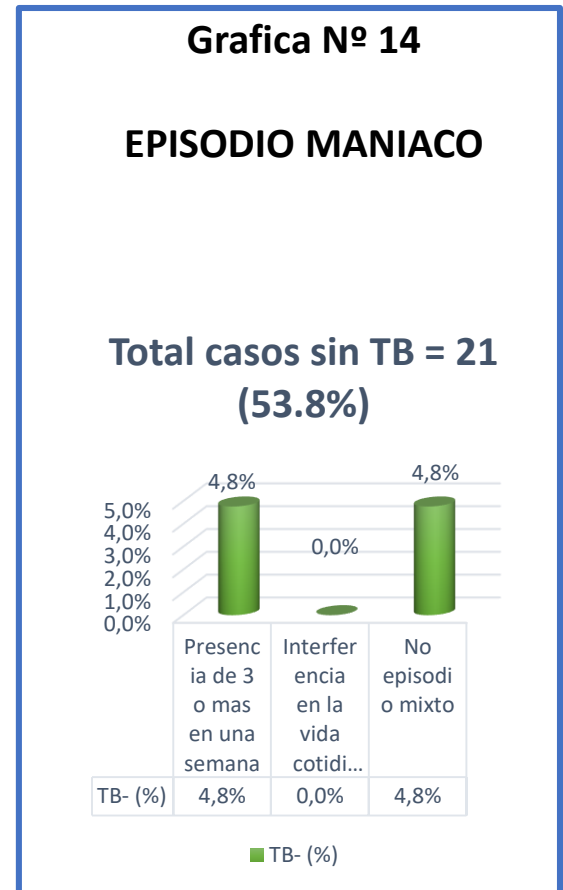
9.5%, no provoca deterioro laboral 9.5%.

Gráfica 13: Episodio Hipomaniaco



Los síntomas más relevantes que se encontraron en pacientes que si cursaron con TB Tipo II relacionados con episodio hipomaniaco son: insomnio 83.3%, grandiosidad 77.8%, verborrea 72.2%, distraibilidad 61.1%, fuga de ideas 50.0% Mientras que los menos frecuentes fueron: no debido a medicamentos 16.7%

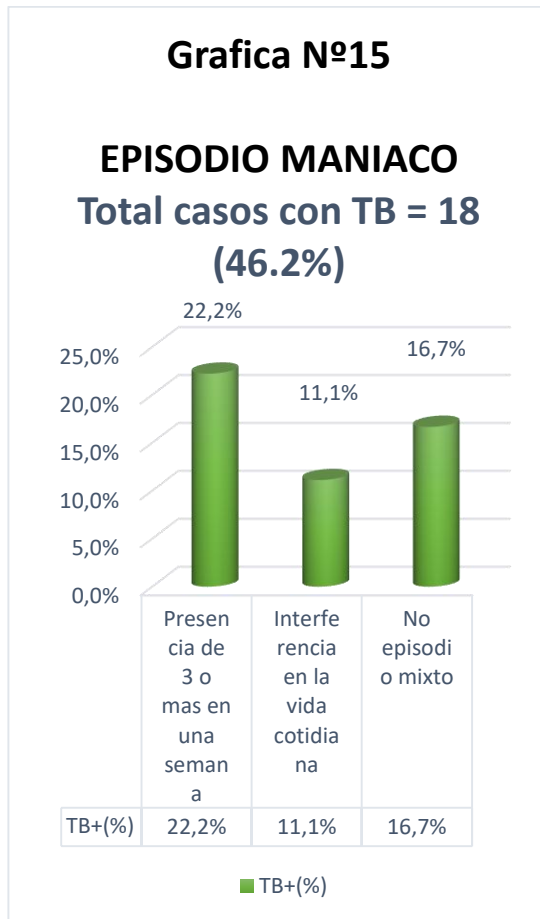
Gráfica 14: Episodio Maniaco



Fuente: presente investigación

De los 21 pacientes que no tuvieron TB tipo II 4.8% tubo 3 0 más síntomas en una semana.

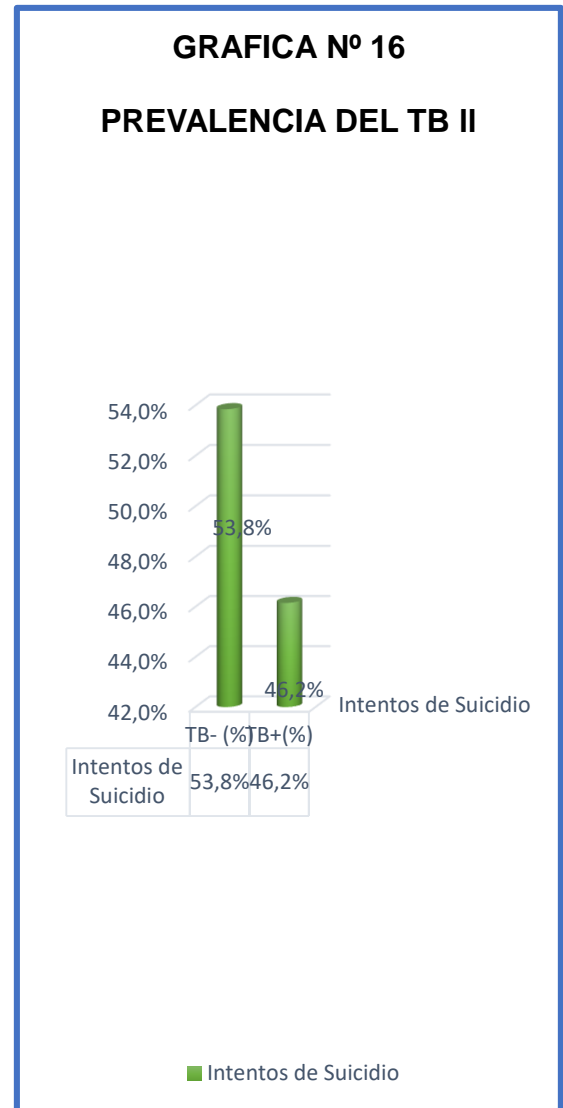
Grafica 15: Episodio Maniaco



Fuente: Presente investigación

De los 18 pacientes con diagnóstico de TBII un 22,2% tubo la presencia de 3 o más síntomas en una semana, 11,1 hubo interferencia en la vida cotidiana.

Gráfica 16: PREVALENCIA DEL TB II



Fuente: Presente investigación

En cuanto a la prevalencia del trastorno bipolar tipo II en el grupo de pacientes con intento de suicidio corresponde a un 46.2%de la población tiene un antecedente personal de intento de suicidio.

CONCLUSIONES

Se observa que en la población objeto el mayor predominio de trastorno bipolar tipo II es el género masculino

Los síntomas más relevantes que se encontraron en pacientes sin y con trastorno bipolar tipo II en cuanto al episodio depresivo mayor es la inutilidad, mientras que el menos común fue no debido a medicamentos.

- El síntoma más relevantes que se encontró en pacientes que no cursaron con trastorno bipolar tipo II relacionado con episodio hipomaniaco es la distrabilidad, y el menos frecuente aumento de la actividad intencionada.

- Los síntoma más relevante que se encontró en pacientes que si cursaron con trastorno bipolar tipo II relacionado con episodio hipomaniaco es el insomnio y el menos frecuente aumento de la actividad intencionada

-- Dentro de la población objeto encontramos que la prevalencia de trastorno Bipolar tipo II es del 46.2%

BIBLIOGRAFIA

.Akiskal, Cetkovich, Bakmas, García-Boneto, Strejilevich, Vázquez. Trastornos Bipolares. Conceptos Clínicos, Neurobiológicos y Terapéuticos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana SA; sep 2006, 257-277.

.Baethge C, Cassidy F. Fighting on the side of life: A special issue on suicide in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2013;15:453–6.

.Carlson Ga, Strober M (1978), Manic depressive illness in early adolescence: a study of clinical and diagnostic characteristics in six cases. *Juo Am Acad of Child Psychiatry*, 17,138-1 53.

.Cars Lucero R, Casoli G. Trastornos afectivos en el Adulto mayor. *Rev de Psiquiatr en Urug dic* 2006; 70(2): 154- 166.

.Dunner DI, Clayton P (1987), Drug treatment of bipolar disorder. En: *Psychopharmacology: The third generation of progress*, Meltzer, ed. New York: Raven Press.

.Farreras V, Rozman C. *Medicina Interna*. Vol.2, 13ª ed. Madrid: Editorial Harcourt, 1995; sección 13: 1600.

.García – Boneto G. Trastorno Bipolar. En: Marchant N, Monchabión

Espinoza A. Tratado de Psiquiatría. Tomo I. Buenos Aires: editorial Grupo Guía; 2005: 481-498.

.Holmgren D, Lermenda V, Cortés C, Cárdenas I, Aguirre K, Valenzuela K. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. Revista chilena Neuropsiquiátrica dic 2005; 43(4): 275-286.

.Himmelhoch JM et al (1986), Mixed mania: diagnosis and treatment. Psychopharmacol Bull 22:613-620.

.Lara Tapia H, Méndez Contreras JI. Características clínicas y epidemiológicas del Trastorno bipolar en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía" Manuel Velazco Suárez". Un análisis de cuatro años. Revista neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2002; 35(3): 132-157.

.Landolt AD (1957), Follow-up studies on circular manic depressive reactions

occurring in the young. Bull NY Acad Med 33,65-73

.Murray CJL, López AD. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 Projected to 2020. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health; 1996.

.Olsen T (1961), Follow-up study of manic-depressive patients whose first attack occurred before the age of 19. Acta Psychiatr Scand Suppl 162, 45-51.

.Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Wisniewski SR, Gyulai L, et al. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. N Engl J Med. 2007;356:1711-22.

.Tohen M, Greil W, Calabrese JR, Sachs GS, Yatham LN, Oerlinghausen BM, et al. Olanzapine versus lithium in the maintenance treatment of bipolar disorder: a 12-

month, randomized, double-blind, controlled clinical trial. Am J Psychiatry. 2005;162:1281-90.

.Vázquez GH, Tondo L, Undurraga J, Baldessarini RJ. Overview of antidepressant treatment of bipolar depression. Int J Neuropsychopharmacol.2013;16:1673-85.

.VarankaTM etal (1988) Lithium treatment of manic episodes with psychotic features in prepubertal children. Am J Psychiatry, 145,1557-1559

.Vieta E. Bipolar units and programmes: Are they really needed? World Psychiatry. 2011; 10:152. Viola L, Prego CE. Evolución del trastorno bipolar de inicio muy temprano y sus controversias. Revista de Psiquiatría del Uruguay ag 2006; 70(1): 53-65.

Zumiga M, Farias X. Manía en niños y adolescentes. Revista chilena Neuropsiquiátrica ene 2002, vol 40(1):31-40