



Universidad  
Nacional  
de Loja

**Universidad Nacional de Loja**

**Facultad de la Salud Humana**

**Carrera de Psicología Clínica**

**Trastorno bipolar con comorbilidad física y mental en población adulta**

**Trabajo de Integración Curricular  
previo a la obtención de título de  
Licenciada en Psicología Clínica**

AUTOR:

Angella Anahy Vega Rivilla

DIRECTOR:

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

Loja - Ecuador

2023

## CERTIFICACIÓN

Loja, 18 de septiembre de 2023

**DE:** Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

**PARA:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.

DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA-FSH-UNL

### CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

#### CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: **“TRASTORNO BIPOLAR CON COMORBILIDAD FÍSICA Y MENTAL EN POBLACIÓN ADULTA”**, de la autoría de la estudiante: **Angella Anahy Vega Rivilla**, el mismo que cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.



firmado electrónicamente por:  
MARIA PAULA TORRES  
POZO

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

**FIRMA DEL DIRECTOR**

## **Autoría**

Yo, **Angella Anahy Vega Rivilla**, declaro ser la autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a su Área de la Salud Humana, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

**Firma:** 

**Cédula de identidad:** 0705796332

**Fecha:** 16 de octubre de 2023

**Correo electrónico:** angella.vega@unl.edu.ec

**Teléfono:** 0985981202

**Carta de Autorización por parte de la autor/a, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Integración Curricular**

Yo, **Angella Anahy Vega Rivilla**, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Trastorno bipolar con comorbilidad física y mental en población adulta**, como requisito para optar por el título de **Licenciada en Psicología Clínica**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los dieciséis días del mes de octubre del año dos mil veintitrés.

**Firma:** 

**Autora:** Angella Anahy Vega Rivilla

**Cédula:** 0705796332

**Dirección:** Benjamín Ruiz y Manuel Monteros

**Correo electrónico:** angella.vega@unl.edu.ec

**Teléfono:** 0985981202

**DATOS COMPLEMENTARIOS:**

**Directora del Trabajo de Integración Curricular:** Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr

## **Dedicatoria**

Dedicado a mi madre la cual ha luchado con esta enfermedad alrededor de 15 años, y para todas aquellas personas a las cuales pueda llegar a beneficiar en un futuro. Para ustedes.

*Angella Anahy Vega Rivilla*

## **Agradecimiento**

Expreso mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja y a todas las autoridades y personal que permiten su funcionamiento. En especial, quiero agradecer al Rector Ing. Nikolay Aguirre, Ph.D., al Decano de la Facultad de Salud Humana, Dr. Amable Bermeo Flores, Mg.Sc., y a la Directora de la carrera de Psicología Clínica Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mgs.; a los distinguidos profesionales que han conformado el cuerpo docente de la carrera, María Paula Torres, Cindy Estefanía Cuenca, Mayra Daniela Medina, Marco Vinicio Sánchez, Gabriela Fernanda Rojas, Susana González, Anabel Larriva, Karina Flores, Gabriela Merino, Byron Serrano, Zhenia Muñoz, Doménica Burneo, Mercy Viñan y Patricio Aguirre, quienes permitieron y favorecieron mi formación académica.

Agradezco de manera muy especial a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron en la realización de este trabajo, en particular a María Paula Torres, Karina Cecibel Flores, Mayra Medina, y José Gonzales, por ser una guía fundamental para que pueda llevarse a cabo el proyecto. También agradezco de todo corazón a las personas cercanas a mí, Lisbeth, Jesly, María, Juan Fernando, Kelvin, y Andrés, así como a mi terapeuta María Paula, quienes siempre me brindaron su apoyo y aliento durante el proceso.

Un agradecimiento grande a todos mis compañeros de clase, que me acompañaron y trabajaron a mi lado durante los 8 ciclos, así como a mis cuidadores durante la estadía en Loja, Carmita y familia, Jesús, Rosario y familia.

Finalmente, quiero expresar un agradecimiento sumamente profundo a las personas que más amo, mi padre Marlon, mi madre Johanna, mis abuelitas Martha y Luz, y a Benji, sin cuyo apoyo y amor nada de mi vida sería posible; a los miembros de mi familia que siempre han estado para mí, les envío todo mi cariño y gratitud. A todos aquellos que han formado parte de mi vida hasta el momento, los amo y bendigo.

*Angella Anahy Vega Rivilla*

## Índice de preliminares

|  |     |
|--|-----|
| Portada .....  | i   |
| Certificación .....  | ii  |
| Autoría .....  | iii |
| Carta de Autorización por parte de la autor/a, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Integración Curricular ..... | iv  |
| Dedicatoria.....   | v   |
| Agradecimiento .....   | vi  |
| Índice de preliminares.....  | vii |
| Índice de contenidos .....   | vii |
| Índice de tablas.....  | x   |
| Índice de anexos .....   | xi  |

## Índice de contenidos

|  |    |
|--|----|
| 1. Título .....                                  | 1  |
| 2. Resumen.....                                  | 2  |
| 2.1 Abstract.....                                | 3  |
| 3. Introducción .....                            | 4  |
| 4. Marco Teórico .....                           | 7  |
| 4.1 Capítulo I: Trastorno Bipolar .....          | 7  |
| 4.1.1 Definición y antecedentes históricos ..... | 7  |
| 4.1.2 Diagnóstico.....                           | 8  |
| 4.1.3 Etiología y epidemiología.....             | 10 |
| 4.1.4 Clasificación del trastorno bipolar .....  | 12 |
| 4.1.5 Desarrollo y curso .....                   | 12 |
| 4.1.6 Tratamiento.....                           | 14 |
| 4.2 Capítulo II: Comorbilidad .....              | 16 |
| 4.2.1 Definición .....                           | 16 |

|   |    |
|---|----|
| 4.2.2 Evaluación de la comorbilidad.....  | 17 |
| 4.2.3 Mecanismos responsables y epidemiología.....                                    | 18 |
| 4.2.4 Clasificación.....  | 21 |
| 4.2.5 Desarrollo y curso.....   | 21 |
| 4.2.6 Tratamiento.....  | 22 |
| 5. Metodología.....   | 26 |
| 5.1 Área de estudio.....  | 26 |
| 5.2 Enfoque y diseño de investigación.....  | 26 |
| 5.3 Tipo de investigación.....  | 26 |
| 5.4 Técnicas e instrumentos.....  | 26 |
| 5.5 Unidad de estudio.....  | 26 |
| 5.6 Muestra.....  | 26 |
| 5.7 Criterios de inclusión.....   | 27 |
| 5.8 Criterios de exclusión.....   | 27 |
| 5.9 Procesamiento y análisis de datos.....  | 27 |
| 5.10 Limitaciones.....  | 28 |
| 6. Resultados.....  | 29 |
| 6.1 Guía para la gestión del Trastorno Bipolar y Comorbilidades en adultos.....       | 34 |
| 6.1.1 Introducción.....   | 34 |
| 6.1.2 Capítulo 1: Comprendiendo el Trastorno Bipolar.....                             | 34 |
| 6.1.3 Capítulo 2: Abordaje psicosocial.....   | 39 |
| 6.1.4 Capítulo 3: Tratamiento de Comorbilidades Físicas en el Trastorno Bipolar.....  | 42 |
| 6.1.5 Capítulo 4: Tratamiento de Comorbilidades Mentales en el Trastorno Bipolar..... | 44 |
| 6.1.6 Conclusiones.....   | 45 |
| 6.1.7 Recapitulación de los puntos clave.....   | 46 |
| 6.1.8 Recursos adicionales para obtener apoyo y más información.....                  | 47 |



7. Discusión..... 48

8. Conclusiones..... 51

9. Recomendaciones ..... 53

10. Bibliografía ..... 55

11. Anexos..... 67

## Índice de tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Distribución de los participantes con trastorno bipolar en base a la frecuencia de las comorbilidades. .... | 29 |
| Tabla 2. Distribución de la población en base a género. ....   | 30 |
| Tabla 3. Distribución de la población con trastorno bipolar en base a ubicación geográfica. ....                     | 30 |
| Tabla 4. Distribución de la población con trastorno bipolar en base a edad. ....                                     | 31 |
| Tabla 5. Distribución de la población con trastorno bipolar en base a la comorbilidad. ....                          | 32 |
| Tabla 6. Distribución de la población con trastorno bipolar por comorbilidad física y mental. ....                   | 32 |
| Tabla 7. Síntomas del trastorno bipolar .....  | 35 |
| Tabla 8. Algoritmos de monitorización sobre los problemas de salud física del paciente con trastorno bipolar .....   | 37 |
| Tabla 9. Medidas de intervención sobre los problemas de salud física del paciente con trastorno bipolar .....        | 42 |
| Tabla 10. Información de los artículos científicos incluidos en la revisión bibliográfica .....                      | 68 |

## Índice de anexos

|  |    |
|--|----|
| Anexo 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 .....   | 67 |
| Anexo 2. Artículos científicos incluidos en el trabajo de integración curricular ..... | 68 |
| Anexo 3. Informe de estructura y coherencia.....                                       | 71 |
| Anexo 4. Asignación de Director/a del trabajo de integración curricular .....          | 73 |
| Anexo 5. Certificado del abstract.....   | 74 |

## **1. Título**

Trastorno bipolar con comorbilidad física y mental en población adulta

## 2. Resumen

El trastorno bipolar corresponde a un trastorno mental severo asociado a altas tasas de morbilidad, mortalidad y suicidio. En términos generales la comorbilidad aumenta la complejidad de la carga de enfermedad e influye significativamente el cuadro clínico, curso y desenlace de la patología; por este motivo el siguiente estudio se planteó como objetivo, documentar las comorbilidades más frecuentes en este trastorno centrándose en la población adulta. Para lograr este objetivo se realizó una revisión bibliográfica de tipo cuantitativa, con diseño no experimental y longitudinal, descriptivo, a partir de una población de 2,746 artículos científicos desde las bases de datos SciElo, PubMed, Google Scholar, Base. El proceso investigativo se apoyó de la declaración PRISMA 2020. La muestra de 30 artículos científicos publicados entre los años 2000 a 2019, se seleccionó y analizó estadísticamente, correspondiendo a 9,813 adultos con diagnóstico de trastorno bipolar. El 59,6 % de la muestra pertenece al género femenino, el 44,2 % representa a edades de 30 a 40 años, el 40,5 % son procedencia norteamericana (Estados Unidos y Canadá), el 54,2 % presenta alguna enfermedad comórbida adicional, siendo los trastornos de consumo de sustancias con un 37,4 % y los trastornos de ansiedad con 21,2 %, las comorbilidades más comunes del trastorno bipolar; por otro lado, las alteraciones cardiometabólicas con el 6,4 % son las enfermedades físicas más prevalentes. En base a los resultados se concluye la importancia de identificar las diversas comorbilidades dentro del trastorno bipolar con el fin de promover una adecuada intervención y tratamiento.

**Palabras clave:** *Psicosis Afectiva Bipolar; Comorbilidades Asociadas; Abuso de Sustancias; Afecciones Cardiometabólicas.*

## 2.1 Abstract

Bipolar disorder corresponds to a severe mental disorder associated with high rates of morbidity, mortality and suicide. In general terms, comorbidity increases the complexity of the disease burden and significantly influences the clinical picture, course and outcome of the pathology; for this reason, the following study was proposed as an objective, document the most frequent comorbidities in this disorder focusing on the adult population. To achieve this objective, a quantitative bibliographic review was carried out, with a non-experimental and longitudinal, descriptive design, based on a population of 2,746 scientific articles from the databases SciElo, PubMed, Google Scholar, Base. The investigative process was supported by the PRISMA 2020 declaration. The sample of 30 scientific articles published between 2000 and 2019, was selected and statistically analyzed, corresponding to 9,813 adults with a diagnosis of bipolar disorder. 59.6% of the sample belongs to the female gender, 44.2% represents ages between 30 and 40 years, 40.5% are of North American origin (United States and Canada), 54.2% have some illness additional comorbid, with substance use disorders at 37.4% and anxiety disorders at 21.2%, the most common comorbidities of bipolar disorder; On the other hand, cardiometabolic alterations with 6.4% are the most prevalent physical diseases. Based on the results, we conclude the importance of identifying the various comorbidities within bipolar disorder in order to promote adequate intervention and treatment.

**Keywords:** *Bipolar Affective Psychosis; Associated Comorbidities; Substance Abuse; Cardiometabolic Conditions.*

### 3. Introducción

El trastorno bipolar se trata de un trastorno mental severo, caracterizado por presentar periodos de depresión, manía o hipomanía, es decir, alteraciones en el estado de ánimo y la actividad (Ching et al., 2022). Este trastorno, junto con el depresivo mayor y la esquizofrenia, son las enfermedades psiquiátricas más comunes, asociadas a altas tasas de morbilidad, mortalidad y suicidio (Yang et al., 2022). Según Ramírez et al., (2020), el rango de edad promedio de inicio del trastorno bipolar es de entre 20-30 años, y se da en proporción 1:1 para hombres y mujeres.

Existen ciertas complicaciones que se derivan de esta enfermedad, como los comportamientos hipersexuales, que pueden desencadenar en riesgo de embarazos no deseados y abortos (Posada et al., 2020). Además, se ha observado un aumento del riesgo suicida, con una tasa de intento del 32,4 % para el bipolar tipo II y del 36,3 % para el bipolar tipo I, lo que resulta en una preocupante estadística de que aproximadamente el 20 % de las personas con trastorno bipolar mueren por suicidio y un 60 % presenta ideación suicida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Pini et al., 2005). En el ámbito familiar, este trastorno puede causar alteración de roles, sobrecarga para el cuidador, ruptura conyugal y disminución en el bienestar familiar (Holmgren et al., 2005). A nivel laboral, se asocia con mayores tasas de desempleo, dependencia de la asistencia pública, menores ingresos anuales y menor productividad laboral (Judd et al., 2005).

De acuerdo al estudio sobre la carga global de enfermedad realizado en 2019 estiman años de vida ajustado por discapacidad en un 0,33 % y años vividos con discapacidad del 0,99 % (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019).

Se estima que la prevalencia del trastorno bipolar varía según el tipo de trastorno. Para el trastorno bipolar tipo I, la prevalencia es del 0,6%, mientras que para el tipo II es del 0,4% y para el trastorno bipolar subumbral o ciclotímico es del 1,4% (Merikangas et al., 2011).

En diferentes regiones del mundo, se han observado prevalencias variables del trastorno bipolar. Por ejemplo, en ciudades europeas, se sugiere una prevalencia del 1% para el trastorno bipolar tipo I y II durante un período de 12 meses, con una incidencia acumulada a lo largo de la vida del 1,5-2%. Se ha encontrado que hasta el 6% de la población puede experimentar algún trastorno dentro del espectro bipolar, y es común que se presente comorbilidad con otros trastornos mentales y enfermedades físicas en estas regiones (Pini et al., 2005).

En Estados Unidos, se ha observado una prevalencia a lo largo de la vida del 1,0% para el trastorno bipolar tipo I, del 1,1% para el tipo II y del 2,4% para el trastorno

ciclotímico. En general, se estima que alrededor del 4,4% de la población estadounidense padece trastorno bipolar. Además, se ha evidenciado que la mayoría de las personas con trastorno bipolar presentan comorbilidad con otras afecciones, siendo la ansiedad una de las más comunes (Merikangas et al., 2007).

Un estudio epidemiológico llevado a cabo en Colombia reveló un aumento en la incidencia del trastorno bipolar, pasando de 342 pacientes en 2010 a 969 pacientes en 2015. Se atribuye este incremento a factores socioculturales, causas epigenéticas y el uso off-label de medicamentos, es decir, el uso de medicamentos en circunstancias no contempladas en sus fichas técnicas (Osorio et al., 2021; Fagiolini et al. 2013). De hecho, se plantea la posibilidad de que una gran parte de los pacientes tratados off-label tengan un trastorno bipolar no diagnosticado como diagnóstico secundario (Fagiolini et al. 2013).

La comorbilidad del trastorno bipolar con enfermedades físicas y mentales también es un aspecto relevante. En términos generales, se evidencia que la comorbilidad aumenta la complejidad de la carga de enfermedad, influye significativamente el cuadro clínico, el curso y desenlace de la patología (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Se ha demostrado que existe una asociación entre el trastorno bipolar y enfermedades como hipertensión arterial, obesidad, migraña, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad obstructiva crónica de las vías respiratorias, neumonía y lesiones múltiples (Bobes et al., 2008; Crump et al., 2013). Además, el suicidio, las afecciones cardiovasculares y las enfermedades respiratorias se encuentran entre las principales causas de mortalidad en personas a nivel mundial (Sharma & Markar, 1994). En términos de comorbilidad con trastornos mentales, se ha observado una alta prevalencia de ansiedad, especialmente ataques de pánico, trastornos de conducta y trastornos por uso de sustancias (Merikangas et al. 2011).

Observando los datos estadísticos expuestos y la carga de enfermedad asociada, este trabajo de integración curricular se realizó con la finalidad de reunir y documentar información acerca de cómo se presentan las comorbilidades en el trastorno bipolar en población adulta, y de esta manera guiar en formas de prevención que garanticen un pronóstico favorable tanto para la persona que la padece como para su familia. Para esto, se planteó como objetivo general determinar las comorbilidades más frecuentes en las personas adultas con trastorno bipolar tras la revisión bibliográfica, a través de los objetivos específicos de describir las características sociodemográficas de personas adultas con trastorno bipolar e identificar las comorbilidades físicas y mentales de personas adultas con trastorno bipolar.



Como aporte, el estudio permitió el desarrollo de una guía informativa en la cual se reúne información relevante de la problemática estudiada, y guías para el tratamiento.

Para cumplir con los objetivos planteados en el estudio, se empleó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de tipo documental, longitudinal descriptivo. Los resultados revelaron que más de la mitad de la muestra estudiada presenta una enfermedad adicional asociada al trastorno bipolar, siendo los trastornos por consumo de sustancias y ansiedad, las enfermedades mentales más comunes y, por otro lado, las patologías cardiometabólicas las enfermedades físicas más prevalentes. Se llegó a la conclusión de la importancia de considerar las comorbilidades para el tratamiento.

El enfoque de este trabajo de integración curricular se centró en la promoción del tercer objetivo de desarrollo sostenible propuesto por las Naciones Unidas (2015), el cual busca asegurar una vida saludable y fomentar el bienestar para todas las etapas de la vida.

Para este trabajo de integración curricular se consideró pertinente, dividir el marco teórico en dos capítulos: el primero hace referencia al trastorno bipolar, en el cual se abordan definiciones y antecedentes históricos relevantes, diagnóstico, etiología y epidemiología, clasificación, desarrollo, curso y el tratamiento; el segundo capítulo expone acerca de la comorbilidad, en el cual se abordan definiciones, evaluación, mecanismos importantes, epidemiología, clasificación, desarrollo, curso y su respectivo tratamiento.

Adicionalmente, en este estudio, se dan a conocer las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos, la ejecución de los objetivos, resultados del estudio, discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

## 4. Marco Teórico

### 4.1 Capítulo I: Trastorno Bipolar

#### 4.1.1 Definición y antecedentes históricos

El trastorno bipolar se trata de un trastorno en el cual se ven alterados el estado de ánimo y el nivel de actividad; de esta forma se presentan episodios de manía caracterizados por una elevación del estado de ánimo, mayor activación y energía, por otro lado, se pueden experimentar episodios de depresión, en donde baja el estado de ánimo y se da una disminución de la energía y la actividad (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

De acuerdo a Fagiolini et al. (2013) hablamos de “un trastorno del estado de ánimo clínicamente grave, episódico y de por vida; la característica tradicional que lo define es la aparición de episodios de manía o hipomanía que se alternan, o se producen actualmente, con episodios depresivos” (p.162). Sin embargo, de acuerdo con Téllez y Molinello, (2008) en la evolución clínica son más frecuentes y prolongados los episodios depresivos y los estados mixtos.

La categoría de trastornos bipolares engloba un grupo de patologías por inestabilidad del ánimo, en donde coexisten periodos de exaltación y depresión de diversa intensidad, que tradicionalmente se denominaban bajo la categoría de psicosis maniaco depresiva (Ruiloba, 2011).

Desde tiempos antiguos se tenía conocimiento de que algunas enfermedades mentales implicaban cambios drásticos en el estado de ánimo. Aunque Hipócrates ya había observado esto, las descripciones específicas de una enfermedad que alternara la manía y la depresión no surgieron hasta el siglo XIX. Emil Kraepelin fue el pionero al sugerir la existencia de un espectro bipolar, que abarcaba desde trastornos psicóticos hasta variantes más cercanas a la normalidad. Durante décadas, el concepto de enfermedad maniaco-depresiva experimentó pocos cambios, hasta que bajo la influencia de Karl Leonhard se introdujo el término "trastorno bipolar" en 1957, estableciendo una distinción entre los trastornos unipolares y bipolares, y expandiendo los límites del trastorno. Por otro lado, el descubrimiento del tratamiento con carbonato de litio, realizado por John Cade en los años 50, marcó un hito importante en la historia del trastorno bipolar al proporcionar un tratamiento efectivo para la manía. Anteriormente, el enfoque terapéutico se basaba principalmente en fármacos antipsicóticos, los cuales no lograban prevenir la recurrencia de los episodios maníacos (Paris, 2021).

### **4.1.2 Diagnóstico**

Existe una marcada dificultad en el diagnóstico de este trastorno, se estima que un 40 % de pacientes reciben en un principio un diagnóstico de otro trastorno, y tras el paso de los años recibir el diagnóstico correcto (Ramírez et al., 2020), por ejemplo la hipomanía puede ser identificada en un periodo de 10 años posteriores (Angst, 2006).

Para el diagnóstico es importante tomar en cuenta los dos sistemas de clasificación, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedad decima revisión, creados por la Asociación Psiquiátrica Americana, APA, y la Organización Mundial de la Salud, OMS, respectivamente.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, se definen y diferencian los episodios de depresión mayor, episodio maniaco y episodio hipomaniaco:

- En el episodio de depresión mayor los síntomas que se presentan son: un estado de ánimo deprimido, en niños y adolescentes puede presentarse irritabilidad; existe una disminución marcada de interés o placer en las diferentes actividades; pérdida o aumento de peso, disminución o aumento del apetito; insomnio o hipersomnia; agitación o retraso psicomotor; fatiga o pérdida de la energía; sentimientos de inutilidad o culpa excesiva; disminución de la capacidad para concentrarse, tomar decisiones o pensar; pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intento, ya sea sin plan determinado o con plan específico. Deben estar presentes por lo menos 5 o más de estos síntomas, casi todos los días, durante un periodo de dos semanas.
- Para un episodio maniaco debe darse (dos semanas) un estado de ánimo anormal y elevado, expansivo o irritable, acompañado de un aumento anormal de la actividad o energía. Durante esta alteración pueden persistir síntomas como, aumento de la autoestima o sentimientos de grandeza, disminución de la necesidad de dormir, persona más habladora de lo habitual o presión para mantener una conversación, fuga de ideas o tener la sensación de que sus pensamientos van a gran velocidad, facilidad de distracción, agitación psicomotora o aumento de la actividad dirigida a un objetivo, por último, puede ser partícipe de actividades que posiblemente traigan consecuencias dolorosas (compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales, inversiones imprudentes, etc.). Esta experiencia debe ser lo suficientemente grave para causar deterioro en el funcionamiento, necesitar hospitalización para evitar el daño a sí mismo o a terceros, o por características psicóticas.

- Por último, para un episodio hipomaniaco, los síntomas que se experimentan son los mismos que la manía, sin embargo, este cambio de funcionamiento es inequívoco, no es característico de la persona cuando no presenta síntomas, por lo tanto, son observables por las otras personas, pero no llegan a causar un deterioro en el funcionamiento significativo, o no necesitan de hospitalización; en caso de existir características psicóticas el episodio por definición es maniaco (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En la CIE10 (World Health Organization, 1995), el episodio maniaco solo se debe usar para describir un episodio único. Si una persona ha tenido uno o más episodios afectivos previos, ya sea depresivo, hipomaniaco, maniaco o mixto, los episodios hipomaniacos o maniacos deben ser codificados como trastorno afectivo bipolar:

- El episodio hipomaniaco se define como un estado de ánimo elevado y persistente, un aumento en la energía y la actividad, y un sentimiento general de bienestar y eficiencia tanto física como mental. También puede haber un aumento en la sociabilidad, la conversación, la familiaridad excesiva y la energía sexual, aunque esto generalmente no interfiere con la capacidad del paciente para trabajar o interactuar socialmente. En algunos casos, el paciente puede experimentar irritabilidad, arrogancia y un comportamiento grosero.
- La manía sin síntomas psicóticos se caracteriza por un estado de ánimo elevado que no guarda relación con las circunstancias del paciente, acompañado de un aumento de la energía que se manifiesta como hiperactividad, apremio del habla y reducción de la necesidad de sueño. Además, la autoestima puede aumentar de manera desmesurada, y el paciente puede tener ideas de grandeza y una confianza excesiva en sí mismo.
- La manía con síntomas psicóticos presenta delirios, comúnmente de grandeza, o alucinaciones, como escuchar voces que hablan directamente al paciente. En algunos casos, la excitación, la hiperactividad y la fuga de ideas son tan extremas que la comunicación corriente con el paciente se hace incomprensible o incluso imposible.
- El trastorno afectivo bipolar se caracteriza por dos o más episodios en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad del paciente se ven profundamente alterados. En algunos casos, esta alteración se manifiesta como un estado de ánimo elevado y un aumento de la energía y la actividad (hipomanía o manía), mientras

que en otros se presenta como un estado de ánimo deprimido y una disminución de la energía y la actividad (depresión). Los episodios repetidos de hipomanía o manía se clasifican como trastornos bipolares.

El retraso en el diagnóstico tiene consecuencias perjudiciales, entre ellas, el sufrimiento prolongado del paciente debido a los síntomas incontrolados y un peor pronóstico (Angst y Cassano, 2005). La detección y el tratamiento tempranos, pueden reducir el riesgo de acontecimientos graves como el suicidio (Jamison, 2000). Además, si se diagnostica una depresión unipolar en lugar de un trastorno bipolar, es probable que los pacientes empiezan a ser tratados con medicamentos antidepresivos, lo que, según los informes, puede provocar un cambio maníaco, un estado mixto o a ciclos rápidos en trastorno bipolar, cuando no se administran en combinación con una terapia estabilizadora del estado de ánimo (Bowden, 2005).

#### **4.1.3 Etiología y epidemiología**

La etiología del trastorno bipolar es de carácter multifactorial, en donde la interacción de agentes biológicos, psicológicos y sociales es fundamental (Ramírez et al., 2020).

##### **4.1.3.1 Perspectiva biológica.**

Los factores genéticos que sugieren la predisposición de la enfermedad son: un aumento en la frecuencia de casos de la enfermedad en familias, mayor concordancia diagnóstica entre los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos, una mayor incidencia en hijos adoptados que provienen de padres biológicos afectados y el ligamiento de la enfermedad con un locus marcador, sin embargo, hasta el momento no se ha identificado el tipo de herencia o el gen específico que influye en la aparición de la enfermedad (López y Nicolini, 1999). Craddock y Sklar 1999 (2013), mencionan que existe una fuerte evidencia de una contribución poligénica al riesgo (es decir, muchos alelos de riesgo de efecto pequeño), se cree que las variantes ARNTL, CSKN1E pueden estar asociadas a este trastorno (Gonzalez et al., 2015).

En materia neurobiológica, se asocia el trastorno bipolar con anomalías en los circuitos neuronales del procesamiento de la emoción y la recompensa. Los estudios estructurales han mostrado variaciones en regiones corticales, incluyendo las cortezas, prefrontal, temporal anterior y de la ínsula, y en estructuras subcorticales como el hipocampo, el tálamo y la amígdala (Ching et al., 2022). Se ha evidenciado una alteración en la función del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA), tal disfunción se establece como marcador de rasgo potencial en el trastorno bipolar, y posiblemente sea indicativo del proceso fisiopatológico central en esta enfermedad (Watson et al., 2004).

Por otra parte, se postulan algunas hipótesis tales como la propuesta por Pender (2020) que entiende al trastorno bipolar como una enfermedad autoinmune crónica causada por la infección por el virus Epstein- Barr (VEB) de las células B autoreactivas, que se acumulan en el cerebro donde facilitan un ataque autoinmune a componentes cerebrales como el receptor N-metil-D-aspartato (NMDA). Por otro lado, Munévar et al (2018) plantea la hipótesis que el trastorno bipolar es un fallo de la inhibición interhemisférica en el lóbulo frontal. Al existir una activación eléctrica del lado izquierdo mayor a la del derecho, se generaría una dominancia del lóbulo frontal izquierdo, lo que se traduce a estados exagerados de euforia. La dominación en la activación del lado derecho, en cambio conduce a estados de depresión.

#### **4.1.3.2 Perspectiva psicológica y social.**

A pesar de las perspectivas etiológicas biológicas, es importante destacar el aspecto psicológico y social en donde se pueden considerar los siguientes predictores prodrómicos (Alloy et al., 2009):

Un temperamento que involucra alta sensibilidad del sistema de enfoque conductual (BAS), y estilos cognitivos relacionados caracterizados por perfeccionismo, autocrítica, autonomía y excesiva búsqueda de objetivos predicen el riesgo de síntomas y episodios bipolares.

Los eventos de la vida que activan y desactivan del sistema de enfoque conductual el BAS, así como los eventos que pueden alterar los ritmos sociales diarios, predecir los episodios posteriores del estado de ánimo y los pródromos que involucran cambios en la actividad dirigida a objetivos, el sueño y la confianza en sí mismo sirven como presagios inmediatos de episodios de humor inminentes. (p.16)

La epidemiología indica una prevalencia del trastorno en un 0,6 % para el bipolar tipo I; 0,4 % para el bipolar tipo II y 1,4 % para el bipolar subumbral o ciclotímico; con comorbilidades frecuentes de ansiedad, específicamente los ataques de pánico en un 62,9 %, trastornos de conducta 44,8 % y los trastornos por uso de sustancias 36,6 % (Merikangas et al., 2011).

En ciudades europeas en estudios realizados en un periodo de 12 meses para el trastorno bipolar tipo I y II, sugieren el 1 % en diferencia de género, y la incidencia a lo largo de la vida es de 1,5-2 %, y al tomar en cuenta la gama amplia de trastornos del espectro bipolar encontramos un 6 %; es evidente también, un alto grado de comorbilidad concurrente y secuencial con otros trastornos mentales y enfermedades físicas en un 6 % (Pini et al., 2005).

En Estados Unidos se evidencia una prevalencia a lo largo de la vida de 1,0 % para el trastorno bipolar tipo I, para el tipo II 1, 1 %, para el ciclotímico 2,4 % ; mientras que como

estimador de prevalencia a los doce meses se encontraron el 0,6 % para el bipolar tipo I, del 0,8 % para el bipolar tipo II y del 1,4 % para el trastorno ciclotímico (Merikangas et al., 2007).

En Colombia, la epidemiología indica una incidencia de 342 pacientes en 2010 a 969 pacientes en el 2015 (Osorio et al., 2021).

#### **4.1.4 Clasificación del trastorno bipolar**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5), expone la clasificación en: Trastorno bipolar tipo I, Trastorno bipolar II (F31.81), Trastorno ciclotímico (F34.0), Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos, Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado (F31.89), Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado (F31.9) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El Trastorno bipolar tipo I se caracteriza por la presencia de episodios de manía y depresión, así como episodios hipomaníacos o depresivos mayores antes o después del episodio maníaco. En comparación con el Trastorno bipolar tipo II, los síntomas maníacos son más graves y pueden incluir síntomas psicóticos y hospitalización (Hernández et al., 2019). Por otro lado, el Trastorno bipolar II se diagnostica cuando se cumple al menos un episodio hipomaniaco y un episodio de depresión mayor, sin la presencia de episodios de manía (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Los pacientes con Trastorno bipolar II tienen mayor número de episodios depresivos y de afectividad, lo que aumenta el riesgo de suicidio, y los episodios depresivos suelen tener un inicio más temprano, características atípicas, y tener un menor número de periodos de normalidad o ausencia de síntomas (Vázquez, 2014).

Para el diagnóstico del trastorno ciclotímico, deben presentarse de forma recurrente episodios de hipomanía y depresión, los cuales no llegan a cumplir los criterios de duración establecidos para el trastorno afectivo mayor, por un mínimo de dos años (Hernández et al., 2019).

#### **4.1.5 Desarrollo y curso**

La edad de inicio se da entre 20 a 30 años, sin embargo, también puede presentarse en la niñez, con una prevalencia estimada del 1 %, en la infancia la enfermedad genera carga familiar, mayor número de experiencias mixtas, fluctuaciones en el estado afectivo, mayor comorbilidad con trastornos psiquiátricos como, el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), Trastornos de Conducta (TC) (Méndez y Birmaher, 2010); mientras que en los

pacientes geriátricos el curso de la enfermedad va con mayor carga de síntomas maníacos subsindrómicos, menores tasas de hospitalización, debido a que la gravedad de los episodios posteriores se atenúa, con descenso de las tasas de suicidio (Arnold et al., 2021).

De acuerdo con Judd et al. (2005) este trastorno se ha asociado con los siguientes aspectos de discapacidad “aumento de la conducta suicida, mayor desempleo, mayor dependencia de la asistencia pública, menores ingresos anuales, mayor absentismo laboral debido a la enfermedad, menor productividad laboral, peor funcionamiento general, menor calidad de vida, y menor esperanza de vida” (p. 1322).

El curso de enfermedad es episódico, lo que indica la aparición de síntomas de duración breve que se alternan a un periodo eutímico (Suárez et al., 2015). Para el trastorno bipolar tipo I el número medio de episodios por sujetos es de 5,5 con una duración de los episodios de 13 semanas (Solomon et al., 2010), sin embargo se debe tener en cuenta que existe la categoría de cicladores rápidos, los cuales pueden llegar a experimentar hasta 4 episodios maníacos, hipomaniacos o depresivos, en un periodo de 12 meses (Mackin y Young, 2004).

Tomando en cuenta la perspectiva neurobiológica, el trastorno bipolar se atribuye a la pérdida de factores internos que regulan el estado de ánimo, lo que genera alteración en el sistema límbico, circuito neurobiológico fundamental para el proceso emocional. Esta condición conlleva una disminución en la resistencia al estrés persistente del paciente, lo que provoca los cambios cíclicos en su estado de ánimo, pudiendo alternar entre fases depresivas y estados de manía. Estos cambios varían en cada individuo. Adicionalmente, el trastorno bipolar también altera las funciones cognitivas esenciales para adaptarse a los cambios del entorno, como la atención, concentración, abstracción y memoria. Estas funciones no solo se ven reducidas, sino que también actúan como factores facilitadores y predictores de recaídas, y determinan el pronóstico según el grado de deterioro. La incapacidad del paciente para reintegrarse socialmente después de una fase refleja claramente el deterioro cognitivo y su relación con el control del estado de ánimo (Téllez y Molinello, 2008).

Por estas condiciones que intervienen en su curso y pronósticos estima que los paciente con trastorno bipolar tienen una expectativa de vida de 9,0 y 8,5 años antes, en comparación con el resto de la población (Crump et al., 2013).

Como factores de un mal pronóstico según Suárez et al. (2015):

Antecedentes familiares de Trastorno bipolar tipo I, la ciclación rápida, un elevado número de episodios previos, la presencia de síntomas mixtos, los síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo, la objetivación de



un patrón estacional, el abuso de sustancias, la existencia de un trastorno de personalidad concomitante, mal cumplimiento del tratamiento farmacológico. Su evolución se determina, además, por medidas de adaptación psicosocial y de calidad de vida. Factores ambientales como un entorno familiar caracterizado por una elevada emoción expresada y un estilo afectivo negativo (actitudes e interacciones críticas, hostiles o de sobreimplicación emocional) se han relacionado con una evolución desfavorable. Los acontecimientos vitales también pueden actuar como desencadenantes, especialmente en los primeros episodios (pp. 5077-5078).

#### **4.1.6 Tratamiento**

Para poder tratar esta enfermedad es importante tomar en cuenta la escasa consciencia de la enfermedad, la gravedad de los síntomas y conductas impulsivas, las cuales vuelven una tarea compleja que va a requerir una actuación en la fase aguda, la fase de continuación y de mantenimiento; el tratamiento farmacológico es esencial para este trastorno (Ortuño, 2010).

##### **4.1.6.1 Tratamiento farmacológico.**

En la actualidad se dispone de múltiples medicamentos eficaces para el tratamiento de trastorno bipolar, sin embargo, la adherencia al tratamiento supone un reto en estos pacientes: en un 20 % y el 60 % ocurre el abandono terapéutico, como factores asociados encontramos 1) el paciente; 2) la enfermedad; 3) la atención del médico tratante y de la institución de salud; y 4) el tratamiento; el hecho de incumplir con el tratamiento aumenta las recurrencias, los ingresos hospitalarios, el riesgo suicida, e incrementa el deterioro cognitivo. La no adherencia al tratamiento, debido al alto costo generado, se constituye como un problema de salud pública (Pardo et al., 2011).

Los medicamentos utilizados, los cuales tienen efectividad son (Suárez et al., 2015):

- Litio: Es el principal fármaco con acción eficaz en episodio de manía moderada-grave, con acción antimaníaca de 5 a 7 días y efecto terapéutico entre 10 y 21 días. Es más efectivo para la prevención de episodios maniacos, reduce el número y la gravedad.
- Valproato: Tiene efectividad con una tasa de respuesta del 50 %; su mecanismo de acción permite que pueda ser administrada una vez al día, y tiene menor incidencia de efectos secundarios, sin embargo, es un medicamento teratógeno por lo tanto se debe prestar precaución durante el embarazo.
- Antipsicóticos: Estos están indicados en todas las fases del trastorno bipolar (depresión, manía, y mantenimiento), dentro de estos la Olanzapina es tan efectiva

cuanto el Valproato y el Litio, otros que también se utilizan son Aripiprazol, Haloperidol y Risperidona.

- Benzodiacepinas: Pueden ser útiles para tratar ansiedad e insomnio en personas con trastorno bipolar, y como coadyuvantes en la agitación psicótica; de preferencia se usa clonazepam, diazepam o cloracepato.
- Carbamazepina: No es recomendado como medicamento de primera línea para el tratamiento del trastorno bipolar, debido a que existen alternativas más eficaces; sin embargo, en aquellos casos en donde el empleo del litio no logra prevenir de forma completa de la aparición de los episodios, se promueve la utilización de este fármaco anticonvulsivantes, ya sea administrado solo, o en combinación con el litio (Bravo, 2003).

#### **4.1.6.2 Tratamiento psicológico.**

Según la investigación actual, el tratamiento psicológico es un componente fundamental en la gestión del Trastorno Bipolar. Aunque los medicamentos son esenciales, el tratamiento psicológico se centra en abordar los síntomas residuales y en mejorar la calidad de vida del paciente. Es de vital importancia la prevención de recaídas, las intervenciones basadas en la psicoeducación para mejorar el manejo clínico para que, actúen sobre las dificultades interpersonales y los aspectos cognitivos y conductuales (Tondo, 2014).

La British Psychological Society (BPS) ha recomendado cinco tratamientos específicos para el trastorno bipolar. Estos tratamientos son: 1) Terapia cognitivo-conductual (TCC), que se enfoca en identificar y abordar pensamientos disfuncionales y desarrollar habilidades de afrontamiento; 2) Psicoeducación compleja, que proporciona información y estrategias de afrontamiento a través de programas grupales; 3) Terapia centrada en la familia (FFT), basada en principios sistémicos que brinda intervención psicoeducativa y resolución de problemas; 4) Terapia del ritmo interpersonal y social (IPSRT), que se centra en conflictos interpersonales y habilidades sociales; y 5) Identificación de alertas tempranas y búsqueda de ayuda, donde los pacientes aprenden a reconocer señales de recaída. Se ha comprobado que el FFT es más efectivo en la prevención de recaídas en el polo depresivo y en la mejora de los síntomas, especialmente en pacientes con alta expresión emocional en la familia. La terapia IPSRT se enfoca en resolver problemas y mejorar la calidad de vida, mientras que la identificación de alertas tempranas es más útil en la prevención de episodios maníacos, que tienden a durar más que los episodios depresivos (Trezza, 2017).

Cada vez más instituciones sanitarias están incluyendo programas psicoeducativos en sus servicios. La evidencia científica sobre psicoeducación dirigida a pacientes revela lo

siguiente: 1) En pacientes con trastorno bipolar que reciben tratamiento farmacológico, la psicoeducación individual enfocada en la identificación temprana y manejo de los pródromos es efectiva para prevenir episodios maníacos. 2) En pacientes con trastorno bipolar en fase de estabilidad y en tratamiento farmacológico, la psicoeducación grupal ayuda a prevenir recaídas, manteniendo este efecto a los 5 años de seguimiento (Gallardo, 2014).

## **4. 2 Capítulo II: Comorbilidad**

### **4.2.1 Definición**

El termino comorbilidad toma relevancia con Feinstein (1970), refiriéndose a cualquier dolencia adicional coexistente en la persona que mantiene de base una determinada enfermedad índice; además, menciona que la falta de clasificación y análisis de las enfermedades comórbidas ha provocado muchas dificultades en las estadísticas médicas.

Podemos diferenciar la comorbilidad con el termino multimorbilidad, la cual sugiere un grado de complejidad mayor, debido a que se agregan condiciones y factores propios del paciente y de su entorno; de esta forma logramos definir a la comorbilidad, como enfermedades adicionales, y multimorbilidad, como el conjunto de todas las enfermedades; si a esto sumamos la gravedad de las enfermedades y factores biológicos propios del paciente, se denominará carga de morbilidad (Cárdenas et al., 2020).

De manera formal, hablamos de la “presencia concurrente de dos o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo, con el diagnóstico de cada enfermedad contribuyente basado en criterios establecidos y ampliamente reconocidos” (Fried et al., 2004, p. 258).

#### **4.2.1.1 Teoría de redes y comorbilidad.**

Dentro de la psicología y psiquiatría se acepta que cuando aparecen dos o más síndromes del DSM, nos encontramos ante una situación de comorbilidad. Cuando estudiamos una red sintomática amplia, es bastante probable que si se utilizan los mismos criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) o la Clasificación internacional de enfermedades (CIE), se logren cumplir dos o más diagnósticos en la misma persona (comorbilidad). La teoría de redes explica la comorbilidad, remarcando que los síntomas no permanecen en el límite de los diagnósticos, si no que se diseminan mediante los llamados Bridge Symptoms (síntomas individuales que se vinculan mediante enlaces a múltiples comunidades) (Casares et al., 2019).

Casares et al. (2019) argumentan que el Análisis de Redes:

proporciona información para comprender mejor las subredes sintomáticas, representadas mediante grafos, donde los nodos serían síntomas y los links

entre ellos asociaciones. Determinar la importancia de dichos nodos y enlaces mediante diferentes índices propios de las redes, tales como los de centralidad, o la manera en la que se agrupan formando comunidades, y que síntomas ejercen como puentes en la diseminación sintomática, por ejemplo, pueden ayudar a la hora de una planificación terapéutica más óptima (pp. 1-2).

#### **4.2.2 Evaluación de la comorbilidad**

De acuerdo a Jakovljević y Ostojić (2013), dentro de la práctica clínica, la comorbilidad y la multimorbilidad son subreconocidas, subdiagnosticadas, subestimadas e infratratadas.

La comorbilidad se suele medir de tres formas (Blanco et al., 2017):

Mediante la frecuencia de asociación entre dos entidades o problemas de salud; por conteo del número de enfermedades presentes en un individuo de forma matemática simple; por medio de escalas de comorbilidad que combinan el número y gravedad de las enfermedades presentes (p. 18).

Han sido creados múltiples índices para evaluar comorbilidad cuyo objetivo es el de brindar un método estandarizado para establecer de acuerdo con la severidad un riesgo, controlar el potencial efecto confusor, modificar la enfermedad o el tratamiento y como factor pronóstico (Rosas et al., 2011):

- Índice de comorbilidad de Charlson (CCI): este índice fue desarrollado originalmente para evaluar la comorbilidad en pacientes con enfermedades médicas, pero se ha adaptado para su uso en pacientes con trastornos mentales. El CCI asigna puntuaciones a diferentes trastornos médicos y los suma para obtener una puntuación global de comorbilidad.
- Índice de comorbilidad de Elixhauser: este índice es similar al CCI pero se centra en trastornos médicos específicos. Evalúa la presencia de 30 comorbilidades diferentes y asigna puntuaciones basadas en la gravedad de cada una.
- Índice de comorbilidad de Kaplan-Feinstein: este índice se basa en la presencia de complicaciones médicas en pacientes con enfermedades crónicas. Se utiliza para evaluar la comorbilidad en pacientes con trastornos mentales que también tienen enfermedades médicas crónicas.
- Índice de comorbilidad de van Walraven: este índice se centra en la presencia de complicaciones médicas en pacientes hospitalizados. Evalúa la comorbilidad en pacientes con trastornos mentales que requieren hospitalización.

Blanco et al. (2017) por su parte reúne los siguientes instrumentos, los cuales son eficaces para su medición:

- Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC): elaborado en 1987, cuenta con 19 aspectos, cada uno con un puntaje calculado a partir de su influencia en el riesgo ajustado de mortalidad al año, el cual se estableció según el modelo de riesgo proporcional de COX. Es muy utilizado para predecir hospitalizaciones, reacciones adversas a fármacos, mortalidad y deterioro cognitivo.
- Índice de Enfermedades Coexistentes (IEC): El Índice de Enfermedades Coexistentes (IEC) diseñado por Greenfield y colaboradores, buscando reflejar las razones del cambio del estado de salud entre el ingreso y el egreso del paciente. Contiene dos subescalas, la de Severidad de la Enfermedad Individual (SEI) y la de Severidad Funcional (SF). La SEI evalúa 14 sistemas corporales, 5 cardiovasculares, 2 vasculares y 7 no vasculares. La SF evalúa limitaciones funcionales en 12 dominios.
- El Conteo de Diagnósticos: El Conteo de Diagnósticos es un índice que consiste en la suma de los diagnósticos secundarios, lo cual predice la mortalidad general y el uso de recursos hospitalarios. Algunos autores han añadido el número de fármacos como consecuencia del conteo diagnóstico.
- El puntaje de Enfermedades Crónicas (PEC): Es una medida del riesgo ajustado basado en la edad, el sexo y los fármacos dispensados. El puntaje refleja el estado general de salud y se incrementa con el número de enfermedades crónicas, número de fármacos y sus dosis, excluyendo algunos tratamientos sintomáticos.
- El Índice de la Agencia de Calidad e Investigación en Atención a la Salud (IACIAS): Incluye 30 aspectos de comorbilidad asociados al incremento de la estadía hospitalaria, los costos y la mortalidad en pacientes ingresados por enfermedades agudas. Utiliza grupos de diagnósticos relacionados para el conteo de manera que cuenta como una las entidades del mismo grupo.

#### ***4.2.3 Mecanismos responsables y epidemiología***

Entre los mecanismos responsables tenemos el sesgo, la coincidente y asociaciones sustanciales (Batstra et al., 2002):

- Sesgo: el más conocido es el sesgo de Berkson, que se refiere a la concentración de casos comórbidos entre los pacientes tratados en el hospital. La notificación excesiva o el aumento del de autoevaluación puede conducir a estimaciones

infladas de la comorbilidad asociada a ciertas afecciones, como la depresión. Un tipo especial de sesgo de clasificación surge cuando se imponen límites diagnósticos donde no existen.

- Comorbilidad coincidente: incluso cuando los trastornos son completamente independientes entre sí, en cualquier población de estudio, es de esperar que se produzcan en una proporción igual al producto de las prevalencias de las enfermedades por separado. Por tanto, las tasas de comorbilidad serán mayores en las poblaciones más "enfermas". Esta proporción de comorbilidad, que es esperable desde el punto de vista estadístico, se ha denominado coincidente o independiente.
- Asociaciones sustanciales: cuando las tasas de comorbilidad superan las esperadas estadísticamente (coincidentes) y se ha excluido el sesgo, debe haber asociaciones sustantivas entre los trastornos implicados. Esta proporción de comorbilidad se ha denominado clúster, dependiente o asociativa. Se ha escrito mucho sobre cómo y por qué los trastornos pueden aparecer combinados con más frecuencia de lo esperado, pero, esencialmente cualquiera de los dos procesos, solo o en combinación: los trastornos comparten factores de riesgo o actúan, directa o indirectamente, como factores de riesgo entre sí (pp. 106-107).

Los datos epidemiológicos muestran que la prevalencia de comorbilidades físicas, después de los 65 años, el 48 % de las personas residentes en Estados Unidos padecen artritis, el 36 % hipertensión, el 27 % cardiopatías, el 10 % diabetes y el 6 % antecedentes de ictus. El 35,3 % de la población de Estados Unidos, en base a estas prevalencias, a las edades de 65-79 años padece dos o más enfermedades, y el 70,2 % a la edad de 80 años o más. Se estima que dos tercios de personas de 65 años tienen dos o más enfermedades crónicas, y un tercio tiene cuatro o más (Fried et al., 2004).

La prevalencia multimorbilidad es mayor en las zonas desfavorecidas (69,94 %), en todos los grupos de edad y más marcado en la población femenina, 70,96 % que, en la masculina, 68,54 %; es frecuente que la coexistencia de problemas de salud mental y física en una misma persona y la presencia de múltiples enfermedades físicas sea mayor en pacientes con enfermedad mental que en el resto de la población (74,97% vs. 58,14%) (Orueta et al., 2013).

En el ámbito de los trastornos mentales varios estudios indican que los trastornos mentales más frecuentemente relacionados con el trastorno bipolar son el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno por déficit de

atención con hiperactividad y los trastornos de la personalidad (Sánchez et al., 2005). Además, entre las enfermedades médicas comórbidas más comunes se encuentran la migraña y la diabetes.

En palabras de Giner et al., (2017) el trastorno bipolar (TB) tiene una alta asociación de comorbilidad con el consumo de sustancias (sobre todo con tabaco y alcohol), especialmente en la adolescencia (40 %) y en la edad adulta (60 %). Estudios han mostrado que el consumo de tabaco en personas con TB es del 69 %, mientras que en la población general es del 46 %. Además, se ha observado que casi un tercio de los pacientes con TB son fumadores diarios y presentan alta dependencia nicotínica. El tabaquismo tiene un impacto considerable en el TB, afectando el inicio temprano de la enfermedad, empeorando la funcionalidad y pronóstico, e incrementando el riesgo de conductas suicidas. Existe una asociación entre el consumo de tabaco y la gravedad de los síntomas psiquiátricos en el TB y otros trastornos mentales graves. El tabaquismo debe ser considerado como un factor importante a tener en cuenta en el diagnóstico y tratamiento del TB, debido a sus repercusiones significativas en diversos aspectos de la enfermedad.

En un estudio sobre rasgos de personalidad en pacientes con TB realizado por Nery et al., (2009), los pacientes bipolares obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que las personas sanas en términos de búsqueda de novedades, evitación de riesgos y autotranscendencia, mientras que obtuvieron puntuaciones más bajas en autodirección y cooperación. Aquellos pacientes bipolares con comorbilidad exclusiva de alcoholismo mostraron puntuaciones significativamente más bajas en perseverancia que aquellos sin comorbilidad. Por otro lado, los pacientes bipolares con trastornos de ansiedad comórbidos exclusivos obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en evitación de riesgos y más bajas en autodirección que aquellos sin comorbilidad. Estos hallazgos sugieren que los pacientes bipolares presentan una estructura de personalidad diferente a la de los individuos sanos, y que la comorbilidad psiquiátrica en este trastorno se asocia con rasgos específicos de personalidad. Por lo tanto, parece que la personalidad juega un papel mediador en el fenómeno de la comorbilidad en el trastorno bipolar.

En el estudio de Sierra et al., (2011) se examinó la relación entre la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, la agresividad y variables clínicas en el trastorno bipolar. Los resultados revelaron que los pacientes con trastorno bipolar tipo II presentaron puntuaciones significativamente más altas en medidas de impulsividad (BIS) y agresividad física (BDHI). En aquellos con predominio de la polaridad depresiva, las puntuaciones globales en agresividad (BDHI) fueron significativamente más altas. Los pacientes fumadores obtuvieron

puntuaciones significativamente más altas en medidas de falta de planificación (Barratt) y desinhibición (SSS). En conclusión, este estudio determinó que la impulsividad y la agresividad son aspectos relevantes en el trastorno bipolar, especialmente en el subtipo II, y podrían aumentar significativamente la comorbilidad. Por lo tanto, un diagnóstico y tratamiento adecuados de estos aspectos son importantes para mejorar el curso clínico de la enfermedad.

#### **4.2.4 Clasificación**

Kaplan & Feinstein (1974), realizaron la clasificación de la comorbilidad en base a su severidad. Estas dolencias que coexisten con una enfermedad índice, pueden actuar de forma diferente, por esto estos autores, las clasificaron en comorbilidad diagnóstica, pronóstica o patogénica: la enfermedad que coexiste es una comorbilidad diagnóstica; mientras que, al hablar de comorbilidad pronóstica, se refieren a aquella que predispone al desarrollo futuro de efectos adversos, ya sea sola o en combinación con la enfermedad índice.

Posteriormente Charlson et al. (1987), propone como otra alternativa, clasificar los pacientes con enfermedades comórbidas en relación al riesgo de mortalidad de estas.

Han sido creados múltiples índices para evaluar comorbilidad cuyo objetivo es el de brindar un método estandarizado para establecer de acuerdo con la severidad un riesgo, controlar el potencial efecto confusor, modificar la enfermedad o el tratamiento y como factor pronóstico (Rosas et al., 2011).

#### **4.2.5 Desarrollo y curso**

La Organización Panamericana de la Salud (2009), recalca que dos trastornos concomitantes se relacionan de las siguientes formas:

- a) que un trastorno cause o predisponga a la aparición de otro, y represente un factor causal o predisponente;
- b) que un trastorno modifique la manifestación de otro u otros trastornos y dificulte el diagnóstico y su exactitud;
- o c) que un trastorno modifique el curso y la respuesta al tratamiento de otro trastorno (o trastornos) y que, por lo tanto, influya en el resultado y el pronóstico general. (p.15)

La comorbilidad afecta a la enfermedad índice: el momento de su detección, las anticipaciones pronósticas, selección terapéutica y resultados post-terapéutico, de esta forma, el curso y evolución clínico puede alterarse (Feinstein, 1970)

##### **4.2.5.1 Momento de su detección.**

El estímulo iatropico de una enfermedad índice, el cual puede ser una queja sintomática, conduce a la realización de un examen médico, para la posterior identificación preterapéutica, como resultado de un interrogatorio, examen físico o prueba de cribado



realizada de forma rutinaria en un paciente que ha buscado atención médica por otros motivos.

#### **4.2.5.2 Anticipaciones pronósticas.**

La comorbilidad puede estimar el resultado de un paciente, porque la muerte o la incapacidad pueden ser causadas por la enfermedad comórbida y no a la enfermedad índice. Además, la combinación de enfermedades puede agravar, síntomas o acelerar la muerte.

#### **4.2.5.3 Selección terapéutica.**

La comorbilidad puede influenciar las elecciones de la terapia a aplicar, por tanto, se pueden dar los siguientes casos: si el pronóstico de la comorbilidad de un paciente es demasiado malo, se le puede negar un tratamiento deseable para la enfermedad índice, aunque pueda soportar el tratamiento y sus consecuencias inmediatas; existen casos en donde la comorbilidad afecta a la capacidad del paciente para tolerar la administración de un modo de tratamiento; y existen circunstancias, en donde se presenta un pronóstico bueno, y podría ser tolerado el tratamiento inmediato de la enfermedad índice, pero la enfermedad comórbida no permita soportar las consecuencias funcionales del tratamiento.

#### **4.2.5.4 Resultados post-terapéuticos.**

El complejo curso clínicos y los efectos de la comorbilidad que pueden surgir, pueden generar enfermedades las cuales se desarrollaron después del tratamiento. La enfermedad comórbida, puede ser de utilidad para la evaluación del logro terapéutica; por esto algunos síntomas postterapéuticos como el dolor, la incapacidad profesional o la muerte de un paciente de un paciente individual pueden ser producidos por afecciones comórbidas que surgieron después, en lugar que la enfermedad índice.

La comorbilidad aumenta a medida que envejecemos, debido a que las enfermedades crónicas individuales aumentan con la edad. Se asocia con un elevado uso y gasto de la atención sanitaria, aumenta el riesgo de discapacidad y mortalidad, en mayor medida que las enfermedades individuales (Fried et al., 2004); además, se da un aumento en el tiempo de estadía y costo hospitalario. Muchas comorbilidades actúan como predictores importantes, entre estos se incluyen los trastornos mentales, abusos de drogas y alcohol, obesidad, coagulopatía, pérdida de peso y trastornos de líquidos y electrolitos (Elixhauser et al., 1998).

#### **4.2.6 Tratamiento**

Existe un marcado interés por parte de profesionales y organizaciones en la elaboración de guías de práctica clínica, en donde se reúna la mejor investigación científica con respecto a la atención primaria; estas pueden resultar útiles en la atención de pacientes

con múltiples enfermedades, sin embargo, en la actualidad las guías existentes centradas en una enfermedad, no satisfacen la demanda de la pluripatología (Fabbri et al., 2012).

Es reconocido que la atención especializada focaliza su tratamiento en una sola enfermedad sin tener en cuenta muchas veces las demás. Por otro lado, la presencia de patologías con pronóstico vital reducido, hace que a veces sea inapropiado el uso de terapias cuyo efecto beneficioso se produce a largo plazo. En cada una de estas situaciones, los médicos deben prestar atención a las dinámicas de cada una de las enfermedades a fin de mejorar su estado de salud y reducir los posibles efectos adversos asociados. En algunos casos es necesario priorizar, qué enfermedades a tratar son más importantes, ya que no todos los tratamientos son factibles por el alto riesgo de interacción y efectos adversos. Un adecuado conocimiento del manejo de la comorbilidad en este grupo, puede derivar en la modificación de tratamientos estandarizados, ayudar a priorizar actuaciones y evitar tratamientos innecesarios (Uriz, 2011).

Visto el alto número de personas con comorbilidad, en población de tercera edad y de las demás etapas del desarrollo, el manejo de una sola enfermedad, no se considera una estrategia apropiada para cuidar de los pacientes. En este ámbito, los médicos de atención primaria, son los principales responsables, al proporcionar la mayor parte de atención. Por lo tanto, el trabajar en la gestión de atención primaria, es de suma importancia para el tratamiento en estas situaciones. Es necesario que los nuevos paradigmas de atención, se centren e identifiquen los patrones de las comorbilidades, y la necesidad de una estrecha coordinación entre generalistas y especialista (Starfield et al., 2003).

#### **4.2.6.1 Polifarmacia.**

Para el tratamiento de las comorbilidades son comunes las derivaciones a atención especializadas y la polifarmacia, es decir, la prescripción simultánea y prolongada de medicamentos a la misma persona. Se demostró que esta última, aumenta el riesgo de prescripciones inadecuadas y efectos adversos a los medicamentos; con respecto a las múltiples derivaciones conlleva a una fragmentación de la atención, lo cual puede llegar a afectar la comunicación entre profesionales (Calderón et al., 2012).

#### **4.2.6.2 Tratamiento por comorbilidad.**

En la comorbilidad entre trastorno bipolar y consumo de sustancias, se ha comprobado que la quetiapina es más efectiva en el tratamiento de los síntomas psiquiátricos, mientras que el valproato destaca por su capacidad para reducir el consumo de alcohol. Las terapias psicológicas grupales, que incluyen elementos de psicoeducación, prevención de recaídas y

participación de la familia, han demostrado ser beneficiosas para disminuir los síntomas, promover la abstinencia y mejorar la adherencia al tratamiento (Secades y Fernández, 2017).

Con respecto a la ansiedad y el trastorno bipolar, la literatura sugiere que las intervenciones específicas para el trastorno bipolar pueden mejorar tanto el estado de ánimo como la ansiedad, incluso sin dirigirse directamente a este último trastorno. Es posible que los tratamientos funcionen como ejercicios de exposición transdiagnóstica o fomenten una mayor aceptación del trastorno, lo que reduce la ansiedad asociada con el trastorno bipolar. Además, se observó que las intervenciones tienen efectos similares en actitudes disfuncionales, estilos de afrontamiento y cumplimiento de la medicación, lo que indica que la ansiedad comórbida no afecta negativamente la capacidad de beneficiarse del tratamiento. Dado el impacto negativo de los trastornos de ansiedad comórbidos en el curso del trastorno bipolar, es importante considerar esta comorbilidad en la investigación y el tratamiento (Hawke et al., 2013).

Por otro lado, tanto los trastornos alimentarios (TCA) como el trastorno bipolar (TB) pueden tratarse eficazmente con farmacoterapia, ya sea cuando se presentan de manera independiente o en comorbilidad. Sin embargo, es crucial tener en cuenta la comorbilidad, ya que el tratamiento farmacológico efectivo para uno de los trastornos podría empeorar los síntomas del otro. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser efectiva en pacientes con TCA, enfocándose en reducir y controlar los atracones, mejorar la imagen corporal y enseñar patrones de alimentación estructurados. La terapia interpersonal grupal sugiere que los problemas interpersonales y los afectos negativos pueden desencadenar los atracones. Por otro lado, la terapia conductual utiliza técnicas tradicionales para modificar los hábitos alimentarios y de ejercicio, con el objetivo de lograr la pérdida de peso. Se recomienda la psicoeducación como parte del tratamiento. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las conclusiones obtenidas pueden no ser aplicables a todos los pacientes, y se requieren más estudios clínicos aleatorizados para evaluar la eficacia de los tratamientos en personas con TCA y trastorno bipolar en comorbilidad (Álvarez y Gutiérrez, 2015).

En lo que respecta a la comorbilidad entre el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad, se considera que el diagnóstico correcto es crucial ya que los tratamientos difieren. Mientras que el trastorno bipolar requiere medicación a largo plazo, no hay medicamentos de primera línea aprobados para el trastorno límite de la personalidad, por lo que la psicoterapia es el enfoque más comúnmente utilizado. Estos trastornos también difieren en la variabilidad del estado de ánimo y la desregulación emocional. Los trastornos de la personalidad están asociados con indicadores clínicos importantes, como alta carga de

psicopatología, disminución a largo plazo en la funcionalidad psicosocial y laboral, y respuesta deficiente al tratamiento (Torales y Navarro, 2019).

En lo que respecta a las comorbilidades a nivel físico, El Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar, propone un decálogo el cual recoge los aspectos más relevantes para la mejora del funcionamiento psicosocial, la calidad y la esperanza de vida en los pacientes con esta patología: la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y otras organizaciones consideran que el trastorno bipolar afecta negativamente la salud física y la discapacidad de los pacientes. Es importante mejorar el acceso a los recursos sanitarios y la coordinación entre la atención especializada y primaria. Se recomienda un enfoque integral que incluya la salud física en el historial clínico y el tratamiento del trastorno bipolar. Se deben implementar protocolos de monitorización de la salud física y se requiere atención especial para grupos vulnerables. Los programas psicoeducativos deben abordar la promoción de la salud física. Es necesario proporcionar formación continua a los profesionales de la salud. Finalmente, se destaca la importancia de difundir este consenso para promover el cuidado de la salud física en pacientes con trastorno bipolar (Bobes et al., 2008). De igual forma plantean las siguientes medidas:

- Medidas de diagnóstico: recoger historia personal de posible úlcus péptico, migraña, enfermedad respiratoria y alergias.
- Medidas terapéuticas: tener en cuenta la posible interacción con el litio de los antiinflamatorios no esteroideos utilizados para el tratamiento sintomático de la migraña. También hay que vigilar la posible presencia o aparición de insuficiencia renal para ajustar los valores de litio. Los corticoides utilizados en el control del asma y otras enfermedades pulmonares pueden precipitar episodios afectivos.

## **5. Metodología**

### **5.1 Área de estudio**

El siguiente trabajo de integración curricular abarca literatura publicada a nivel mundial, con estudios realizados en los siguientes países: Argentina, Australia, Alemania, Brasil, Canadá, Chile, China, Colombia, Francia, Israel, Italia, Japón, México, Noruega, Perú, España, Corea del sur, Reino Unido, Estados Unidos, Turquía, India, Irán, Etiopía y Suiza.

### **5.2 Enfoque y diseño de investigación**

Presentó un enfoque cuantitativo, al estudiarse prevalencias y datos numéricos de los diferentes estudios realizados; con un diseño no experimental, debido a que no se manipularon las variables de estudio.

### **5.3 Tipo de investigación**

Fue una investigación de tipo documental, ya que se recolectaron y analizaron artículos científicos publicados en línea. De tipo longitudinal descriptivo, debido a que describe la población con trastorno bipolar y comorbilidad en base a características sociodemográficas (país, género, edad, etc.), documentadas entre los años 2000-2019.

### **5.4 Técnicas e instrumentos**

Se empleó la técnica de análisis de sistematización bibliográfica, ya que se recopilaron, organizaron y analizaron datos numéricos incluidos en artículos científicos.

Esta investigación se desarrolló en base a la declaración PRISMA 2020 creada con el fin de ayudar en la planificación y realización de revisiones sistemáticas para garantizar que se capture toda la información recomendada (Matthew et al., 2021).

### **5.5 Unidad de estudio**

La población total fue de 2746 artículos depositados en los sitios web (Google Scholar, PubMed, BASE, SciELO), los cuales documentaban acerca de la comorbilidad física y mental del trastorno bipolar en población adulta, en rangos de edad de 18 a 65 años.

### **5.6 Muestra**

Para obtener la muestra empleada dentro la investigación se utilizó un método de tipo no probabilístico, en base a criterios de inclusión y exclusión, y a conveniencia del investigador, tomando en cuenta que la intención del estudio era describir. La selección de la muestra se apoyó del diagrama de flujo (anexo 1) que proporciona la declaración PRISMA 2020. De la población total se obtuvo una muestra de 30 artículos científicos (anexo 2), obteniendo información de 9813 personas adultas diagnosticadas con trastorno bipolar registradas en los estudios.

### **5.7 Criterios de inclusión**

- Artículos de acceso libre en las bases de datos Google Scholar, PubMed, BASE, SciELO.
- Artículos con DOI o ISSN.
- Artículos que proporcionen datos sociodemográficos (edad, género, país) sobre el trastorno bipolar.
- Artículos que estudien la comorbilidad del trastorno bipolar en adultos, entre el periodo 2000 y 2019.
- Artículos en español, italiano e inglés.

### **5.8 Criterios de exclusión**

- Otros documentos (tesis, libros, monografías, etc.)
- Estudios de caso acerca de la comorbilidad del trastorno bipolar.
- Comorbilidad de trastorno bipolar en niños, adolescentes y adultos mayores.
- Comorbilidad en parientes de primer grado de personas con trastorno bipolar.
- Estudios cualitativos y meta-análisis.
- Artículos con tamaño de población mayor a cinco mil personas.
- Artículos científicos que no sean pertinentes a los objetivos del estudio.

### **5.9 Procesamiento y análisis de datos**

Fase 1: La búsqueda de artículos se realizó en los sitios web, Google Scholar, PubMed, BASE, SciELO, bases de datos seleccionadas por sus características: de acceso abierto en línea que permiten buscar información científica, obtener datos de calidad y realizar exportaciones de esos datos. Son de cobertura mundial, BASE, Google Scholar y PubMed; de cobertura de Iberoamérica, el Caribe y Sud África, el sitio web SciELO (Vuotto et al., 2020). Los términos de búsqueda aplicados fueron en tres idiomas (español, inglés e italiano): “Trastorno bipolar comorbilidad”; “Bipolar disorder comorbidity”; “Comorbilità disturbo bipolare”. En el diagrama de flujo de la declaración PRISMA 2020 ubicado en los anexos, se podrá observar detalladamente el proceso de selección.

Fase 2: Posteriormente, de los artículos seleccionados se extrajeron los datos de importancia para el presente estudio: autor y año de publicación, año y país en el que se llevó a cabo el estudio, población total, características de las personas adultas con trastorno bipolar (edad, género), comorbilidades físicas y mentales presentes en la muestra. La información se recopiló y organizó mediante la herramienta Excel, para posteriormente ser sometidos a análisis estadísticos. El análisis de los resultados se lo realizó mediante tablas de contingencia,

obteniendo frecuencias con sus respectivos porcentajes. Para el análisis de la edad de las personas registradas en los estudios, se empleó la técnica de punto medio, debido a la amplia variedad de rangos de edad encontrados, además de la agrupación de datos con sus respectivas frecuencias.

Fase 3: Por último, se elaboró una guía informativa, la cual proporciona información psicoeducativa relevante y un apartado de tratamiento para las comorbilidades en este trastorno. Esta guía puede ser empleada como orientación ya sea por parte de estudiantes universitarios, así como profesionales de psicología clínica, en su práctica profesional, para los casos de trastorno bipolar con comorbilidades físicas y mentales en población adulta.

### **5.10 Limitaciones**

Es necesario discutir acerca del método empleado en el presente estudio. A pesar de que se han integrado fuentes confiables, la población total analizada fue de 2746 artículos, desde el periodo 2000-2019, los cuales no son representativos a los diversos artículos a nivel mundial. A pesar de incluirse idiomas mundiales para la revisión de los artículos, tales como el español e inglés, además de una lengua derivada del latín como lo es el italiano; no se analizaron artículos en otros idiomas, generando limitaciones en el estudio. Por último, la literatura científica se enfocó en estudios de libre acceso en línea, limitando la calidad científica al no incluir artículos provenientes de bases de datos de pago, entre otros, que hubieran aportado valiosa información dentro la investigación. Sin embargo, el estudio se destaca por mantener una metodología sistemática y replicable, además de una estructura basada en la declaración PRISMA 2020, necesaria para que cuente con validez científica.

Los datos proporcionan información ventajosa para los profesionales de la salud mental que trabajan con pacientes con trastorno bipolar y comorbilidades, lo que les permite adaptar su enfoque de tratamiento para satisfacer las necesidades específicas de cada paciente.

## 6. Resultados

Objetivo general: Determinar las comorbilidades más frecuentes en personas adultas con trastorno bipolar tras la revisión bibliográfica.

**Tabla 1. Distribución de los participantes con trastorno bipolar en base a la frecuencia de las comorbilidades.**

| Comorbilidad                                       | fi          | %            |
|--|-------------|--------------|
| Trastorno límite de la personalidad                | 430         | 8,1          |
| Trastorno por consumo de sustancias                | 1991        | <b>37,4</b>  |
| Trastorno de ansiedad                              | 1128        | <b>21,2</b>  |
| Trastorno conducta alimentaria                     | 184         | 3,5          |
| Trastorno por déficit de atención e hiperactividad | 103         | 1,9          |
| Trastorno obsesivo compulsivo                      | 72          | 1,4          |
| Trastorno disociativo                              | 28          | 0,5          |
| Trastorno estrés postraumática                     | 40          | 0,8          |
| Insomnio   | 240         | 4,5          |
| Hipersomnia  | 164         | 3,1          |
| Hepatitis  | 58          | 1,1          |
| Diabetes   | 21          | 0,4          |
| Obesidad   | 61          | 1,1          |
| Hipertensión                                       | 61          | 1,1          |
| Hipertrigliceridemia                               | 41          | 0,8          |
| Hiperlipidemia                                     | 34          | 0,6          |
| Diabetes Mellitus                                  | 26          | 0,5          |
| Alteraciones cardiometabólicas                     | 343         | 6,4          |
| Afecciones no cardiovasculares                     | 271         | 5,1          |
| Migraña  | 23          | 0,4          |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>5319</b> | <b>100,0</b> |

**Análisis:** En base al análisis de los individuos diagnosticados con trastorno bipolar y las comorbilidades documentadas en los estudios científicos revisados en el presente trabajo de integración curricular, se ha constatado que el 37,4 % corresponde al trastorno por consumo de sustancias y el 21,2 % al trastorno de ansiedad, siendo las comorbilidades más prevalentes asociadas al trastorno bipolar.



Objetivo específico 1: Describir las características sociodemográficas de personas adultas con trastorno bipolar.

**Tabla 2. Distribución de la población en base a género.**

| <b>Población trastorno bipolar</b> | fi   | %           |
|------------------------------------|------|-------------|
| Femenino                           | 5849 | <b>59,6</b> |
| Masculino                          | 3964 | 40,4        |
| <b>Total</b>                       | 9813 | 100,0       |

| <b>Población trastorno bipolar con comorbilidad</b> | fi   | %           |
|---|------|-------------|
| Femenino  | 3061 | <b>57,5</b> |
| Masculino   | 2258 | 42,5        |
| <b>Total</b>  | 5319 | 100,0       |

**Análisis:** Tal como se señala en la tabla 2, en el estudio se identificó un total de 9,813 personas con trastorno bipolar, de las cuales el 59.6 % corresponden a mujeres (5,849 mujeres) y el 40.4 % a hombres (3,964 hombres). En cuanto a la población con trastorno bipolar y comorbilidad, se encontró un total de 5,319 personas, de las cuales el 57.5 % son mujeres (3,061 mujeres) y el 42.5 % son hombres (2,258 hombres).

**Tabla 3. Distribución de la población con trastorno bipolar en base a ubicación geográfica.**

| <b>País</b>    | fi   | %           | <b>Continente</b> | fi   | %           |
|----------------|------|-------------|-------------------|------|-------------|
| Estados Unidos | 2942 | <b>30,0</b> | América del Norte | 3979 | <b>40,5</b> |
| Noruega        | 563  | 5,7         | Europa            | 1743 | 17,8        |
| Brasil         | 756  | <b>7,7</b>  | América latina    | 1718 | 17,5        |
| China          | 534  | 5,4         | Asia              | 1640 | 16,7        |
| Etiopia        | 412  | 4,2         | África            | 412  | 4,2         |
| Australia      | 321  | 3,3         | Oceanía           | 321  | 3,3         |
| <b>Total</b>   |      |             | <b>Total</b>      | 9813 | 100,0       |

**Análisis:** En la tabla 3., se brinda una visión detallada de cómo se distribuye el trastorno bipolar en distintos continentes, destacando aquellos países con mayor incidencia. Los resultados revelan que América del Norte presenta la proporción más alta de casos, representando un 40,5 %, seguida por Europa con el 17,8 %, América Latina con un 17,5 %, Asia con un 16,7 %, África con un 4,2 % y Oceanía con un 3,3 %. A nivel de países, Estados

Unidos lidera en América del Norte con un 30 % de los casos, Noruega se destaca en Europa con un 5,7 %, Brasil muestra una alta incidencia en América Latina con un 7,7 %, China presenta un 5,4 % en Asia, Etiopía destaca en África con un 4,2 %, y Australia en Oceanía con un 3,3 % de los casos.

**Tabla 4. Distribución de la población con trastorno bipolar en base a edad.**

| <b>Rangos de edad</b> | fi | %           | <b>Por etapa</b>           | fi | %           |
|-----------------------|----|-------------|----------------------------|----|-------------|
| 18-30                 | 7  | 13,5        | Adultez                    | 30 | <b>57,7</b> |
| 30-40                 | 23 | <b>44,2</b> | temprana de 18 a 40 años   |    |             |
| 40-50                 | 16 | <b>30,8</b> | Adultez                    | 22 | 42,3        |
| 50-60                 | 6  | 11,5        | intermedia de 40 a 60 años |    |             |
| <b>Total</b>          | 52 | 100         |                            | 52 | 100         |

**Análisis:** El análisis de la tabla 4., presenta la distribución de los casos de trastorno bipolar según los rangos de edad y las etapas de desarrollo. Se observa que el rango de 30 a 40 años tiene la mayor proporción, representando el 44,2 % de los casos, seguido por el rango de 40 a 50 años con un 30,8 %, el rango de 18 a 30 años con un 13,5 % y el rango de 50 a 60 años con un 11,5 %. En cuanto a las etapas de la vida, se encuentra que la adultez temprana de 18 a 40 años es más prevalente, representando el 57,7 % de los casos, seguida por la adultez intermedia de 40 a 60 años con un 42,3 %.

Objetivo específico 2: Identificar las comorbilidades físicas y mentales de personas adultas con trastorno bipolar.

**Tabla 5. Distribución de la población con trastorno bipolar en base a la comorbilidad.**

| <b>Población</b>            | fi   | %            |
|-----------------------------|------|--------------|
| Con comorbilidades          | 5319 | <b>54,2</b>  |
| Sin comorbilidades          | 4494 | 45,8         |
| <b>Total</b>                | 9813 | 100          |
| <b>Tipo de comorbilidad</b> | fi   | %            |
| Comorbilidad mental         | 4380 | <b>82,35</b> |
| Comorbilidad física         | 939  | 17,65        |
| <b>Total</b>                | 5319 | 100,00       |

**Análisis:** La investigación presenta resultados sobre la presencia de comorbilidades en la población estudiada. De un total de 9813 personas, se encontró que el 54,2 % de ellos presentan comorbilidades, mientras que el 45,8 % no presentan comorbilidades. Esto indica que más de la mitad de la población con trastorno bipolar tiene una o más comorbilidades adicionales. Al analizar el tipo de comorbilidad, se observa que el 82,35 % de las personas con comorbilidades presentan comorbilidad mental, mientras que el 17,65 % presentan comorbilidad física.

**Tabla 6. Distribución de la población con trastorno bipolar por comorbilidad física y mental.**

| <b>Comorbilidad mental</b>                         | fi          | %            |
|--|-------------|--------------|
| Trastorno Límite de la personalidad                | 430         | 9,8          |
| Trastorno por consumo de sustancias                | 1991        | <b>45,5</b>  |
| Trastorno de Ansiedad                              | 1128        | <b>25,8</b>  |
| Trastorno por déficit de atención e hiperactividad | 103         | 2,4          |
| Trastorno obsesivo compulsivo                      | 72          | 1,6          |
| Trastorno Disociativo                              | 28          | 0,6          |
| Trastorno estrés postraumático                     | 40          | 0,9          |
| Insomnio   | 240         | 5,5          |
| Trastorno por conducta alimentaria                 | 184         | 4,2          |
| <b>Total</b>                                       | <b>4380</b> | <b>100,0</b> |

| <b>Comorbilidad física</b>     | <b>fi</b>        | <b>%</b>     |
|--------------------------------|------------------|--------------|
| Hepatitis                      | 58               | 6,2          |
| Diabetes                       | 21               | 2,2          |
| Obesidad                       | 61               | 6,5          |
| Hipertension                   | 61               | 6,5          |
| Hipertrigliceridemia           | 41               | 4,4          |
| Hiperlipidemia                 | 34               | 3,6          |
| Diabetes Mellitus              | 26               | 2,8          |
| Alteraciones Cardiometabólicas | 343              | <b>36,5</b>  |
| Afecciones no Cardiovasculares | 271              | <b>28,9</b>  |
| Migraña                        | 23               | 2,4          |
|                                | <b>Total 939</b> | <b>100,0</b> |

**Análisis:** En el estudio se identificaron diversas comorbilidades mentales entre los participantes. Se encontró que un porcentaje significativo presenta trastorno por consumo de sustancias, 45,5 %, seguido del trastorno de ansiedad, con 25,8 %, y el trastorno límite de la personalidad, 9,8 %. Además, se observaron niveles más bajos de otras comorbilidades como trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno disociativo, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastorno por conducta alimentaria e hipersomnía.

Por otro lado, estos datos muestran las comorbilidades físicas presentes en la población estudiada. Se observa una prevalencia significativa de alteraciones cardiometabólicas que representan el 36,5 % de los casos, seguidas de afecciones no cardiovasculares que representan el 28,9 %. Entre las alteraciones cardiovasculares más comunes se encuentran la hipertensión, la hipertrigliceridemia y la hiperlipidemia, con una incidencia del 6,5 % cada una. Además, se registraron casos de hepatitis, diabetes, obesidad y diabetes mellitus, aunque con una menor frecuencia en comparación con las alteraciones cardiovasculares.

Objetivo específico 3: Elaborar una guía informativa sobre el trastorno bipolar y las comorbilidades físicas y mentales en la población adulta.

## **6.1 Guía para la gestión del Trastorno Bipolar y Comorbilidades en adultos**

### **6.1.1 Introducción**

Nos enfrentamos a un trastorno psiquiátrico de larga data que ha planteado desafíos tanto para los profesionales de la salud como para los individuos que lo padecen y sus familiares más cercanos. Su sintomatología compleja y fluctuante ha representado dificultades en la búsqueda de tratamientos efectivos, además, de una carga de enfermedad significativa. Consciente de esta problemática, surge mi motivación personal en contribuir de manera sustancial a través de mi investigación y formación académica, buscando brindar conocimientos y perspectivas que puedan contribuir al abordaje integral y mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas por este trastorno, por medio de este escrito.

Esta guía tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de las personas adultas que padecen trastorno bipolar y enfrentan comorbilidades físicas y mentales. A través de una combinación de información educativa y estrategias de intervención, se busca proporcionar orientación y apoyo a esta población específica. La fundamentación primordial de esta guía se basa en la premisa de que es imperativo abordar de manera integral la comorbilidad física y mental en el trastorno bipolar debido a su profundo impacto en la calidad de vida de los individuos afectados. Las comorbilidades físicas y mentales pueden empeorar los síntomas del trastorno, dificultar el funcionamiento diario y aumentar la carga de enfermedad. Se toma en cuenta, además, que la comorbilidad genera una interacción bidireccional que conlleva a complicaciones significativas entre las condiciones asociadas. Al considerar y tratar estas comorbilidades de manera conjunta, se busca optimizar los resultados del tratamiento y mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno bipolar. Esto requiere un enfoque holístico del cuidado que aborde tanto los aspectos físicos como mentales de la salud de las personas afectadas.

La audiencia principal a la que se dirige esta información son los profesionales de la salud que trabajan en el primer y segundo nivel de atención, así como los estudiantes en formación en el campo de la salud, en especial a los psicólogos clínicos.

### **6.1.2 Capítulo 1: Comprendiendo el Trastorno Bipolar**

El trastorno bipolar es una condición que se distingue por la presencia recurrente de al menos dos episodios en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona

se encuentran significativamente alterados. Estas alteraciones pueden manifestarse en dos formas principales: la euforia (manía o hipomanía), en la que se experimenta un aumento desmesurado del estado de ánimo y una elevada energía y actividad, y la depresión, en la cual se experimenta una disminución del estado de ánimo y una reducción en los niveles de energía y actividad. (Organización Mundial de la Salud, 1992). En la siguiente tabla 7., se resumen los síntomas:

**Tabla 7. Síntomas del trastorno bipolar**

| <b>HIPOMANIA</b>   | <b>MANIA</b>   | <b>DEPRESIÓN</b>  |
|--|--|---|
| Estado de ánimo elevado o irritabilidad.                   | Estado de ánimo eufórico o irritable.                              | Estado de ánimo deprimido persistente, tristeza o sensación de vacío.               |
| Aumento de la energía y la actividad.                      | Aumento extremo de la energía y la actividad.                      | Pérdida de interés o placer en actividades que antes eran disfrutadas.              |
| Disminución de la necesidad de dormir.                     | Insomnio o necesidad de dormir significativamente reducida.        | Cambios significativos en el apetito y/o peso, como pérdida o aumento involuntario. |
| Sentimiento de grandiosidad o sobrevaloración de sí mismo. | Ideas de grandeza o falsas creencias sobre habilidades especiales. | Insomnio o hipersomnía (exceso de sueño).   |
| Mayor hablar y pensamiento acelerado.                      | Habla rápida y acelerada.  | Agitación o ralentización psicomotora.  |
| Distracción y dificultad para concentrarse.                | Pensamiento acelerado y dificultad para concentrarse.              | Fatiga o pérdida de energía constante.  |
| Participación en actividades de riesgo o imprudentes.      | Agitación psicomotora.   | Sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza.                                   |
| Mayor sociabilidad y extroversión.                         | Comportamiento impulsivo y riesgoso.                               | Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.                          |
| Aumento de la creatividad y la productividad.              | Irritabilidad intensa o agresividad.                               | Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.                                      |
| Sentido reducido de las consecuencias negativas.           | Alucinaciones o delirios en casos más graves.                      | Retraimiento social y disminución de la actividad.                                  |

### **6.1.2.1 Pautas diagnósticas:**

Para el diagnóstico de trastorno bipolar se requiere (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

1. La presencia de al menos un episodio maníaco o hipomaníaco, así como al menos un episodio depresivo mayor.
2. Estos episodios deben durar al menos una semana y ser distintos del funcionamiento habitual del individuo.
3. Se deben descartar otras condiciones médicas o psiquiátricas que puedan explicar los síntomas.
4. Es necesario que los síntomas sean lo suficientemente graves como para afectar el funcionamiento social, laboral o académico y diferenciarse de los estados de ánimo normales.

### **6.1.2.2 Evaluación clínica necesaria antes del inicio del tratamiento**

Es fundamental realizar una evaluación psiquiátrica exhaustiva del paciente que incluya los siguientes aspectos (Cetkovich et al., 2023):

- Confirmar el diagnóstico de trastorno bipolar y determinar el tipo específico.
- Identificar el tipo de episodio afectivo en curso (maníaco, hipomaníaco o depresivo) y la fase en la que se encuentra para guiar el tratamiento.
- Evaluar la gravedad del cuadro y los especificadores, prestando especial atención a los signos y síntomas del polo opuesto para confirmar la presencia de especificadores mixtos.
- Situar el estado actual del paciente en un contexto evolutivo, considerando antecedentes de cambios de humor, frecuencia y tipo de ciclado, así como el progreso general del trastorno.
- Analizar detalladamente los tratamientos previos, incluyendo la respuesta al tratamiento y la aparición de efectos adversos.
- Detectar la presencia de comorbilidades tanto clínicas como psiquiátricas, especialmente el abuso de sustancias.
- Evaluar el grado de conciencia del paciente sobre su enfermedad y el cumplimiento de los tratamientos para valorar la adherencia.

- Recomendar una evaluación médica y bioquímica completa de acuerdo con las necesidades individuales de cada paciente diagnosticado.

### 6.1.2.3 Pautas diagnósticas para comorbilidades físicas y mentales

En la tabla 8. se presentan ciertas recomendaciones consensuadas entre expertos médicos y psiquiatras para abordar las intervenciones diagnósticas, relacionadas con la salud física de los individuos con trastorno bipolar (Bobes et al., 2008):

**Tabla 8. Algoritmos de monitorización sobre los problemas de salud física del paciente con trastorno bipolar**

| COMORBILIDAD                  | DIAGNÓSTICO   |
|-------------------------------|---|
| Patología cardiovascular      | La determinación de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) debe realizarse de forma basal y en cada visita posterior. Si la presión arterial es normal y las visitas frecuentes se recomienda al menos una nueva determinación a los 3 meses y posteriormente cada 6 meses. Cuando se obtengan valores superiores o iguales a 140/90 mmHg, se debe repetir la medición hasta tres veces a intervalos de 2-3 min. Para realizar el diagnóstico de HTA se necesita repetir las mediciones en otros 2 días diferentes (triple toma) salvo que los valores en una única ocasión sean superiores a 189/110 mmHg.   |
| Patología endocrinometabólica | De forma basal se debe determinar el peso, talla, índice de masa corporal ( $IMC = \text{peso} / \text{talla en m}^2$ ) y la medición del perímetro abdominal y realizar determinaciones analíticas de glucosa, colesterol total, colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (cHDL), colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad (cLDL), triglicéridos, TSH y prolactina (sólo en caso de trastornos menstruales, disfunción sexual o población pediátrica). En todas las visitas se debe realizar determinación del peso (una al mes como máximo). El resto de determinaciones, si están dentro de la normalidad ( $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ , c-HDL en varones $\geq 40\text{mg/dl}$ y en mujeres $\geq 50 \text{ mg/dl}$ , triglicéridos $\leq 150 \text{ mg/dl}$ , glucemia $< 100 \text{ mg/dl}$ , TSH entre 0.3-6mU/l y prolactina $< 20 \text{ ng/ml}$ , se repetirán anualmente. |
| Patología infecciosa          | Se deben realizar de forma basal y siempre que existan sospechas de prácticas de riesgo las siguientes determinaciones serológicas: anticuerpos anti-VIH (ELISA), anticuerpos anti-VHB (ELISA),   |



|                          |  |
|--------------------------|--|
|                          | anticuerpos anti-VHC (ELISA) y VDRL/RPR.   |
| Manejo de adicciones     | Recoger de forma basal y en cada visita el uso de sustancias.<br>Realizar hemograma para determinar volumen corpuscular medio (VCM) y perfil hepático como marcadores de consumo de alcohol. |
| Otros trastornos médicos | recoger historia personal de posible ulcus péptico, migraña, enfermedad respiratoria y alergias.   |

Fuente: (Bobes et al., 2008)

Las pautas diagnósticas para las comorbilidades mentales en el trastorno bipolar pueden variar según los criterios utilizados en los manuales diagnósticos, como el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). A continuación, se presentan algunas pautas diagnósticas importantes:

- Evaluación exhaustiva: Es fundamental realizar una evaluación clínica completa para identificar y diagnosticar las comorbilidades mentales en personas con trastorno bipolar. Esto puede incluir entrevistas clínicas, cuestionarios y pruebas psicológicas específicas.
- Criterios diagnósticos: Se deben cumplir los criterios diagnósticos específicos de cada trastorno mental comórbido según el manual diagnóstico utilizado. Por ejemplo, para el trastorno de ansiedad, se deben cumplir los criterios establecidos para ese trastorno, como la presencia de síntomas de ansiedad persistentes y significativos.
- Diferenciación de los síntomas: Es importante diferenciar los síntomas propios del trastorno bipolar de los síntomas de las comorbilidades mentales. Esto implica analizar la naturaleza, la intensidad y la duración de los síntomas, así como su relación temporal con los episodios de manía o depresión.
- Descarte de otras condiciones médicas y psiquiátricas: Se deben descartar otras condiciones médicas o psiquiátricas que puedan explicar los síntomas presentados. Esto implica realizar una evaluación minuciosa y considerar la posibilidad de otras enfermedades o trastornos que puedan estar presentes simultáneamente.
- Evaluación de la funcionalidad: Es importante evaluar el impacto de las comorbilidades mentales en la funcionalidad y calidad de vida de la persona. Esto implica considerar el grado de deterioro en áreas como el funcionamiento social, laboral, académico y familiar.

#### **6.1.2.4 Adherencia al tratamiento: importancia y estrategias**

La falta de adherencia a la medicación es un desafío importante en el tratamiento de enfermedades mentales graves como el trastorno bipolar y la esquizofrenia. La adherencia se refiere al grado en que una persona sigue las recomendaciones del profesional de la salud, ya sea tomar medicamentos, cambiar hábitos de vida o participar activamente en tratamientos psicológicos. La falta de adherencia está asociada con recaídas, suicidio, hospitalizaciones, costos indirectos y problemas legales. La interrupción abrupta de la medicación puede provocar recaídas, por lo que es importante abordar este problema. Las intervenciones efectivas incluyen la psicoeducación, entrevistas motivacionales, incentivos financieros, tratamientos cognitivo-conductuales y terapia familiar (Cetkovich et al., 2023).

A continuación se enlistan una serie de recomendaciones dictadas por Cetkovich et al., (2023) importantes de tomar en cuenta frente a esta problemática:

- Recordar la importancia y la alta prevalencia de la falta de adherencia
- Tener en cuenta que los agentes de salud tienden a sobrestimar la adherencia a la medicación.
- Establecer una buena alianza terapéutica que permita crear con el paciente un ámbito donde se puedan discutir libremente cuestiones relacionadas a la adherencia.
- Reconocer actitudes del paciente hacia la medicación y hacia la enfermedad que puedan atentar contra la adherencia al tratamiento.
- Establecer, junto al paciente, una rutina sobre cómo, cuándo y dónde debe tomar la medicación.
- Incluir a familiares o allegados en el monitoreo de la adherencia al tratamiento.
- Tratar de simplificar lo máximo posible los esquemas de administración de los medicamentos.
- En los pacientes con problemas cognitivos podría ser útil implementar el uso de pastilleros. (p. 52)

### **6.1.3 Capítulo 2: Abordaje psicosocial**

#### **6.1.3.1 Psicoeducación**

La psicoeducación en el trastorno bipolar se enfoca en brindar información relevante al paciente y a su familia para el manejo de la enfermedad. Su objetivo principal es prevenir recaídas, detectar síntomas tempranos, manejar la sintomatología y el estigma, promover una relación adecuada con la medicación y fomentar un estilo de vida saludable. Se puede realizar

de forma presencial o mediante herramientas online, pero es importante establecer una buena relación terapéutica. La psicoeducación se recomienda durante la fase de eutimia y se dispone de programas estructurados como el Programa de Barcelona y el Programa Estructurado por Objetivos, ultimo el cual es altamente eficaz. Estos programas involucran el trabajo con la familia, ya que las ideas preconcebidas y la falta de información pueden afectar el manejo adecuado de la enfermedad. Las intervenciones familiares reducen la sobrecarga del entorno, mejoran los síntomas depresivos en los cuidadores y contribuyen a una mejor adherencia terapéutica. En resumen, la psicoeducación es un componente fundamental del tratamiento del trastorno bipolar, ayudando a detectar pródromos, promover la adherencia terapéutica, abordar trastornos concurrentes y atender la salud física del paciente (García, 2022).

La Guía de Intervenciones en Salud Mental del Programa de Acción Mundial para la Salud Mental (GI-mhGAP) es un modelo de referencia que requiere ser adaptado a situaciones nacionales o locales específicas. El enfoque del mhGAP se centra en intervenciones para la prevención y tratamiento de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias prioritarios. Estos trastornos se seleccionan en función de la evidencia sobre su eficacia y la posibilidad de implementar estas intervenciones en países de ingresos bajos y medianos. A continuación se podrán observar algunas estrategias de intervención claves en el trastorno bipolar, recabadas de esta guía (Organización Panamericana de la Salud, 2017):

#### 2.1 Psicoeducación: Mensajes clave para la persona y sus cuidadores

- Explique que los síntomas se deben a un trastorno de salud mental, que la psicosis y los trastornos bipolares pueden ser tratados y que la persona puede recuperarse.
- Aclare las ideas erróneas comunes acerca de la psicosis y el trastorno bipolar.
- No culpe a la persona o a su familia ni los acuse de ser la causa de los síntomas.
- Señale a la persona y a la familia que la persona tiene que tomar los medicamentos prescritos y regresar para el seguimiento periódicamente.
- Explique que la reaparición o el empeoramiento de los síntomas son comunes y que es importante reconocerlos tempranamente y concurrir al establecimiento de salud cuanto antes.
- Planifique un calendario sistemático de trabajo o actividades escolares que evite la privación del sueño y el estrés tanto a la persona como a los cuidadores.
- Aliente a la persona a solicitar consejos en relación con decisiones importantes, especialmente las concernientes a dinero o compromisos esenciales.

- Recomiende evitar el consumo de alcohol, cannabis u otras drogas no recetadas, ya que pueden empeorar los síntomas psicóticos o bipolares.
- Informe a la persona sobre cómo mantener un modo de vida saludable, por ejemplo, una alimentación equilibrada, actividad física, sueño regular, buena higiene personal y ningún factor estresante. El estrés puede empeorar los síntomas psicóticos. Nota: Los cambios del modo de vida deben continuar tanto tiempo como sea necesario, posiblemente de manera indefinida. Estos cambios se deben planificar y llevar a cabo de tal modo que se logre su sostenibilidad

## 2.2 Reducir el estrés y fortalecer los apoyos sociales:

- Establezca la coordinación con las instancias sanitarias y sociales disponibles para satisfacer las necesidades de salud física, social y mental de la familia.
- Determine las actividades sociales previas de la persona que, de reiniciarse, tendrían el potencial de prestarle apoyo psicológico y social directo o indirecto; por ejemplo, reuniones de familia, salidas con amigos, visitas a vecinos, actividades sociales en el lugar de trabajo, deportes y actividades de la comunidad.
- Aliente a la persona a que reanude estas actividades sociales y asesore a los familiares acerca de esto.
- Aliente a la persona y a los cuidadores a que mejoren los sistemas de apoyo social.

## 2.3 Promover el funcionamiento adecuado en las actividades cotidianas de la vida:

- Haga que la persona continúe en la medida de lo posible sus actividades sociales, educativas y ocupacionales habituales. Es mejor para la persona tener un trabajo o estar ocupado en otras cosas importantes.
- Facilite la inclusión de la persona en actividades económicas, como el empleo con apoyo culturalmente apropiado.
- Brinde a la persona capacitación en aptitudes para la vida o aptitudes sociales que mejoren las habilidades para la vida independiente de las personas con psicosis y trastorno bipolar y las de sus familias o cuidadores.
- Facilite, si es factible y necesario, una vida independiente y una vivienda con apoyo que sea cultural y contextualmente apropiada en la comunidad. (p. 40)

### 6.1.4 Capítulo 3: Tratamiento de Comorbilidades Físicas en el Trastorno Bipolar

**Tabla 9. Medidas de intervención sobre los problemas de salud física del paciente con trastorno bipolar**

| <b>COMORBILIDAD</b>           | <b>PREVENCIÓN</b>  | <b>MEDIDAS TERAPEUTICAS</b>   |
|-------------------------------|--|---|
| Patología cardiovascular      | A todos los pacientes se debe recomendar dieta pobre en sal y realizar ejercicio adecuado a sus condiciones físicas. Es fundamental la reducción de peso si existe sobrepeso/obesidad. | Si las cifras de presión arterial no están controladas ( $\geq 140/90$ mmHg o menor de estas cifras en sujetos con diabetes o insuficiencia renal) se debe derivar a su médico de atención primaria. En este caso es importante indicar si está realizando tratamiento antipsicótico y cuál, para que se pueda decidir el hipotensor adecuado a cada caso. Si se realiza tratamiento con sales de litio hay que informar de las posibles interacciones con algunos fármacos hipotensores (en concreto diuréticos y antihipertensivos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina).  |
| Patología endocrinometabólica | A todos los pacientes se debe recomendar dieta y ejercicio, así como recordarles deben mantener hábitos de vida saludable.   | En el caso de dislipemia (colesterol total $> 250$ mg/dl, triglicéridos $> 200$ mg/dl), síndrome metabólico o diabetes (glucemia $> 126$ mg/dl) se debe derivar al paciente a atención primaria, así como también valorar una alternativa al tratamiento farmacológico, en particular si se trata de fármacos que se asocian a aumento ponderal. En el caso de aumento de peso ( $> 7\%$ del basal) también se debe considerar el cambio de tratamiento farmacológico y la derivación al médico de atención primaria si este incremento de peso se acompaña de modificaciones negativas en los factores de riesgo cardiovascular de acuerdo con los criterios previamente comentados. Cuando se mantienen cifras altas de TSH se debe valorar la derivación al endocrinólogo. |

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| Patología infecciosa     | Se recomienda la vacuna para hepatitis B en aquellos pacientes que no tienen evidencia de infección.   | En caso de positividad derivar al especialista correspondiente.   |
| Manejo de adicciones     | Realizar psicoeducación respecto al riesgo asociado al consumo de sustancias tanto para la evolución de la enfermedad como en la posible interacción con el tratamiento. | En caso de tabaquismo recomendar seguir tratamiento de deshabituación y los tratamientos sustitutivos de la nicotina como parches o chicles. Valorar la utilización de tratamientos con eficacia sobre el uso de sustancias, como el valproato en el caso del alcohol. Considerar derivación a centros de atención especializada en patología dual.   |
| Otros trastornos médicos |  | Tener en cuenta la posible interacción con el litio de los antiinflamatorios no esteroideos utilizados para el tratamiento sintomático de la migraña. También hay que vigilar la posible presencia o aparición de insuficiencia renal para ajustar los valores de litio. Los corticoides utilizados en el control del asma y otras enfermedades pulmonares pueden precipitar episodios afectivos. |

Fuente: (Bobes et al., 2008)

Tal como se puede deducir mediante la tabla 9. la atención médica integral desempeña un papel fundamental en el manejo del trastorno bipolar, debido a que aborda todos los aspectos del trastorno bipolar, incluyendo tanto los síntomas psiquiátricos como las comorbilidades físicas que pueden estar presentes. Al abordar la comorbilidad física, se reconoce que las personas con esta condición tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y problemas metabólicos. La atención médica integral se enfoca en la detección temprana, el monitoreo y el tratamiento adecuado de estas comorbilidades, lo que contribuye a mejorar la salud general y reducir el impacto negativo en la calidad de vida.

Además, se considera la necesidad de un enfoque integral de tratamiento que involucre no solo la farmacoterapia, sino también intervenciones psicoterapéuticas, psicoeducación

(como técnica principal), para la promoción de un estilo de vida saludable, que incluya una dieta equilibrada, ejercicio regular, sueño adecuado, la evitación de sustancias dañinas, y promoción del apoyo social. De esta forma, se reconoce que el trastorno bipolar requiere un abordaje multidisciplinario, con la colaboración de profesionales de la salud mental, médicos de atención primaria y otros especialistas según sea necesario.

#### **6.1.5 Capítulo 4: Tratamiento de Comorbilidades Mentales en el Trastorno Bipolar**

En el ámbito de los trastornos mentales varios estudios indican que los trastornos mentales más frecuentemente relacionados con el trastorno bipolar son el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de la personalidad (Sánchez et al., 2005).

El trastorno bipolar tiene un impacto significativo en varios aspectos del funcionamiento de las personas. Como se mencionó previamente, los pacientes con trastorno bipolar suelen presentar una alta tasa de comorbilidad psiquiátrica, lo que implica que el tratamiento debe abordarse de manera multidisciplinaria. Es necesario desarrollar un plan terapéutico individualizado para cada paciente, teniendo en cuenta sus características personales, familiares y ambientales. El tratamiento se puede dividir en tres etapas, cada una con sus propios objetivos: la fase aguda se centra en lograr una remisión sintomática, la fase de continuación tiene como objetivo prevenir recaídas, y la fase de mantenimiento se enfoca en restaurar el funcionamiento psicosocial y evitar la recurrencia de los síntomas (Desamparados, 2019).

##### **6.1.5.1 Técnicas psicoterapéuticas efectivas para el tratamiento de comorbilidades mentales**

La comorbilidad mental en el trastorno bipolar presenta desafíos significativos en términos de tratamiento. Según Pérez et al., (2001), los enfoques convencionales suelen resultar contradictorios en cuanto a la respuesta al tratamiento farmacológico. Se ha observado que el litio presenta resultados contradictorios, mientras que el ácido valproico ha demostrado ser eficaz y los pacientes tratados con gabapentina muestran una buena adherencia al tratamiento. Además, los antipsicóticos tradicionales pueden convertirse en un factor de riesgo por ejemplo en el abuso de drogas estimulantes, al atenuar los efectos reforzantes de estas sustancias (Roncero et al., (2009).

La intervención psicológica en casos de comorbilidad mental en el trastorno bipolar se enfoca principalmente en la terapia cognitivo-conductual, aunque también se incorporan terapia familiar, psicoeducación, terapia interpersonal y de ritmos sociales de Ellen Frank, técnicas de relajación y entrevista motivacional; se recomienda incluir a los pacientes

bipolares con consumo de drogas en programas de rehabilitación psicosocial y terapia cognitiva específica (Roncero et al., 2009).

La psicoeducación es un aspecto fundamental en el tratamiento, que ha evolucionado para abarcar un enfoque integrador que promueve la conciencia de la enfermedad y los síntomas, la adherencia al tratamiento, la autogestión, la importancia de los hábitos regulares y la prevención del abuso de drogas, así como una buena salud física (Sánchez, 2008, como se cita en Cabrera, 2018).

Se han desarrollado terapias grupales basadas en un enfoque cognitivo-conductual, que consideran que los mismos tipos de pensamientos y conductas que facilitan la recuperación de uno de los trastornos también facilitan la recuperación del otro, y enfatizan la interacción entre ambas patologías, especialmente el impacto del consumo de sustancias en el curso del trastorno bipolar (Vieta, 2016).

Además de las intervenciones específicas, existen enfoques generales aplicados, como la creación de redes interpersonales y grupos de apoyo, en los cuales el terapeuta desempeña un papel importante en su desarrollo y mantenimiento (Vieta, 2016). La terapia interpersonal y de ritmos sociales de Ellen Frank, diseñada específicamente para el tratamiento del trastorno bipolar, puede ser útil para fortalecer las relaciones interpersonales y promover hábitos saludables, como la higiene del sueño.

Cabe destacar que el tratamiento para el trastorno bipolar comórbido puede variar según las necesidades individuales de cada persona, por lo que es importante trabajar en colaboración con profesionales de la salud mental para desarrollar un plan de tratamiento personalizado y efectivo.

#### **6.1.6 Conclusiones**

El tratamiento del trastorno bipolar requiere un enfoque integral que incluya tanto la farmacoterapia como intervenciones psicoterapéuticas, psicoeducación, apoyo familiar y un enfoque en la salud física. Es necesario abordar tanto los síntomas emocionales como los factores psicosociales y ambientales que afectan a la persona con trastorno bipolar.

La adherencia al tratamiento es un desafío importante en el manejo del trastorno bipolar. La falta de adherencia puede conducir a recaídas y otros problemas. Para mejorar la adherencia, se pueden utilizar estrategias como la psicoeducación, las entrevistas motivacionales, los incentivos financieros y la terapia cognitivo-conductual.

El tratamiento de comorbilidades en el trastorno bipolar requiere un enfoque multidisciplinario. Es importante desarrollar planes terapéuticos individualizados que aborden las necesidades específicas de cada paciente, considerando factores personales, familiares y



ambientales. Las técnicas psicoterapéuticas efectivas incluyen la terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, psicoeducación, terapia interpersonal y de ritmos sociales, técnicas de relajación y entrevista motivacional.

#### **6.1.7 *Recapitulación de los puntos clave***

- El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia recurrente de episodios maníacos o hipomaníacos y episodios depresivos mayores, en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona se ven significativamente alterados.
- El diagnóstico del trastorno bipolar requiere cumplir con los criterios establecidos en el DSM-5, que incluyen la duración y distinción de los episodios, descartar otras condiciones médicas o psiquiátricas que puedan explicar los síntomas, y que los síntomas sean lo suficientemente graves como para afectar el funcionamiento social, laboral o académico.
- Antes de iniciar el tratamiento, es fundamental realizar una evaluación clínica exhaustiva que incluya la confirmación del diagnóstico de trastorno bipolar, la identificación del tipo de episodio afectivo y fase en curso, la evaluación de la gravedad del cuadro y los especificadores, el análisis de tratamientos previos y la detección de comorbilidades.
- La adherencia al tratamiento es crucial en el manejo del trastorno bipolar, y la falta de adherencia puede llevar a recaídas y otros problemas graves. Las estrategias para mejorar la adherencia incluyen la psicoeducación, las entrevistas motivacionales, los incentivos financieros, los tratamientos cognitivo-conductuales y la terapia familiar.
- La psicoeducación desempeña un papel fundamental en el tratamiento del trastorno bipolar, al proporcionar información relevante al paciente y su familia para el manejo de la enfermedad. También se recomienda el trabajo con la familia, ya que puede influir en el manejo adecuado de la enfermedad y contribuir a una mejor adherencia terapéutica.
- El tratamiento de comorbilidades en el trastorno bipolar requiere un enfoque multidisciplinario y la individualización del plan terapéutico. Se utilizan técnicas psicoterapéuticas como la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar, la terapia interpersonal y la terapia de ritmos sociales. Además, se recomienda abordar el abuso de sustancias y promover un estilo de vida saludable.
- La atención médica integral es importante en el manejo del trastorno bipolar, ya que aborda tanto los síntomas psiquiátricos como las comorbilidades físicas. Esto implica

la detección temprana, el monitoreo y el tratamiento adecuado de las comorbilidades físicas para mejorar la salud general y la calidad de vida.

#### ***6.1.8 Recursos adicionales para obtener apoyo y más información***

Reactivos psicológicos que podrían apoyar a la evaluación psicológica:

- Escala de Young para la evaluación de la manía (YMRS)
- Conciencia de enfermedad (AMDP)
- Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (SF-36)
- Cuestionario de hábitos de consumo
- Prueba de detección de consumo alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)
- Escala de ansiedad de Hamilton
- Cuestionarios de funcionamiento psicosocial: Escala autoaplicada de adaptación social (SASS), Escala de relaciones sociales (SBS)
- Inventario de discapacidad de Sheehan (SDI)

## 7. Discusión

El objetivo general del presente estudio fue determinar las comorbilidades más prevalentes en individuos con diagnóstico de trastorno bipolar mediante una exhaustiva revisión bibliográfica. Los resultados obtenidos indican de manera consistente que el trastorno por consumo de sustancias y el trastorno de ansiedad son las patologías más frecuentes asociadas al trastorno bipolar.

Con respecto al trastorno por consumo de sustancias, se ha identificado una prevalencia significativa, señalando que está presente en aproximadamente el 37,4 % de las personas con trastorno bipolar. Este hallazgo se sustenta en estudios de revisión de literatura previos que han demostrado altas tasas de comorbilidad entre estos trastornos, como la investigación llevada a cabo por Baldassano (2006), en la cual documenta estudios con porcentajes del 17 a 64 % de participantes con un diagnóstico de abuso de sustancias adicional; además, en este estudio se evidencia una mayor incidencia de abuso o dependencia de alcohol en pacientes con trastorno bipolar en comparación con otros trastornos psiquiátricos. La alta incidencia de ambos trastornos puede deberse a mecanismos comunes y factores de riesgo compartidos entre la enfermedad bipolar y los trastornos por consumo de alcohol. Se ha observado que ambas patologías comparten una base genética que podría conferir riesgo para su aparición, además, el uso de alcohol y sustancias puede ser una estrategia de afrontamiento utilizada por los pacientes para manejar los síntomas del estado de ánimo en el trastorno bipolar (Balanzá et al, 2015).

El trastorno de ansiedad también ha sido identificado como una comorbilidad frecuente en el trastorno bipolar. Según Sanches et al (2005), existe una alta prevalencia de comorbilidad entre los mismos, estimando un 42 % a lo largo de la vida; por otro lado, Yapici et al, (2018) mediante una revisión sistémica realizada en PubMed han informado que la incidencia de trastornos de ansiedad en pacientes con trastorno bipolar a lo largo de la vida es del 40,5%. En el presente trabajo de investigación curricular, los resultados revelan un 21,2 % de personas con trastorno bipolar y trastornos de ansiedad comórbidos. Además, se ha observado que la comorbilidad de estos trastornos puede ser más frecuente en las presentaciones mixtas y "más suaves" del trastorno bipolar (Perugi y Toni, 2012).

En el primer objetivo específico, describir las características sociales y demográficas de la población adulta con trastorno bipolar, en cuanto a la distribución geográfica del trastorno bipolar, se encontró que América del Norte tiene la proporción más alta de casos, representando un 40,5 %, seguida por Europa con un 17,8 % y América Latina con un 17,5 %. Estos resultados concuerdan con la información proporcionada por Dodd et al (2005), donde

se menciona que la distribución del trastorno bipolar varía según la región geográfica, lo que indica una mayor incidencia del trastorno bipolar en ciertos países y continentes, posiblemente debido a factores genéticos, culturales y socioeconómicos.

Con respecto al género, los resultados revelaron que, de un total de 9813 personas con trastorno bipolar, el 59,6 % eran mujeres y el 40,4 % eran hombres. Además, se identificó que, entre la población con trastorno bipolar y comorbilidad, el 57,5 % eran mujeres y el 42,5 % eran hombres. Estos datos indican una mayor proporción de mujeres tanto en el grupo de trastorno bipolar aislado como en el grupo de trastorno bipolar con comorbilidad, lo que sugiere una mayor prevalencia del trastorno bipolar en las mujeres. Al contrastar esta información con investigaciones previas, se ha observado que ciertos trastornos comórbidos, como la bulimia y el trastorno por estrés postraumático (TEPT), son más frecuentes en mujeres con trastorno bipolar (Baldassano, 2006). En este contexto, Dodd et al. (2005) respaldan estas diferencias de género al destacar que el trastorno bipolar tipo I muestra una mayor prevalencia en hombres, mientras que el tipo II es más común en mujeres. Además, estos estudios también señalan que las mujeres con trastorno bipolar tienen una mayor incidencia de enfermedades tiroideas y migrañas. En cuanto a la edad de inicio, se observa una asociación entre el inicio de la bipolaridad en la quinta década de vida, que es más frecuente en mujeres, y la llegada de la menopausia. Es relevante mencionar que, según Dodd et al. (2005), la edad promedio de inicio del primer episodio afectivo es significativamente mayor en mujeres en comparación con hombres.

En cuanto a las distintas etapas de la vida, nuestros hallazgos revelaron que la adultez temprana, comprendida entre los 18 y 40 años, registró la mayor proporción de casos, representando un 57.7% del total, seguida de cerca por la adultez intermedia, que abarca el rango de 40 a 60 años, con un 42.3%. Estos resultados ponen de manifiesto que el trastorno bipolar puede manifestarse a lo largo de diversas etapas de la vida, si bien muestra una incidencia significativamente mayor durante la adultez temprana. Es importante destacar que la Encuesta Nacional de Comorbilidad, citada por Dodd et al. en 2005, informa que la edad promedio de inicio del trastorno bipolar es a los 21 años, lo cual concuerda con nuestro hallazgo de que el grupo de edad de 30 a 40 años representa la mayor proporción de casos de trastorno bipolar en el presente estudio, con un 44.2%.

Dentro del segundo objetivo específico, identificar las comorbilidades físicas y mentales de personas adultas con trastorno bipolar, los resultados revelaron que un 54,2 % de personas con trastorno bipolar registradas en los estudios, presentaron una patología asociada, y dentro de este porcentaje, el 82,35 % presentaron específicamente una comorbilidad mental,

mientras que el 17,65 % mostraron comorbilidades físicas. Estos resultados nos informan que más de la mitad de personas con trastorno bipolar, tendrán otra enfermedad física o mental asociada, teniendo mayor tendencia a que sea un trastorno mental. Este hallazgo está respaldado con estudios anteriores que han encontrado una alta incidencia de trastornos mentales en pacientes con trastorno bipolar (Uygun, 2018; Baldassano, 2006; Dodd et al, 2005).

Al analizar las comorbilidades mentales específicas, se encontró que un porcentaje significativo de la población estudiada presenta trastorno por consumo de sustancias en un 45,5 %, un trastorno de ansiedad correspondiente al 25,8 %, seguido de otras enfermedades importantes de tomar en cuenta, como el trastorno límite de la personalidad en un 9,8 %, insomnio con el 5,5 % y trastornos de la conducta alimentaria con el 4,2 %. Estos hallazgos coinciden con otros estudios que han identificado trastornos de ansiedad, trastornos del sueño y trastornos de la personalidad como las patologías más comunes en pacientes con trastorno bipolar (Uygun, 2018; Sanches et al, 2005). En cuanto a los trastornos alimentarios, se respalda con estudios que han encontrado una alta comorbilidad en pacientes bipolares, refiriendo que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de la compulsión alimentaria periódica, son especialmente comunes con el trastorno bipolar tipo II; en relación con los trastornos de personalidad, Sanches et al (2005), encontraron una alta prevalencia de estos, especialmente los del clúster B (límite e histriónico). Además, se ha observado una superposición de síntomas entre el bipolar tipo II y el de personalidad límite (Marčinko y Vuksan, 2009).

Dentro de la comorbilidad física, se observó una prevalencia significativa de alteraciones cardiometabólicas, con 36,5 %, y afecciones no cardiovasculares, en un 28,9 %, en la población estudiada. Entre las alteraciones cardiovasculares más comunes se encuentran la hipertensión, la hipertrigliceridemia y la hiperlipidemia, con una incidencia del 6,5 % por cada una. Además, se registraron casos de hepatitis, diabetes, obesidad y diabetes mellitus, aunque con una menor frecuencia en comparación con las alteraciones cardiovasculares. Estos resultados están respaldados por otros estudios que han encontrado una mayor prevalencia de obesidad, síndrome metabólico y alteraciones en el metabolismo de la glucosa en pacientes con trastorno bipolar (González, 2015; Mansur y McIntyre, 2015). El trastorno bipolar también se ha asociado con hipotiroidismo, migraña y alteraciones en el metabolismo de la glucosa. La obesidad, el sobrepeso e hipotiroidismo son comunes y pueden estar relacionados con el uso de litio o carbamazepina en el tratamiento del trastorno bipolar (Sanches et al, 2005).

## 8. Conclusiones

1. Según el análisis de las investigaciones científicas revisadas en este trabajo de integración curricular, se evidenció que más de la mitad de las personas con trastorno bipolar presentan una o más comorbilidades adicionales, con una mayor incidencia de enfermedades mentales, especialmente el trastorno por consumo de sustancias y el trastorno de ansiedad, los cuales resultaron ser las patologías más comunes asociadas al trastorno bipolar en la población adulta. La alta prevalencia de ambos trastornos puede deberse a mecanismos comunes y factores de riesgo compartidos, además, el uso de alcohol y sustancias puede ser una estrategia de afrontamiento utilizada por los pacientes para manejar los síntomas del estado de ánimo en el trastorno bipolar. Con respecto a las enfermedades físicas, se observó una prevalencia significativa de alteraciones cardiometabólicas como hipertensión, hipertrigliceridemia e hiperlipidemia en la muestra analizada. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar y abordar de manera integral tanto los síntomas del trastorno bipolar como las comorbilidades presentes, ya sea en la evaluación y el tratamiento.
2. Se observó una mayor prevalencia del trastorno bipolar en mujeres en comparación con hombres, lo que destaca la necesidad de considerar factores de género en la evaluación y el manejo de esta enfermedad. El trastorno bipolar afecta a personas en diferentes etapas de la vida, con una mayor incidencia en la adultez temprana, lo cual sugiere la importancia de adaptar las estrategias de tratamiento a las características específicas de cada grupo de edad. Por último, se encontró una distribución heterogénea del trastorno bipolar en diferentes regiones geográficas, con una mayor concentración de casos en América del Norte, seguida por Europa y América Latina. Estos hallazgos resaltan la influencia de factores genéticos, culturales y socioeconómicos en la aparición y prevalencia del trastorno bipolar. La variabilidad geográfica también puede tener implicaciones importantes para la planificación de políticas de salud mental y la asignación de recursos.
3. Se subraya la importancia de contar con una guía informativa que proporcione información relevante y actualizada sobre el trastorno bipolar, respaldada por evidencia científica que proporcione pautas claras y recomendaciones prácticas para el manejo de las comorbilidades presentes, y facilitar la adaptación de los enfoques de tratamiento de manera más efectiva. Esta guía, puede resultar especialmente útil para estudiantes y profesionales de psicología clínica, al brindarles una referencia confiable y actualizada para su práctica clínica diaria, que aporte en la toma de decisiones clínicas y promueva una atención de calidad.

4. El presente trabajo de integración curricular se centró en la revisión de artículos científicos de libre acceso en línea, en español, inglés e italiano, por tanto, es importante considerar las limitantes en la selección de artículos y calidad de la información en el estudio, por consiguiente, se obtuvo una muestra poco significativa, y limitaciones en los resultados del estudio.

## 9. Recomendaciones

1. Dado que más de la mitad de las personas con trastorno bipolar presentaron comorbilidades adicionales, se sugiere realizar una evaluación integral de la salud, abordando tanto los aspectos físicos como los mentales. Los profesionales de la salud deben estar alerta a la presencia de comorbilidades mentales, como el trastorno por consumo de sustancias, el trastorno de ansiedad, así como a las comorbilidades físicas, como las alteraciones cardiometabólicas. Es importante considerar la implementación de estrategias preventivas y de detección temprana de las comorbilidades más comunes en personas con trastorno bipolar. Esto podría incluir programas de educación y concientización dirigidos a profesionales de la salud y al público en general. Además, se recomienda fomentar la colaboración interdisciplinaria en el manejo del trastorno bipolar y sus comorbilidades, para que los profesionales de la salud mental trabajen en conjunto con otros especialistas.
2. En vista de los hallazgos revelados, se sugiere a los profesionales de la salud mental tomar en cuenta tanto las diferencias de género como las variaciones en la distribución geográfica al abordar el trastorno bipolar. La mayor prevalencia en mujeres resalta la necesidad de considerar enfoques de tratamiento y manejo que sean sensibles al género y que aborden las posibles influencias hormonales y sociales. Dado que el trastorno bipolar puede manifestarse en diversas etapas de la vida, la adaptación de las estrategias terapéuticas según la edad podría resultar beneficioso para un tratamiento más efectivo. Además, la variabilidad geográfica en la prevalencia subraya la importancia de reconocer y considerar los factores genéticos, culturales y socioeconómicos en el desarrollo de políticas de salud mental.
3. Se recomienda desarrollar una guía informativa mejorada y actualizada, que proporcione información relevante sobre el trastorno bipolar y sus comorbilidades. Se sugiere que esta guía sea exhaustiva, que aborde las comorbilidades encontradas en el trastorno bipolar de forma específica, y que pueda ser adaptada a los diferentes contextos geográficos, sociales, demográficos, culturales; con el fin de poder ser empleada en las diferentes casas de salud, ya sea de atención pública o privada del país.
4. Para futuras investigaciones, se sugiere ampliar la muestra y considerar la inclusión de estudios en otros idiomas y bases de datos de acceso restringido, para obtener una visión más completa y representativa de las comorbilidades asociadas al trastorno bipolar. También se recomienda llevar a cabo estudios longitudinales que analicen la evolución y el impacto de las comorbilidades en el curso y pronóstico del trastorno bipolar, lo que



contribuiría a mejorar la comprensión y el tratamiento de esta enfermedad. Asimismo, es importante realizar investigaciones que amplíen la información sobre datos sociodemográficos, con el fin de adaptar estrategias de tratamiento a las necesidades específicas de cada grupo.

## 10. Bibliografía

- Aftab, A., Levin, J., Aebi, M., Bhat, C., & Sajatovic, M. (2018). Associations of Comorbid Anxiety With Medication Adherence and Psychiatric Symptomatology in a Population of Nonadherent Bipolar Disorder Subjects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(4), 258-262. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000788>
- Alloy, L., Abramson, L., Urosevic, S., Bender, R., & Wagner, C. (2009). Longitudinal Predictors of Bipolar Spectrum Disorders: A Behavioral Approach System (BAS) Perspective. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 16(2), 206-226. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01160.x>
- Álvarez, E., & Gutiérrez, L. (2015). Comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(4), 232-241. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.12.001>
- Angst, J. (2006). Do many patients with depression suffer from bipolar disorder? *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 51(1), 3-5. <https://doi.org/10.1177/070674370605100102>
- Angst, J., & Cassano, G. (2005). The mood spectrum: Improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7 Suppl 4, 4-12. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00210.x>
- Angst, J., Gamma, A., Bowden, C., Azorin, J., Perugi, G., Vieta, E., & Young, A. (2013). Evidence-based definitions of bipolar-I and bipolar-II disorders among 5,635 patients with major depressive episodes in the Bridge Study: Validity and comorbidity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263(8), Article 8. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0393-4>
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Hantouche, E., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2005). Obsessive-compulsive syndromes and disorders: Significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(1), Article 1. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0576-8>
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., & Rentero, D. (2016). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*, 29(3), 186-195. <https://doi.org/10.20882/adicciones.782>

- Arnold, I., Dehning, J., Grunze, A., & Hausmann, A. (2021). Old Age Bipolar Disorder- Epidemiology, Aetiology and Treatment. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(6), 587. <https://doi.org/10.3390/medicina57060587>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-5®)* (5a ed.). Editorial medica Panamericana.
- Bakim, B., Baran, E., Yayla, S., Akpınar, A., Sengul, H., Ertekin, H., Güleken, M. D., Tankaya, O., Ozer, O. A., & Karamustafalıoğlu, K. O. (2016). Comparison of the patient groups with and without dissociative disorder comorbidity among the inpatients with bipolar disorder. *Family Practice and Palliative Care*, 1(2), Article 2. <https://doi.org/10.22391/920.256690>
- Balanzá, V.; Crespo, B.; González, A. y Vieta, E. (2015). Bipolar disorder comorbid with alcohol use disorder: focus on neurocognitive correlates. *Frontiers in Physiology*, 6(108), 1-9.
- Baldassano, C. (2006). Illness Course, Comorbidity, Gender, and Suicidality in Patients with Bipolar Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(11), 8-11.
- Baltacıoğlu, M., Kosger, F., Essizoglu, A., Gulec, G., Ozlem, F., & Yenilmez, C. (2017). Comparison of cognitive functions in bipolar disorder patients with and without comorbid borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(1), 35-40. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1293247>
- Balzafiore, D., Rasgon, N., Yuen, L., Shah, S., Kim, H., Goffin, K. C., Miller, S., Wang, P. W., & Ketter, T. A. (2017). Lifetime eating disorder comorbidity associated with delayed depressive recovery in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 5(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40345-017-0094-4>
- Batstra, L., Bos, E. H., & Neeleman, J. (2002). Quantifying psychiatric comorbidity: Lessons from chronic disease epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(3), 105-111. <https://doi.org/10.1007/s001270200001>
- Berkol, T., YARGIÇ, İ., ÖZYILDIRIM, İ., & YAZICI, O. (2014). Comorbidity of Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in Bipolar Patients: Prevalence, Sociodemographic and Clinical Correlates. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 51(2), 97-102. <https://doi.org/10.4274/npa.y6376>
- Blanco, M., Kou, S., & Xueqing, L. (2017). La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(1), 12-24.

- Bobes, J., Sáiz, J., Montes, J., Mostaza, J., Rico, F., & Vieta, E. (2008). Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 1(1), 26-37. [https://doi.org/10.1016/S1888-9891\(08\)72513-8](https://doi.org/10.1016/S1888-9891(08)72513-8)
- Bowden, C. (2005). A different depression: Clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 84(2), 117-125. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00194-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00194-0)
- Bravo, M. (2003). *Psicofarmacología para psicólogos*. Editorial Síntesis. <https://pavlov.psyciencia.com/2021/01/psicofarmacologia-para-psicologos-1.pdf>
- Cabrera, J. (2018). *Psicoeducación en trastorno bipolar Programa de Enfermedades Afectivas (PEA)*.
- Calderón, A., Poblador, B., González, F., Gimeno, L., Abad, J., & Prados, A. (2012). Multimorbidity, polypharmacy, referrals, and adverse drug events: Are we doing things well? *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(605), e821-e826. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X659295>
- Cárdenas, S., Otero, S., Montalban, X., & Tintoré, M. (2020). Prevalence and impact of comorbidities in patients with multiple sclerosis. *Revista De Neurologia*, 71(4), 151-158. <https://doi.org/10.33588/rn.7104.2020095>
- Casares, J., Calderon, F., Ramos, J., García, G., Garrido, M., Morgado, B., & Micharet, A. (2019). *INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA DE REDES Y PSIQUIATRÍA*. 26.
- Castro, T., Silva, F., Lobato, M., Gomide, A., Correa, H., & Fernandes, L. (2012). Assessment of impulsivity in bipolar disorder (BD) in comorbidity with generalized anxiety disorder (GAD): Revisiting the hypothesis of protective effect. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 9(2), 102-106.
- Cetkovich, M., Abadi, A., Camino, S., Bonetto, G. G., Herbst, L., Marengo, E., Torrente, F., Maresca, T., Bustin, J., Morra, C., Corral, R., Sotelo, D., Strejilevich, S., Pessio, J., Vilapriño, J. J., Vilapriño, M., Vázquez, G., & Corrales, A. (2023). Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los Trastornos Bipolares. Segunda Parte A: Tratamiento integral de los trastornos bipolares en el adulto. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 34(159, ene.mar.), Article 159, ene.mar. <https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.367>
- Charlson, M., Pompei, P., Ales, K., & MacKenzie, C. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)

- Ching, C. R. K., Hibar, D., Gurholt, T., Nunes, A., Thomopoulos, S., Abé, C., Agartz, I., Brouwer, R., Cannon, D., de Zwarte, S., Eyster, L., Favre, P., Hajek, T., Haukvik, U., Houenou, J., Landén, M., Lett, T., McDonald, C., Nabulsi, L., ... Enigma bipolar disorder working. (2022). What we learn about bipolar disorder from large-scale neuroimaging: Findings and future directions from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Human Brain Mapping*, 43(1), 56-82. <https://doi.org/10.1002/hbm.25098>
- Chong, L.-W., Hsu, C.-C., Lee, C.-Y., Chou, R.-H., Lin, C.-L., Chang, K.-H., & Hsu, Y.-C. (2018). Association of viral hepatitis and bipolar disorder: A nationwide population-based study. *Journal of Translational Medicine*, 16(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12967-018-1542-3>
- Craddock, N., & Sklar, P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1654-1662. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60855-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60855-7)
- Crump, C., Sundquist, K., Winkleby, M., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in bipolar disorder: A Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 931-939. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1394>
- De Filippis, S., Cuomo, I., Kotzalidis, G., Pucci, D., Zingaretti, P., Porrari, R., Fini, C., Motta, P., Caloro, M., & Girardi, P. (2017). Does the efficacy of asenapine in bipolar disorder increase in the presence of comorbidity with a substance use disorder? A naturalistic study. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 7(2), 67-77. <https://doi.org/10.1177/2045125316674698>
- Desamparados, B. (2019). *Eficacia del tratamiento psicoeducativo grupal en el Trastorno Bipolar* [Trabajo de fin de Grado]. Universidad de Valladolid.
- Dodd, S.; Katsenos, S.; Tiller, J.; y Berk, M. (2005). Clinical characteristics and management of bipolar disorder in women across the life span. *Women's Health*, 1(3), pp 421-428.
- Elixhauser, A., Steiner, C., Harris, D. R., & Coffey, R. (1998). Comorbidity Measures for Use with Administrative Data. *Medical Care*, 36(1), 8-27. <https://doi.org/10.1097/00005650-199801000-00004>
- Fabbri, L. M., Boyd, C., Boschetto, P., Rabe, K., Buist, A., Yawn, B., Leff, B., Kent, D., Schünemann, H., & ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. (2012). How to integrate multiple comorbidities in guideline development: Article 10 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report.

- Proceedings of the American Thoracic Society*, 9(5), 274-281.  
<https://doi.org/10.1513/pats.201208-063ST>
- Fagiolini, A., Forgione, R., Maccari, M., Cuomo, A., Morana, B., Catena, M., Pellegrini, F., & Rossi, A. (2013). Prevalence, chronicity, burden and borders of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 148(2-3), 161-169.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.001>
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23(7), 455-468. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(70\)90054-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(70)90054-8)
- Fracalanza, K., McCabe, R., Taylor, V., & Antony, M. M. (2011). Bipolar Disorder Comorbidity in Anxiety Disorders: Relationship to demographic profile, symptom severity, and functional impairment. *The European Journal of Psychiatry*, 25(4), 223-233. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632011000400005>
- Fried, L., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), 255-263. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.m255>
- Gallardo, M. (2014). REVISIÓN Y PROPUESTA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA EL TRASTORNO BIPOLAR. *HYGIA de Enfermería*, 86, 60-65.
- García, J. (2022). *Nuevos Especificadores Diagnósticos Del Trastorno Bipolar* [Tesis Doctoral, Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/74970>
- Ghoreishizadeh, M. A., Golmirzaei, J., Bakhshi, S., Amiri, S., & Shafiee-Kandjani, A. R. (2009). Comorbidity of Anxiety Disorders and Substance Abuse with Bipolar Mood Disorders and Relationship with Clinical Course. *Iranian Journal of Psychiatry*, 4(3), 120-125.
- Giner, J., Medina, A., & Giner, L. (2017). *INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DEL RIESGO SUICIDA (Encuentros en Psiquiatría)* (Vol. 7). Enfoque Editorial S.C.
- Gomes, F., Almeida, K., Magalhães, P., Caetano, S., Sant'Anna, M., Lafer, B., & Kapczinski, F. (2013). Cardiovascular risk factors in outpatients with bipolar disorder: A report from the Brazilian Research Network in Bipolar Disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), 126-130. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2011-0768>
- Gonzalez, R., Gonzalez, S., Villa, E., Ramirez, M., Zavala, J., Armas, R., Contreras, J., Dassori, A., Leach, R., Flores, D., Jerez, A., Raventós, H., Ontiveros, A., Nicolini, H.,

- & Escamilla, M. (2015). Identification of circadian gene variants in bipolar disorder in Latino populations. *Journal of Affective Disorders*, 186, 367-375. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.014>
- González, S. (2015). Respecto al trastorno mental grave y la diabetes mellitus. *Diabetes Práctica*, 06(04), 145-92.
- Harmanci, H., ÇAM, F., & ETİKAN, İ. (2016). Comorbidity of Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in Bipolar and Unipolar Patients. *Archives of Neuropsychiatry*, 53(3), 257-262. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.11328>
- Hawke, L., Velyvis, V., & Parikh, S. (2013). Bipolar disorder with comorbid anxiety disorders: Impact of comorbidity on treatment outcome in cognitive-behavioral therapy and psychoeducation. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1(1), 15. <https://doi.org/10.1186/2194-7511-1-15>
- Hernández, O. M., Martínez, O. M., & Izquierdo, Y. B. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-482.
- Holmgren, D., Lermenda, V., Cortés, C., Cárdenas, I., Aguirre, K., & Valenzuela, K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(4), 275-286. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272005000400002>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *Global Burden of Disease Compare*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- Jakovljević, M., & Ostojić, L. (2013). Comorbidity and multimorbidity in medicine today: Challenges and opportunities for bringing separated branches of medicine closer to each other. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 18-28.
- Jamison, K. R. (2000). Suicide and bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 Suppl 9, 47-51.
- Jen, A., Saunders, E., Ornstein, R., Kamali, M., & McInnis, M. (2013). Impulsivity, anxiety, and alcohol misuse in bipolar disorder comorbid with eating disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/2194-7511-1-13>
- Judd, L., Akiskal, H., Schettler, P., Endicott, J., Leon, A., Solomon, D., Coryell, W., Maser, J., & Keller, M. (2005). Psychosocial Disability in the Course of Bipolar I and II Disorders: A Prospective, Comparative, Longitudinal Study. *Archives of General Psychiatry*, 62(12), 1322-1330. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.12.1322>

- Kaplan, M., & Feinstein, A. (1974). The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. *Journal of Chronic Diseases*, 27(7-8), 387-404. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(74\)90017-4](https://doi.org/10.1016/0021-9681(74)90017-4)
- Kazhungil, F., Cholakottil, A., Kattukulathil, S., Kottelassal, A., & Vazhakalayil, R. (2017). Clinical and familial profile of bipolar disorder with and without obsessive-compulsive disorder: An Indian study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(4), 270-275. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0061>
- Kemp, D., Gao, K., Ganocy, S., Caldes, E., Feldman, K., Chan, P., Conroy, C., Bilali, S., Findling, R., & Calabrese, J. (2009). Medical and substance use comorbidity in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 116(1), 64-69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.11.011>
- Kim, S.-W., Berk, L., Kulkarni, J., Dodd, S., de Castella, A., Fitzgerald, P. B., Amminger, G. P., & Berk, M. (2014). Impact of comorbid anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder on 24-month clinical outcomes of bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*, 166(1), 243-248. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.017>
- Kivilcim, Y., Altintas, M., Domac, F., Erzincan, E., & Gülec, H. (2017). Screening for bipolar disorder among migraineurs: The impact of migraine&ndash;bipolar disorder comorbidity on disease characteristics. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13(1), 631-641. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121448>
- López, V., & Nicolini, H. (1999). Genética del trastorno bipolar. Una revisión. *Salud Mental*, 22(4), Article 4.
- Lu, R.-B., Chang, Y.-H., Wang, T.-Y., Lee, S.-Y., Chen, P. S., & Yang, Y. K. (2018). The aldehyde dehydrogenase 2 polymorphisms on neuropsychological performance in bipolar II disorder with or without comorbid anxiety disorder. *PLOS ONE*, 13(2), e0192229. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192229>
- Mackin, P., & Young, A. H. (2004). Rapid cycling bipolar disorder: Historical overview and focus on emerging treatments. *Bipolar Disorders*, 6(6), 523-529. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00156.x>
- Mansur, R. y McIntyre, R. (2015). Metabolic Comorbidity and Physical Health Implications for Bipolar Disorder: An Update. *FOCUS*, 13(1), 12-18.
- Marčinko, D y Vuksan, B. (2009). Borderline personality disorder and bipolar disorder comorbidity in suicidal patients: diagnostic and therapeutic challenges. *Psychiatria Danubina*, 21(3), 386-390



- Matthew, P., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ...Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Medina, E., Molina, H., & Sánchez, S. (2008). Efecto del consumo de alcohol en la evolución del paciente bipolar. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 25(3), 279-284.
- Méndez, I., & Birmaher, B. (2010). *El Trastorno Bipolar Pediátrico: ¿Sabemos detectarlo?* 38(3), 170-182.
- Merikangas, K., Akiskal, H., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R., Petukhova, M., & Kessler, R. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543-552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>
- Merikangas, K., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N., Viana, M., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E., Ladea, M., Medina, M., Ono, Y., Posada, J., Sagar, R., Wells, E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Munévar, G., Shaver, A., & Cole, M. (2018). Bipolar disorder as failure of interhemispheric inhibition. *Límite (Arica)*, 13(43), 80-88. <https://doi.org/10.4067/S0718-50652018000300080>
- Naciones Unidas. (2015, septiembre 25). Objetivos y metas de desarrollo sostenible. *Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Nery, F., Hatch, J., Glahn, D., Nicoletti, M., Serap, E., Najt, P., Fonseca, M., Bowden, C., Cloninger, C., & Soares, J. (2009). Rasgos del temperamento y carácter en pacientes con trastorno bipolar y asociaciones con el alcoholismo o trastornos de ansiedad comórbidos. *Psiquiatría Biológica*, 16(1), 12-21. [https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(09\)71886-X](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(09)71886-X)
- Oquendo, M. A., Currier, D., Liu, S.-M., Hasin, D., Grant, B., & Blanco, C. (2010). Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

- (NESARC). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 902-909.  
<https://doi.org/10.4088/JCP.09m05198gry>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (10.<sup>a</sup> ed.). MEDITOR.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Salud Mental en la Comunidad, segunda edición* (2da ed.). Biblioteca Sede OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51463>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada Versión 2.0: Vol. 2.0*.
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría* (1.<sup>a</sup> ed.). Editorial Médica Panamericana.  
<https://www.medicapanamericana.com/es/libro/lecciones-de-psiquiatria-2e>
- Orueta, J., Nuño, R., García, A., & Alonso, E. (2013). Prevalence of multimorbidity according to the deprivation level among the elderly in the Basque Country. *BMC Public Health*, 13(918), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-918>
- Osorio, J., Quenan, Y., & Acosta, M. (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>
- Pardo, E., Fierro, M., & Ibanez, M. (2011). Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar\*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 85-98.
- Paris, J. (2021). *El espectro bipolar: ¿Diagnóstico o moda?* NED Ediciones.  
<https://play.google.com/books/reader?id=8ioqEAAAQBAJ&pg=GBS.PT4&hl=es>
- Pender, M. (2020). Hypothesis: Bipolar disorder is an Epstein-Barr virus-driven chronic autoimmune disease - implications for immunotherapy. *Clinical & Translational Immunology*, 9(4), e1116. <https://doi.org/10.1002/cti2.1116>
- Pérez de Heredia, J. L., González Pinto, A., Ramírez, M., Imaz, A., & Ruiz, J. (2001). Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. *Trastornos Adictivos*, 3, 19-24.
- Perugi, G., & Toni, C. (2012). Comorbidity between panic-disorder and bipolar disorder. *Journal of Psychopathology*, 18(1), 75-81.
- Pini, S., Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G., & Wittchen, H. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 425-434.  
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.011>

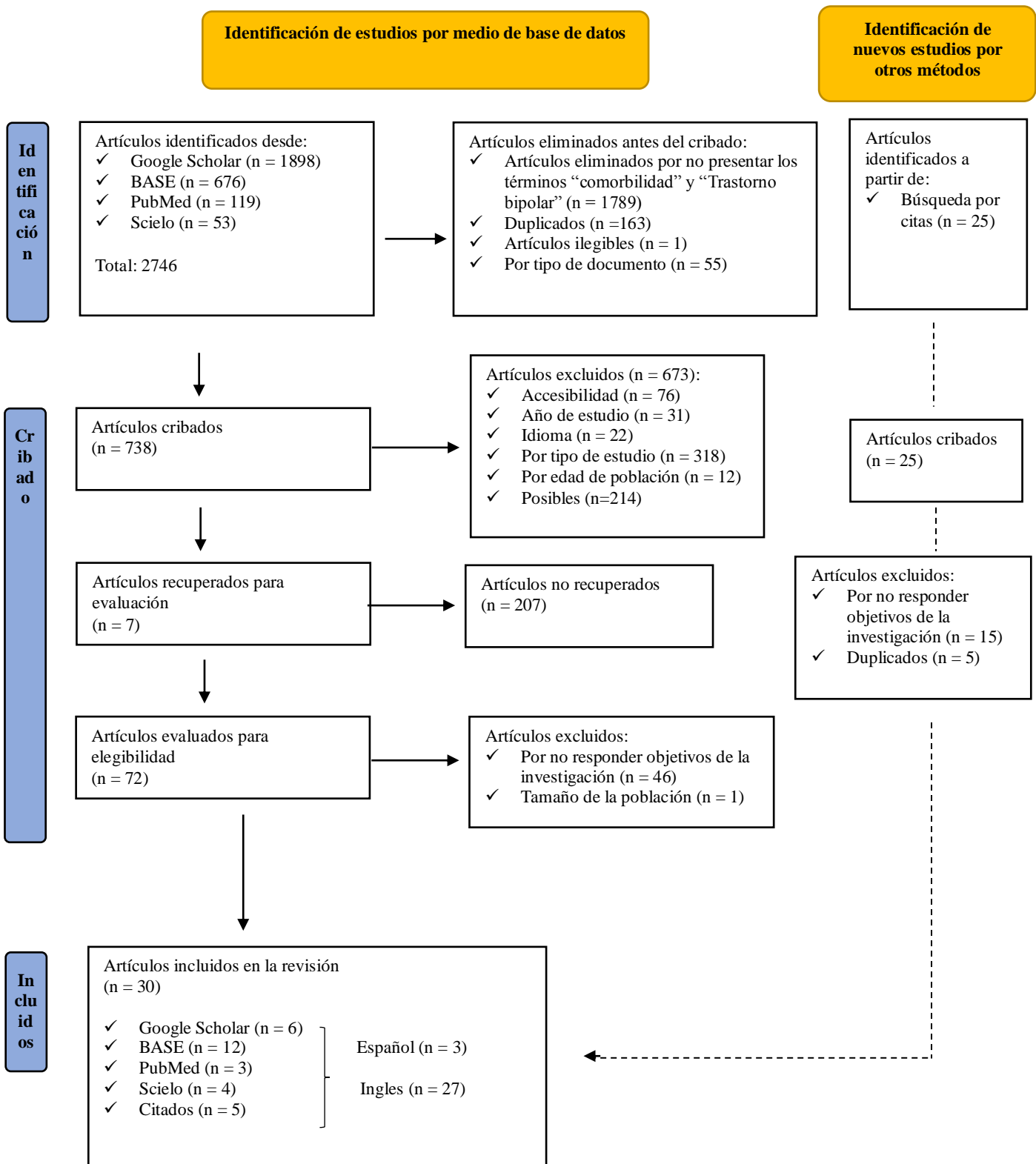
- Posada, A., Andrade, R., Suarez, D. C., Gómez, S., Agudelo, L., Tabares, L., Agudelo, Á., Uribe, E., Aguirre, D., & López, C. (2020). Salud sexual y reproductiva de los pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.007>
- Quarantini, L., Miranda, A., Nery, F., Andrade, M., Galvão, A., Guimarães, J. L., Teles, C. A. S., Netto, L. R., Lira, S. B., de Oliveira, I. R., Post, R. M., Kapczinski, F., & Koenen, K. C. (2010). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on bipolar disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.005>
- Ramírez, X., Leal, M., & Madrigal, S. (2020). Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), Article 9. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.572>
- Roncero, C., López-Ortiz, C., Rodríguez-Pascual, M., & Grau-López, L. (2009). Paciente bipolar dual: Un reto terapéutico\*. *Trastornos Adictivos*, 11(2), 131-137. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(09\)72062-8](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(09)72062-8)
- Rosas, O., Gonzáles, E., Brito, A., Vázquez, O., Peschard, E., Gutiérrez, L., & García, E. (2011). Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2), 153-162.
- Ruiloba, V. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (7.ª ed.). MASSON.
- Ruzickova, M., Slaney, C., Garnham, J., & Alda, M. (2003). Clinical Features of Bipolar Disorder with and without Comorbid Diabetes Mellitus. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 4(7), 458-461. <https://doi.org/10.1177/070674370304800705>
- Sanches, R.; Assunção, I. y Hetem, L. (2005). Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Rev.Psiq.Clín.*, 32(1), 71-77.
- Sánchez, J., Martínez, A., & Vieta, E. (2005). Comorbilidad en el trastorno bipolar. *Rev. psiquiatr. Fac. Med. Barc*, 32(2), 77-88.
- Secades, A., & Fernández, C. (2017). Revisión de la eficacia de los tratamientos para el trastorno bipolar en comorbilidad con el abuso de sustancias. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 113-124. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.10.003>
- Sharma, R., & Markar, H. (1994). Mortality in affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 31(2), 91-96. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(94\)90112-0](https://doi.org/10.1016/0165-0327(94)90112-0)
- Sierra, P., Livianos, L., Peris, L., & Rojo, L. (2011). Impulsividad, búsqueda de sensaciones y agresividad en pacientes bipolares tipo I y II. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(4), 195-204. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.07.004>

- Solomon, D., Leon, A., Coryell, W., Endicott, J., Li, C., Fiedorowicz, J., Boyken, L., & Keller, M. (2010). Longitudinal Course of Bipolar I Disorder: Duration of Mood Episodes. *Archives of General Psychiatry*, 67(4), 339-347. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.15>
- Starfield, B., Lemke, K., Bernhardt, T., Foldes, S., Forrest, C., & Weiner, J. (2003). Comorbidity: Implications for the importance of primary care in «case» management. *Annals of Family Medicine*, 1(1), 8-14. <https://doi.org/10.1370/afm.1>
- Steinan, M., Scott, J., Lagerberg, T., Melle, I., Andreassen, O., Vaaler, A., & Morken, G. (2016). Sleep problems in bipolar disorders: More than just insomnia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(5), 368-377. <https://doi.org/10.1111/acps.12523>
- Suárez, M., Montes, M., Jarabo, D., & Forteza, G. (2015). Trastorno bipolar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5075-5085. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.08.003>
- Sylvia, L., Shelton, R., Kemp, D., Bernstein, E., Friedman, E., Brody, B. D., McElroy, S. L., Singh, V., Tohen, M., Bowden, C. L., Ketter, T. A., Deckersbach, T., Thase, M. E., Reilly-Harrington, N. A., Nierenberg, A. A., Rabideau, D. J., Kinrys, G., Kocsis, J. H., Bobo, W. V., ... Calabrese, J. R. (2015). Medical burden in bipolar disorder: Findings from the Clinical and Health Outcomes Initiative in Comparative Effectiveness for Bipolar Disorder study (Bipolar CHOICE). *Bipolar Disorders*, 17(2), 212-223. <https://doi.org/10.1111/bdi.12243>
- Téllez, J., & Molinello, H. (2008). *Trastorno afectivo bipolar de la clínica a la neuroprotección Parte II: aspectos neurobiológicos y terapéuticos*. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas. [www.psiquiatriabiologica.org.co](http://www.psiquiatriabiologica.org.co)
- Tensae, D. W., Solomon, H., Boru, B., & Getinet, W. (2018). Prevalence and correlates of alcohol use disorders among bipolar patients at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa (Ethiopia): A cross-sectional institution based study. *Journal of Public Health in Africa*, 9(3), Article 3. <https://doi.org/10.4081/jphia.2018.829>
- Tondo, L. (2014). El tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar. *Psicodébate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 14(2), 83-100.
- Torales, J., & Navarro, R. (2019). Trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar: Del solapamiento de criterios diagnósticos al solapamiento clínico. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 52(1), 59-62. [https://doi.org/10.18004/anales/2019.052\(01\)59-062](https://doi.org/10.18004/anales/2019.052(01)59-062)

- Trezza, M. (2017). *Abordaje terapéutico del trastorno Bipolar I desde el Modelo Estratégico de Resolución de Problemas* [Trabajo Final Integrador]. Universidad de Palermo.
- Uriz, P. (2011). COMORBILIDAD, FRAGILIDAD Y DISCAPACIDAD: Conceptos distintos e interrelacionados. *Cuadernos Gerontológicos*, 12, 10-19.
- Uygun, E. (2018). Psychological Diagnosis Profile and PTSD Comorbidity of Syrian Refugees; Refugee Special Branch Polyclinic Data. *JCBPR*, 8(1), 51–57.
- Valdivieso, G. (2019). Severidad clínica en trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 107-117. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000200107>
- Vázquez, G. (2014). Los trastornos bipolares hoy: Más allá del DSM–5. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 14(2), 9-24.
- Vieta, E. (2016). *Protocolos de intervención de patología dual*. EdikaMed, S.L.
- Watson, S., Gallagher, P., Ritchie, J., Ferrier, N., & Young, A. (2004). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in patients with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 184(6), 496-502. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.496>
- Wildes, J., Marcus, M., & Fagiolini, A. (2008). Prevalence and correlates of eating disorder co-morbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 161(1), 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.09.003>
- World Health Organization (Ed.). (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Décima revisión. [10a rev.]). OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Yang, Q., Xing, Q., Yang, Q., & Gong, Y. (2022). Classification for psychiatric disorders including schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder using machine learning. *Computational and Structural Biotechnology Journal*, 20, 5054-5064. <https://doi.org/10.1016/j.csbj.2022.09.014>
- Yapici, E., Kacar A., Kilciksiz C., Yalçınay M., y Ongur, D. (2018) Prevalence and Associated Features of Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis and Meta-Regression Study. *Front. Psychiatry* 9(229), pp. 1-15. doi: 10.3389/fpsy.2018.00229

## 11. Anexos

### Anexo 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020



## Anexo 2. Artículos científicos incluidos en el trabajo de integración curricular

**Tabla 10. Información de los artículos científicos incluidos en la revisión bibliográfica**

| Nº | Autor (año publicación)    | Año estudio | Población con trastorno bipolar | Método   |
|----|----------------------------|-------------|---------------------------------|--|
| 1  | Valdivieso, (2019)         | 2010-2018   | 57 adultos entre 20 a 60 años   | Diseño descriptivo y cualitativo, observacional y transversal  |
| 2  | Arias et al., (2016)       | 2016        | 174 adultos entre 27 a 56 años  | Estudio transversal descriptivo, modelo de regresión logística |
| 3  | Medina et al., (2008)      | 2001-2005   | 170 adultos entre 18 a 76 años  | Estudio de cohortes no concurrentes, retrospectivo             |
| 4  | Angst et al., (2013)       | 2008-2009   | 2647 adultos entre 18 a 60 años | Investigación diagnóstica transversal                          |
| 5  | Aftab et al., (2018)       | 2018        | 178 adultos entre 40 a 57 años  | Análisis transversal   |
| 6  | Angst et al., (2005)       | 2005        | 152 adultos entre 19 a 41 años  | Análisis de regresión logística multivariable                  |
| 7  | Bakim et al., (2016)       | 2010-2011   | 149 adultos entre 21 a 50 años  | Estudio descriptivo correlacional                              |
| 8  | Baltacioglu et al., (2017) | 2013-2014   | 105 adultos entre 25 a 48 años  | Estudio descriptivo correlacional                              |
| 9  | Balzafiore et al., (2017)  | 2000-2011   | 503 adultos entre 21 a 49 años  | Estudio naturalista prospectivo                                |
| 10 | Berkol et al., (2014)      | 2007-2008   | 55 adultos entre 25 a 54 años   | Estudio retrospectivo  |
| 11 | Chong et al., (2018)       | 2000-2011   | 194 adultos entre 20 a 65 años  | Estudio retrospectivo, de cohortes basado en la población      |
| 12 | De Filippis et al., (2017) | 2014-2015   | 119 adultos entre 18 a 60 años  | Estudio longitudinal naturalístico                             |
| 13 | Jen et al., (2013)         | 2005-2010   | 291 adultos entre 28 a 54 años  | Estudio observacional descriptivo                              |
| 14 | Fracalanza et al., (2011)  | 2002-2007   | 186 adultos entre 28 a 52 años  | Análisis de varianza unidireccionales covarianza, y            |

|    |                               |           |                                 |  |
|----|-------------------------------|-----------|---------------------------------|--|
|    |                               |           |                                 | chi-cuadrado.  |
| 15 | Gomes et al., (2013)          | 2013      | 159 adultos entre 18 a 58 años  | análisis transversal de pacientes ambulatorios                         |
| 16 | Harmanci et al., (2016)       | 2012      | 100 adultos entre 18 a 53 años  | Análisis transversal, correlacional                                    |
| 17 | Kazhungil et al., (2017)      | 2017      | 90 adultos entre 28 a 52 años   | Estudio descriptivo, comparativo y de correlación                      |
| 18 | Kemp et al., (2009)           | 1997-2006 | 98 adultos entre 18 a 50+ años  | Modelo de regresión logística, modelo de regresión lineal generalizada |
| 19 | Kim et al., (2014)            | 2003-2008 | 174 adultos entre 29 a 56 años  | Observacional, diseño de estudio pragmático prospectivo                |
| 20 | Kivilcim et al., (2017)       | 2015      | 23 adultos entre 23 a 56 años   | Análisis transversal   |
| 21 | Lu et al., (2018)             | 2018      | 193 adultos entre 21 a 47 años  | Estudio exploratorio correlacional                                     |
| 22 | Oquendo et al., (2010)        | 2001-2002 | 1643 adultos entre 18 a 65 años | Análisis epidemiológico  |
| 23 | Ghoreishizadeh et al., (2009) | 2007-2008 | 143 adultos entre 18 a 60 años  | Estudio descriptivo-analítico con método de muestreo por conveniencia  |
| 24 | Quarantini et al., (2010)     | 2009      | 355 adultos entre 29 a 53 años  | Análisis transversal, correlacional                                    |
| 25 | Steinan et al., (2016)        | 2015      | 563 adultos entre 25 a 51 años  | Comparación transversal  |
| 26 | Tensae et al., (2018)         | 2015      | 412 adultos entre 18 a 45 años  | Estudio transversal basado en instituciones                            |
| 27 | Wildes et al., (2008)         | 2005-2006 | 81 adultos entre 32 a 54 años   | Análisis correlacional descriptivo                                     |
| 28 | Ruzickova et al., (2003)      | 2003      | 222 adultos entre 30 a 61 años  | Análisis transversal.  |
| 29 | Castro et al., (2012)         | 2012      | 95 adultos entre 22 a 54 años   | Estudio correlacional descriptivo.                                     |
| 30 | Sylvia et al., (2015)         | 2015      | 482 adultos entre 20 a 80 años  | Análisis de un ensayo de eficacia comparativa                          |



aleatorizado y multicéntrico

### Anexo 3. Informe de estructura y coherencia



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Loja, 07 de julio de 2023

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**

Ciudad. -

De mis consideraciones:

En respuesta al MEMORANDO. Nro. UNL FSH-DCPS.CL 153, recibido con fecha 30 de junio de 2023, solicitándome el respectivo informe de estructura y pertinencia del proyecto denominado: **“TRASTORNO BIPOLAR CON COMORBILIDAD FÍSICA Y MENTAL EN POBLACIÓN ADULTA”**, de la autoría de la señorita, **Angella Anahy Vega Rivilla, CI.0705796332**, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, puedo manifestar que posterior a las correcciones realizadas y entregadas con fecha 06 de julio de 2023, el proyecto cuenta con la pertinencia en estructura y coherencia.

Sin otro particular agradezco su atención.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:  
**MARIA PAULA TORRES  
POZO**

---

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



unl

Universidad  
Nacional  
de Loja

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad  
de la Salud  
Humana

MEMORANDO Nro. UNL FSH-DCPS.CL 161  
Loja, 07 de julio de 2023

DE: Doctora  
Ana Catalina Puertas Azanza  
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA FSH-UNL

PARA: Señorita,  
Angella Anahy Vega Rivilla  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-**

ASUNTO: RESPUESTA A INFORME DE ESTRUCTURA Y PERTINENCIA DE  
PROYECTO

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de estructura y pertinencia del proyecto de Integración Curricular denominado. **“TRASTORNO BIPOLAR CON COMORBILIDAD FÍSICA Y MENTAL EN POBLACIÓN ADULTA”**, de su autoría el mismo fue emitido por la Psic. María Paula Torres Pozo Mgtr, docente responsable

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:  
ANA CATALINA  
PUERTAS AZANZA

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. Expediente académico  
Archivo  
APA/tsc

## Anexo 4. Asignación de Director/a del trabajo de integración curricular



unl

Universidad  
Nacional  
de Loja

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad  
de la Salud  
Humana

MEMORANDO. Nro. UNL FSH-DCPS.CL 170  
Loja, 20 de julio de 2023

DE: Doctora  
Ana Catalina Puertas Azanza  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA FSH-UNL**

PARA: Psicóloga  
María Paula Torres Pozo Mgtr  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA FSH-UNL.**

ASUNTO: DESIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009", una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Integración Curricular fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta dirección, la ha designado Directora de proyecto de Integración Curricular adjunto, denominado: **"TRASTORNO BIPOLAR CON COMORBILIDAD FÍSICA Y MENTAL EN POBLACIÓN ADULTA"**, autoría de la señorita: Angella Anahy Vega Rivilla; CI. 0705796332, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgtr  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. Angella Anahy Vega Rivilla  
Expediente estudiantil  
Archivo

**Anexo 5. Certificado del abstract**

Mgs. Eliana Sánchez Asanza

**CERTIFICO:**

Haber realizado la traducción del idioma Español – Inglés del resumen del Trabajo de Integración Curricular previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica denominado **“TRASTORNO BIPOLAR CON COMORBILIDAD FÍSICA Y MENTAL EN POBLACIÓN ADULTA**, de autoría de Angella Anahy Vega Rivilla con CI: 0705796332.

Se autoriza a la interesada hacer uso de la misma para los trámites que crea conveniente.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Emitida en Loja, a los 19 días del mes de septiembre de 2023



Mgs. Eliana Sánchez Asanza

**Licenciada en Ciencias de la Educación Mención Idioma Inglés**

**REGISTRO DE LA SENECYT N° 1008-15-142586**