



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

**“TRASTORNO BIPOLAR EN PACIENTES INICIALMENTE
DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN MAYOR DEL CENTRO DE REPOSO
Y ADICCIONES “HUMBERTO UGALDE CAMACHO” EN EL PERÍODO 2010-
2016”**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORAS:

JENNY ELIZABETH PAUCAR PACCHA CI: 0705573624

BERNARDA KARINA MÉNDEZ CASTILLO CI: 0107189870

DIRECTORA:

DRA. VILMA MARIELA BOJORQUE ÑEGUEZ CI: 0102939584

ASESOR:

DR. MANUEL ISMAEL MOROCHO MALLA CI: 0103260675

CUENCA – ECUADOR

2018



RESUMEN

ANTECEDENTES: Según la OMS el trastorno depresivo afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, el trastorno afectivo bipolar afecta alrededor de 60 millones de personas presentando entre estos dos tipos de trastornos una mayor incidencia en mujeres, las personas diagnosticadas de depresión unipolar suelen tardar alrededor de 10 años para recibir un adecuado diagnóstico de depresión bipolar y su respectivo tratamiento (1).

OBJETIVO: Determinar el trastorno bipolar en pacientes con diagnóstico inicial de depresión mayor del Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” en el período 2010-2016.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo- retrospectivo sobre la necesidad de determinar el tiempo de diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en pacientes que inicialmente fueron diagnosticados con depresión mayor; la técnica utilizada fue el registro de información de las historias clínicas, los datos se procesaron usando Microsoft Excel y el software SPSS para la realización de las tablas y gráficos.

RESULTADOS: Las edades de los pacientes oscilaron entre 16 y 64 años, con una edad promedio de 38.2. El sexo predominante fue el femenino, rango de edades mayor 36-59 años, prevalecen los grupos etarios juventud y adultez, nivel de instrucción primario, y los solteros y divorciados, los procedentes de zona urbana y de ocupación quehaceres domésticos. En el período 5-10 años se encontró la mayor cantidad de pacientes con trastorno bipolar inicialmente diagnosticados con depresión mayor.

CONCLUSIONES: se determinó que 14 de los 85 pacientes estudiados con trastorno bipolar fueron inicialmente diagnosticados de depresión mayor.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, DEPRESION MAYOR, PREVALENCIA, DIAGNOSTICO.



ABSTRACT

INTRODUCCIÓN: According to the OMS, the depressive disorder affects more than 300 million people worldwide, the bipolar affective disorder affects around 60 million people presenting a higher incidence among women, those diagnosed with these two types of disorders. Unipolar depression usually takes around 10 years to receive an adequate diagnosis of bipolar depression and its respective treatment (1).

OBJECTIVE: To determine bipolar disorder in patients initially diagnosed with major depression at the "Humberto Ugalde Camacho" Rest and Addiction Center in the 2010-2016 period.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective-descriptive study was conducted on the time necessary for the diagnosis of bipolar affective disorder in patients with initial diagnosis of major depression at the "Humberto Ugalde Camacho" Rest and Addiction Center in the period 2010-2016; the technique used was the recording of information from the medical records, the data was processed using Microsoft Excel and the SPSS software for the realization of tables and graphs.

RESULTS: The ages of the patients ranged between 16 and 64 years, with an average age of 38.2857. The predominant sex was the female, age range is higher than 36-59 years age groups prevail youth and adulthood, level of education primary level, and singles and divorcees who do not report relationships of couple, urban area and occupation domestic chores.

CONCLUSIONS: Bipolar disorder with initial diagnosis of major depression was identified in 14 patients of the 85 patients studied.

KEYWORDS: BIPOLAR DISORDER, MAJOR DEPRESSION, PREVALENCE, DIAGNOSTIC.



CONTENIDO

RESUMEN 2

ABSTRACT 3

DEDICATORIA..... 10

AGRADECIMIENTOS 12

 1.1 INTRODUCCIÓN.....13

 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....13

 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION.....15

 1.3 JUSTIFICACIÓN.....15

CAPÍTULO II 16

 2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....16

 2.1 TRASTORNO BIPOLAR..... 16

 DEFINICIÓN 16

 2.2 ANTECEDENTES..... 17

 3. DEPRESIÓN MAYOR..... 19

 DIFICULTAD EN EL DIAGNOSTICO 19

CAPITULO III 20

 3. OBJETIVOS.....20

 3.1 OBJETIVO GENERAL 20

 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 20

CAPITULO IV 22

 4 DISEÑO METODOLÓGICO.....22

 4.1 TIPO DE ESTUDIO..... 22

 4.2 ÁREA DE ESTUDIO 22

 4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO Y MUESTRA Y MUESTREO..... 22

 4.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN..... 23

 4.9 DESCRIPCION DE VARIABLES 24

 4.10 PROCEDIMIENTOS Y ANALISIS DE DATOS 24

 4.12 ASPECTOS ÉTICOS 25

 4.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... 25

CAPÍTULO V 26



5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO..... 26

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. 26

5.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS. 27

CAPITULO VI..... 32

6. DISCUSIÓN.....32

CAPITULO VII 34

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA.....34

7.1 CONCLUSIONES 34

7.2 RECOMENDACIONES..... 35

7.3 BIBLIOGRAFIA..... 36

ANEXO..... 39

ANEXO NO. 1 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....39

Anexo no. 2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....40



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Bernarda Karina Méndez Castillo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo del Proyecto de Investigación **“TRASTORNO BIPOLAR EN PACIENTES INICIALMENTE DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN MAYOR DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES “HUMBERTO UGALDE CAMACHO” EN EL PERÍODO 2010-2016”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de septiembre de 2018

Bernarda Karina Méndez Castillo

C.I: 0107189870



CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Bernarda Karina Méndez Castillo, autor/a del Proyecto de Investigación, **“TRASTORNO BIPOLAR EN PACIENTES INICIALMENTE DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN MAYOR DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES “HUMBERTO UGALDE CAMACHO” EN EL PERÍODO 2010-2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 27 de septiembre de 2018

Bernarda Karina Méndez Castillo

C.I: 0107189870



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Jenny Elizabeth Paucar Paccha, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo del Proyecto de investigación **“TRASTORNO BIPOLAR EN PACIENTES INICIALMENTE DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN MAYOR DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES “HUMBERTO UGALDE CAMACHO” EN EL PERÍODO 2010-2016”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académico.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de septiembre de 2018

Jenny Elizabeth Paucar Paccha

C.I: 0705573624



CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Jenny Elizabeth Paucar Paccha, autor/a del Proyecto de Investigación "TRASTORNO BIPOLAR EN PACIENTES INICIALMENTE DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN MAYOR DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES "HUMBERTO UGALDE CAMACHO" EN EL PERÍODO 2010-2016", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 27 de septiembre de 2018

Jenny Elizabeth Paucar Paccha

C.I: 0705573624



DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus valores y motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su gran amor. A mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor que me ha demostrado para salir adelante. A mi hermano el que siempre ha estado junto a mí brindándome su ayuda y su inmensa comprensión. De todo corazón aquella mujer muy especial mi compañera de cada jornada, ella representó gran apoyo en momentos de decline y cansancio con su paciencia, perseverancia y amor concluimos esta meta para seguir juntas en nuestra vida profesional.



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por permitirme seguir adelante y terminar una nueva etapa, a mi familia por siempre apoyarme e impulsarme cada día más y brindarme su apoyo en los momentos más importantes de mi vida. Y a mi mejor amiga que a lo largo de todos estos años se ha convertido en mi compañera de aventuras al ofrecerme siempre su apoyo, amor y comprensión en los momentos más decisivos convirtiéndose en un pilar fundamental en mi vida.



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, damos gracias a Dios, por habernos dado fuerza y valor para culminar esta etapa de nuestra vida, a nuestros padres por la confianza y el apoyo brindado corrigiendo nuestras faltas y celebrando nuestros triunfos.

Debemos agradecer de manera muy especial y sincera a nuestra directora de tesis Doctora Vilma Bojorque y nuestro asesor Doctor Ismael Morocho, su apoyo y confianza han sido un aporte invaluable, les agradecemos por facilitarnos los medios suficientes para llevar a cabo el desarrollo de esta tesis.

Así mismo agradecer al Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” que nos abrió sus puertas durante nuestros años de estudio y su importante aporte a este proyecto.

Jenny y Karina



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Ineludiblemente, los modelos sociales siempre han excluido a las personas con padecimientos mentales crónicos (1).

Jean-Pierre Falret en el año de 1851 fue el primero en describir el trastorno bipolar como una entidad independiente, introduciendo el concepto folie circulaire como un ciclo continuo de depresión, manía e intervalos asintomáticos; los pacientes tienen riesgo de sufrir nuevas recidivas por lo cual constituye de gran importancia el correcto diagnóstico para el establecimiento de un tratamiento adecuado (2).

El abuso de sustancias tóxicas, la depresión mayor (TDU) o trastornos psicóticos transitorios son razones suficientes para obstaculizar el diagnóstico del trastorno bipolar (3).

En el ámbito de salud pública constituye un grave problema en el siglo XXI. En los estudios realizados por la OMS este tipo de trastorno ocupa el sexto puesto de mortalidad, pues afecta un 0,5% a 5% del total de la población. Por otro lado representa la quinta causa de enfermedades de inhabilidad entre las personas jóvenes (4).

La incidencia del infra diagnóstico del TB se ve dificultado por los problemas diagnósticos presentados en los primeros episodios afectivos, siendo el 50% de los casos reportados como depresión, razón por lo cual son diagnosticados como TDU (5).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En aras de identificar diagnósticos más certeros encaminados a pacientes con determinada patología psiquiátrica, surge la motivación de desarrollar la presente investigación (6).



Un estimado entre el 1 al 1.6% de la población representa la población con trastorno bipolar en los EUA. El 1.1 % corresponde al tipo II y el 1% al tipo I . Por esta razón, los psiquiatras requieren mayor exactitud a la hora de diagnosticar el trastorno bipolar (7).

Otro estudio norteamericano realizado por Goldberg JF, Hgarrow M, Whiteside JE., determinó que el 27% de los pacientes diagnosticados con depresión mayor han desarrollado uno o más períodos de hipomanía, por otro lado, el 19 % han presentado al menos un episodio de manía bipolar completa (7).

Otra investigación norteamericana realizada por Hirschfeld R, Lewis L y Vornik L., identificó en el 2003 trastorno bipolar en pacientes diagnosticados erróneamente de depresión mayor, siendo aproximadamente el 69% de los pacientes, quienes consultaron alrededor de 4 médicos obtuvieron un diagnóstico más preciso, esperaron cerca de 10 años para recibir un diagnóstico exacto (8).

Los episodios afectivos y su derivación constituyen uno de los inconvenientes primordiales para identificar el trastorno bipolar. Generalmente, este trastorno se manifiesta en estados depresivos por lo que primeramente se tiende a ser tratados como TDU. El retraso de un diagnóstico veraz puede influir decisivamente en el deterioro de los resultados clínicos y en el aumento de los costos totales por pacientes (9).

Clínicamente, los pacientes que son tratados solamente con antidepresivos tienden a no tener respuestas adecuadas y presentar mayor riesgos de padecer y acelerar episodios maníacos.

En el 2010 la prevalencia de TB, trastorno bipolar en el CRA en la ciudad de Cuenca alcanzó el 1.87% donde el tipo I tuvo una prevalencia de 1.85% y el tipo II de 0.02%. En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental identificó una prevalencia de 1.4% de TB en Medellín (10).



FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el tiempo estimado para el diagnóstico definitivo de trastorno bipolar en pacientes con diagnóstico inicial de depresión mayor?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La relevancia de la presente investigación es determinar la cantidad de pacientes que fueron diagnosticados primariamente con depresión mayor y luego presentaron trastorno bipolar en el Centro de Reposo y Adicciones Humberto Ugalde Camacho (CRA). El diagnóstico tardío e inexacto incide directamente en el deterioro de los resultados clínicos y en el ámbito económico-financiero del paciente (11).

En la generalidad de los casos donde se inició un tratamiento antidepresivo como diagnóstico inicial de trastorno depresivo mayor, se concluyó que dicho tratamiento promueve un desvío maniaco y esto libera un ciclo vertiginoso, este ciclo cede al suprimir los antidepresivos los cuales también influyen en gran medida en el desequilibrio del estado anímico de los pacientes.

Comúnmente, cuando se inicia un trastorno bipolar los pacientes atraviesan por un período de depresión, causa fundamental por la que se tiende a diagnosticar depresión mayor (12).

Cuando se pretende emitir un diagnóstico acertado es muy valioso tener presente los indicadores internacionales estipulados para evitar muchos errores y frustraciones por parte de los pacientes (13).

La presente investigación constituye un ente esencial del Ministerio de Salud en el área 11 del Sistema Nacional dentro de la línea de salud mental y trastornos del comportamiento (14).

Podrá hacer uso de los resultados arrojados en la presente investigación el personal de salud del CRA con la finalidad de impulsar la pertinencia de los diagnósticos de la bipolaridad. La investigación proveerá a la institución en la toma de decisiones para detectar debilidades que pueden tener profundo impacto en los pacientes.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 TRASTORNO BIPOLAR

DEFINICIÓN

Se entiende por trastornos del ánimo al conjunto de trastornos caracterizados por la existencia de alteraciones emocionales. Suelen estar presentes en períodos largos caracterizados por tristeza en exceso, exaltación o euforia, o incluso la unión de ambas. Los orígenes pueden ser de orden biológico, hereditario o de desarrollo similares (15).

El trastorno bipolar (TB) o psicosis maníaco depresiva es una alteración en la regulación del estado de ánimo que abarca desde una depresión profunda hasta la euforia más incontenible con oscilaciones entre estas, con diferente intensidad y frecuencia de los episodios (14).

Según datos de la U.S National Comorbidity Survey Replication la prevalencia a lo largo de la vida del Trastorno Bipolar está entre el 0.5 y 1.6 % para el tipo I 1.1% y para el tipo II 0.8%. En general puede afirmarse que entre el 3 y 6% de la población desarrolla alguna forma leve de bipolaridad (8).

Características del TB:

La manía, es la alteración grave del estado de ánimo. Suele durar más de una semana, tiene un carácter elevado y está acompañado de un sentimiento de autoestima sobrevalorada. El paciente suele también hablar en demasía, suele aumentar actividades que conllevan peligro para su persona sin darse cuenta en muchas ocasiones, en ocasiones presenta pensamientos de



grandilocuentes y una y agitación psicomotriz, lo cual suele terminar en hospitalización (16).

Hipomanía: se muestra como un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Suelen ser de hasta 4 días, aunque no se considera que repercuta en el quehacer social cotidiano, ni laboral y menos necesitar tratamiento hospitalario. Hacer un análisis retrospectivo es complicado pues los episodios suelen ser soslayados por los familiares y hasta por los pacientes (16).

Episodio mixto: generalmente muestra síntomas depresivos y maníaca de manera simultánea. La duración se estima en una semana. Incurre en emociones y reflexiones depresivas que suelen ir de la mano con problemas de sueño, exceso de palabrería y agitación. Es complicado su diagnóstico y puede conllevar suicidio (16).

Depresión bipolar: período de ánimo depresivo, acompañado de pérdida de interés, autoestima caída, apetito inconsistente, al igual que en el patrón de sueño. Otros síntomas es la aparición de sentimientos de culpa, retardo psicomotor, ideas de suicidio y poca concentración. Todo esto durante varios días (17).

TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR

Trastorno Bipolar I: se trata de una fase maníaca con una semana como tiempo de duración. Suele también presentar fase depresiva. Tiene carácter crónico y debilitante (18).

Bipolar II: se caracteriza por la presencia de episodios hipomaníacos y depresivos mayores y ausencia de episodios maníacos. Para su diagnóstico, es imprescindible que se hayan cumplido los criterios de trastorno bipolar I (18).

2.2 ANTECEDENTES

En el año 2014, Shera Hosseini, analizó un total de 22 pacientes diagnosticados con trastorno bipolar o depresión mayor. Con la ayuda de diferentes instrumentos, se les aplicó una intervención de 8 semanas de



duración (en el Departamento de Psicología del McMaster University, en la ciudad de Ontario, Canadá) con el fin de comparar los grupos de pacientes bipolares y la evaluación de los factores que podrían ser mecanismos de acción asociada con la reducción de la depresión (19).

En Chile en el año 2014 Ivanovic-Zuvic R.F., Aguirre A.J., y Correa D.E., realizaron un estudio con el objetivo de diagnosticar la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados (20).

Ivanovic-Zuvic R, F., y colaboradores utilizaron en su estudio 70 pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Chile de los cuales 25 fueron diagnosticados con bipolaridad I, según criterios del DSM IV, para un 35.7% de prevalencia de la enfermedad, de los cuales 11 pacientes para un 44% eran del sexo femenino en tanto 14 para el 56% eran del sexo masculino y 15.9 fue el promedio de años de aparición del primer diagnóstico de la enfermedad (20).

En Chile en el año 2014, Baader M.T, et.al., realizaron un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de los principales trastornos mentales no psicóticos presentes en la población de estudiantes de pregrado de la UACH. Ellos utilizaron una muestra total compuesta por 804 estudiantes, cuya edad promedio fue de 21 años; de estos, 53,7% son hombres y 46,3% mujeres (21).

Baader M.T, et.al., encontraron como resultados que un 27% de los estudiantes cumplía con los criterios diagnósticos para una depresión, un 10,4% estaría cursando con un trastorno bipolar, un 5,3% de los estudiantes tiene un riesgo moderado a severo de cometer suicidio; 24,2% de los estudiantes universitarios presenta un consumo problemático de alcohol y un 15,3% de la muestra tendría algún tipo de trastorno en la alimentación. La depresión se asoció significativamente con una mayor tendencia a tener un comportamiento de alimentación anormal, el consumo nocivo de alcohol y el comportamiento autodestructivo (21).



Espinoza Torres, N.P., y colaboradores realizaron su estudio con una muestra aleatoria de 400 sujetos, cuyas edades fueron de entre 15 años hasta los 70 años, con una media de 42.38 ± 12.8 años. En relación al género, el 78.5% fueron hombres, y el 21.5% mujeres, el nivel económico, el 84% de los participantes percibieron que se encontraban en un nivel económico medio, y el resto en un nivel económico bajo o alto y el 30,5% de los sujetos que participaron indicaron que alguna vez habían tenido una evaluación psiquiátrica o psicológica previa. El 25.8% de la muestra tuvo sintomatología compatible con un trastorno bipolar (28).

2.3 DEPRESIÓN MAYOR

Es una afectación global psíquica y física. Con más ahínco en la esfera afectiva mostrándose con sintomatología de tristeza patológica, apatía, desesperanza y otros de carácter afectivo (22,23).

Datos de la organización Mundial de la Salud sostienen que los trastornos depresivos mayores hoy por hoy conforman el tercer lugar como causa de carga global de enfermedades en el año 2004, se estima que para 2030 ocupará el primer lugar (24).

DIFICULTAD EN EL DIAGNOSTICO

Según los criterios teóricos del DSM-IV y CIE-10 el diagnóstico diferencial entre la depresión mayor y la bipolar está sustentado en la presencia de episodios maníacos o hipomaniacos anteriores. Esto entonces es el único criterio que posibilita la diferenciación entre ambos estadios. Aun cuando la similitud establecida en los diferentes criterios, a priori, sean visiblemente fáciles para descripción. Es importante plantear que estos dos tipos de depresiones soslayan la existencia de episodios con sufrimiento de elevación patológica del estado de ánimo, llegando a un posible infra diagnóstico de la depresión bipolar en cuestión (25).

Otro error posible en el diagnóstico es la presencia de episodios de hipomanía en vez de la denominada manía. Esto está dado porque la hipomanía dura



alrededor de 4 o más días y la manía, en contraste, tiene duración de cómo mínimo, una semana (25).

Visto así, es aconsejable la realización de una entrevista para hacer énfasis en el reconocimiento de episodios depresivos con antecedentes de episodios de hipomanía o manía. La herramienta recomendada es la entrevista estructurada para lograr un diagnóstico diferencial para depresión mayor y bipolar (25).

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el trastorno bipolar en pacientes diagnosticados con depresión mayor en el Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” durante los años 2010 al 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Caracterizar sociodemográficamente a la muestra

3.2.2 Establecer la edad del diagnóstico del primer trastorno depresivo.

3.2.3 Identificar el tiempo transcurrido del diagnóstico de depresión mayor a trastorno bipolar.





CAPITULO IV

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo- descriptivo

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” ubicado en el sector Emiliano Crespo Toral 1-83 E/ 10 de Agosto y Pasaje El Paraíso de la ciudad de Cuenca provincia del Azuay.

4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO Y MUESTRA Y MUESTREO

4.3.1 Todos los pacientes inicialmente diagnosticados con depresión mayor valorados en el Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” en el periodo 2010-2016.

4.3.2 Muestra

Un total de 14 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar diagnosticados inicialmente con depresión mayor.

4.3.3 Muestreo

Muestreo no probabilístico

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN

Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho”

4.5 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

De acuerdo con el fin que se persigue.

Básica. La investigación se orientó a lograr un nuevo conocimiento de manera sistémica y metódica acerca de pacientes con trastorno bipolar diagnosticados inicialmente con depresión mayor valorados en el Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” en el periodo 2010-2016.

De acuerdo con el enfoque de investigación:

La investigación respondió a un paradigma cuantitativo, los datos obtenidos se procesaron con la utilización de métodos de la estadística descriptiva y se



utilizaron estadígrafos de frecuencia y distribución y los resultados se interpretaron a partir de las variables definidas en la investigación.

4.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar atendidos en el CRA en el periodo del 2010 al 2016, que inicialmente fueron diagnosticados con depresión.
- Ambos sexos y de cualquier edad

4.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas
- Historias clínicas en dónde el primer diagnóstico no queda claro

4.7. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.7.1 MÉTODOS:

- Análisis de contenido a través del registro de información de las Historias Clínicas.

4.7.2 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Una vez aprobado el protocolo por el consejo directivo y la posterior autorización para realizar el estudio por parte del CRA, se procedió a la revisión de todas las historias clínicas en las que se encontraba el diagnóstico de TB en el periodo comprendido entre el 2010 al 2016, una vez obtenidas estas historias clínicas se procedió a llenar el formulario de nueve secciones previamente validado, la cual nos ayudó a descartar fichas incompletas o en las que el diagnóstico inicial no fuese trastorno depresivo mayor, una vez obtenido la cantidad total para nuestro universo se realizó al análisis de los datos mediante "Excel", en la parte descriptiva de los datos mediante el Programa Estadístico (SPSS) y se utilizó estadísticas descriptivas con frecuencia y porcentajes.



4.7.3 TÉCNICA

Se utilizó un formulario para la recopilación de datos teniendo en cuenta las variables definidas por el investigador. (Anexo No.2)

4.7.4 INSTRUMENTO

Formulario de recolección de datos (Ver Anexo 1).

4.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR

4.8.1 TABLAS

Se utilizaron tablas de contingencia para el procesamiento de datos a partir de las variables categóricas que se describieron mediante frecuencias absolutas (N) y relativas (%).

4.8.2 MEDIDAS ESTADÍSTICAS

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v19.0 para Windows. Para el análisis descriptivo se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostrándose a través de frecuencias y porcentajes, en tablas.

4.9 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Edad, sexo, residencia, instrucción, estado civil, ocupación y tiempo

4.10 PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

La información fue procesada con el uso de tablas sencillas, todas descriptivas en las cuales se mostraron frecuencias y porcentajes.

4.11 AUTORIZACIÓN

Una vez aprobado el protocolo por el Consejo directivo de la Universidad de Cuenca, se solicitó la autorización respectiva por parte del Dr. Saúl Pacurucu director del Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” para recolectar la información pertinente respecto a los pacientes con trastorno bipolar.



4.12 ASPECTOS ÉTICOS

La información obtenida para este estudio será de absoluta confidencialidad, solo será usada en este estudio, las identidades de cada paciente fueron tratados con absoluta confidencialidad ya que cada formulario constara únicamente del número de historia clínica y de datos sociodemográficos. Toda la información obtenida fue destinada únicamente a este estudio con fines investigativos; las personas responsables de la recolección de los datos serán únicamente las autoras de esta investigación, con lo que se garantizara la reserva total de los datos; autorizamos a cualquier persona a la verificación de los datos obtenidos.

4.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Anexo no. 2



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.

La investigación cumplió los objetivos trazados obteniéndose los resultados esperados según lo planificado en la investigación, se determinaron los pacientes con trastorno bipolar inicialmente diagnosticados con depresión mayor del Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” en el período 2010-2016, así como se caracterizó el grupo de estudio según edad, sexo, residencia, instrucción, estado civil y ocupación, estableciéndose la edad del diagnóstico del primer trastorno depresivo, así como el tiempo transcurrido del diagnóstico de depresión mayor a trastorno afectivo bipolar.

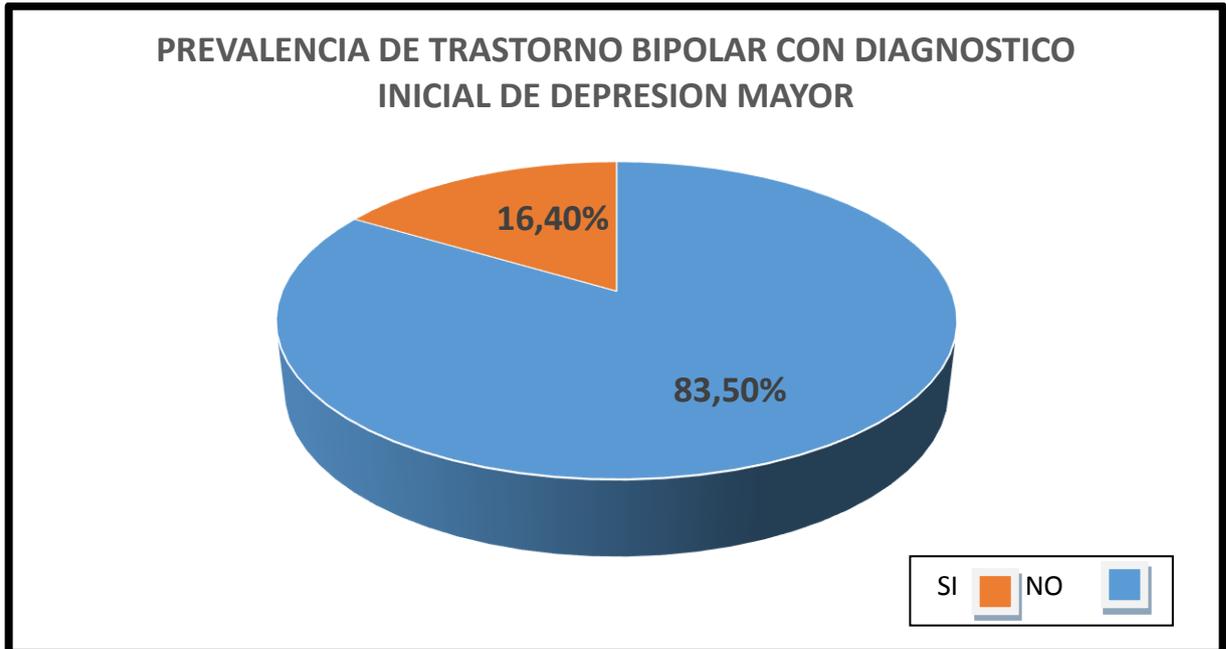
5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población estuvo integrada por 85 pacientes diagnosticados inicialmente de depresión mayor valorados en el Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” en el periodo 2010-2016 con una edad promedio 46.6 mínimo de edades 16 años, máximo de edades 79 y una desviación estándar de 15.0

5.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Análisis de la prevalencia de trastorno bipolar en los pacientes estudiados inicialmente diagnosticados con depresión mayor.

Grafico 1: Prevalencia de trastorno bipolar en la población estudiada.



Fuente: Historias clínicas

Elaboración: Paucar Paccha, J.E; Méndez Castillo, B.K

INTERPRETACIÓN

La prevalencia de trastorno bipolar con diagnóstico inicial de depresión mayor se presentó en 14 pacientes lo que representó el 16.4% de los 85 pacientes estudiados.



TABLA No.1

Análisis de variables sociodemográficas edad y sexo de pacientes con trastorno bipolar inicialmente diagnosticados con depresión mayor.

VARIABLES	N	%
SOCIODEMOGAFICAS		
EDAD		
16-35 Años	6	42.9
36-60	7	50.0
> 60 Años	1	7.1
SEXO		
Femenino	12	85.7
Masculino	2	14.3
Total	14	100

Fuente: Historias clínicas

Elaboración: Paucar Paccha, J.E; Méndez Castillo, B.K

Interpretación: Los resultados obtenidos evidenciaron que en la muestra estudiada las edades oscilaron entre 16 y 64 años, con una edad promedio de 38.2857 y una desviación típica de 15.76963. El sexo predominante es el femenino con 12 para un 85.7%.

El rango de edades mayor es el de 36 años con 7 pacientes para el 50.0% seguido de 16-35 años con 6 pacientes para el 42.9% y solo 1 paciente para el 7.1% mayor de 60 años, por lo que prevalecen los grupos etarios juventud y adultez.



TABLA No.2

Análisis de otras variables sociodemográficas de pacientes con trastorno bipolar inicialmente diagnosticados con depresión mayor.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	N	%
NIVEL DE INSTRUCCION		
Primaria	7	50
Secundaria	5	35.7
Superior	1	7.1
Ninguno	1	7.1
ESTADO CIVIL		
Soltero	6	42.9
Casado	6	42.9
Divorciado	2	14.3
RESIDENCIA		
Urbana	10	71.4
Rural	4	28.6
OCUPACION		
Estudiante	3	21.4
Trabajador	4	28.6
Quehaceres Domésticos	6	42.9
Ninguna	1	7.1

Fuente: Historias clínicas

Elaboración: Paucar Paccha, J.E; Méndez Castillo, B.K

Interpretación

Los resultados obtenidos indicaron que el nivel de instrucción que prevalece es el nivel primario en 7 pacientes que representa el 50% de los pacientes



UNIVERSIDAD DE CUENCA

estudiados seguido del nivel secundario en 5 pacientes para el 35.7% en tanto 1 para el 7.1% tienen nivel superior y ninguno respectivamente.

En el estudio los solteros y casados son 6 para el 42.9% respectivamente en tanto 2 para el 14.3% son divorciados prevaleciendo los solteros y divorciados que no refieren relaciones de pareja.

La procedencia mayor es la que corresponde a la zona urbana en 10 pacientes para el 71.4% en tanto 4, el 28.6% son de la zona rural.

La ocupación mayor corresponde a la relacionada con los quehaceres domésticos en 6 pacientes para el 42.9%, seguida de los que refieren ser trabajadores que son 4 pacientes para el 28.6% con ligera diferencia de los estudiantes que fueron 3 para el 21.4% de los pacientes estudiados.



TABLA No.3

Análisis del tiempo transcurrido para diagnóstico definitivo de trastorno bipolar

TIEMPO DEL DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE TRASTORNO BIPOLAR	N	%
2-4 años	7	50.0
5-10 años	3	21.4
>10 años	4	28.6
TOTAL		

Elaboración: Paucar Paccha, J.E; Méndez Castillo, B.K **Fuente:** Historias clínicas

Interpretación

En la tabla los resultados evidenciaron que el tiempo transcurrido desde que se realizó el diagnóstico definitivo de trastorno bipolar en los pacientes estudiados reveló que en el período 2-4 años se encontraba la mitad de pacientes reportándose el 50%, en tanto por un período mayor de 10 años el 28.6% y en el período de 5-10 años el 21.4%.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

La prevalencia de trastorno bipolar en pacientes con diagnóstico inicial de depresión mayor fue presentada en 14 pacientes lo que representó el 16.4% del total de los 85 pacientes estudiados.

Los resultados de nuestra investigación fueron inferiores a los obtenidos en Chile en el año 2014 por Ivanovic-Zuvic R.F., Aguirre A.J., y Correa D.E., en un estudio en 70 pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Chile de los cuales 25 fueron diagnosticados con bipolaridad I, según criterios del DSM IV, para un 35.7% de prevalencia de la enfermedad (26).

Difieren también nuestros resultados con los obtenidos por Verde Cienfuegos, A.G., Guerra Treviño, C., Guerra Escámez, M., Javelly González, M., en una investigación realizada en México en el año 2014 quienes obtuvieron una prevalencia del 67.5% (27).

Los resultados que se obtuvieron en nuestra investigación evidenciaron que en la muestra estudiada las edades oscilaron entre 16 y 64 años, predominando los grupos etarios juventud y adultez con un predominio del sexo femenino similar resultado al obtenido por Espinoza Torres, N.P. y colaboradores en cuanto al predominio por rango de edades, pero inferior a los obtenidos en relación al sexo (28) y son similares a los obtenidos por Verde Cienfuegos, A.G en México en el año 2014 (27)

Los resultados que se obtuvieron indicaron que el nivel de instrucción que prevalece es el nivel primario en 7 pacientes que representa el 50% de los pacientes estudiados seguido del nivel secundario en 5 pacientes para el 35.7% en tanto 1 para el 7.1% tienen nivel superior y ninguno respectivamente. Este resultado es similar al obtenido por Verde Cienfuegos, A.G., y colaboradores quien en su estudio constató un bajo nivel de instrucción (27)



En el estudio los solteros y casados son 6 para el 42.9% respectivamente en tanto 2 para el 14.3% son divorciados prevaleciendo los solteros y divorciados que no refieren relaciones de pareja. La procedencia mayor es la que corresponde a la zona urbana en 10 pacientes para el 71.4% en tanto 4, el 28.6% son de la zona rural.

Los resultados de los datos sociodemográficos de los pacientes estudiados son similares al reportado por Pérez Ortiz, L.A., en el 2015 en Veracruz donde la mayoría de los pacientes pertenecía a la zona urbana y de estado civil casados (29)

La ocupación mayor corresponde a la relacionada con los quehaceres domésticos en casi la mitad de los pacientes estudiados similar a lo reportado por Pérez Ortiz, L.A (29).

En los resultados del tiempo transcurrido desde que se realizó el diagnóstico definitivo de trastorno bipolar en los pacientes estudiados se reveló que en el período 2-4 años se encontraba la mitad de pacientes, inferior al reportado por Pérez Ortiz, L.A. (29)

.



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA

7.1 CONCLUSIONES

- La prevalencia de trastorno bipolar con diagnóstico inicial de depresión mayor se presentó en 14 pacientes lo que representó el 16.4% de los 85 pacientes estudiados.
- Las edades de los pacientes con trastorno bipolar con diagnóstico inicial de depresión mayor oscilaron entre 16 y 64 años, con una edad promedio de 38.2 y sexo predominante es el femenino.
- En los pacientes con trastorno bipolar con diagnóstico inicial de depresión mayor prevalecen los grupos etarios juventud y adultez de nivel de instrucción primario.
- Los pacientes que predominan no refieren relaciones de pareja y prevalecen los de la zona urbana, que realizan quehaceres domésticos.
- El diagnóstico definitivo de trastorno bipolar se realizó en un período de 2-4 años en los pacientes estudiados.



7.2 RECOMENDACIONES

- Valorar los resultados del presente estudio con la dirección del Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho”.
- Valorar los resultados con un equipo multidisciplinario para la elaboración de estrategias de intervención para la formación de grupos de apoyo de los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar.
- Diseñar un plan de intervención educativo que contribuya el tratamiento de los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar.
- Socializar los resultados del presente estudio con otros centros de salud en aras de lograr un mejor control de los pacientes con trastorno bipolar.
- Incluir en las estrategias educativas acciones encaminadas a elevar el nivel de conocimientos acerca del trastorno bipolar.



7.3 BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet].; 2018 [cited 2018 Junio 15].
Disponibile en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Lopez N. Trastorno afectivo bipolar. blogspot. 2013
Septiembre;(Disponibile:<http://trastornoafectivobipolarmde.blogspot.com/2013/>).
3. Romero E. Presentaciones mentales del Self en n grupo de pacientes con depresión mayor.
Tesis de grado. Lima: Pontificia Universidad Catolica del Perú; 2010. Disponible en:
http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/92/Tes_RomeroNunezEA_RepresentacionesMentalesSelf_2010.pdf?sequence=1.
4. Jara M, Lana K, Schneider L. Trastornos Bipolares. Study Resource.
2018;(disponible:<https://studyres.es/doc/229136/trastornos-bipolares---facultad-de-medicina>).
5. Roy M. Abordaje del Trastorno Bipolar: Estudio de caso unico. Trabajo final de Master.
Univesiidad Jaume, departamento Psicopatologia, Salud y Neuropsicologia; 2015.
Report No.: disponible:
http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/151986/TFM_2014_royM.pdf;jsessionid=9177FFD3FC4D24AEA2FBAA0C4D55F8B1?sequence=1.
6. Fonseca E, Ortuño J, Paino M, Muñiz J. Screening the risk of bipolar spectrum disorders: Validity evidence of the Mood Disorder Questionnaire in adolescents and young adults. Revista de Psiquiatria y Salud Mental, Volume 9, 2016[cita. Scielo. 2015 Mayo; 31(2 disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200004).
7. Goldberg JF HMWJ. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. PubMed. 2001 Agosto;(Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11481161>).
8. Hirschfeld RM LLVL. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. PubMed. 2003;(Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12633125>).
9. Bravo MF, Lahera G, Lalucat L, Fernandez L. Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial. Medes. 2013; 7(disponible:<https://medes.com/publication/84050>).
10. Barbosa M. Rompamos el Misterio, la Depresión no discrimina: campaña de comunicación para informar y sensibilizar sobre la depresión como enfermedad mental. tesis. Quito: Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas; 2014.
Disponibile:<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3848/1/112466.pdf>.
11. Bolaños M. Determinantes de alteraciones mentales en personas de los barrios de las riberas del rio Esmeraldas. tesis. Esmeralda: Universidad Católica de Ecuador , Escuela



de Enfermería ; 2016.

Disponible:<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/895/1/BOLANOS%20QUINONEZ%20MARIUXI%20VERONICA.pdf>.

- 12 Scott M. El correcto diagnóstico del trastorno bipolar se demora cinco años. *Lundbeck*. 2015 Marzo; 7(9) Disponible en:https://www.psiquiatria.com/trastorno_bipolar/el-correcto-diagnostico-del-trastorno-bipolar-).
- 13 Marti E. Error diagnóstica en el trastorno bipolar, *Bipolare*. 2015 Abril;(Disponibel en: <https://bipolarea.wordpress.com/2015/04/22/errores-diagnosticos-en-el-trastorno-bipolar/>).
- 14 Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud 2013-2017. [Internet].; 2013 [cited 2018 Junio 11. Disponible en: [https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20\(1\).pdf](https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf).
- 15 Vásquez HG. Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM–5. *Palermo.edu*. 2014 Diciembre;(Disponible en: http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/14/Psicodebate_N1).
- 16 Palomo T, M J. Manual de psiquiatría. Madrid.; 2009. Report No.: Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/manual-de-psiquiatria.pdf>.
- 17 A. K. DR sobre el diagnóstico de bipolaridad. *clinicalascondes*. 2012;(Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/4_Dr--Aleja).
- 18 First MC. DSM-5 Manual de diagnóstico diferencial Buenos Aires: Médica Panamericana; 2015.
- 19 Hosseini S. Mindfulness in bipolar disorder and major depressive disorder. Tesis de grado. Ontario: McMaster University; 2014. Disponible en: https://macsphere.mcmaster.ca/bitstream/11375/15975/1/Shera%20Hosseini_Master%27s%20Thesis.pdf.
- 20 Ivanovic F, Aguirre J, Correa E. Estudio comparativo del déficit neuropsicológico por medio de la Batería Luria-Nebraska en trastornos mentales. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2014 Septiembre; 52(3) Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000300002).
- 21 Baader T, al e. Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2014 Septiembre; 52(3) Disponible en:).
- 22 Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Madrid: Servicios Sociales de Igualdad; 2014. Report No.: Disponible en:



http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf.

- 23 Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev. méd. Chile. 2014 Octubre; 142(10) Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010).
- 24 Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP. [Internet].; 2012 [cited 2018 Julio 4]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf.
- 25 Leyton A. BA. El diagnóstico diferencial entre la Depresión Bipolar y la Depresión Monopolar en la práctica clínica. Rev. méd. Chile. 2010 Junio; 138(6) Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>).
- 26 Oyanedel JC, Alfaro J, Mella C. Bienestar Subjetivo y Calidad de Vida en la Infancia en Chile. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud. 2015; 13(1) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n1/v13n1a19.pdf>).
- 27 Verde A, Guerra C, Guerra M, González M. Investigación que compara el nivel de calidad de vida, bienestar y comunicación asertiva de familiares y pacientes con trastorno bipolar en relación de la cantidad de apoyo. Tesis de grado. Monterrey: Universidad de Monterrey; 2014. Disponible en: <http://ingenium.org.mx/site/images/informes/Tesis%20UDEM%20basada%20en%20ingenium.pdf>.
- 28 Espinoza MP, Villagómez DB, Flores HA. Determinación de prevalencia de patología dual en miembros de alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos mediante pruebas psicométricas en la ciudad de Quito. 2013 – 2014. Tesis de grado. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2014. Report No.: Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4643/1/T-UCE-0006-64.pdf>.
- 29 Pérez LA. Síntomas Depresivos Asociados a Pacientes con Diagnóstico de Síndrome. Tesis de grado. México D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/41614/PerezOrtizLuis.pdf;jsessionid=074212A588C50CD06F4C9041F523CBF7?sequence=1>.



ANEXO

ANEXO NO. 1 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

“Trastorno bipolar en pacientes inicialmente diagnosticados con depresión mayor del Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” en el período 2010-2016”

N° de encuesta..... Fecha...../...../.....

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1. Edad..... años
2. Sexo: () femenino, () masculino
3. Estado civil: () soltero, () casado, () unión libre, () otro.....
4. Nivel de instrucción: () primaria, () secundaria, () superior años aprobados.....
() Ninguno.
5. Residencia: () urbana, () rural
6. Ocupación: () estudiante, () trabajo dependiente, () Ama de casa, () otros.
7. Diagnóstico inicial: depresión mayor () si , () no
8. Diagnostico actual : trastorno bipolar ()si, () no
9. Tiempo transcurrido para el diagnóstico definitivo.....
10. Antecedentes patológicos personales y familiares



Anexo no. 2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo desde el nacimiento hasta la actualidad	Cronológica	<15 años 16-35 años 36-59 años >60 años	Ordinal
Sexo	Identidad sexual de los seres vivos, la distinción entre femenino y masculino.	Biológica	Masculino-Femenino	Nominal
Procedencia	Lugar de residencia	Geográfica	Urbana- Rural	Nominal
Nivel de instrucción	Instrucción recibida en establecimientos estatales	Ultimo grado aprobado	Primario-Secundario-Superior-Ninguno	Nominal
Ocupación laboral	Trabajo o actividad en la que una persona emplea su tiempo	Social	Estudiante Trabajador Quehaceres hogar Otros Ninguna	Nominal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Social	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo	Nominal
Tiempo diagnóstico	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	Cronológica	0-1 año 2-4 años 5-10 años >10 años	Ordinal
Antecedentes patológicos personales	Recopilación de la información sobre la salud personal	Biológico	Trastornos afectivos Otros tipos de trastornos	Nominal
Antecedentes patológicos familiares	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos.	Biológico	Trastornos afectivos Otros tipos de trastornos	Nominal





