



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados
en el área de psiquiatría del Hospital Teodoro Maldonado
Carbo.**

AUTORES:

**Alvarado Quijije, Kerly Dayanna
Romero Carrera, Dayanna Elizabeth**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

TUTOR:

Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto. Mgs

Guayaquil, Ecuador

02 de septiembre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Alvarado Quijije, Kerly Dayanna y Romero Carrera, Dayanna Elizabeth**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**.

TUTOR

f. _____

Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto. Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilda. Mgs

Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Alvarado Quijije, Kerly Dayanna**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

f.

Alvarado Quijije, Kerly Dayanna



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Romero Carrera, Dayanna Elizabeth**

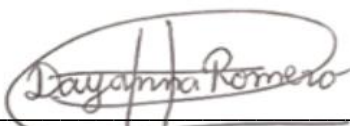
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

f. 
Romero Carrera, Dayanna Elizabeth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Alvarado Quijije, Kerly Dayanna**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

f. _____

Kerly Alvarado Q.

Alvarado Quijije, Kerly Dayanna



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Romero Carrera, Dayanna Elizabeth**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

f. _____

Romero Carrera, Dayanna Elizabeth

REPORTE DE COMPILATIO



PREVALENCIA DE TRASTORNOS BIPOLARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO



Nombre del documento: COPIA23.docx
 ID del documento: 60f2a1daf00600646b942975936664ce52b9cb2
 Tamaño del documento original: 128.03 kB
 Autor: Dayanna Elizabeth Romero Carrera

Depositante: Kerly Dayanna Alvarado Quijje
 Fecha de depósito: 16/8/2024
 Tipo de carga: interface
 fecha de fin de análisis: 16/8/2024

Número de palabras: 8019
 Número de caracteres: 55.341

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	link.springer.com Risk Factors for Suicide Reattempt among Adolescents and Yo... 3 Fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (94 palabras)
2	library.co SUICIDIO Y FAMILIA - Características y respuesta familiar frente a los ... 2 Fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (66 palabras)
3	www.scielolibrary.org Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sít... 3 Fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (56 palabras)
4	afafalafena.wordpress.com Valoración del riesgo de suicidio: la escala SAD PERSONS... https://afafalafena.wordpress.com/2019/11/09/valoracion-del-riesgo-de-suicidio-la-escala-sad-perso...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (50 palabras)
5	www.studocu.com La escala SAD PERSONS - La escala SAD PERSONS es una herra... https://www.studocu.com/latam/document/universidad-catolica-nordestana/teorias-de-la-personali...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (56 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.ncbi.nlm.nih.gov Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts in in... https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1059425/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (40 palabras)
2	revistametrociencia.com.ec https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/download/233/299/929	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (34 palabras)
3	www.redalyc.org Conducta suicida y dualidad en trastornos por consumo de sus... https://www.redalyc.org/journal/5517/551769293007/html/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (34 palabras)
4	cepps.udp.cl https://cepps.udp.cl/wp-content/uploads/2018/05/Tomicic-et-al.-2016.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (34 palabras)
5	www.elsevier.es Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos d... http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aislamiento-social-soledad-que-pod...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (37 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas)

Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33587568/>
- <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28262260/>
- <https://www.primicias.ec/noticias/firmas/suicidios-ecuador-hombres-adolescentes-salud/>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/>

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a Dios por ser el principal motor principal y haberme permitido llegar a cumplir esta meta.

A mi familia, especialmente para mi madre y mi hermano sinceramente no tengo palabras para expresar mi gratitud hacia ustedes que han sido mi refugio y mi fortaleza, gracias por todo su esfuerzo, apoyo y cariño que me brindan día a día quiero que sepan que este logro es el reflejo de su sacrificio. Cada paso que he dado en este proceso ha sido por y para ustedes.

A mi tutor de tesis por guiarnos sabiamente durante esta etapa, gracias por su dedicación y por las horas de orientación que han dado forma a este trabajo.

A mi gran amiga y compañera de tesis Dayanna Romero Carrera, gracias por ser esa amiga incondicional que me ha brindado su apoyo durante todo este tiempo, gracias por compartir alegrías, soportar mis momentos de desesperación y, sobre todo, por celebrar cada pequeño logro como si fuera una gran victoria.

Alvarado Quijije, Kerly Dayanna.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios porque sin él nada es posible, por brindarme la salud y fuerza para cada día seguir luchando y poder culminar mi carrera universitaria de manera responsable.

A mis padres Luis Romero y Josefina Carrera, nada de esto hubiera sido posible sin ellos, son mi pilar fundamental para este camino que estoy recorriendo, estuvieron siempre presentes brindándome el apoyo y la confianza en los días más difíciles de mi carrera, por esas palabras de aliento que se convirtieron en un soporte en mi vida. De igual forma a mi hermana Carlita Romero, ella es mi ejemplo para seguir y la admiro demasiado, agradezco por sus palabras y amor incondicional.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, institución que me enseñó y abrió sus puertas para mi preparación.

A mis docentes y tutor, por ser parte de mi formación académica y enseñarme el verdadero significado de la carrera de enfermería.

A mi amiga y compañera de tesis, Kerly Alvarado quien desde el comienzo de la carrera siempre estuvo dispuesta ayudarme, somos un gran equipo y me alegra compartir esta etapa de conocimientos con una persona responsable y especial para mí.

Romero Carrera, Dayanna Elizabeth

DEDICATORIA

A Dios por ser mi soporte y mi guía, a mis padres, mi abuelita y de manera especial a mi mami Jaqui por su dedicación, y sacrificio me han impulsado a seguir adelante y aconsejarme en todo momento.

Alvarado Quijije, Kerly Dayanna.

A Dios por su amor infinito y misericordioso, ya que siempre será mi pilar fundamental en mi vida.

A mis padres porque ellos me enseñan cada día a ser una persona responsable con valores y empatía. Sus palabras y consejos siempre los llevaré conmigo, me llena de orgullo saber que lograré ser una persona profesional, cumpliendo uno de los sueños más especiales para ellos.

A mi hermana, ella es y será mi mayor orgullo e inspiración, gracias por brindarme consejos cuando más lo necesitaba, nunca me dejaba sola, sus abrazos y palabras de aliento son mi fuerza para seguir adelante.

Romero Carrera, Dayanna Elizabeth



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**LCDA. MENDOZA VINCÉS, ÁNGELA OVILDA, MGS
DIRECTORA DE CARRERA**

f. _____

**LCDA. HOLGUÍN JIMÉNEZ, MARTHA LORENA, MGS
COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN**

f. _____

**DRA. PÉREZ LICEA, AMARILIS RITA, MGS
OPONENTE**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN

Alvarado Quijije, Kerly Dayanna

Romero Carrera, Dayanna Elizabeth

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VIII
DEDICATORIA	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	XI
CALIFICACIÓN	XII
ÍNDICE GENERAL	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XV
RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1. Preguntas de investigación.....	6
1.2. Justificación.....	7
1.3. Objetivos	8
1.3.1. Objetivo general.....	8
1.3.2. Objetivos específicos	8
CAPÍTULO II.....	9
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.2. Marco conceptual	10
2.3. Marco legal.....	18
CAPÍTULO III.....	21
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
3.1. Tipo de estudio.....	21
3.2. Población y muestra	21

3.2.1.	Criterios de inclusión.....	21
3.2.2.	Criterios de exclusión.....	21
3.3.	Procedimiento para la recolección de la información	21
3.4.	Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	21
3.5.	Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.	22
3.6.	Variables generales y operacionalización	22
3.7.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	24
	DISCUSIÓN.....	32
	CONCLUSIONES	34
	RECOMENDACIONES.....	35
	REFERENCIAS	36
	ANEXOS	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sexo de los pacientes	25
Figura 2. Edad de los pacientes.....	26
Figura 3. Antecedentes familiares de trastorno bipolar	27
Figura 4. Tipos de trastorno bipolar	28
Figura 5. Manifestaciones clínicas del trastorno bipolar – tipo eufórico	29
Figura 6. Manifestaciones clínicas del trastorno bipolar tipo depresivo	30
Figura 7. Tratamiento del trastorno bipolar.....	31

RESUMEN

La prevalencia de trastorno bipolar es un aspecto crítico que requiere una atención detallada. Esta vulnerabilidad puede atribuirse a la intensidad de los estados de ánimo extremos y a la carga emocional que conlleva la enfermedad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo. **Metodología:** Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y transversal. **Población y muestra:** La población estuvo conformada por 183 pacientes. La muestra será el 100% de la población. **Técnica:** Observación indirecta. **Instrumento:** Matriz de recolección de datos. **Resultados:** Las características demográficas muestran que el 35% entre 41 y 50 años, y el 30% tiene más de 51 años. En cuanto al sexo, el 45% son hombres y el 55% mujeres. Un 40% reporta antecedentes familiares de trastorno bipolar. El tipo de trastorno bipolar, el 67% presenta trastorno eufórico y el 33% tipo depresivo. Entre las manifestaciones clínicas del trastorno eufórico, la irritabilidad y el riesgo de conductas impulsivas son prominentes, afectando al 49% y 50% de los pacientes, respectivamente. En el trastorno depresivo, la tristeza es el síntoma más frecuente, reportado por el 37% de los pacientes, seguido por baja autoestima en el 43% y alteraciones del sueño en el 47%. Todos los pacientes reciben terapia cognitiva conductual y terapia farmacológica. La terapia psicoeducacional es seguida por el 61% de los pacientes, mientras que la terapia centrada en la familia es utilizada por el 19%. **Conclusiones:** La prevalencia de trastornos bipolares fue del 11,93%.

Palabras clave: Prevalencia, Intentos de suicidio, Pacientes bipolares, Psiquiatría.

ABSTRACT

The prevalence of bipolar disorder is a critical aspect that requires detailed attention. This vulnerability can be attributed to the intensity of extreme moods and the emotional burden that the disease entails. **Objective:** Determine the prevalence of bipolar disorders in patients admitted to the psychiatry area of the Teodoro Maldonado Carbo hospital. **Methodology:** Descriptive, quantitative, retrospective, and transversal study. **Population and sample:** The population was made up of 183 patients. The sample will be 100% of the population. **Technique:** Indirect observation. **Instrument:** Data collection matrix. **Results:** Demographic characteristics show that 35% are between 41 and 50 years old, and 30% are over 51 years old. Regarding sex, 45% are men and 55% women. 40% report a family history of bipolar disorder. In the bipolar disorder type, 67% present a euphoric disorder and 33% a depressive type. Among the clinical manifestations of euphoric disorder, irritability and the risk of impulsive behaviors are prominent, affecting 49% and 50% of patients, respectively. In depressive disorder, sadness is the most frequent symptom, reported by 37% of patients, followed by low self-esteem in 43% and sleep disturbances in 47%. All patients receive cognitive behavioral therapy and pharmacological therapy. Psychoeducational therapy is followed by 61% of patients, while family-centered therapy is used by 19%. **Conclusions:** The prevalence of bipolar disorders was 11.93%.

Keywords: Prevalence, Suicide attempts, Bipolar patients, Psychiatry.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar, también conocido como trastorno afectivo bipolar, es una condición mental compleja caracterizada por cambios extremos en el estado de ánimo (1). Este trastorno se distingue por su notable polimorfismo, lo que implica variabilidad en la presentación de los síntomas. Se observa una alteración en el estado de ánimo, que afecta tanto los niveles de energía y actividad como la capacidad del individuo para realizar sus actividades cotidianas. Los pacientes pueden experimentar episodios de depresión, manía, hipomanía, y en algunos momentos, pueden encontrarse en un estado eutímico. Sin embargo, es posible que persistan síntomas entre episodios.

Los episodios depresivos tienden a ser más frecuentes que los maníacos y pueden manifestarse con o sin síntomas atípicos o de melancolía, lo que conlleva un impacto significativo en la vida del paciente. Los individuos afectados experimentan episodios de manía, que involucran un aumento anormal de la energía y la actividad, seguidos de episodios depresivos, marcados por una profunda tristeza y desesperación, esta alternancia entre estados opuestos crea un desafío significativo en la vida diaria de quienes padecen esta enfermedad (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa al trastorno bipolar como el sexto trastorno mental más relevante, afectando a aproximadamente 45 millones de personas en todo el mundo (3). La prevalencia de este trastorno se extiende a través de dos subtipos, bipolar I y bipolar II, siendo la depresión el síntoma predominante en un 54% de los casos, seguido por la manía (22%) y un patrón mixto (24%). Este panorama se ve agravado por la alarmante relación entre el trastorno bipolar y el riesgo de suicidio, que ocupa el 1.4% y se posiciona el 13avo puesto de causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes (4).

Actualmente, este es uno de los temas más debatidos a nivel internacional dentro del campo de la psiquiatría, siendo reconocido como un problema de salud global con implicaciones significativas en el ámbito sanitario, económico y causando un considerable sufrimiento tanto a nivel personal como familiar. Y es una de las preocupaciones más apremiantes asociadas con el trastorno

bipolar es la vulnerabilidad a la intensidad de los estados de ánimo extremos y a la carga emocional que conlleva la enfermedad (5).

La prevalencia de pacientes con trastorno bipolar es un aspecto crítico que requiere una atención detallada, estudios epidemiológicos consideran que la magnitud de este problema tiene importantes implicaciones para la atención médica y la salud mental (6). Esta problemática requiere ser abordada de manera integral para mejorar la calidad de vida de quienes viven con trastorno bipolar (7). Este proyecto se enfoca mediante un estudio descriptivo, transversal y prospectivo, utilizando la revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados con trastorno bipolar.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno afectivo bipolar ejerce una profunda influencia en el estado anímico y psicológico de las personas, dando lugar a cambios abruptos en emociones y actividades. Este trastorno, catalogado como una afección mental grave, conlleva etapas que van desde la tristeza hasta la euforia, pasando por la desesperanza y el enojo (8).

Una encuesta de Salud Mental de la OMS indicó que la prevalencia a lo largo de la vida del espectro bipolar es de aproximadamente 2,4%. Específicamente, se reportó una prevalencia del 0,6% para el trastorno bipolar tipo I, del 0,4% para el trastorno bipolar tipo II, y del 1,4% para otras formas subclínicas del trastorno bipolar. En cuanto a la prevalencia anual, se estimó en un 1,5% para el espectro bipolar en su totalidad, con un 0,4% correspondiente al trastorno bipolar tipo I, un 0,3% al tipo II, y un 0,8% para las demás formas del espectro. Sin embargo, estas cifras pueden estar influenciadas por las variaciones en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo y por la región geográfica de donde proviene la muestra (9).

En España, el trastorno bipolar es la tercera causa de muerte en el grupo de edad de entre los 15 a los 29 años, en los últimos datos disponibles se pone de manifiesto que 310 niños y jóvenes menores de 30 años se quitaron la vida, lo que supone un 7.77% del total de víctimas del suicidio, siendo más frecuente en el 17,0% en hombres y 4,6% en mujeres por cada 100,000 personas (10). El método más común en hombres fue el ahorcamiento (86,8%), mientras que en mujeres el consumo de drogas (45%) y el ahogamiento (40%) (11).

En América Latina, se observan tasas de episodio maníaco es del 9% en Chile, 8.1% en Costa Rica, 5.3% en la Ciudad de México y 3.9% en Colombia (12). En cuanto al trastorno bipolar, Perú reporta un 11,5%, Colombia un 1,7% y México un 1,6%. El estudio revela la presencia de varios trastornos mentales en la población, de la siguiente manera: En Argentina, la esquizofrenia tiene

una prevalencia del 2,96%, la psicosis afectiva del 4,01%, la depresión neurótica del 3,47% y los trastornos neuróticos del 14,45%.

En Perú, la depresión mayor tiene una prevalencia del 9,7%, la distimia del 3,4%, la esquizofrenia del 0,6%, el trastorno obsesivo-compulsivo del 2,5%, la fobia del 8,5%, el pánico del 2,1%, la dependencia al alcohol del 18,6%, el trastorno antisocial de la personalidad del 7,1%, la alteración cognitiva del 1,5% y el trastorno bipolar del 2,4%. En México, la agorafobia tiene una prevalencia del 2,6%, la fobia social del 2,6%, el trastorno de pánico del 1,9%, la ansiedad generalizada del 3,2%, los trastornos obsesivo-compulsivos del 1,3%, la distimia del 4,3%, la manía del 1,2%, la hipomanía del 0,9% y el abuso o dependencia del alcohol del 3,6% (13).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la presencia de trastornos mentales que provocan una alteración clínicamente significativa, reflejan una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos y sociales. Según el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades del Ecuador, del total de personas registradas en el país, el 5,13% tiene una discapacidad mental, de estos 1.5% presentan trastornos bipolares (14). Las cifras por diagnóstico para otros trastornos indican una prevalencia del 8.3% para depresión, 1.6% para esquizofrenia (15). Para el 2020 se registran 1.089 casos y en 2021 un total de 880, siendo Pichincha la provincia que reporta la mayor cantidad de defunciones por este motivo, seguida de Azuay y Guayas (16).

En el área de hospitalización psiquiátrica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se evidencia una preocupante realidad relacionada con pacientes diagnosticados con trastorno bipolar. Esta problemática adquiere una complejidad particular al considerar la intersección de factores clínicos, emocionales y sociales que influyen en la salud mental de estos individuos. A esta situación se suma la dificultad en el diagnóstico preciso y oportuno, así como en la implementación de un tratamiento adecuado que aborde no solo los síntomas agudos, sino también las necesidades de cuidado a largo plazo. La coexistencia de comorbilidades, la falta de adherencia al tratamiento y las barreras sociales contribuyen a agravar el estado de salud mental de estos

pacientes, creando un desafío significativo para los profesionales de salud mental y el sistema hospitalario en su conjunto.

1.1. Preguntas de investigación

¿Cuál es la prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo?

¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes con trastorno bipolar ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo?

¿Cuál es el tipo de trastorno bipolar más frecuentes en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo?

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de los pacientes según el tipo de trastorno bipolar ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo?

¿Cuál es el tratamiento empleado en los pacientes con trastorno bipolar ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo?

1.2. Justificación

El trastorno bipolar se define como una condición médica persistente caracterizada por fluctuaciones en el estado de ánimo, generando un nivel notable de disfunción en los pacientes (17). La realización de esta investigación se fundamenta en la necesidad de abordar las deficiencias existentes en el conocimiento sobre el trastorno bipolar dentro del entorno. A pesar de los avances en psiquiatría, persisten lagunas en la comprensión detallada de las características demográficas, los tipos específicos de trastorno bipolar, sus manifestaciones clínicas y los tratamientos aplicados en un contexto hospitalario.

Este estudio busca llenar esos vacíos, proporcionando datos precisos y actualizados que puedan informar y optimizar las prácticas clínicas en el manejo de esta condición compleja. Desde un punto de vista teórico, esta investigación aportará una visión más precisa sobre la prevalencia de los distintos tipos de trastorno bipolar y sus manifestaciones clínicas en la población hospitalaria específica.

La recopilación y análisis de estos datos enriquecerán la base de evidencia existente en el campo de la salud mental, permitiendo una comprensión más profunda de la condición. La trascendencia y utilidad de la investigación radican en su potencial para influir significativamente en la práctica clínica. Los resultados proporcionarán información valiosa para los profesionales de la salud mental, permitiéndoles adaptar y mejorar sus enfoques en la atención de pacientes con trastorno bipolar.

Los beneficiarios directos de esta investigación serán los profesionales de la salud mental del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, quienes podrán utilizar los hallazgos para refinar sus prácticas clínicas y estrategias de intervención. Adicionalmente, los pacientes con trastorno bipolar se beneficiarán indirectamente al recibir una atención más informada y eficaz. La comunidad científica y académica también se verá enriquecida con nuevos datos y perspectivas, lo que fomentará la discusión y el desarrollo de futuras investigaciones en el ámbito de la salud mental.

Finalmente, los hallazgos de este estudio tienen el potencial de generar nuevas observaciones y líneas de investigación en el campo profesional. La información obtenida puede abrir nuevas vías para estudios adicionales que exploren aspectos no abordados en esta investigación, promoviendo un ciclo continuo de investigación.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

1.3.2. Objetivos específicos

Describir las características demográficas de los pacientes con trastorno bipolar ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Mencionar los tipos de trastornos bipolares más frecuentes en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Identificar las manifestaciones clínicas de los pacientes según el tipo de trastorno bipolar ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo

Establecer el tratamiento empleado en los pacientes con trastorno bipolar ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la investigación

Nierenberg et al., El trastorno bipolar se caracteriza por episodios recurrentes de depresión y manía o hipomanía. Los episodios depresivos bipolares son similares a los episodios depresivos mayores. Los episodios maníacos e hipomaníacos se caracterizan por un cambio distintivo en el estado de ánimo y el comportamiento durante períodos de tiempo discretos. La edad de inicio suele ser entre 15 y 25 años, y la depresión es la presentación inicial más frecuente. Aproximadamente el 75% del tiempo sintomático consiste en episodios o síntomas depresivos. El diagnóstico y el tratamiento tempranos se asocian con un pronóstico más favorable. El diagnóstico y el tratamiento óptimo a menudo se retrasan una media de aproximadamente 9 años después de un episodio depresivo inicial. El tratamiento a largo plazo consiste en estabilizadores del estado de ánimo, como litio, valproato y lamotrigina. Se recomiendan agentes antipsicóticos, como quetiapina, aripiprazol, asenapina, lurasidona y cariprazina, pero algunos están asociados con aumento de peso. Los antidepresivos no se recomiendan como monoterapia. Más del 50% de los pacientes con trastorno bipolar no cumplen con el tratamiento (17).

Tondo et al., en un estudio comparativo de 1377 pacientes adultos con trastorno bipolar (BD) se identificaron diferencias significativas entre los tipos I (BD-1) y II (BD-2). Los pacientes con BD-2 tendían a tener una mayor prevalencia de trastornos afectivos familiares, iniciar el diagnóstico y tratamiento a una edad más avanzada, y presentar niveles educativos y socioeconómicos más altos, además de estar más frecuentemente casados y tener hijos. En términos de morbilidad, los pacientes con BD-2 tenían episodios más largos, una mayor intensidad de depresión y ansiedad relacionada con la ingesta de alimentos, y menos fluctuaciones de humor estacionales y con antidepresivos. Los pacientes con BD-2 pasaban más tiempo en estado deprimido y menos tiempo en estados [hipo]maníacos, y

eran menos propensos a hospitalizaciones y conductas suicidas violentas. Finalmente, en el tratamiento, los pacientes con BD-2 mostraron menor uso de litio y antipsicóticos, pero un mayor uso de antidepresivos y benzodiazepinas (18).

En el estudio de Aminoff et al., (19) la prevalencia total de síntomas psicóticos a lo largo de la vida en pacientes con trastorno bipolar fue del 63 % (IC del 95 %: 57,5-68) y del 22 % (IC del 95 %: 14-33) en pacientes con trastorno bipolar II. En el caso de los pacientes hospitalizados con trastorno bipolar, la prevalencia total de síntomas psicóticos a lo largo de la vida fue del 71 % (IC del 95 %: 61-79). No hubo estudios de muestras comunitarias ni de pacientes hospitalizados con trastorno bipolar II. La prevalencia total de síntomas psicóticos en pacientes con trastorno bipolar fue del 54 % (IC del 95 %: 41-67). La prevalencia total fue del 57 % (IC del 95 %: 47-66) en episodios maníacos y del 13 % (IC del 95 %: 7-23,5) en episodios depresivos. No hubo suficientes estudios en trastorno bipolar II, trastorno bipolar II, episodios mixtos y trastorno bipolar ambulatorio. La prevalencia total de síntomas psicóticos en pacientes con trastorno bipolar puede ser mayor que la notificada anteriormente.

2.2. Marco conceptual

Desorden Bipolar

El trastorno bipolar, también conocido como trastorno afectivo bipolar, es una de las 10 principales causas de discapacidad en todo el mundo. El trastorno bipolar se caracteriza por episodios crónicos de manía o hipomanía que se alternan con depresión y, a menudo, se diagnostica erróneamente al principio. El tratamiento incluye farmacoterapia e intervenciones psicosociales, pero se producen recaídas del estado de ánimo y respuestas incompletas, en particular en caso de depresión (20).

Durante la atención a largo plazo de los pacientes con trastorno bipolar, suelen ser necesarias una reevaluación continua y una modificación del tratamiento. También puede ser necesario el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y crónicas. En esta actividad se revisa la etiología, la clasificación, la evaluación, el tratamiento y el pronóstico del trastorno afectivo bipolar, y también se destaca el papel del equipo interprofesional en el manejo y la mejora de la atención de los pacientes con esta afección (20).

El trastorno bipolar tiene una alta heredabilidad (aproximadamente el 70%). Los trastornos bipolares comparten alelos de riesgo genético con otros trastornos mentales y médicos. El trastorno bipolar I tiene una asociación genética más cercana con la esquizofrenia en relación con el trastorno bipolar II, que tiene una asociación genética más cercana con el trastorno depresivo mayor (21).

Aunque se desconoce la patogenia de los trastornos bipolares, los procesos implicados incluyen alteraciones en la plasticidad neuronal-glial, la señalización monoaminérgica, la homeostasis inflamatoria, las vías metabólicas celulares y la función mitocondrial. La alta prevalencia de maltrato infantil en personas con trastornos bipolares y la asociación entre maltrato infantil y una presentación más compleja del trastorno bipolar (p. ej., una que incluya tendencias suicidas) resaltan el papel de las exposiciones ambientales adversas en la presentación de los trastornos bipolares (21).

Tipo de trastornos bipolares

El trastorno bipolar eufórico se refiere específicamente a la fase maníaca o hipomaníaca del trastorno bipolar, caracterizada por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable. Según el DSM-5, esta fase se distingue por (22):

- Un período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable
- Un aumento anormal y persistente de la actividad o energía dirigida a un objetivo

- Una duración de al menos una semana (o cualquier duración si se requiere hospitalización)
- Es importante destacar que el término "eufórico" en este contexto no implica necesariamente felicidad en el sentido convencional, sino más bien un estado de excitación y activación intensificada que puede resultar problemático.

Síntomas

Los síntomas clave del trastorno bipolar eufórico, según el DSM-5, incluyen (23):

- Autoestima exagerada o grandiosidad
- Disminución de la necesidad de dormir
- Mayor locuacidad o presión para mantener la conversación
- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- Distractibilidad
- Aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora
- Participación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas
- Para un diagnóstico de manía, se deben presentar al menos tres de estos síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) junto con el estado de ánimo elevado y el aumento de energía.

Depresivo

El trastorno bipolar depresivo, una variante compleja del espectro bipolar, representa un desafío significativo en la psiquiatría moderna. Este trastorno se caracteriza por la alternancia entre episodios depresivos profundos y períodos de eutimia, con la ausencia notable de episodios maníacos o hipomaníacos (24).

Fisiopatología

La neurobiología del trastorno bipolar depresivo implica una intrincada red de alteraciones neuroquímicas y estructurales. Estudios recientes utilizando neuroimagen funcional han revelado (25):

- Hiperactividad amigdalal: Asociada con el procesamiento emocional aberrante.
- Hipofunción prefrontal: Vinculada a déficits en la regulación emocional y cognitiva.
- Alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA): Resultando en una desregulación del cortisol y otros glucocorticoides.
- La interacción entre estos sistemas neuronales y endocrinos crea un "circuito de retroalimentación negativa" que perpetúa los episodios depresivos.

Sintomatología

Los síntomas del trastorno bipolar depresivo son multifacéticos y pueden incluir (26):

- Anhedonia profunda: Incapacidad marcada para experimentar placer.
- Alteraciones cognitivas: Déficits en la atención, memoria y funciones ejecutivas.
- Ritmos circadianos alterados: Insomnio o hipersomnia persistentes.
- Ideación suicida: A menudo más intensa que en la depresión unipolar.
- Síntomas atípicos: Aumento del apetito, hipersensibilidad al rechazo interpersonal.

Es crucial notar la presencia de "síntomas mixtos subumbrales", que pueden incluir irritabilidad o aceleración del pensamiento durante los episodios depresivos (25). Existe una alta carga de problemas comunes de salud mental no tratados en países de ingresos bajos y medianos bajos (LMIC), lo que resulta en impactos a corto y largo plazo en la calidad de vida y un mayor riesgo de mortalidad por suicidio, así como otras condiciones de salud física.

Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida, sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta (27).

El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, puesto que, en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción. Cuando una persona ha perdido el control de sus impulsos emocionales, su vulnerabilidad para realizar un intento suicida aumenta significativamente sobre todo en un ambiente de hostilidad. Son síntomas emocionales (ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente importantes que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables (22).

En un estudio se determinó que la relación con el antecedente de intento suicida previo se pudo observar que 18,5% de los casos manifestaban este factor, lo cual mostró asociación causal, pues los pacientes que poseen el factor de riesgo 43,75 veces más probabilidad de presentar las conductas suicidas (22).

Tratamiento

Terapia cognitiva conductual

La terapia cognitiva conductual (TCC) ha demostrado ser un tratamiento eficaz para el trastorno bipolar, complementando el uso de medicación. Este enfoque terapéutico se centra en estabilizar el estado de ánimo, ayudando a los pacientes a desarrollar estrategias que les permitan gestionar las fluctuaciones emocionales características del trastorno. A través de la identificación de patrones de pensamiento y comportamiento que pueden desencadenar episodios maníacos o depresivos, la TCC capacita a los pacientes para modificar su respuesta a estos eventos, promoviendo una mayor estabilidad emocional.

Las personas con trastorno bipolar a menudo experimentan pensamientos negativos o irracionales, especialmente durante los episodios depresivos, que

agravan su malestar emocional. Los terapeutas ayudan a los pacientes a reconocer estos pensamientos automáticos y a reemplazarlos con interpretaciones más realistas y equilibradas. Esto es crucial para evitar la espiral descendente de la depresión o la elevación excesiva de la manía.

Durante los episodios maníacos, es común que los pacientes se involucren en conductas impulsivas que pueden tener consecuencias negativas a largo plazo. El componente conductual de la TCC enseña a los pacientes a regular sus actividades diarias, estableciendo una rutina que les permita mantener el equilibrio, reduciendo la probabilidad de caer en comportamientos problemáticos que exacerben su condición.

El estrés es un factor que puede desencadenar tanto episodios maníacos como depresivos, por lo que la terapia se enfoca en enseñar técnicas de relajación y afrontamiento que ayudan a los pacientes a manejar las situaciones estresantes de manera más efectiva. Al reducir el impacto del estrés en su vida diaria, los pacientes logran una mayor estabilidad emocional.

Terapia psico educativa

La terapia psicoeducacional es una intervención clave en el tratamiento de diversas condiciones de salud mental, incluyendo el trastorno bipolar, la esquizofrenia y la depresión. Su principal objetivo es proporcionar a los pacientes y a sus familias una comprensión más profunda de la enfermedad, sus síntomas, y el manejo adecuado de la misma. A través de la educación, los pacientes adquieren habilidades y conocimientos para mejorar su autocuidado, lo que contribuye a una mejor adherencia al tratamiento y una mayor estabilidad emocional.

Uno de los pilares de la terapia psicoeducacional es la información sobre la enfermedad. Los pacientes aprenden sobre los síntomas, el curso de la enfermedad, y los factores desencadenantes de los episodios agudos. En el caso del trastorno bipolar, por ejemplo, se enseña a los pacientes a identificar las señales tempranas de episodios maníacos o depresivos, lo que permite

una intervención temprana y reduce la gravedad de los episodios. Además, los familiares también se benefician de esta información, ya que les permite comprender mejor el comportamiento del paciente y saber cómo apoyarlo de manera más efectiva.

Además de la educación sobre la enfermedad, la terapia psicoeducacional se enfoca en mejorar las habilidades de afrontamiento. Los pacientes y sus familiares aprenden técnicas para manejar el estrés, desarrollar hábitos de vida saludables y mejorar la comunicación interpersonal. Estas habilidades son fundamentales para reducir el impacto de los factores estresantes en la vida diaria, que a menudo pueden desencadenar recaídas o episodios agudos. De esta manera, la psicoeducación no solo busca mejorar el conocimiento teórico, sino también dotar a los pacientes de herramientas prácticas para su día a día.

Terapia centrada en la familia

La terapia centrada en la familia es un enfoque terapéutico que reconoce la importancia del entorno familiar en la salud mental y el bienestar del individuo. Se basa en la premisa de que la dinámica familiar puede influir tanto positiva como negativamente en el desarrollo y tratamiento de trastornos psicológicos. Este tipo de terapia se utiliza frecuentemente en el tratamiento de trastornos graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, y los trastornos de conducta en adolescentes, enfocándose en mejorar la comunicación, fortalecer los vínculos familiares y abordar conflictos que pueden afectar la recuperación del paciente.

Un aspecto fundamental de la terapia centrada en la familia es el trabajo para mejorar la comunicación entre los miembros de la familia. En muchos casos, los problemas de salud mental pueden intensificarse debido a una mala comunicación o malentendidos dentro del hogar. Los terapeutas ayudan a las familias a desarrollar habilidades de comunicación más efectivas, donde los miembros puedan expresar sus emociones y preocupaciones de manera abierta y respetuosa. Esto permite reducir tensiones y fomentar un ambiente

de apoyo mutuo, lo cual es crucial para el proceso de recuperación del paciente.

Terapia farmacológica

La terapia farmacológica es un pilar fundamental en el tratamiento de diversos trastornos de salud mental y condiciones médicas. Su objetivo principal es el manejo de los síntomas mediante el uso de medicamentos, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente. En el campo de la salud mental, la terapia farmacológica se emplea para tratar trastornos como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, la ansiedad y otros, en combinación con otras intervenciones terapéuticas, como la psicoterapia o la terapia psicoeducativa.

Uno de los beneficios clave de la terapia farmacológica es su capacidad para aliviar síntomas agudos de manera relativamente rápida. Por ejemplo, en pacientes con trastornos de ansiedad, los ansiolíticos pueden reducir de manera efectiva los síntomas físicos y psicológicos del trastorno, permitiendo al paciente recuperar una mayor funcionalidad en su vida cotidiana. De igual manera, en trastornos como la esquizofrenia, los antipsicóticos son esenciales para el control de síntomas como las alucinaciones o los delirios, ayudando a los pacientes a mantener una conexión más estable con la realidad.

En trastornos crónicos como el trastorno bipolar, los estabilizadores del ánimo son utilizados no solo para tratar episodios maníacos o depresivos, sino también para prevenir su reaparición. De esta manera, el tratamiento farmacológico ayuda a mantener una estabilidad emocional a largo plazo, reduciendo la frecuencia y gravedad de los episodios. En estos casos, la adherencia a la medicación es crucial para el éxito del tratamiento, ya que discontinuar el uso de los fármacos puede aumentar el riesgo de recaídas y complicaciones.

La individualización del tratamiento es otro aspecto central en la terapia farmacológica. No todos los pacientes responden de la misma manera a un medicamento específico, por lo que es común que los médicos ajusten las

dosis o prueben diferentes medicamentos para encontrar el tratamiento más adecuado. Este proceso requiere un seguimiento cercano del paciente para monitorear los efectos del tratamiento y cualquier posible efecto secundario, ya que los medicamentos utilizados en salud mental pueden tener reacciones adversas que afectan el bienestar del paciente.

Un desafío importante en la terapia farmacológica es el manejo de los efectos secundarios. Muchos medicamentos psiquiátricos, como los antidepresivos, antipsicóticos o ansiolíticos, pueden provocar efectos no deseados, como somnolencia, aumento de peso, o disminución de la libido. Estos efectos pueden afectar la adherencia al tratamiento, ya que algunos pacientes, al experimentar estos síntomas, deciden discontinuar el uso de sus medicamentos. Por ello, es fundamental que los profesionales de la salud mental realicen un seguimiento constante y ajusten los tratamientos según las necesidades del paciente, minimizando los efectos secundarios y asegurando la continuidad del tratamiento.

2.3. Marco legal

Constitución de la República del Ecuador

Art. 12.- El derecho humano al agua es fundamental e irrenunciable. El agua constituye patrimonio nacional estratégico de uso público, inalienable, imprescriptible, inembargable y esencial para la vida (28).

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales (28).

Art. 18.- Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a:

1. Buscar, recibir, intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, sin censura previa acerca de los hechos,

acontecimientos y procesos de interés general, y con responsabilidad ulterior (28).

2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información (28).

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (28).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (28).

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos (28).

Ley Orgánica de Salud

Art. 5.- La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales,

cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población (29).

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (29):

1. Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento;
2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;
3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;
4. Declarar la obligatoriedad de las inmunizaciones contra determinadas enfermedades, en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera; definir las normas y el esquema básico nacional de inmunizaciones; y, proveer sin costo a la población los elementos necesarios para cumplirlo;
5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información (29).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo

Método: Cuantitativo

Diseño: Según el Tiempo: Retrospectivo. Según el período y la secuencia del estudio: Transversal

3.2. Población y muestra

La población está conformada por un total de 183 pacientes bipolares. La muestra será el 100% de la población total de pacientes, las cuales serán escogidas por muestreo por conveniencia.

3.2.1. Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico confirmado de trastorno bipolar según el DSM-5. Pacientes hospitalizados en el área de psiquiatría del hospital en el periodo establecido.

3.2.2. Criterios de exclusión

Presencia de otras enfermedades mentales graves no relacionadas con el trastorno bipolar.

Pacientes con otras enfermedades.

Paciente fuera del rango de edad de estudio

3.3. Procedimiento para la recolección de la información

Técnica: Observación indirecta

Instrumento: Matriz de recolección de datos

3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos serán registrados en el programa Microsoft Excel, para posterior mostrar datos expresados en forma porcentual o numérica mostrados en gráficos de barras.

3.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.

Presentación y aprobación del tema de proyecto de investigación

Presentación y aprobación de la recolección de datos institucional

Carta de compromiso del manejo de información.

3.6. Variables generales y operacionalización

Variable general: Prevalencia de intentos de suicidio en pacientes bipolares

Dimensiones	Indicadores	Escala
Características demográficas	Edad	20 a 30 años 31 0 40 años 41 a 50 años Mayor a 50 años
	Sexo	Hombre Mujer
	Antecedentes de trastorno bipolar	Si - No
Tipo de trastornos bipolares	Eufórico	Si - No
	Depresivo	
Manifestaciones clínicas	Eufórico <ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad • Aumento de la sociabilidad • Ánimo expansivo • Aumento en la velocidad de los pensamientos y del lenguaje • Desinhibición social • Irritabilidad 	Si - No

	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de conductas impulsivas 	
	<p>Depresivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desanimo • Disminución de la energía • Tristeza • Pérdida del interés • Baja autoestima • Autorreproches • Sentimientos de culpa • Alteraciones del sueño • Retraimiento social • Pérdida de apetito • Ideas suicidas 	
Tratamiento	Terapia cognitiva conductual	Si - No
	Terapia psico educativa	
	Terapia centrada en la familia	
	Terapia farmacológica	

3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se tomo de referencia a 1534 pacientes con trastornos mentales del área de psiquiatría durante el periodo enero 2023 a abril 2024, de los cuales solo 183 pacientes presentaron diagnóstico de trastorno bipolar. Al calcular la prevalencia fue de 11,93%. Interpretando que por cada 100 pacientes con trastorno bipolar 11 a 12 pacientes cursan con intentos de suicidios.

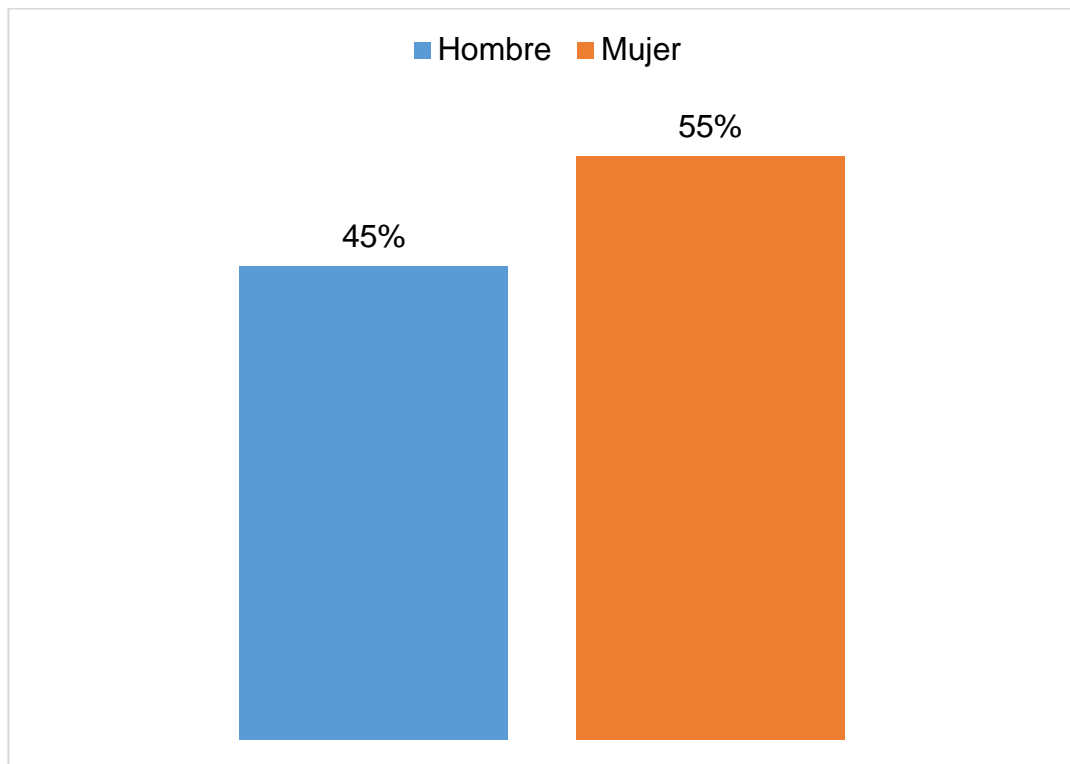
$$X = \frac{\text{Número de pacientes con trastornos bipolar}}{\text{Población total de pacientes con trastornos mentales}} \times 100$$

$$x = \frac{183}{1534} \times 100$$

$$x = 11.93\%$$

Esta proporción indica que el trastorno bipolar es una condición relativamente frecuente dentro del espectro de trastornos mentales. Esto puede reflejar tanto la seriedad de los síntomas del trastorno bipolar como la capacidad del sistema de salud para identificar y diagnosticar esta condición de manera efectiva.

Figura 1. Sexo de los pacientes



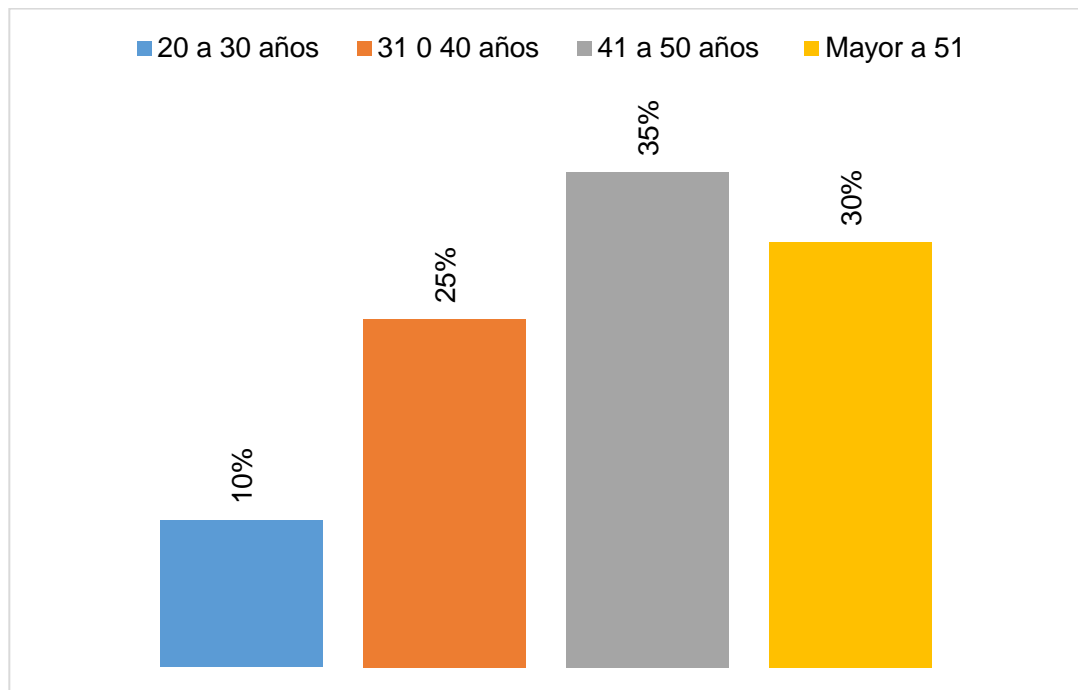
Fuente: Historias clínicas del HTMC

Elaborado por: Alvarado Quijije, Kerly Dayanna y Romero Carrera, Dayanna Elizabeth

ANÁLISIS

En cuanto al sexo, la muestra presenta una ligera predominancia de mujeres sobre hombres. Este hecho puede estar relacionado con que las mujeres tienden a buscar ayuda médica o psicológica con más frecuencia, lo que resulta en un mayor diagnóstico en comparación con los hombres. Además, es posible que las diferencias en la manifestación de los síntomas entre géneros también jueguen un papel en la mayor proporción de mujeres diagnosticadas, especialmente en términos de cómo se experimentan y reportan las fases maníacas y depresivas.

Figura 2. Edad de los pacientes



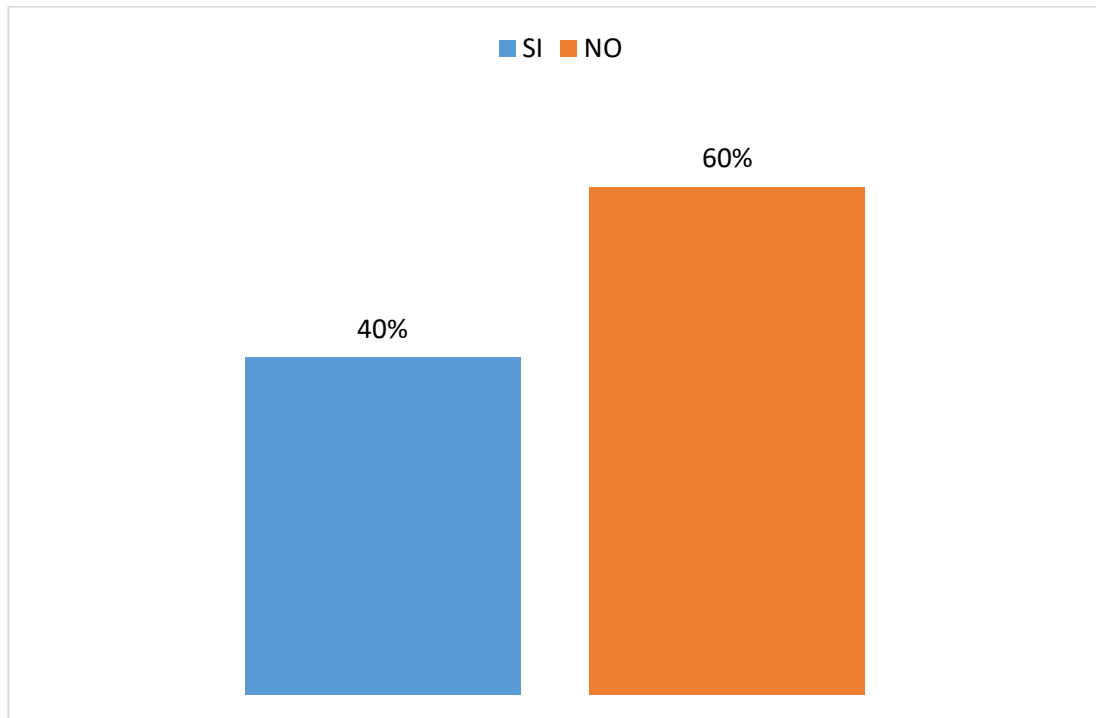
Fuente: Historias clínicas del HTMC

Elaborado por: Alvarado Quijije, Kerly Dayanna y Romero Carrera, Dayanna Elizabeth

ANÁLISIS

La edad revela una concentración significativa de participantes en el grupo de 41 a 50 años, lo que sugiere que el trastorno bipolar puede ser más diagnosticado en esta etapa de la vida. Las personas en este rango de edad podrían haber experimentado síntomas durante varios años antes de recibir un diagnóstico formal. En comparación, el grupo más joven, de 20 a 30 años, tiene una representación menor, lo que podría deberse a que el diagnóstico temprano es menos frecuente o más difícil de identificar en etapas juveniles. Los participantes mayores de 51 años también tienen una representación considerable, lo que sugiere la cronicidad del trastorno y la necesidad de un manejo continuo en edades avanzadas.

Figura 3. *Antecedentes familiares de trastorno bipolar*



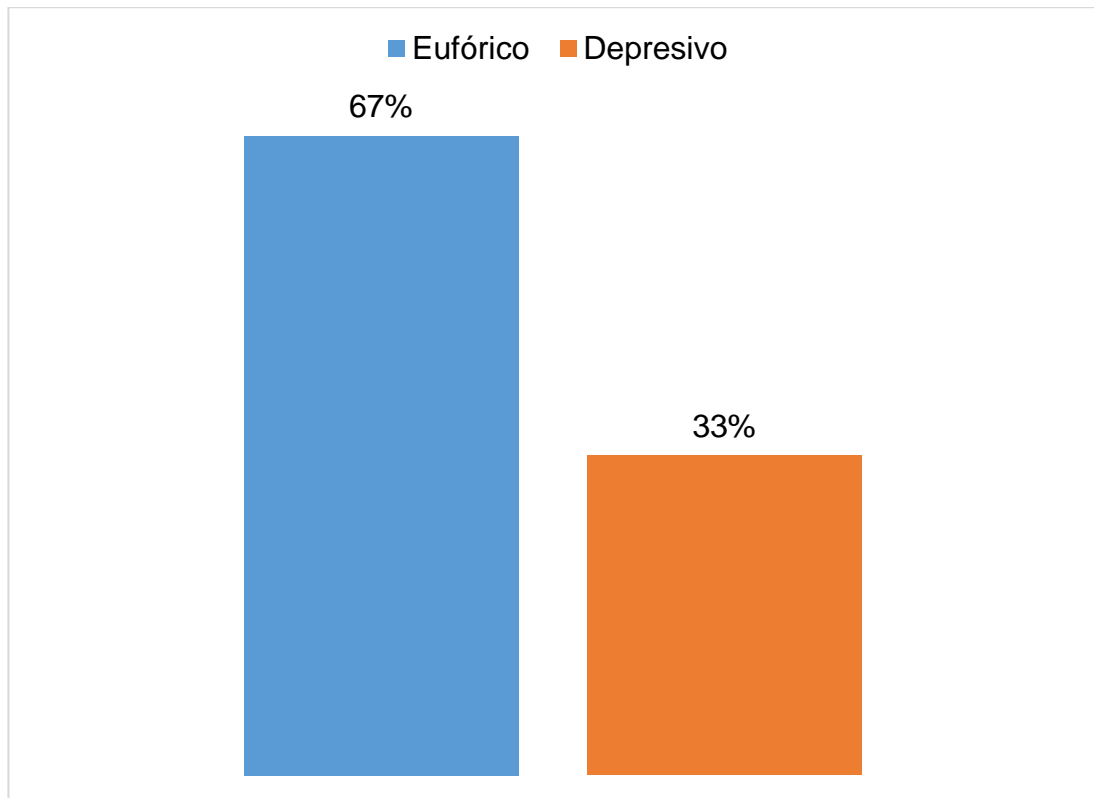
Fuente: Historias clínicas del HTMC

Elaborado por: Alvarado Quijije, Kerly Dayanna y Romero Carrera, Dayanna Elizabeth

ANÁLISIS

Respecto a los antecedentes familiares de trastorno bipolar, muestra que un porcentaje significativo de los participantes tiene antecedentes familiares de la enfermedad, lo que respalda la evidencia genética en el desarrollo del trastorno. Sin embargo, un número mayor de participantes no tiene antecedentes familiares, lo que indica que el trastorno bipolar también puede desarrollarse en personas sin predisposición genética clara. Este resultado sugiere la influencia de factores ambientales, sociales o psicológicos que pueden contribuir al desencadenamiento del trastorno en personas sin historial familiar.

Figura 4. *Tipos de trastorno bipolar*



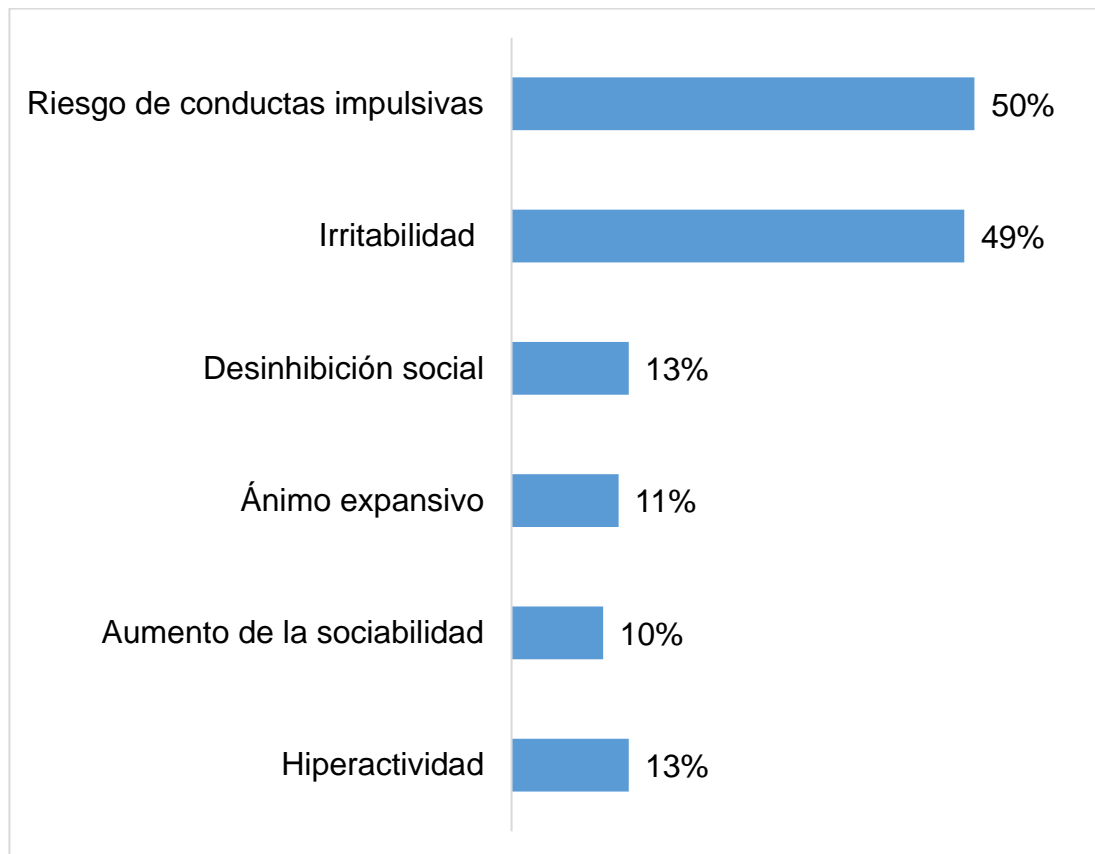
Fuente: Historias clínicas del HTMC

Elaborado por: Alvarado Quijije, Kerly Dayanna y Romero Carrera, Dayanna Elizabeth

ANÁLISIS

En relación con los tipos de trastorno bipolar, el tipo eufórico predomina sobre el tipo depresivo. Este predominio sugiere que los pacientes tienden a experimentar más episodios de manía o hipomanía que episodios depresivos profundos.

Figura 5. Manifestaciones clínicas del trastorno bipolar – tipo eufórico



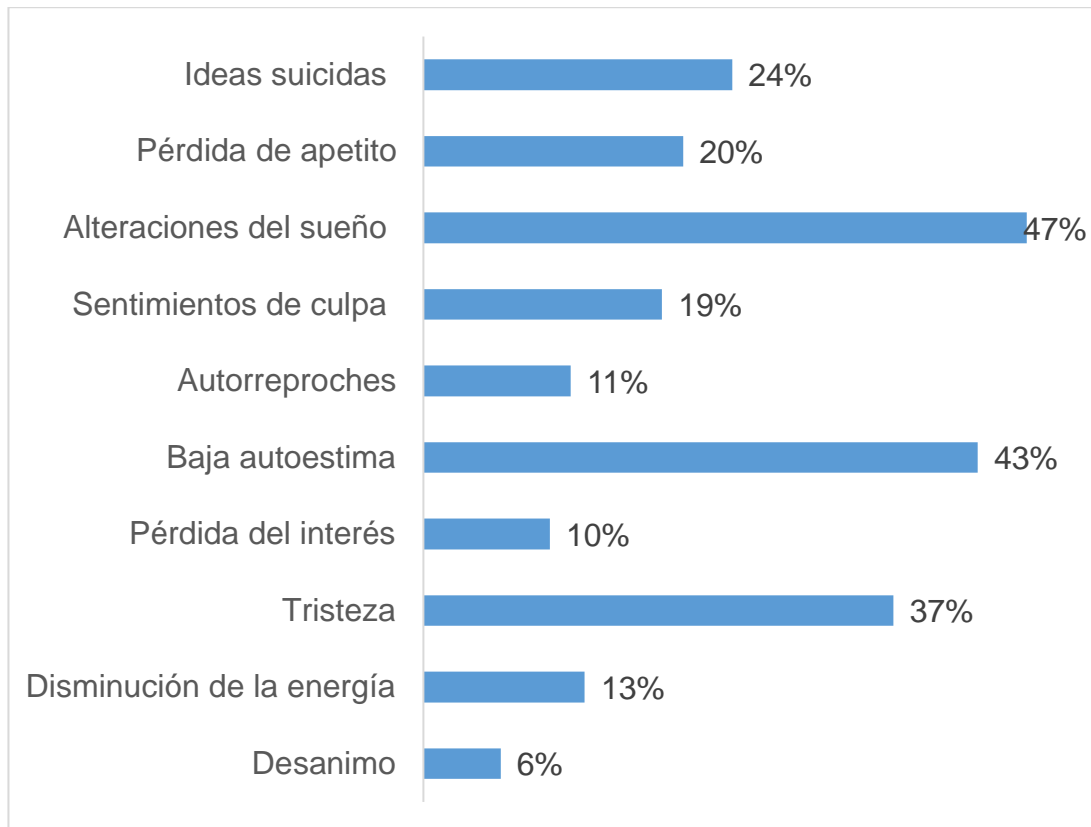
Fuente: Historias clínicas del HTMC

Elaborado por: Alvarado Quijije, Kerly Dayanna y Romero Carrera, Dayanna Elizabeth

ANÁLISIS

En el tipo eufórico del trastorno bipolar, la irritabilidad y el riesgo de conductas impulsivas son las manifestaciones clínicas más prominentes, reflejando el estado de ánimo elevado y la falta de control característicos de esta fase. La irritabilidad puede llevar a conflictos interpersonales y a una incapacidad para manejar frustraciones, mientras que el riesgo de conductas impulsivas puede resultar en decisiones peligrosas o destructivas. Otros síntomas, como la hiperactividad y el aumento de la sociabilidad, también son comunes, pero tienden a ser menos disruptivos en comparación con los problemas asociados a la irritabilidad y las conductas impulsivas. Estos síntomas evidencian el carácter expansivo y desinhibido de los episodios maníacos, afectando significativamente la vida social y personal del paciente.

Figura 6. Manifestaciones clínicas del trastorno bipolar tipo depresivo



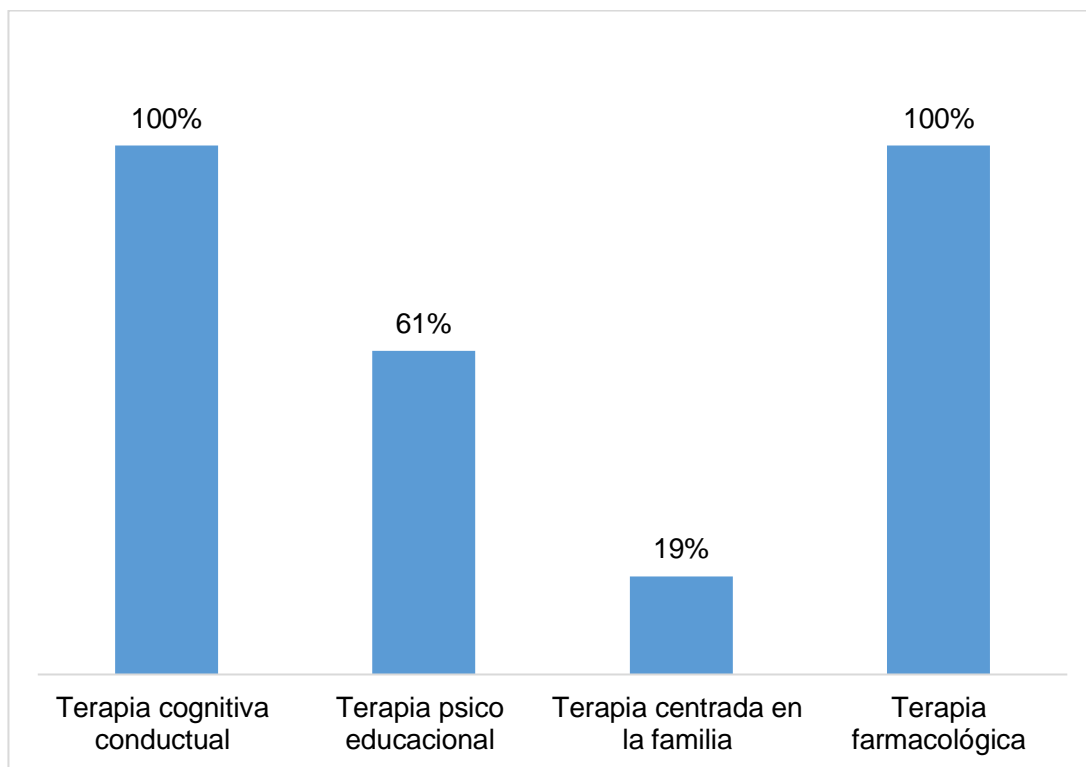
Fuente: Historias clínicas del HTMC

Elaborado por: Alvarado Quijije, Kerly Dayanna y Romero Carrera, Dayanna Elizabeth

ANÁLISIS

El tipo depresivo se caracteriza por síntomas como la tristeza profunda, la baja autoestima y las ideas suicidas, que son los más relevantes y graves en esta fase. La tristeza persistente y la baja autoestima reflejan la profunda afectación emocional, mientras que las ideas suicidas representan un riesgo serio para la vida del paciente. Otros síntomas, como la pérdida de apetito y las alteraciones del sueño, contribuyen al deterioro general del bienestar físico y emocional. Estos síntomas destacan la seriedad y el impacto debilitante de los episodios depresivos, que requieren atención y manejo adecuados para prevenir complicaciones graves.

Figura 7. Tratamiento del trastorno bipolar



Fuente: Historias clínicas del HTMC

Elaborado por: Alvarado Quijje, Kerly Dayanna y Romero Carrera, Dayanna Elizabeth

ANÁLISIS

Según el tratamiento, se observa que la terapia cognitiva conductual y la terapia farmacológica son utilizadas por la totalidad de los pacientes, lo que resalta su eficacia en el manejo de los síntomas del trastorno bipolar. La terapia cognitiva conductual permite abordar los patrones de pensamiento distorsionados y los comportamientos asociados, mientras que la terapia farmacológica es esencial para estabilizar el estado de ánimo y prevenir la recurrencia de episodios maníacos o depresivos. La terapia psicoeducacional y la terapia centrada en la familia, aunque menos prevalentes, también juegan un papel importante en la educación de los pacientes y sus familias, promoviendo un enfoque integral en el manejo del trastorno.

DISCUSIÓN

En este apartado, se discuten los resultados obtenidos en relación con los objetivos planteados.

En cuanto a las características demográficas en este estudio los participantes en el estudio, se observó una ligera predominancia de mujeres (55%) sobre hombres (45%) en la muestra. Esta distribución está en línea con los hallazgos de Frye et al. (2019), quienes encontraron una prevalencia similar de trastorno bipolar entre hombres (56%) y mujeres (44%), aunque algunos estudios sugieren que las mujeres pueden experimentar una mayor carga de la enfermedad en comparación con los hombres (30). En contraste, un estudio de Kessler et al. (2019) reporta que, a nivel general, el trastorno bipolar se presenta de manera relativamente equitativa entre ambos sexos dado que su estudio fue equitativo, pero los síntomas y la presentación pueden variar, influenciando la percepción del sexo en estudios específicos (33).

Para los diferentes grupos etarios, con una mayor concentración en los rangos de 41 a 50 años (35%) y 51 años o más (30%). Esta distribución es consistente con la literatura existente por Miklowitz & Porta, 2020 que sugiere que el trastorno bipolar puede manifestarse en una amplia gama de edades, pero con una prevalencia significativa en adultos de mediana edad 36 a 55 años (57%) (39). En comparación, una investigación realizada por Goodwin y Jamison (2020) indica que el trastorno bipolar tiene una tendencia a aparecer con mayor frecuencia en adultos jóvenes y adultos de mediana edad, 18 a 35 años y 35 a 55 años, lo que abarca el rango de edad de los en el estudio que fue de 41 a 50 años y mayores de 51 años (31).

En el estudio actual 40% de los participantes reportaron antecedentes familiares de trastorno bipolar, mientras que el 60% no. Este hallazgo es consistente con la literatura que señala que los antecedentes familiares son un factor de riesgo significativo para el desarrollo del trastorno bipolar. Según Kallivayalil et al. (2021), los antecedentes familiares positivos pueden

aumentar la predisposición a desarrollar trastornos afectivos, corroborando los datos obtenidos en el estudio donde los pacientes que fueron estudiados fue del 45% (32).

En lo que respecta al tipo de trastorno bipolar en este trabajo la mayoría de los participantes presentaron trastorno bipolar eufórico (67%), mientras que un 33% presentó tipo depresivo. Esta distribución coincide con la observación de Miklowitz y Porta (2021), quienes afirman que el trastorno bipolar eufórico es frecuentemente más diagnosticado, dado su perfil sintomático más visible y disruptivo (78%). Sin embargo, la prevalencia del tipo depresivo es menor (39).

Las manifestaciones clínicas en el estudio muestran una predominancia de síntomas eufóricos como irritabilidad (49%) y riesgo de conductas impulsivas (50%). Esto está en línea con los hallazgos de Goodwin y Jamison (2020), quienes destacan la hiperactividad (68%) y la desinhibición social (56%) como características comunes en el episodio maníaco del trastorno bipolar (31). En contraste, los síntomas depresivos como tristeza (37%) y baja autoestima (43%) e ideas suicidas (24%) también son prominentes, apoyando la visión de Kessler et al. (2019) de que el trastorno bipolar es una condición con fases fluctuantes que incluyen síntomas depresivos como alteraciones del sueño (45%), baja autoestima e ideas suicidas (15%) (33).

En términos de tratamiento, el estudio refleja la terapia cognitiva conductual y la terapia farmacológica fueron reportadas como las más comunes (100% cada una), con menor prevalencia para la terapia psicoeducacional (61%) y la terapia centrada en la familia (19%). Estos datos son congruentes con la literatura de Frye et al., que sugiere que la terapia cognitiva conductual y farmacológica son enfoques estándar en el tratamiento del trastorno bipolar. Sin embargo, la menor utilización de terapia centrada en la familia y psicoeducacional de baja aplicación o negación podría indicar una oportunidad para aumentar la integración de estos enfoques en el manejo integral del trastorno bipolar (30).

CONCLUSIONES

Se analizó un total de 1,534 pacientes con trastornos mentales atendidos entre enero de 2023 y abril de 2024. De estos, 183 pacientes fueron diagnosticados con trastorno bipolar, lo que indica una prevalencia del 11.93%. En la muestra de pacientes con trastorno bipolar, se observa una amplia distribución por edad, con una notable concentración en el grupo de 41 a 50 años, seguido por los mayores de 51 años. Además, se aprecia una ligera predominancia de mujeres sobre hombres. Aproximadamente el 40% de los pacientes presenta antecedentes familiares de trastorno bipolar.

En cuanto a los tipos de trastorno bipolar, la mayoría de los pacientes presentan el tipo eufórico, en contraste con el tipo depresivo. Esta predominancia del tipo eufórico puede estar asociada con la naturaleza más llamativa y disruptiva de los episodios maníacos, que tienden a ser más visibles y reconocibles.

Las manifestaciones clínicas más comunes en el tipo eufórico incluyen irritabilidad y riesgo de conductas impulsivas, reflejando la alta actividad y falta de control características de la fase maníaca. Por otro lado, en el tipo depresivo, los síntomas predominantes son tristeza, baja autoestima y alteraciones del sueño.

En términos de tratamiento, los pacientes reciben principalmente terapia cognitiva conductual y terapia farmacológica, subrayando la importancia de estas modalidades en el manejo del trastorno bipolar. No obstante, la menor frecuencia de uso de terapia psicoeducacional y terapia centrada en la familia sugiere que, aunque estas intervenciones son valiosas, no se emplean tan comúnmente.

RECOMENDACIONES

Implementar programas de detección temprana que permitan identificar los síntomas de forma más eficaz, especialmente en grupos etarios de mayor riesgo. Además, se deben optimizar los tratamientos desde las fases iniciales para reducir el impacto de los episodios y prevenir complicaciones graves.

Incrementar la utilización de terapias psicoeducacionales y centradas en la familia. Estas modalidades pueden proporcionar apoyo adicional tanto a los pacientes como a sus familias, facilitando una comprensión más profunda del trastorno y promoviendo un entorno de apoyo que favorezca la adherencia al tratamiento y el bienestar general.

Es esencial que los profesionales de salud mental reciban capacitación continua sobre las características del trastorno bipolar, especialmente sobre la identificación y manejo de los tipos eufórico y depresivo. La educación en el reconocimiento de síntomas sutiles y el uso de intervenciones adecuadas puede mejorar significativamente la calidad del cuidado ofrecido y la eficacia de los tratamientos.

Fomentar la investigación continua sobre los factores de riesgo asociados que pueden proporcionar información valiosa sobre las causas subyacentes de la enfermedad y conducir al desarrollo de terapias más efectivas.

REFERENCIAS

1. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina* [Internet]. 2019 [citado 28 de diciembre de 2023];55(8):403. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/55/8/403>
2. Amerio A. Suicide Risk in Comorbid Bipolar Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2019;41(2):133-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30983660/>
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio [Internet]. Estados Unidos; 2020 [citado 28 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
4. Navarro N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud* [Internet]. 2021 [citado 28 de diciembre de 2023];28(1):25-31. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742017000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Andersson P, Jokinen J, Jarbin H, Lundberg J, Desai Boström AE. Association of Bipolar Disorder Diagnosis with Suicide Mortality Rates in Adolescents in Sweden. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2023;80(8):796-802. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37223908/>
6. Marzani G, Price A. Bipolar Disorders: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician* [Internet]. 2021;103(4):227-39. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33587568/>
7. Rosso G, Albert U, Bramante S, Aragno E, Quarato F, Di Salvo G, et al. Correlates of violent suicide attempts in patients with bipolar disorder. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2020; 96:152136. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31734642/>
8. Gaine ME, Seifuddin F, Sabunciyani S, Lee R, Benke K, Monson E, et al. Differentially methylated regions in bipolar disorder and suicide. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* [Internet]. 2019;180(7):496-507. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31350827/>

9. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Q, Ungvari G, Ng C, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2019;29: e63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31648654/>
10. Dugand N, Thümmeler S, Pradier C, Askenazy F. Suicidal attempts in child and adolescent and bipolar disorders. *Encephale* [Internet]. 2018;44(3):215-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28262260/>
11. Fumero A, Marrero R, Pérez A, Fonseca E. Adolescents' Bipolar Experiences and Suicide Risk: Well-being and Mental Health Difficulties as Mediators. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(6):3024. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33804197/>
12. Dannemann V. dw.com. 2023 [citado 28 de diciembre de 2023]. América Latina en alerta por aumento en tasas de suicidio. Disponible en: <https://www.dw.com/es/am%C3%A9rica-latina-en-alerta-por-aumento-en-tasas-de-suicidio/a-65493663>
13. Contreras C, Atencio J, Sedano C, Ccoicca F, Paucar W. Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2022 [citado 28 de diciembre de 2023];85(1):19-28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-85972022000100019&lng=es&nrm=iso&tIng=es
14. Ministerio de Salud Pública. MSP fortalece la Salud Mental Comunitaria e implementar estrategias para prevención del suicidio – Ministerio de Salud Pública [Internet]. Ecuador; 2023 [citado 28 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-fortalece-la-salud-mental-comunitaria-e-implementa-estrategias-para-prevencion-del-suicidio/>
15. Salazar Y. Los suicidios crecen en Ecuador [Internet]. Ecuador; 2023 [citado 28 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.primicias.ec/noticias/firmas/suicidios-ecuador-hombres-adolescentes-salud/>
16. Guarnizo A, Romero N. Estadística epidemiológica del suicidio adolescente durante confinamiento por pandemia de Covid-19 en Ecuador.

- Metro Ciencia [Internet]. 2021 [citado 28 de diciembre de 2023];29(4):48-54. Disponible en: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/233>
17. Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, Cusin C, Katz D, Sylvia LG, et al. Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder: A Review. JAMA [Internet]. 2023 [citado 5 de septiembre de 2024];330(14):1370-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.18588>
18. Tondo L, Miola A, Pinna M, Contu M, Baldessarini RJ. Differences between bipolar disorder types 1 and 2 support the DSM two-syndrome concept. Int J Bipolar Disord [Internet]. 2022 [citado 5 de septiembre de 2024];10(1):21. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40345-022-00268-2>
19. Aminoff SR, Onyeka IN, Ødegaard M, Simonsen C, Lagerberg TV, Andreassen OA, et al. Lifetime and point prevalence of psychotic symptoms in adults with bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine [Internet]. 2022 [citado 5 de septiembre de 2024];52(13):2413-25. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/lifetime-and-point-prevalence-of-psychotic-symptoms-in-adults-with-bipolar-disorders-a-systematic-review-and-metaanalysis/31492842FCD4D49E1FDE86B332F062AA>
20. Jain A, Mitra P. Bipolar Disorder. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 9 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/>
21. McIntyre R, Muzina D, Kemp D, Blank D, Woldeyohannes HO, Lofchy J, et al. Bipolar disorder and suicide: Research synthesis and clinical translation. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2019 [citado 28 de diciembre de 2023];10(1):66-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0012-7>
22. Sarmiento Z, Sánchez S, Vargas I, Álvarez M. Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 9 de julio de 2024];14(8):1054-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192010000800002&lng=es&nrm=iso&tlng=en

23. Tomicic A, Gálvez C, Quiroz C, Martínez C, Fontbona J, Rodríguez J, et al. Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile* [Internet]. 2016 [citado 9 de julio de 2024];144(6):723-33. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872016000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Jörns A, Napp A, Dessauvagie A, Stein D, Jonker D, Breet E, et al. The prevalence of mental health problems in sub-Saharan adolescents: A systematic review. *PLOS ONE* [Internet]. 2021 [citado 9 de julio de 2024];16(5): e0251689. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0251689>
25. Valdevila J, Ruiz O, Orellana C, Valdevila R, Fabelo J, Iglesias S. Conducta suicida y dualidad en trastornos por consumo de sustancias en drogodependientes ecuatorianos. *Revista Información Científica* [Internet]. 2021 [citado 9 de julio de 2024];100(5). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551769293007/html/>
26. Alba R, Fernández I, Díaz L, Martínez M, Costas M, Núñez D. Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento a un año. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias* [Internet]. 2013 [citado 9 de julio de 2024];(12):20-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5056661>
27. Gené J, Ruiz M, Obiols N, Oliveras L, Lagarda E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria* [Internet]. 2016 [citado 9 de julio de 2024];48(9):604-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aislamiento-social-soledad-que-podemos-S0212656716301809>
28. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. 2021.
29. Ley Organica de Salud. Ley Organica de Salud. 2017.
30. Frye, M. A., Ketter, T. A., & Schaffer, C. B. (2019). Bipolar disorder: Clinical features and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(2), 189-202. <https://doi.org/10.4088/JCP.v66n0208>

31. Goodwin, G. M., & Jamison, K. R. (2020). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (2nd ed.). Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/manic-depressive-illness-9780195135911>
32. Kallivayalil, R. A., Waller, R., & Harrison, J. L. (2021). Genetic factors in bipolar disorder: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1052-1060. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12091216>
33. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2019). The epidemiology of major depressive disorder and other mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
34. Miklowitz, D. J., & Porta, G. (2020). Family-focused treatment for bipolar disorder: A review of the evidence. *Bipolar Disorders*, 13(2), 144-153. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00916>

ANEXOS

APROBACIÓN DE TEMA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Facultad de Ciencias
de la Salud

CARRERAS.
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

Tel. 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 09 de abril del 2024

Srta. Kerly Dayanna Alvarado Quijije
Srta. Dayanna Elizabeth Romero Carrera
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación **“Prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo.”** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Dr. Luis Oviedo Pilataxi.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lcda. Ángela Mendoza Vines
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

cc. Archivo

PERMISO INSTITUCIONAL



Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2024-0050-FDQ
Guayaquil, 23 Abril de 2024

PARA: **KERLY DAYANNA ALVARADO QUIIJE**
ESTUDIANTE DE MEDICINA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

DAYANNA ELIZABETH ROMERO CARRERA
ESTUDIANTE DE MEDICINA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

De mi consideración:

Por medio de la presente, informo a usted que ha sido resuelto factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de tesis **“PREVALENCIA DE TRASTORNOS BIPOLARES EN PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO”** una vez que por medio del memorando Nro. IESS-HTMC-JUTSM-2024-0360-M de fecha 18 de Abril del 2024, firmado por el Espc Hector Verdesoto – Jefe Unidad de Salud Mental, se remite el informe favorable a la misma.

Por lo antes expuesto reitero que puede realizar su trabajo de Tesis siguiendo las normas y reglamentos del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Atentamente,



Mg. **MARIA GABRIELA ACUÑA CHONG**
COORDINADORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES – TEODORO MALDONADO CARBO

Referencias:
- Solicitud

Mm

www.iesgob.ec



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Romero Carrera, Dayanna Elizabeth**, con C.C: # **0932042922**, autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de septiembre de 2024**

f. _____

Nombre: **Romero Carrera, Dayanna Elizabeth**

C.C: **0932042922**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo		
AUTOR(ES)	Alvarado Quijije, Kerly Dayanna Romero Carrera, Dayanna Elizabeth		
REVISOR(ES)/ TUTOR(ES)	Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciadas en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de septiembre de 2024	No. DE PÁGINAS:	41
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Prevalencia, Intentos de suicidio, Pacientes bipolares, Psiquiatría.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): La prevalencia de trastorno bipolar es un aspecto crítico que requiere una atención detallada. Esta vulnerabilidad puede atribuirse a la intensidad de los estados de ánimo extremos y a la carga emocional que conlleva la enfermedad. Objetivo: Determinar la prevalencia de trastornos bipolares en pacientes ingresados en el área de psiquiatría del hospital Teodoro Maldonado Carbo. Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y transversal. Población y muestra: La población estuvo conformada por 183 pacientes. La muestra será el 100% de la población. Técnica: Observación indirecta. Instrumento: Matriz de recolección de datos. Resultados: Las características demográficas muestran que el 35% entre 41 y 50 años, y el 30% tiene más de 51 años. En cuanto al sexo, el 45% son hombres y el 55% mujeres. Un 40% reporta antecedentes familiares de trastorno bipolar. El tipo de trastorno bipolar, el 67% presenta trastorno eufórico y el 33% tipo depresivo. Entre las manifestaciones clínicas del trastorno eufórico, la irritabilidad y el riesgo de conductas impulsivas son prominentes, afectando al 49% y 50% de los pacientes, respectivamente. En el trastorno depresivo, la tristeza es el síntoma más frecuente, reportado por el 37% de los pacientes, seguido por baja autoestima en el 43% y alteraciones del sueño en el 47%. Todos los pacientes reciben terapia cognitiva conductual y terapia farmacológica. La terapia psicoeducacional es seguida por el 61% de los pacientes, mientras que la terapia centrada en la familia es utilizada por el 19%. Conclusiones: La prevalencia de trastornos bipolares fue del 11,93%.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-979075852 +593-981336248	E-mail: kerly.alvarado02@cu.ucsg.edu.ec dayanna.romero@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc		
	Teléfono: +593-993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			