

República Bolivariana de Venezuela

Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes

Unidad de Psiquiatría

Postgrado de Psiquiatría- Universidad de los Andes

Mérida- Venezuela

Frecuencia de comorbilidad con trastorno bipolar en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. Mérida, Venezuela, 2019.

AUTOR: Fabiola Alessandra Martínez Parra

TUTOR: Dr. Trino Baptista

Mérida – Venezuela 2019

Frecuencia de comorbilidad con trastorno bipolar en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. Mérida, Venezuela, 2019.

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO CIRUJANO
FABIOLA ALESSANDRA MARTINEZ PARRA, CI: 22.203.336, ANTE EL CONSEJO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO
CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA.

Título: Frecuencia de comorbilidad con trastorno bipolar en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. Mérida, Venezuela, 2019.

Autora y sitio de la realización del estudio: Fabiola Alessandra Martínez Parra, Residente de Postgrado, Unidad de Psiquiatría, Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida, Venezuela.

Tutor: Dr. Trino Baptista. Profesor titular, Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

Lugar de realización: Unidad de Psiquiatría, Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes y Clínicas privadas de la ciudad. Mérida, Venezuela.

www.bdigital.ula.ve

INDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	10
1. Introducción	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Formulación del problema	12
2. Justificación	12
3. Objetivos	13
3.1 Objetivo General	13
3.2 Objetivos específicos	13
4. Marco referencial	14
4.1 Marco conceptual	14
4.2 Marco de antecedentes	18
5. Marco metodológico	25
5.1 Hipótesis de investigación	25
5.2 Tipo y Diseño de la investigación	25
5.3 Universo y muestra	25

5.3.4 Criterios de inclusión	25
5.4 Diseño de variables	26
5.4.1 Variable objeto de estudio	26
5.4.2 Variables interviniente	26
5.5 Procedimiento	26
5.6 Plan de análisis	27
6. Resultados	27
7. Discusión	40
8. Conclusiones y recomendaciones	43
9. Referencias Bibliográficas	45
10. ANEXOS	47

INDICE DE TABLAS

TABLA NRO 1. Frecuencia del grupo etario del estudio	28
TABLA NRO 2. Frecuencia de antecedentes y comorbilidades en el estudio	32
TABLA NRO 3. Frecuencia de la escala Y-Bocs en el estudio	33
TABLA NRO 4. Distribución de la escala Y-BOCS por grupo etario en el estudio	34
TABLA NRO 5. Distribución de la escala Y-BOCS por antecedentes familiares en el estudio	35
TABLA NRO 6. Distribución de la escala Y-BOCS por comorbilidad psiquiátrica en el estudio	35
TABLA NRO 7. Frecuencia de la categoría Young en el estudio	36
TABLA NRO 8. Distribución de la escala Y-BOCS por categoría Young en el estudio	36
TABLA NRO 9. Frecuencia de MDQ en el estudio	37
TABLA NRO 10. Distribución de la escala Y-BOCS por MDQ en el estudio	38

INDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA NRO 1. Frecuencia de la procedencia en el estudio	28
GRÁFICA NRO 2. Frecuencia del grado de instrucción en el estudio	29
GRÁFICA NRO 3. Frecuencia del estado civil en el estudio	30
GRÁFICA NRO 4. Frecuencia de la religión en el estudio	30
GRÁFICA NRO 5. Frecuencia de la ocupación en el estudio	31
GRÁFICA NRO 6. Distribución de la escala Y-BOCS por género en el estudio	33
GRÁFICA NRO 7. Drecuencia del tratamiento en el estudio	38
GRÁFICA NRO 8. Distribución de la escala Y-BOCS por tratamiento en el estudio	39

www.bdigital.ula.ve

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar a Dios y mis padres por estar siempre conmigo, por llenarme de fortaleza, convicción y seguridad. A mis hermanos Diego y Jhonny que son mi amor sin determinantes. A mi abuela y mi tía por encomendarme a diario en sus oraciones.

A la Universidad de Los Andes y el IAHULA por abrirme sus puertas y permitirme convertirme en lo que mas soñé.

A la Dra. Mónica Lugo por ser mi ejemplo a seguir y por confiarme su consulta desde antes de que comenzara el postgrado. Al Dr. Ignacio Sandia por brindarnos su apoyo, conocimiento y cada día asegurarse de que hemos aprendido algo nuevo. Al Dr. Trino Baptista por ser el tutor de este estudio.

A mis compañeros de año porque tuvimos que reunirnos en el momento indicado para formar este maravilloso equipo, el respeto que me inspiraron los 3 me hizo admirarlos y querer merecer ser parte de su año. Gracias a Fedy y Luis por protegerme y sobre todo a Lisseth Galué, en mi concepto, la mejor terapeuta que existe, porque sabemos las experiencias que vivimos como hermanas, porque nos apoyamos y nos amamos desde que supimos que nos uniría una gran amistad. A los demás residentes de psiquiatría con los cuales compartí mis años aquí, pero en gran medida a mi rayito de luz que me acompaña a todos lados, Stefany Pinto, por cada palabra y todo lo que has hecho por mí.

A mis amigas Eva y Marian que en la distancia siempre me hicieron sentir cerca, por todos estos hermosos años de amistad. A Ronald y Pierina, por llenarme de momentos de felicidad, apoyo y cariño. A todos los que de alguna manera estuvieron presentes.

A la vida por hacerme merecedora de este premio. ¡Gracias...totales!

RESUMEN:

Introducción. El Trastorno obsesivo compulsivo es una condición clínica heterogénea que presenta una prevalencia del 2% y causa gran disfuncionalidad en las personas que lo padecen. La comorbilidad del trastorno bipolar con trastorno obsesivo compulsivo es frecuente y su asociación dificulta el tratamiento. Se presenta a continuación una revisión de ambas entidades en busca de esclarecer la nosología comorbida que nos permita un manejo adecuado, evaluando la frecuencia existente en el estado Mérida, Venezuela, mediante los instrumentos denominados Young Mania Rating Scale (YMRS) y Mood Disorder Questionnaire (MDQ). **Metodología.** Se tomó como muestra de estudio 37 pacientes del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes y clínicas privadas de la ciudad de Mérida con diagnóstico establecido de TOC y se aplicaron las escalas YMRS y MDQ. **Resultados.** En base a la muestra tomada y a la aplicación de escalas se obtuvo mayor prevalencia del sexo masculino quienes además se encuentran en rango Y-BOCS severo, en condición de solteros, con un mayor porcentaje de universitarios que se desempeñan como profesionales y con antecedentes familiares de trastornos afectivos de pacientes que estaban en el rango severo de síntomas. En la escala YMRS se encontraron resultados positivos con 46%, que presentaron episodios maníacos francos asociados a casos severos. El MDQ, reportó casos positivos con 41% y están asociados a casos moderados y severos. **Discusión.** Se demostró una frecuencia importante de asociación de comorbilidad, estando asociados casos severos de TOC con síntomas maníacos y síntomas hipomaniacos en casos moderados y severos también. Lo cual tiene importancia psicopatológica en la génesis de ambos trastornos y en el tratamiento. **Palabras clave.** Trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, manía, hipomanía, comorbilidad.

ABSTRACT

Introduction. Obsessive compulsive disorder is a heterogeneous clinical condition that has a prevalence of 2% and causes great dysfunctionality in people who suffer from it. The comorbidity of bipolar disorder with obsessive compulsive disorder is frequent and its association makes treatment difficult. A review of both entities is presented below in order to clarify the comorbid nosology that allows us an adequate management, evaluating the frequency existing in the state of Mérida, Venezuela, using the instruments called Young Mania Rating Scale (YMRS) and Mood Disorder Questionnaire (MDQ). **Methodology.** A study sample included 37 patients from the Autonomous Institute of the University Hospital of the Andes and private clinics in the city of Merida with an established diagnosis of OCD and the YMRS and MDQ scales were applied. **Results.** Based on the sample taken and the application of scales, a higher prevalence of the male sex was obtained, who are also in a severe Y-BOCS range, in single condition, with a higher percentage of university students who work as professionals and with a family history of Affective disorders of patients who were in the severe range of symptoms. On the YMRS scale, positive results were found with 46%, which presented frank manic episodes associated with severe cases. The MDQ, reported positive cases with 41% and are associated with moderate and severe cases. **Discussion.** An important frequency of comorbidity association was demonstrated, severe cases of OCD being associated with manic symptoms and hypomanic symptoms in moderate and severe cases as well. Which has psychopathological importance in the genesis of both disorders and in the treatment. **Keywords.** Obsessive compulsive disorder, bipolar disorder, mania, hypomania, comorbidity.

1.- INTRODUCCIÓN:

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) a menudo es comórbido con otros trastornos mentales de manera que los pacientes sin comorbilidades son la excepción y no la regla. Las condiciones más frecuentes coexistentes son depresión unipolar, trastornos de ansiedad, y otros trastornos relacionados con el TOC. Pero el TOC también puede coexistir con otros trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, y trastorno bipolar, más frecuentemente de lo que se esperaría por casualidad. (1)

El concepto de comorbilidad en psiquiatría ha sido expandido más allá de su significado original. En esa clásica formulación en 1970, el epidemiólogo Alvan R. Feinstein definió comorbilidad en relación a una específica condición diagnosticada, como “cualquier entidad distintiva adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente que ha sido diagnosticado con una enfermedad estudiada”. En la formulación de Feinstein, la implicación fue que la enfermedad completamente diferente e independiente ocurriera al mismo tiempo que otra enfermedad. (2)

La comorbilidad del trastorno bipolar con trastorno obsesivo compulsivo es frecuente y su asociación dificulta el tratamiento. La prevalencia de los síntomas obsesivos en pacientes bipolares es actualmente objeto de debate. Son varios los autores que refieren que los pacientes con TOC-Bipolares presentan mayor número de episodios depresivos (en comparación con los no TOC-bipolares). La clínica obsesiva en estos cuadros tiende a ser más grave durante las depresiones y períodos de eutimia, con mejorías durante los episodios maníacos. En relación al pronóstico de la enfermedad se afirma que la comorbilidad de estos dos trastornos suele tener un curso más parecido al trastorno bipolar

que al TOC. Uno de los motivos por los que la coexistencia de trastorno bipolar comórbido con TOC implica mayor dificultad en el manejo es el hecho de que el tratamiento principal de los trastornos obsesivos, los antidepresivos, alteran el curso del trastorno bipolar, acelerando los ciclos. (3)

Es entonces importante realizar un estudio que permita determinar la frecuencia de dicha comorbilidad, para establecer su nosología y manejo adecuado.

1.2- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la frecuencia de comorbilidad entre el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno bipolar?

2.- JUSTIFICACIÓN:

En la primera evidencia importante de comorbilidad entre Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Trastorno Bipolar (TB) (4), se observó que el TOC era hasta diez veces más frecuente en el trastorno bipolar que en la población general (4). En un estudio que valora la comorbilidad de los trastornos bipolares se observó que ésta era del 27.1% con los trastornos de ansiedad, siendo la más común con los TOC (12.8%). Sin embargo, otros estudios encuentran que la proporción de TOC en los trastornos bipolares tipo I no difiere de la encontrada en la población general. Así, la prevalencia de los síntomas obsesivos en pacientes bipolares continúa siendo objeto de debate, dado que, aunque estudios iniciales referían cifras entorno al 5-6%, otros describen un porcentaje similar de comorbilidad con

TOC en muestras de depresivos uni y bipolares, cercano al 35%. En un estudio más reciente, la frecuencia de TOC en TB fue baja, (3%) (3)

En vista de que los datos aportados por estudios anteriores muestran resultados tan variados y si el nivel de prevalencia de comorbilidad entre TOC y Trastorno bipolar arrojara datos significativos en éste estudio, podría justificarse la búsqueda de tratamientos óptimos para mejorar síntomas y calidad de vida de esta población así mismo plantear una nosología apropiada para dicha asociación.

3.-OBJETIVOS:

3.1.- OBJETIVO GENERAL:

Describir la frecuencia de comorbilidad entre TOC y trastorno bipolar en Mérida, Venezuela, periodo 2019.

3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la frecuencia de trastorno bipolar en pacientes diagnosticados con TOC mediante la utilización de la escala Young Mania Rating Scale
- Identificar la frecuencia de trastorno bipolar en pacientes diagnosticados con TOC mediante la utilización de la escala MDQ.
- Describir la influencia de las siguientes variables intervinientes: edad, sexo, procedencia, grado de instrucción, estado civil, religión, ocupación,

comorbilidades psiquiátricas y médicas, antecedentes familiares, tratamiento.

4.- MARCO REFERENCIAL:

4.1 MARCO CONCEPTUAL

4.1.1 Trastorno obsesivo compulsivo:

El Trastorno obsesivo compulsivo es una condición clínica heterogénea que presenta una prevalencia del 2% y causa gran disfuncionalidad en las personas que lo padecen. (5)

Está representado por un grupo diversos de síntomas que consisten en pensamientos intrusivos, rituales, preocupaciones y compulsiones. Estas obsesiones o compulsiones recurrentes causan una angustia grave al individuo. Las obsesiones o compulsiones son laboriosas e interfieren significativamente con la rutina normal del individuo, su función laboral, las actividades sociales habituales o las relaciones. Un paciente con TOC puede tener una obsesión, una compulsión o ambas.

Una obsesión es un pensamiento, un sentimiento, una idea o una sensación recurrente e intrusiva. A diferencia de la obsesión, que es un acontecimiento mental, la compulsión es una conducta consciente estandarizada y recurrente como contar, verificar o evitar. Un paciente con TOC es consciente de la irracionalidad de la obsesión y experimenta tanto ésta como la compulsión como egodistónicas. Aunque el acto compulsivo puede realizarse en

un intento de reducir la ansiedad asociada a la obsesión, no siempre se consigue, incluso puede aumentarla. (6)

4.1.2 Trastorno bipolar:

Esta afección es un trastorno afectivo que se caracteriza por la presencia de episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos o mixtos. Los brotes tienen generalmente una evolución recurrente y se alternan con períodos de estado de ánimo normal; sin embargo, el carácter incompleto de las remisiones es frecuente. En el transcurso de los sucesivos episodios un paciente bipolar puede presentar síntomas que podrían aparecer en otros trastornos, un factor que ha contribuido al frecuente subdiagnóstico de la enfermedad. Como cualquier otra enfermedad mental, el trastorno bipolar no es uniforme, de modo que dependiendo de cómo se combinen los diferentes tipos de episodios afectivos hay distintas categorías nosológicas. Así, se habla de trastorno bipolar I cuando el paciente ha presentado al menos un episodio maníaco; trastorno bipolar II cuando se produce una recurrencia de episodios depresivos e hipomaníacos; por último, los pacientes que muestran síntomas depresivos e hipomaníacos, sin llegar a cumplir criterios para los calificativos anteriores, se diagnostican como trastorno ciclotímico. También se puede diferenciar en función de la rapidez con la que se pasa de la depresión a la manía. En este caso se habla de cicladores rápidos. (7)

4.1.3. Escala Young para calificación de la Manía (YMRS):

La escala Young para calificación de la manía fue publicada en 1978. Los autores señalan que en el momento había muy pocas escalas de calificación para la manía en comparación con el número de escalas de calificación para la depresión. Fue diseñado para medir la

gravedad de los síntomas maníacos y para medir el efecto del tratamiento en la gravedad de la manía. También se puede utilizar para detectar un retorno de los síntomas maníacos. Los ítems fueron seleccionados sobre la base de la descripción publicada de los síntomas centrales de la manía y su intención era reflejar los síntomas que se presentan tanto en enfermedades leves como graves. Fue desarrollado para seguir el estilo de la escala de calificación de Hamilton para la depresión (Ham-D).

La escala Young para calificación de la manía es una lista de verificación de 11 elementos que se clasifican en una escala de 0-4 o 0-8. Siete elementos se clasifican en 0-4 y tienen descriptores asociados con cada nivel de gravedad. Cuatro ítems (irritabilidad, habla, contenido y comportamiento agresivo-disruptivo) tienen una puntuación de 0-8 y tienen descriptores para cada incremento adicional. Estos artículos reciben el doble del rango para compensar la poca cooperación observada en pacientes gravemente enfermos. En la muestra 24-10 se proporcionan elementos de muestra de 4 puntos (estado de ánimo elevado) y de 8 puntos (irritabilidad).

La escala Young para calificación de la manía está diseñada para ser administrado por médicos como psiquiatras y enfermeras. La capacitación requerida es mínima (evaluación de la confiabilidad conjunta) y, en un estudio, los residentes psiquiátricos que no habían estado expuestos previamente a esta escala obtienen una puntuación similar a la de los psiquiatras capacitados.

El rango de los puntajes para el YMRS es 0-60. En la obra original de Young et al. (1979), se comparó el YMRS con una escala de manía global y dos escalas de uso común, la escala de manía de Petterson (Petterson et al. 1973) y el BMRS (Beigel et al. 1971). Los puntajes

promedio en el YMRS fueron 13 para la gravedad mínima, 20 para leve, 26 para moderado, 38 para severo. (8)

4.1.4 Escala Mood Disorder Questionnaire (MDQ):

Desarrollado y validado en un estudio multicéntrico en Estados Unidos, el MDQ es un cuestionario breve de autoevaluación simple y que tamiza la presencia de un síndrome maniaco o hipomaniaco a lo largo de la vida, mediante 13 preguntas dicotómicas cuyas alternativas de respuesta son Si/No. Son ítem que se derivan del DSM-IV y de la experiencia clínica. En una segunda sección, mediante otra pregunta dicotómica se indaga si los síntomas maníacos o hipomaniacos presentados ocurrieron durante el mismo periodo. Finalmente, mediante una escala Likert se evalúa el nivel de menoscabo funcional secundario a estos síntomas, al preguntar por el nivel de dificultad que le causaron las situaciones mencionadas, desde ningún problema a un problema serio en una escala de 4 puntos. Se considera que el tamizaje es positivo cuando el paciente responde sí en al menos 7 ítem de la primera sección, y los síntomas se presentan en forma simultánea y acarrear un menoscabo funcional moderado o serio. (9)

Este instrumento fue validado, en Mérida, Venezuela, en el año 2010 por la Dra. Yarira Araque, en el momento que se requerían instrumentos válidos, confiables y sencillos para diagnosticar Trastorno Bipolar. Se determinó que la traducción del MDQ en español presentaba sensibilidad y especificidad comparables a las obtenidas en otros países. (10)

4.2 MARCO DE ANTECEDENTES

Autores	Diseño	Resultados	Conclusiones
Martin Cederlöf, y cols 2005	Observacional descriptivo	Se identificaron 19814 individuos con TOC (43.5%), 58336 individuos con esquizofrenia (54.4%), 48180 individuos con trastorno bipolar (38.7%), y 14904 con trastorno esquizoafectivo (41.2%). Individuos con TOC tienen 12 veces mayor riesgo de tener una comorbilidad diagnosticada de esquizofrenia comparado con individuos sin TOC. Individuos con TOC tienen 13-14 veces mayor riesgo de trastorno bipolar y esquizoafectivo	Los resultados de este estudio, sugieren que la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno esquizoafectivo, son más comunes en individuos con TOC de lo que se esperaría. En un análisis longitudinal encontramos que un diagnóstico inicial de TOC incrementa el riesgo de un posterior diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar.
Rajnarayan Mahasuar, Y. C. Janardhan Reddy, Suresh Bada Math 2010	Observacional, descriptivo	El TOC con trastorno bipolar se caracteriza por 1) un curso episódico, 2) mayor número de episodios depresivos y mayor riesgo suicida y mayor número de hospitalización, 3) pocas dudas patológicas y mayores compulsiones, 4) pobre insight acerca de los síntomas obsesivos - compulsivos	Es posible que algunas formas de TOC estén fisiopatológicamente relacionadas con la bipolaridad. Ambas comorbilidades están asociadas a mayor número de episodios depresivos, mayor riesgo suicida y hospitalizaciones frecuentes.
Lozano A, 2017	Artículo de revisión	Así mismo, un estudio realizado con las seis dimensiones de la Escala Dimensional	Es muy importante además, poder llegar a un consenso

		<p>de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (DY-BOCS): hacer daño/agresión, sexual/religioso, contaminación/limpieza, simetría/orden/repetir/contar, acumulación y miscelánea muestra la siguiente comorbilidad: agresión (TEPT, TAS, TCI, TE), sexual/religioso (TP, TA, TFS, TAS, TDC, TT, trastornos afectivos, trastorno sexual no parafilico, trastornos somatomorfos), contaminación/ limpieza (hipocondriasis) y acumulación (TD, FE, TEPT, CC, TE, TDAH, TT, trastorno de uso de internet)</p>	<p>sobre las dimensiones del TOC, para poder realizar estudios de pronóstico y predicción de tratamiento. De la misma forma, sería muy conveniente proponer tratamientos secuenciales de acuerdo al estadio o la progresión del TOC en los diferentes pacientes (neuro-progresión); así como también desarrollar tratamientos específicos basados en la comorbilidad y en los casos clínicos de mayor complejidad.</p>
Vega D. 2010	Caso clínico	<p>La comorbilidad de estos dos trastornos suele tener un curso más parecido al trastorno bipolar que al TOC. En este sentido muchos estudios apuestan por un TOC episódico, planteando incluso que pudiera tratarse de una variante de trastorno bipolar más que un efecto de la comorbilidad. Por otro lado, puede aparecer una mayor cronicidad del TB: en el 86.7% de los casos al contrario de lo que se ha establecido respecto al TOC episódico</p>	<p>Casi el 70% son comórbidos con T. Bipolar tipo II y el resto con el tipo I. Sin embargo hay autores que no encuentran diferencias en la comorbilidad del TOC respecto al tipo de trastorno Bipolar I o II. Tampoco encuentran diferencias en el grupo de bipolares comórbido con TOC respecto a los no TOC en edad, sexo, educación, estado civil, polaridad del trastorno</p>

			bipolar, presencia de ciclación rápida, síntomas psicóticos, edad de comienzo del trastorno bipolar e historia de suicidio.
Amerio A. y cols. 2016	Metaanálisis	13 estudios fueron seleccionados. Fueron reportados altos niveles de episodios de trastorno obsesivo compulsivo en trastorno bipolar. Estos pacientes fueron comparados con pacientes sin comorbilidad.	Los resultados de esta revisión soportan que la mayoría de casos de Trastorno Bipolar y Trastorno obsesivo compulsivo son de hecho casos, de Trastorno Bipolar considerando el curso de la enfermedad, como una clave diagnóstica. La mayoría de la comorbilidad de Trastorno obsesivo compulsivo se relacionan con episodios del humor y síntomas obsesivos compulsivos exclusivamente durante episodios depresivos
Liapis C, y cols 2014	Metaanálisis	De acuerdo con Kraepelin un diagnóstico psiquiátrico es mejor establecido con el curso longitudinal de la enfermedad, la evidencia soporta que la mayoría de los casos en realidad son casos de trastorno bipolar con síntomas obsesivos compulsivos, secundarios a episodios depresivo o manía.	La evidencia reporta que los antidepresivos IRS producen más manía/hipomanía en trastorno bipolar- trastorno obsesivo compulsivo que en los pacientes no comorbidos.

Kazhungil F, y cols. 2017	Observacional, descriptivo	De los 90 pacientes evaluados, con trastorno bipolar 35.5% tenían trastorno obsesivo compulsivo/ síntomas obsesivos compulsivos. El grupo mostró puntuación más baja en el GAF y puntajes más altos para intentos suicidas, hospitalizaciones, episodios depresivos y maníacos comparados con el grupo que solo tenía trastorno bipolar.	El trastorno bipolar y el trastorno obsesivo compulsivo está caracterizado por Trastorno Bipolar más severo más disfuncionalidad y mayor carga familiar.
Andrea A, Odone A. 2018	Caso clínico	Progreso en el área podría servir para mejorar el manejo clínico de Trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo, en consideración a la importancia nosológica, clínica y terapéutica, investigaciones futuras podrían orientar mejor para manejo para dicha comorbilidad.	El aripiprazol es eficaz en terapia de mantenimiento. El paciente presentó completa remisión del trastorno obsesivo compulsivo y humor estable sin estabilización
De Filippis R y cols. 2018	Observacional, descriptivo	No emergieron diferencias significativas en cuanto a flexibilidad cognitiva y toma de decisiones. Mientras que pacientes con Trastorno bipolar presentaron niveles menores en Accuracy Index en Rey–Osterrieth Complex Figure Test y pobre respuesta en velocidad y Hayling Sentence Completion Test Part A en comparación con pacientes con TOC.	El resultado más relevante es que contrario a la hipótesis la comorbilidad no se relacionó a largo plazo con el perfil neurocognitivo.
Díaz F, Páramo M. 2013	Caso clínico	El trastorno bipolar tipo II es el doble de frecuente en mujeres que en hombres, y su diagnóstico puede ser facilitado	Inicialmente la paciente parece mostrar una más de sus depresiones unipolares.

		<p>considerando una serie de rasgos temperamentales predictores de viraje hipomaniaco en pacientes afectados de depresión mayor aparentemente unipolar. Los estudios publicados hasta la fecha cifran la demora diagnóstica en el trastorno bipolar en unos diez años desde el inicio de la sintomatología. Esta paciente presenta además comorbilidad con trastorno obsesivo-compulsivo, cuya presencia concomitante en enfermos con trastorno bipolar se cifra según algunos estudios entorno al 16%, llegando en el caso del tipo II al 23.1%7, aunque la presencia de sintomatología obsesiva o compulsiva en enfermos bipolares se estima como mucho mayor.</p>	<p>Sin embargo una nueva revisión de su patobiografía nos permite descubrir la existencia de períodos hipertímicos en el pasado, lo que unido a la presencia de predictores de viraje hipomaniaco como labilidad emocional hiperactividad o historial de conflictiva familiar nos obliga a considerar el diagnóstico de un episodio depresivo bipolar, que nos lleva a un reajuste de tratamiento y a concluir como hipótesis más plausible: A. Que padece un trastorno bipolar tipo II episodio actual depresivo (OMS F32.2; CIE 10ª Rev.).</p> <p>Y que padece de base, a pesar de no haber mostrado clara descompensación durante su internamiento, un trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de rituales (OMS F42.1; CIE 10ª Rev.).</p>
Sehyun J. y cols	Metaanálisis	Trastorno obsesivo compulsivo fue	Los niveles de comorbilidad

2017		<p>encontrado en 15.9% de los pacientes.</p> <p>Altos niveles en estos pacientes de asociación con trastorno de pánico, y más frecuencia de switch hipomaniaco farmacológico. 65.4% de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y trastorno bipolar, los síntomas OC eran peor o estaban confinados a episodios depresivos.</p> <p>Obsesiones de contaminación y compulsiones de chequeo fueron las más comunes.</p>	<p>entre Trastorno obsesivo compulsivo y trastorno bipolar en pacientes Koreanos fueron comparables con pacientes caucásicos.</p>
Kazhungil F, Mohandas E. 2016	Metaanálisis	<p>TOC es una de las asociaciones más comunes de trastorno bipolar, a pesar de que el impacto y la prevalencia han sido bastante estudiadas, el enfoque neurobiológico y tratamiento son menos estudiados sistemáticamente</p>	<p>El tratamiento de la comorbilidad entre trastorno obsesivo compulsivo y trastorno bipolar es un gran reto para los médicos, como el manejo de un trastorno puede empeorar el otro. Los estabilizantes del humor con combinación de olanzapina-SSRI/ clomipramina podría ser usada para el síntomas obsesivos en pacientes con Trastorno bipolar.</p>
Masi G, y cols 2018	Observacional, descriptivo	<p>La comorbilidad fue encontrada en 33.8% de los pacientes con Trastorno Bipolar, y 34.2% de los pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo. El grupo con mayor comorbilidad fue aquel con diagnóstico de</p>	<p>El tiempo de identificación de la comorbilidad entre Trastorno obsesivo compulsivo y Trastorno Bipolar podría tener</p>

		TB II, los cuales más frecuentemente recibieron psicoterapia y antipsicóticos de segunda generación.	relevancia en cuanto a implicaciones clínicas; sintomatología curso y tratamiento.
Amerio A, y cols 2019	Metaanálisis	15 estudios fueron incluidos. En todos los estudios seleccionados los pacientes con Trastorno Bipolar y Trastorno obsesivo compulsivo recibían estabilizantes del humor, solos o asociados con antipsicóticos de segunda generación. La adición de Aripiprazol demostró ser efectiva en la terapia de mantenimiento para los síntomas obsesivos durante episodios maniacos.	Los estabilizantes del humor podrían ser el tratamiento primario/ estándar en pacientes con comorbilidad entre Trastorno obsesivo compulsivo y Trastorno Bipolar. La adición de aripiprazol al Carbonato de Litio parece ser la mejor opción en pacientes comorbidos resistentes
Marazziti M, y cols 2019	Metaanálisis	Las características clínicas de la comorbilidad entre Trastorno Bipolar y Trastorno obsesivo compulsivo son más severas en comparación con las dos condiciones solas. Estos pacientes muestran una edad más temprana de aparición, niveles más altos de comorbilidad con trastorno de pánico, fobia social e intentos suicidas, altos números de hospitalizaciones y peor pronóstico	La comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo es una condición común que involucra pacientes poco estimados o rechazados. En la comorbilidad entre TB y TOC la evidencia prácticamente no existe por eso la información proviene principalmente de estudios de Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, o pacientes epilépticos.

5.- MARCO METODOLÓGICO

5.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

En la población merideña se espera encontrar una prevalencia mayor a la registrada en los estudios existentes, la cual oscila entre 11 y 21%, para aseverar la presencia de comorbilidad entre TOC y trastorno bipolar.

5.2 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio observacional descriptivo de tipo transversal

5.3 UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo y muestra está constituido por todos los pacientes con diagnóstico de Trastorno obsesivo compulsivo del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes y clínicas privadas de la ciudad (Mérida – Venezuela) durante el periodo Enero- Julio del año 2019.

La lista de los pacientes fue recolectada en la oficina de historias médicas del servicio de psiquiatría de dicho hospital. Y también formaron parte del estudio, pacientes de la consulta privada del Dr. Baptista.

5.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico establecido de TOC
- Participación voluntaria de los pacientes con diagnóstico establecido de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

5.4 VARIABLES

5.4.1 Variable objeto de estudio:

- Asociación de Trastorno obsesivo compulsivo y Trastorno Bipolar.

5.4.2 Variables intervinientes:

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Religión
- Ocupación
- Comorbilidades psiquiátricas
- Comorbilidades médicas
- Antecedentes psiquiátricos familiares,
- Tratamiento.

5.5 PROCEDIMIENTO:

- 1) A pacientes que tenían diagnóstico establecido de TOC en el servicio de psiquiatría del IAHULA y pacientes de la consulta privada del Dr. Baptista, inicialmente se les aplicó el instrumento Y-BOCS para determinar la severidad de sus síntomas.

- 2) A dichos pacientes, posteriormente, se les aplicaron las escalas YMRS y MDQ de forma simultánea para determinar la existencia de síntomas maníacos e hipomaniacos.

5.6 PLAN DE ANÁLISIS:

Los datos recolectados fueron almacenados previamente en Excel y luego procesados y analizados con el paquete estadístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22, se utilizaron estadísticas descriptivas, utilizando tablas y gráficos, presentando valores absolutos y relativos de las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y de variabilidad para las variables cuantitativas

6.- RESULTADOS

Los resultados se presentarán a continuación en tablas y gráficos, las variables cualitativas se presentarán en número y porcentaje. Para establecer la asociación entre variables cualitativas se aplicó el análisis de tablas de contingencias empleando el chi cuadrado.

Descriptiva general de la muestra

El siguiente estudio presenta una muestra de 37 casos que presentan las siguientes características: la edad reporta una media y desviación de 37 ± 14 años, con una mínima de 15 años con una máxima de 65 años; para el género, 19 (51%) casos corresponden al género masculino y 18 (49%) casos al femenino.

TABLA NRO 1.

Frecuencia del grupo etario del estudio

Grupo Etario	N	%
Menos de 23 años	6	16%
Entre 24 y 37 años	14	38%
Entre 38 y 50 años	10	27%
Mas de 51 años	7	19%
Total	37	100%

Fuente: encuesta del estudio.

Para los grupos etarios, se reportan 14 (38%) casos con edades entre 24 y 37 años; 10 (27%) casos entre 38 y 50 años; 7 (19%) casos con más de 51 años y 6 (16%) con menos de 23 años.

GRÁFICA NRO 1

Frecuencia de la procedencia en el estudio

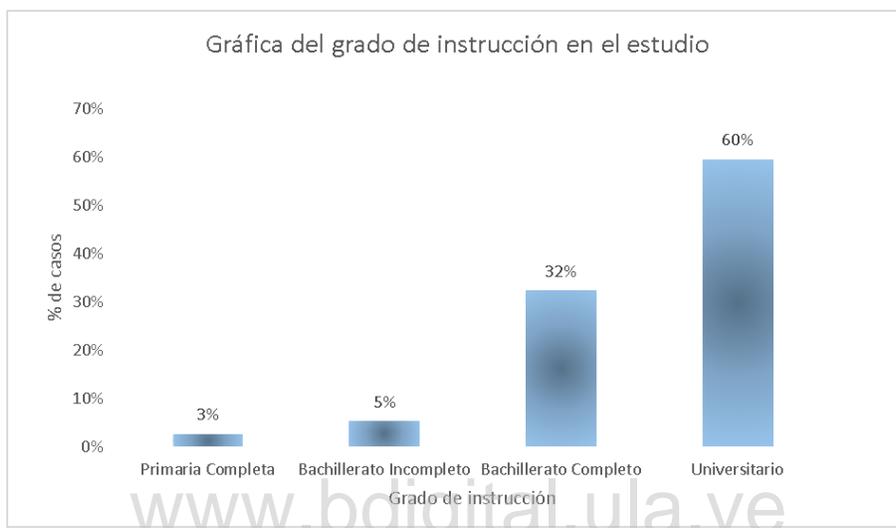


Fuente: encuesta del estudio

Para la procedencia, 25 (68%) casos provienen de Edo. Mérida y 12 (32%) casos vienen de otros estados (Barinas – Trujillo – Táchira - Zulia).

GRÁFICA NRO 2

Frecuencia del grado de instrucción en el estudio

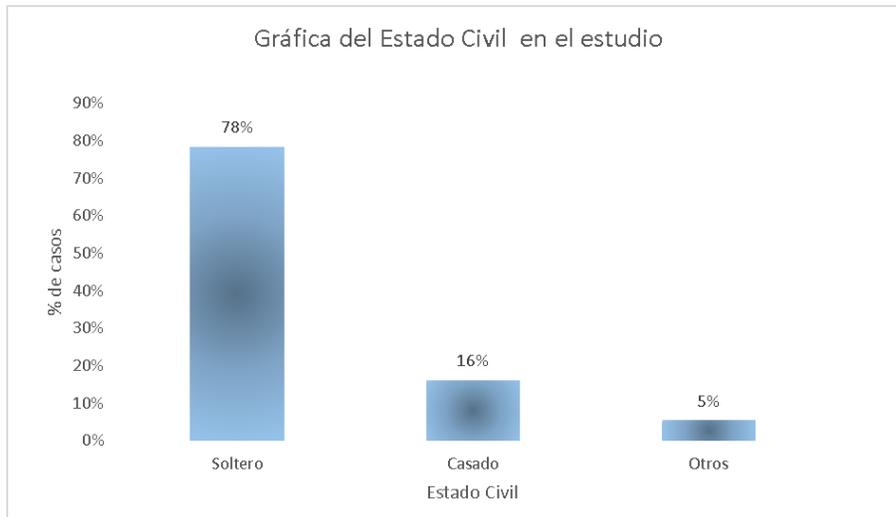


Fuente: encuesta del estudio

En el grado de instrucción, 22 (62%) casos señalan un nivel universitario, 12 (32%) casos indican bachillerato completo, 2 (5%) casos con bachillerato incompleto y 1 (3%) caso con primaria completa.

GRÁFICA NRO 3

Frecuencia del estado civil en el estudio

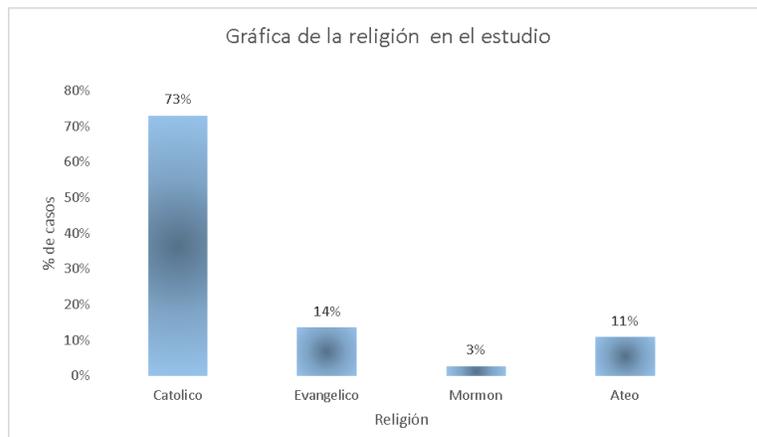


Fuente: encuesta del estudio

En referencia al estado civil, 29 (78%) casos señalan la soltería, 6 (16%) casos se encuentran casados y 2 (5%) casos en diferentes condición civil (viudez – concubinato).

GRÁFICA NRO 4

Frecuencia de la religión en el estudio

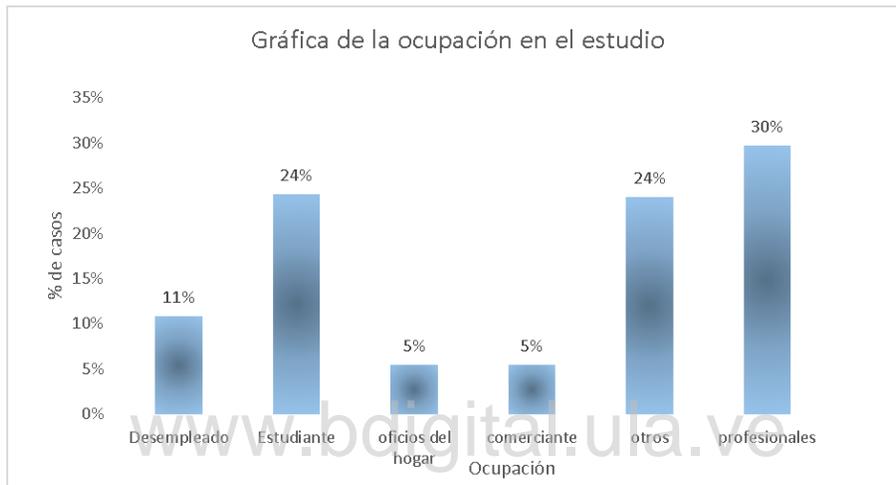


Fuente: encuesta del estudio

Dentro del estudio, la religión reporta 27 (73%) casos como católicos, 5 (14%) casos como evangélicos. 4 (11%) caso indican que son ateo y 1 (3%) caso como hace referencia al mormón.

GRÁFICA NRO 5

Frecuencia de la ocupación en el estudio



Fuente: encuesta del estudio

En cuanto a la ocupación, 11 (30%) casos se desempeñan como profesionales, 9 (24%) casos para los renglones de estudiantes y otras ocupaciones (estudiar, están en condición jubilados, vigilantes, estilistas, etc.), 4 (11%) casos están desempleados y 2 (5%) casos son comerciantes así como la del oficio del hogar.

TABLA NRO 2

Frecuencia de antecedentes y comorbilidades en el estudio

		Variables	N	%
Antecedentes Familiares		Sin antecedentes	21	56,80%
		Organicas	2	5,40%
		Consumo de sustancias	4	10,80%
		Trastornos psicoticos	1	2,70%
		trastornos afectivos	6	16,20%
		trastornos neuroticos	2	5,40%
		trastornos personalidad	1	2,70%
<hr/>			37	100,00%
Comorbilidades Medicas		Sin Comorbilidades	30	81,10%
		Neurologicas	2	5,40%
		Metabolicas	3	8,10%
		Traumatologicas	1	2,70%
		inmunologicas	1	2,70%
<hr/>			37	100,00%
Comorbilidades Psiquiatricas		Sin comorbilidades	22	59,50%
		F00-09 TRASTORNOS ORGANICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMATICOS	1	2,70%
		F20-29 ESQUIZOFRENIA, TRSTORNO ESQUIZOTIPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES	1	2,70%
		F30-F39 TRASTORNOS DEL HUMOR	8	21,60%
		F40-49 TRASTORNOS NEUROTICOS	3	8,10%
		F60-69 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	1	2,70%
		F80-89 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	1	2,70%
<hr/>			37	100,00%

Fuente: encuesta del estudio.

En el estudio se registra para los antecedentes familiares 6 (16.2%) casos con trastorno afectivo, 4 (10,80%) casos por consumo de sustancias, 2 (5.4%) casos para los trastornos orgánicos y para los neuróticos; 1 (2.7%) caso para los psicóticos y trastorno de personalidad. En cuanto a la comorbilidad médica, 3 (8.1%) casos son de tipo metabólico y 2 (5.4%) son neurológicos. Para la comorbilidad psiquiátrica (Según CIE-10) se tiene 8 (21.5%) casos son del tipo Trastornos del humor; 3 (8.1%) casos corresponde a la clasificación de Trastornos neuróticos y las categorías Trastornos mentales orgánicos, Esquizofrenia, Trastornos de personalidad y Trastornos generalizados del desarrollo presentan 1 (2.7%) caso cada una.

Cumpliendo con el objetivo de identificar la prevalencia de trastorno bipolar en pacientes diagnosticados con TOC, se obtiene:

TABLA NRO 3

Frecuencia de la escala Y-Bocs en el estudio

Escala Y-BOCS	N	%
leve	4	11%
moderada	13	35%
severa	12	32%
extrema	8	22%
Total	37	100%

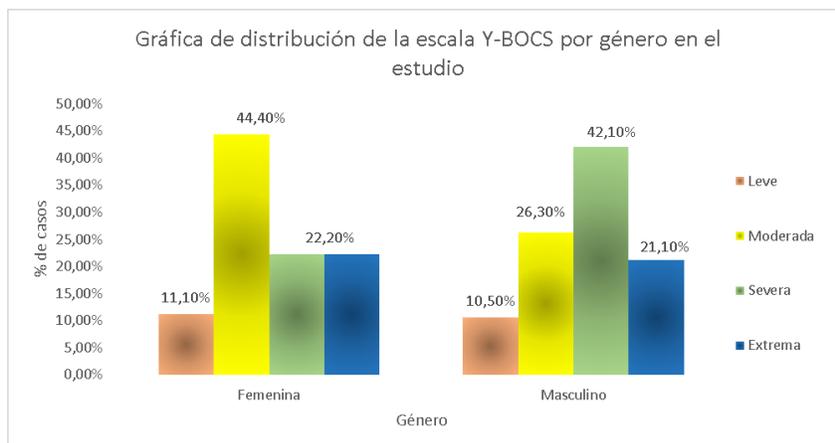
Fuente: encuesta del estudio.

En la escala Y-Bocs, se registran 13 (35%) casos como moderados, 12 (32%) casos se tienen como severos, 8 (22%) casos como extremos y 4 (11%) casos como leves.

www.bdigital.ula.ve

GRÁFICA NRO 6

Distribución de la escala Y-BOCS por género en el estudio



Fuente: encuesta del estudio

En la comparación de la escala Y-BOCS con respecto al género, no existe diferencia significativa ($p=0.572$, mayor a 0.05); en la gráfica de observa una frecuencia mayor de casos moderados para el género femenino de 8 (44.4%) casos, mientras que para el género masculino registra una frecuencia mayor de casos para el nivel severo de Y-BOCS con 8 (42.1%) casos.

TABLA NRO 4

Distribución de la escala Y-BOCS por grupo etario en el estudio

Grupo Etario	Escala Y-BOCS										Chi - Cuadrado - p*
	Leve		Moderada		Severa		Extrema		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Menos de 23 años	0	0,00%	1	16,70%	2	33,30%	3	50,00%	6		
Entre 24 y 37 años	2	14,30%	6	42,90%	3	21,40%	3	21,40%	14	100	8,099 - 0,524
Entre 38 y 50 años	1	10,00%	5	50,00%	3	30,00%	1	10,00%	10		
Mas de 51 años	1	14,30%	1	14,30%	4	57,10%	1	14,30%	7		
Total	4	10,80%	13	35,10%	12	32,40%	8	21,60%	37	100	

Fuente: encuesta del estudio. Significativo con $p < 0.05$. Chi-cuadrado

En la comparación de la escala Y-BOCS con respecto a los grupos etarios, no existe diferencia significativa ($p=0.524$, mayor a 0.05); en la gráfica de observa una frecuencia alta de casos extremo para el grupo con edades menores a 23 años de 3 (50%) casos; los moderado presentan mayor frecuencia de casos para los grupos de edades entre 38 y 50 años con 5 (50%) casos; y los casos severo, registran una mayor frecuencia en el grupo con edades mayores a 51 años con 4 (51.7%).

TABLA NRO 5

Distribución de la escala Y-BOCS por antecedentes familiares en el estudio

Antecedentes Familiares	Escala Y-BOCS										Chi - Cuadrado - p*
	Leve		Moderada		Severa		Extrema		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sin antecedentes	1	4,80%	7	33,30%	9	42,90%	4	19,00%	21		
Organicas	0	0,00%	1	50,00%	1	50,00%	0	0,00%	2		
Consumo de sustancias	1	25,00%	3	75,00%	0	0,00%	0	0,00%	4		
Trastornos psicoticos	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	1	100	34,930 - 0,010*(a)
trastornos afectivos	0	0,00%	1	16,70%	1	16,70%	4	66,70%	6		
trastornos neuroticos	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2		
trastornos personalidad	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	1		
Total	4	10,80%	13	35,10%	12	32,40%	8	21,60%	37	100	

Fuente: encuesta del estudio. Significativo con $p < 0.05$. Chi-cuadrado

En la comparación de la escala Y-BOCS con respecto a los antecedentes familiares, hay diferencia significativa ($p=0.010$, menor a 0.05 (a); la poca variabilidad de la muestra puede conducir a datos no validos); la muestra ofrece poca variabilidad para establecer alguna tendencia entre la asociación de estas variables, lo poco que se observa son los casos valorados como extremo en la categoría de trastorno afectivos con 4 (66.7%) casos.

TABLA NRO 6

Distribución de la escala Y-BOCS por comorbilidad psiquiátrica en el estudio

Comorbilidades Psiquiatricas	Escala Y-BOCS										Chi - Cuadrado - p*
	Leve		Moderada		Severa		Extrema		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sin comorbilidades	4		5	22,70%	7	31,80%	6	27,30%	22		
F00-09 TRASTORNOS ORGANICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMATICOS	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	1		
F20-29 ESQUIZOFRENIA, TRSTORNO ESQUIZOTIPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	1	100	22,974 - 0,192
F30-F39 TRASTORNOS DEL HUMOR	0	0,00%	4	50,00%	4	50,00%	0	0,00%	8		
F40-49 TRASTORNOS NEUROTICOS	0	0,00%	3	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	3		
F60-69 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	1		
F80-89 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	1		
Total	4	10,80%	13	35,10%	12	32,40%	8	21,60%	37	100	

Fuente: encuesta del estudio. Significativo con $p < 0.05$. Chi-cuadrado

En la comparación de la escala Y-BOCS con respecto a la comorbilidad psiquiátrica, no hay diferencia significativa ($p=0.192$, mayor a 0.05); la muestra ofrece poca variabilidad para establecer alguna tendencia entre la asociación de estas variables, lo poco que se observa son los casos valorados como extremo en la categoría de Trastornos de personalidad y Trastornos generalizados del desarrollo con un caso en cada uno.

Respondiendo al objetivo de aplicar la escala Young Mania Rating Scale en pacientes diagnosticados con TOC, se obtienen los siguientes resultados:

TABLA NRO 7

Frecuencia de la categoría Young en el estudio

Categoría Young	N	%
eutimia	20	54%
hipomanía	6	16%
manía	11	30%
Total	37	100%

Fuente: encuesta del estudio

Para la categoría Young, se reportan 20 (54%) casos como eutimia, 11 (30%) casos como manía y 6 (16%) casos como hipomanía.

TABLA NRO 8

Distribución de la escala Y-BOCS por categoría Young en el estudio

Categoría Young	Escala Y-BOCS										Chi - Cuadrado - p*
	Leve		Moderada		Severa		Extrema		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
eutimia	4	20,00%	7	35,00%	5	25,00%	4	20,00%	20		
hipomanía	0	0,00%	2	33,30%	2	33,30%	2	33,30%	6	100	4,793 - 0,571
manía	0	0,00%	4	36,40%	5	45,50%	2	18,20%	11		
Total	4	10,80%	13	35,10%	12	32,40%	8	21,60%	37	100	

Fuente: encuesta del estudio. Significativo con $p < 0.05$. Chi-cuadrado

En la comparación de la escala Y-BOCS con respecto a la categoría Young, no hay diferencia significativa ($p=0.571$, mayor a 0.05); la muestra ofrece poca variabilidad para establecer alguna tendencia entre la asociación de estas variables, lo poco que se observa es la frecuencia más alta de casos severo en la categoría Young de manía.

Siguiendo con el objetivo de aplicar la escala MDQ en pacientes diagnosticados con TOC, se obtiene:

TABLA NRO 9

Frecuencia de MDQ en el estudio

MDQ	N	%
Positivo	15	41%
Negativo	22	60%
Total	37	100%

Fuente: encuesta del estudio.

Para la MDQ, 22 (60%) casos se registran como negativos y 15 (41%) casos son positivos.

TABLA NRO 10

Distribución de la escala Y-BOCS por MDQ en el estudio

MDQ	Escala Y-BOCS										Chi - Cuadrado - p*
	Leve		Moderada		Severa		Extrema		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Positivo	0	0,00%	6	40,00%	8	53,30%	1	6,70%	15	100	8,905 - 0,031*(a)
Negativo	4	18,20%	7	31,80%	4	18,20%	7	31,80%	22		
Total	4	10,80%	13	35,10%	12	32,40%	8	21,60%	37	100	

Fuente: encuesta del estudio. Significativo con $p < 0.05$. Chi-cuadrado

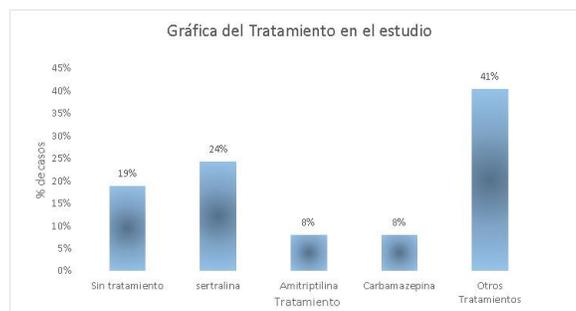
En la comparación de la escala Y-BOCS con respecto al MDQ, hay diferencia significativa ($p=0.031$, menor a 0.05 (a); la poca variabilidad de la muestra puede conducir a datos no validos); la muestra ofrece poca variabilidad para establecer alguna tendencia entre la asociación de estas variables, lo poco que se observa son los casos valorados como moderados y severos con el MDQ positivo.

www.bdigital.ula.ve

Y, finalizando con el objetivo de establecer el tipo de tratamiento apropiado para dicha comorbilidad, tenemos:

GRÁFICA NRO 7

Frecuencia del tratamiento en el estudio

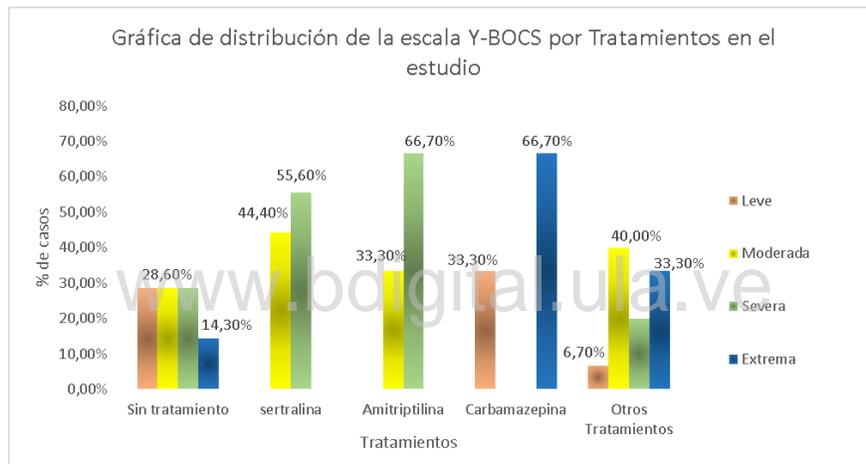


Fuente: encuesta del estudio

Para el tratamiento, 15 (41%) casos reciben tratamientos variados de 1 o 2 medicamentos (Acido Valproico, Alprazolam, clomipramina, Clozapina, Duloxetina, Mirtazapina, Pregabalina), 9 (24%) casos se suministra sertralina, 7 (19%) casos están sin tratamientos y 3 (8%) casos reciben amitriptilina y Carbamazepina respectivamente

GRÁFICA NRO 8

Distribución de la escala Y-BOCS por tratamiento en el estudio



Fuente: encuesta del estudio

En la comparación de la escala Y-BOCS con respecto al tratamiento, no hay diferencia significativa ($p=0.140$, mayor a 0.05); la muestra ofrece poca variabilidad para establecer alguna tendencia entre la asociación de estas variables, lo poco que se observa son los casos valorados como moderados y severos que son tratados con sertralina y amitriptilina.

7.- DISCUSION:

Se han realizado a nivel internacional estudios de investigación acerca de las diferentes comorbilidades asociadas a un diagnóstico primario de trastorno obsesivo compulsivo, sin embargo no se dispone de una literatura que abarque el estudio, abordaje y tratamientos más indicados sobre una patología subyacente como es el trastorno bipolar, es además nuestro estudio, innovador en vista de que en Venezuela no se han realizado investigaciones que expliquen la posibilidad de que coexistan ambas patologías, limitando su manejo y realizando infradiagnósticos.

En el presente estudio se analizaron 37 casos de la ciudad de Mérida, Venezuela con diagnóstico establecido de trastorno obsesivo compulsivo, sin embargo se aplicó el instrumento Y-BOCS, lo que nos aportó importantes características acerca de la severidad de los síntomas, evidenciando una mayor prevalencia del sexo masculino quienes además se encuentran en rango Y-BOCS severo, siendo el grupo de menor incidencia el femenino encontrándose en rango moderado, y en el grupo etario de 24 a 37 años, en condición de solteros y con un mayor porcentaje de universitarios que se desempeñan como profesionales. Lo que difiere de otros estudios los cuales, al compararlos, muestran pacientes de predominio del sexo femenino, amas de casa, con estatus civil casadas. (11) Otro dato distintivo en nuestro estudio es que la mayoría de los pacientes tiene antecedentes familiares de trastornos afectivos de pacientes que estaban en el rango severo de síntomas. Al hacer una evaluación de un individuo con TOC que no presenta aparentemente un trastorno bipolar, resulta prudente chequear la existencia de antecedentes familiares de este último desorden, para no indicar un tratamiento de inhibidores selectivos de la receptación

de serotonina y que la consecuencia sea despertar el trastorno bipolar empeorando aun más el cuadro. (12)

Se asoció también la relación que pudiera tener el diagnóstico primario con otra comorbilidad psiquiátrica, sin tener resultados significativos, pero se destacaron casos extremos relacionados con trastornos de personalidad y trastornos del desarrollo, esto último es destacable en vista de que en otros estudios se ha identificado la mayor prevalencia de esta comorbilidad en pacientes jóvenes en hasta un 95%, por lo cual es importante la asociación que se encontró de un caso extremo con trastornos generalizados del desarrollo por lo que en próximos estudios sería interesante estudiar si la severidad de los síntomas están asociados a la edad de inicio (13)

Por otra parte, este estudio utilizó la escala Young mania rating scale, donde la mayoría de los individuos se encontraron en eutimia mayormente relacionados a casos moderados de TOC, seguidos de paciente que presentaron episodios maniacos francos asociados a casos severos. Dentro de los resultados positivos obtenidos con la aplicación de esta escala, se encuentra que el 46% de los pacientes presentaban un episodio maniaco e hipomaniaco, distribuidos en 30% y 16% respectivamente.

Otras de las escalas utilizadas fue el MDQ, para medir síntomas hipomaniacos, pudiendo incluir con estas dos escalas, tanto síntomas de Trastorno bipolar tipo I y II, mostrando que el 41% de los pacientes tenían un tamizaje positivo para hipomanía, los cuales están completamente asociados a casos moderados y severos.

Ambos resultados son importantes debido a que el porcentaje es mucho mayor en comparación con otros estudios donde la comorbilidad oscila entre 11,1% y 21%. En muestras grandes de estudios hospitalarios, la prevalencia por vida osciló entre 6 y 55,8%.

La alta prevalencia de dicha asociación incluso se argumenta a favor de un subtipo específico de TOC o de trastorno bipolar, o un trastorno en aumento y mayor propensión a desarrollar el otro. (14)

Los grandes datos epidemiológicos actuales indican que esta comorbilidad ocurre en el 21% de pacientes con trastorno bipolar sustancialmente más que las tasas de comorbilidad para TOC en depresión (12,2%) y en la población general (2,5%) (15)

En un metaanálisis reciente del año 2016, la prevalencia de TOC en trastorno bipolar fue de 17,0%, lo cual se comparó y tuvo concordancia con los diversos estudios de prevalencia (16). Se muestra en nuestro estudio una frecuencia sustancialmente mayor, considerando los síntomas maniacos e hipomaniacos.

Se estudió la influencia del tratamiento pues la mayoría de los pacientes se encontraban recibiendo 2 fármacos, siendo el más utilizado la sertralina sobretodo en pacientes con casos moderados y extremos probablemente por ser el tratamiento de elección para pacientes con TOC, con la posibilidad en base a los datos aportados anteriormente de estar descompensando los síntomas hipomaniacos y maniacos, con respecto a esto otros estudios han reportado resultados muy variados, algunos indican empeoramiento de síntomas obsesivos en fases depresivas y mejoría en fases maniacas, pero estudios más recientes han demostrado empeoramiento de síntomas obsesivos en fases maniacas, correspondiéndose con los resultados de nuestro estudio. (11)

Lo que en los diversos estudios y el nuestro aún no está claro es, si esta alta comorbilidad representa la ocurrencia frecuente de dos enfermedades independientes, o si representa la aparición de síntomas que forma parte de un subtipo. De acuerdo con el pensamiento de

Kraepelin, un diagnóstico psiquiátrico es mejor establecido por su curso longitudinal de la enfermedad. (1)

8.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES:

La coexistencia de patologías entre trastorno obsesivo compulsivo y trastorno bipolar es más frecuente de lo que se podría esperar, lo que nos lleva a numerosas dificultades en cuanto a la fenomenología, exigencias en la fineza para realizar el diagnóstico, y retos a la hora de realizar un abordaje adecuado que prediga la evolución de la enfermedad. Los resultados de nuestro estudio significan un gran aporte al manejo de esta comorbilidad en nuestro país, ayudándonos a orientarnos en la clínica y demás determinantes del curso de estas entidades. Además que demuestran las características específicas de nuestra población. Sin embargo propone la posibilidad de elaborar más investigaciones dirigidas a cada resultado específico, abre una línea innovadora de investigación. En nuestro estudio se relacionaron severidad de los síntomas obsesivos con presentación de síntomas maníacos e hipomaniacos lo cual establece uno de los principales aportes.

Resulta necesario ampliar este campo de investigación que involucre un tamaño mayor de muestras para permitir complementar los resultados de este estudio, además de proponer un manejo que se adapte a las características de los casos estudiados y mejorar el pronóstico de estas patologías que por separado podría resultar aparatoso, convirtiendo en un reto el manejo en conjunto.

8.2 RECOMENDACIONES:

1. Extender el campo de investigación presentado en este estudio, para mejorar la calidad de vida de los pacientes que son diagnosticados con ambas patologías.
2. Ampliar las posibilidades de que el trastorno obsesivo compulsivo pueda presentarse con el trastorno bipolar y otras patologías.
3. Proponer un esquema de manejo en el caso de que se identifique la comorbilidad mejorando el enfoque terapéutico
4. Ofrecer investigaciones que alimenten todos los aspectos del espectro obsesivo

www.bdigital.ula.ve

9. - BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Cederlöf M, Lichtenstein P, Larsson H, Boman M, Rück C, Landén M, et al. Obsessive-Compulsive Disorder, Psychosis, and Bipolarity: A Longitudinal Cohort and Multigenerational Family Study. *Schizophrenia Bulletin* 2015; 41:1076–1083.
- (2) Amerio A, Tonna M, Prelati M, Ghaemi SN, Comorbid bipolar and obsessive compulsive disorders: a commentary.
- (3) Vega Davila D. La Complejidad de la comorbilidad: Trastorno Bipolar y Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Psiquiatría.com* 2010. 14:10.
- (4) El-Mallakh RS, Hollifield M. Comorbid anxiety in bipolar disorder alters treatment and prognosis. *Psychiatr Q.* 2008;79(2):139-50.
- (5) Lozano Vargas A. Aspectos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. *Rev Neuropsiquiatr* 2017. 80(1)
- (6) Sadock B, Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. 10ma edición. New York. Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health, 2008.
- (7) Gomez Ayala AE. Enfermedad bipolar. Clínica y etiopatogenia. *OFFARM* 2008. 27
(6)
- (8) Rush J, Alan H, First M, Blacker D, Endicott J, Keith S, et al. Handbook of Psychiatric Measures. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 2002.
- (9) Vohringer P, Medina S, Alvear K, Espinosa C, Ruimallo P, Alexandrovich, et al. Estudio Chileno de validacion de la escala Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Psiquiatría Universitaria* 2008. 4; 3: 339- 344

- (10) Araque Y, Baptista T. Validación del cuestionario para el diagnóstico de trastornos del ánimo (MDQ avanzado): como instrumento autoadministrado. Universidad de Los Andes, Facultad de Medicina, Postgrado en Psiquiatría. 2010. p. 72. Venezuela
- (11) Kazhungil F, Cholakkottil A, Kattukulathil S, Kottelassal A, Vazhakalayil R, Clinical and familial profile of bipolar disorder with and without obsessive-compulsive disorder: an Indian study, *Trends Psychiatry Psychother.* 2017; 39(4) – 270-275
- (12) Dahab J, Rivadeneira C, Minici A, Trastorno bipolar: evaluación precisa ante la comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo, *Revista de terapia cognitivo conductual*, Agosto 2014
- (13) Amerio A, Tonna M, Brendon A, Nassir S, Comorbid bipolar disorder and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Treatment implications, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2016, Vol. 50(6) 594–598
- 14) Kazhungil F, Mohandas E, Management of obsessive-compulsive disorder comorbid with bipolar disorder. *Indian Journal of Psychiatry* 2016, 58(3)
- (15) Amerio A, Odone A, Liapis C, Ghaemi S, Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive–compulsive disorder: a systematic review, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2014; 129: 343–358
- 16) Amerio A, Tonna M, Odone A, Stubbs B, Ghaemi S, Course of illness in comorbid bipolar disorder and obsessive–compulsive disorder patients, *Asian Journal of Psychiatry* 2016, Vol 20, 12–14

10. - ANEXOS

5.12. Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Mania Rating Scale, YMRS)

1

<p>1. <i>Euforia</i></p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta</p> <p>2. Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre</p> <p>3. Elevada e inapropiada</p> <p>4. Claramente eufórico/a, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etc.</p>
<p>2. <i>Hiperactividad</i></p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Subjetivamente aumentada</p> <p>2. Vigoroso/a, hipergestual</p> <p>3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado/a)</p> <p>4. Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado/a)</p>
<p>3. <i>Impulso sexual</i></p> <p>0. Normal, no aumentado</p> <p>1. Posible o moderadamente aumentado</p> <p>2. Claro aumento al preguntar</p> <p>3. Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales</p> <p>4. Actos o incitaciones sexuales evidentes (hacia pacientes, personal o entrevistador)</p>
<p>4. <i>Sueño</i></p> <p>0. No reducido</p> <p>1. Disminución en menos de 1 hora</p> <p>2. Disminución en más de 1 hora</p> <p>3. Refiere disminución de la necesidad de dormir</p> <p>4. Niega necesidad de dormir</p>
<p>5. <i>Irritabilidad</i></p> <p>0. Ausente</p> <p>2. Subjetivamente aumentada</p> <p>4. Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfado</p> <p>6. Predominantemente irritable durante la entrevista, brusco y cortante</p> <p>8. Hostil, no colaborador/a, entrevista imposible</p>
<p>6. <i>Expresión verbal</i></p> <p>0. No aumentada</p> <p>2. Sensación de locuacidad</p> <p>4. Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional</p> <p>6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva</p> <p>8. Verborrea ininterrumpible y continua</p>
<p>7. <i>Trastornos del curso del pensamiento y el lenguaje</i></p> <p>0. Ausentes</p> <p>1. Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento</p> <p>2. Distraibilidad clara, descarilamiento, taquipsiquia</p> <p>3. Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalia</p> <p>4. Incoherencia, inteligibilidad, comunicación imposible</p>
<p>8. <i>Trastornos del contenido del pensamiento</i></p> <p>0. Ausentes</p> <p>2. Planes discutibles, nuevos intereses</p> <p>4. Proyectos especiales, misticismo</p> <p>6. Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia</p> <p>8. Delirios, alucinaciones</p>
<p>9. <i>Agresividad</i></p> <p>0. Ausente, colaborador/a</p> <p>2. Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a</p> <p>4. Quenilante, pone en guardia</p> <p>6. Amenaza al entrevistador, habla a gritos, entrevista difícil</p> <p>8. Claramente agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible</p>
<p>10. <i>Apariencia</i></p> <p>0. Higiene e indumentaria apropiada</p> <p>1. Ligeramente descuidada</p> <p>2. Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada</p> <p>3. Despeinado/a, semidesmudo/a, maquillaje llamativo</p> <p>4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria extravagante</p>
<p>11. <i>Conciencia de enfermedad</i></p> <p>0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento</p> <p>1. Según él/ella, posiblemente enfermo/a</p> <p>2. Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad</p> <p>3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad</p> <p>4. Niega cualquier cambio de conducta</p>

5.10. Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

Instrucciones: Por favor, responda cada pregunta lo mejor que pueda.

	Sí	No
1. ¿Ha tenido alguna vez algún período de tiempo en el que no estaba en su estado habitual y... ... se sintiera tan bien o tan hiperactivo que otras personas han pensado que no estaba en su estado normal o que estaba tan hiperactivo que tenía problemas? ... estaba tan irritable que gritaba a la gente o se ha peleado o discutido? ... se sentía mucho más seguro que normalmente? ... dormía mucho menos de lo habitual y creía que realmente no era importante? ... estaba más hablador y hablaba mucho más rápido de lo habitual? ... sus pensamientos iban más rápidos en su cabeza o no podía frenar su mente? ... se distraía fácilmente por las cosas de alrededor o ha tenido problemas para concentrarse o seguir el hilo? ... tenía mucha más energía de la habitual? ... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas de lo habitual? ... era mucho más social o extrovertido de lo habitual, por ejemplo, llamaba a los amigos en plena noche? ... tenía mucho más interés de lo habitual por el sexo? ... hizo cosas que eran inusuales para usted o que otras personas pudieran pensar que eran excesivas, estúpidas o arriesgadas? ... ha gastado dinero que le trajera problemas a usted o a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si ha respondido SÍ a más de una de las cuestiones anteriores, ¿han ocurrido varias de éstas durante el mismo período?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuánto problema le han causado alguna de estas cosas: en el trabajo; problemas con la familia, el dinero o legales; metiéndose en discusiones o peleas? Por favor señale una sola respuesta <input type="checkbox"/> Sin problema <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Serio		
4. ¿Ha tenido alguno de sus parientes (p. ej., hijos, hermanos, padres, abuelos, tías, tíos) una enfermedad de tipo maniaco-depresiva o trastorno bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le ha dicho alguna vez un profesional de la salud que usted tiene una enfermedad maniaco-depresiva o un trastorno bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.15. Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS)

	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
1. Tiempo ocupado	0	1	2	3	4
1b. Tiempo libre	0	1	2	3	4
2. Interferencia	0	1	2	3	4
3. Estrés	0	1	2	3	4
4. Resistencia	0	1	2	3	4
5. Control	0	1	2	3	4
Subtotal obsesiones: _____					
	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
6. Tiempo ocupado	0	1	2	3	4
6b. Tiempo libre	0	1	2	3	4
7. Interferencia	0	1	2	3	4
8. Estrés	0	1	2	3	4
9. Resistencia	0	1	2	3	4
10. Control	0	1	2	3	4
Subtotal compulsiones: _____					
	Excelente	Ausente			
11. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0	1	2	3	4
	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
12. Evitación	0	1	2	3	4
13. Indecisión	0	1	2	3	4
14. Responsabilidad	0	1	2	3	4
15. Enlentecimiento	0	1	2	3	4
16. Duda patológica	0	1	2	3	4
17. Gravedad global	0	1	2	3	4
18. Mejoría global	0	1	2	3	4
	Excelente	Buena	Moderada	Escasa	
19. Fiabilidad	0	1	2	3	
Puntuación total (ítems 1 a 10): _____					

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, he leído y comprendido la información anterior, y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

C.I: _____ Fecha: _____

www.bdigital.ula.ve

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes y al participante la naturaleza y propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.