

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO AUTONOMO UNIVERSITARIO DE LOS ANDES

POSTGRADO DE PSIQUIATRIA

FRECUENCIA DE COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNO BIPOLAR Y

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: MÉRIDA, 2018-2019

www.bdigital.ula.ve

AUTOR: Lisseth Galué Contreras

TUTOR: Dr. Trino José Baptista Troconis

MERIDA- VENEZUELA, 2019

C.C Reconocimiento

**FRECUENCIA DE COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNO BIPOLAR Y
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: MÉRIDA, 2018-2019**

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR LA MÉDICO
CIRUJANO LISSETH CAROLYN GALUÉ CONTRERAS, CI: 18.984.230, 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.

AUTOR:

Lisbeth Galué Contreras residente de postgrado, para realizar su tesis de acreditación como especialista en Psiquiatría de la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

TUTOR:

Tutor: Dr. Trino Baptista, Profesor titular. Departamento de Fisiología, ULA. Especialista en Psiquiatría de la Universidad de los Andes. Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad del Zulia.

LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO:

Sitio y fecha de realización del estudio:

Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes y Clínicas Privadas, (Mérida, Venezuela) Mérida, 2018-2019.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, y su infinita energía que me permite estar aquí en este instante, en este momento para vivir y experimentar.

A Lusmila, mi maravillosa madre, que me ha enseñado que con esfuerzo, temple, y amor se puede llegar al infinito, gracias por ser mi ejemplo siempre.

A toda mi familia, en especial a mi tía abuela Iveta, el pilar de mi familia fuente de amor, perdón, valores, cultura, justicia y creencias, eres luz de esperanza para mi.

A mis amigas Leonor, Yoselin y Florángel son las hermanas que el destino me regaló, gracias por el apoyo y cariño.

A mi increíble co-R Fabiola Alessandra, eres definición de sororidad, y una canción de rock en medio del caos, aprendo de ti siempre. Gracias.

A mi tutor Dr. Trino José Batista T. Gracias por la paciencia, el entusiasmo, apoyo, y conocimientos, usted es la base de esta investigación.

A mis compañeros del postgrado, Mafe, Leo, Luis Javier, Lucho gracias por todo muchachos. En especial a Fedy y Stefany por ser parte de mi familia nosocomial.

Al postgrado de psiquiatría de la Universidad de los Andes y del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, por ser guía en mi crecimiento profesional. Especialmente al Dr. Ignacio Javier Sandia Saldivia, sus enseñanzas están siempre en nuestra mente, práctica profesional y día a día. Gracias por estar en nuestro camino, ser nuestro mentor, ejemplo y guía.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE GENERAL	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	11
1.4. MARCO REFERENCIAL.....	11
1.4.1. MARCO CONCEPTUAL.....	12
1.4.1.1. Comorbilidad.....	12
1.4.1.2. Nosología.....	12
1.4.1.3. Trastorno Bipolar.....	12
1.4.1.4. Test Inventario de Obsesión-Compulsión Yale-Brown.....	13
1.4.1.5. Trastorno obsesivo compulsivo.....	13
1.5. MARCO DE ANTECEDENTES.....	15
1.6. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	22
1.7 OBJETIVOS.....	22
1.7.1. OBJETIVO GENERAL.....	22
1.7.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22

2. MARCO METODOLÓGICO.....	23
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	23
2.2. UNIVERSO Y MUESTRA.....	23
2.3. VARIABLES.....	24
2.3.1. Variable objeto de estudio.....	24
2.3.2. Variables intervinientes.....	24
2.4. PLAN DE ANALISIS.....	24
3. RESULTADO.....	25
4. DISCUSIÓN.....	36
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	38
6. BIBLIOGRAFIA.....	40
ANEXO.....	44
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	45

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1

Frecuencia del grupo etario del estudio.....24

Gráfica 2

Frecuencia del grado de instrucción en el estudio.....26

Gráfica 3

Distribución de la escala Y-BOCS por Comorbilidades Psiquiátricas en el estudio.....28

Gráfica 4

Distribución de la escala Y-BOCS por tratamiento en el estudio.....29

Gráfica 5

Distribución de la escala Y-BOCS por tratamiento en el estudio.....30

Gráfica 6

Frecuencia de la escala Y-Bocs en el estudio.....31

Gráfica 7

Distribución de la escala Y-BOCS por género en el estudio.....32

Gráfica 8

Distribución de la escala Y-BOCS por antecedentes familiares en el estudio.....33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
Frecuencia del grupo etario del estudio.....	24
Tabla 2	
Distribución de la escala Y-BOCS por grupo etario en el estudio.....	25
Tabla 3	
Frecuencia de la procedencia en el estudio.....	26
Tabla 4	
Frecuencia del tratamiento en el estudio.....	27
Tabla 5	
Frecuencia de antecedentes y comorbilidades en el estudio.....	27
Tabla 6	
Distribución de la escala Y-BOCS por Comorbilidades Psiquiátricas en el estudio.....	28
Tabla 7	
Distribución de la escala Y-BOCS por tratamiento en el estudio.....	29
Tabla 8	
Distribución de la escala Y-BOCS por tratamiento en el estudio.....	30
Tabla 9	
Frecuencia de la escala Y-Bocs en el estudio.....	31
Tabla 10	
Distribución de la escala Y-BOCS por género en el estudio.....	32
Tabla 11	
Distribución de la escala Y-BOCS por antecedentes familiares en el estudio.....	33

www.bdigital.ula.ve

RESUMEN

Al menos el 50% de los pacientes con trastorno bipolar tienen un diagnóstico adicional, uno de los más difíciles de controlar es el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Las características clínicas de la comorbilidad entre Trastorno Bipolar y Trastorno obsesivo compulsivo son más severas en comparación con las dos condiciones solas.

En este estudio exploramos frecuencia de comorbilidad, además de grados de severidad de TOC en 38 pacientes con diagnóstico primario de Trastorno Bipolar, que seleccionamos de la consulta externa del Hospital Universitario de Los Andes y clínicas privadas. Los sujetos fueron evaluados a través de una entrevista donde se corroborara que cumplieran con los criterios de inclusión, así mismo fue aplicado el Test Inventario de Obsesión-Compulsión Yale-Brown (Y-BOCS).

www.bdigital.ula.ve

En los resultados de la escala Y-Bocs, se registran, 37% (14 pacientes) con resultados tipo leve, 16% (6 sujetos) con síntomas moderados y 5% (2 pacientes) con síntomas severos. Si consideramos los resultados moderados y severos encontramos un 21% de comorbilidad para TOC en TB, se relacionan con los hallazgos de prevalencia 17% encontrados por Amerio et al. 2019 (21)

La comorbilidad de Trastorno obsesivo compulsivo en Trastorno Bipolar tiene una gran importancia tanto relacionado con la nosología, pues poder diferenciar si se trata de una entidad nosológica nueva, o hablamos de un subtipo severo de los trastornos por separado.

Palabras clave. *Comorbilidad, Trastorno Bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo*

ABSTRACT

At least 50% of patients with bipolar disorder have an additional diagnosis, one of the most difficult to control is obsessive-compulsive disorder (OCD). The clinical characteristics of comorbidity between Bipolar Disorder and Obsessive Compulsive Disorder are more severe compared to the two conditions alone.

In this study we explore comorbidity frequency, in addition to degrees of severity of OCD in 38 patients with a primary diagnosis of Bipolar Disorder, which we selected from the outpatient clinic of the Los Andes University Hospital and private clinics. The subjects were evaluated through an interview where it was corroborated that they met the inclusion criteria, and the Yale-Brown Obsession-Compulsion Inventory Test (Y-BOCS) was also applied.

In the results of the Y-Bocs scale, 37% are registered 14 patients with mild type results, 16% (6 subjects) with moderate symptoms and 5% (2 patients) with severe symptoms. If we consider the moderate and severe results we find 21% comorbidity for OCD in BD, these are related to the prevalence findings (17%) found by Amerio et al. 2019 (21).

The comorbidity of obsessive compulsive disorder in Bipolar Disorder is of great importance both related to nosology, since it is possible to differentiate whether it is a new nosological entity, or we are talking about a severe subtype of disorders separately.

Keywords. *Comorbidity, Bipolar Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder*

1. INTRODUCCION:

El Trastorno Bipolar es un trastorno mental grave y recurrente que se extiende a lo largo de la vida y que se caracteriza por oscilaciones en el estado de ánimo con fases de manía, hipomanía o mixtas que generalmente se alternan con episodios depresivos. Clínicamente se distinguen varias formas según los episodios que predominen.

Este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo. Al menos el 50% de los pacientes con trastorno bipolar tienen un diagnóstico adicional, uno de los más difíciles de controlar es el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). 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. Así mismo la mayoría de los casos de comorbilidad con Trastorno obsesivo compulsivo aparecen secundarios a episodios depresivos. (1)

Definir la presencia de asociación entre Trastorno Bipolar y Trastorno obsesivo compulsivo representa un reto para el médico psiquiatra puesto que tiene implicaciones clínicas importantes, requiriendo búsqueda de estrategias terapéuticas, dado que los tratamientos con psicofármacos usados para alguno de ambos trastornos pudieran complicar su presentación y curso. Por tal motivo y en vista de la importancia de dicha asociación se plantea la siguiente investigación.

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La presencia comórbida de otros trastornos mentales y de otras enfermedades médicas es la norma y no la excepción en el espectro bipolar. Tres cuartas partes de los pacientes cumplen criterios al menos para algún otro trastorno. Una revisión reciente concluyó que los trastornos que se han asociado más frecuentemente con el Trastorno Bipolar han sido los trastornos por abuso de sustancias junto a los trastornos de ansiedad; otros trastornos comórbidos han sido el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad. Atender esta comorbilidad se hace imprescindible si tenemos en cuenta que la presencia de otro trastorno de ansiedad se ha asociado con un mayor deterioro psicosocial, una mayor gravedad de la enfermedad, incluso con la historia de suicidio. Para dar cuenta de la importancia de la ansiedad asociada, el DSM 5 introduce la posibilidad de especificar si presenta ansiedad o no ya que estima que es necesario para poder planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica. (2)

Los trastornos de ansiedad son altamente prevalentes en el trastorno bipolar (TB), y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es uno de los trastornos de neuróticos más comunes asociados con Trastorno Bipolar. 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%), seguidos de las fobias específicas y el trastorno de pánico (3).

Sin embargo, en nuestro país, en especial en la región andina no se cuenta con investigaciones dirigidas a dicha comorbilidad y dada a la importancia de un manejo terapéutico adecuado para un cuadro tan complejo se decidió realizar

esta investigación para obtener estadísticas actualizadas acerca de la prevalencia, por lo cual se plantea ¿Es posible llegar a ese diagnóstico a través de la aplicación de instrumentos psicológicos como el Test Inventario de Obsesión-Compulsión Yale-Brown (Y-BOCS)?

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.

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

1.3 JUSTIFICACIÓN:

Forma parte de la situación actual la limitación al acceso a una medicación de primera elección y de forma más preocupante el desconocimiento de que puedan coexistir ambas patologías entorpeciendo el manejo terapéutico. En vista de la inexistencia de datos acerca de esta comorbilidad y teniendo en cuenta que el manejo psicofarmacológico del trastorno obsesivo compulsivo puede afectar de manera significativa el cuadro de presentación y la sintomatología predominante en el trastorno bipolar es necesario reconocer cuando nos encontramos en presencia de ambos para su adecuado tratamiento.

1.4 MARCO REFERENCIAL:

En el marco conceptual se describirán los conceptos de comorbilidad, nosología, trastorno bipolar, Test Inventario de Obsesión-Compulsión Yale-Brown (Y-BOCS), trastorno obsesivo compulsivo.

1.4.1 MARCO CONCEPTUAL.

1.4.1.1 Comorbilidad:

El término de la comorbilidad psiquiátrica se utiliza para referirse a la coexistencia de una enfermedad en un paciente con un trastorno previo. Dicha comorbilidad puede ser de dos trastornos independientes, dos trastornos de etiología común o dos trastornos con relación causal e incluso, puede ser un artefacto por superposición de criterios diagnósticos. (4)

1.4.1.2 Nosología:

Parte de la medicina que se ocupa del estudio individual de las enfermedades.(5)

1.4.1.3 Trastorno Bipolar:

El Trastorno Bipolar es un trastorno mental grave y recurrente que se extiende a lo largo de la vida y que se caracteriza por oscilaciones en el estado de ánimo con fases de manía, hipomanía o mixtas que generalmente se alternan con episodios depresivos. Los cambios de humor son impredecibles, difíciles de controlar, prolongadas, extremos y con un impacto negativo sobre la calidad de vida del paciente. Clínicamente se distinguen varias formas según los episodios que predominen. De acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima versión (CIE-10) y los criterios del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión (DSM-IV) los pacientes con Trastorno Bipolar I (TB I) tienen al menos un episodio de manía franco o un episodio mixto y pueden tener antes o después episodios depresivos. En el Trastorno Bipolar II (TB II) el sujeto experimenta síntomas maníacos menos graves que se denominan fases hipomaniacas y episodios depresivos. También distingue la Ciclotimia en la cual se alternan la hipomanía con los cuadros depresivos

subclínicos. Es un trastorno relativamente frecuente con una prevalencia a lo largo de la vida aproximada entre el 0,5 y el 1,6% en muestras en población general. Ocurre en todas las edades, aunque el pico de presentación es entre los 15 y los 25 años. El TB I presenta una prevalencia a lo largo de la vida entre el 0.5 y 1.6% según los distintos estudios, mientras que la del TB II oscila entre el 0.9 y 1.6%. Los casos con un comienzo más temprano están más asociados a factores genéticos. En las formas graves se presenta por igual en hombres y en mujeres. El TB constituye la sexta causa de discapacidad según el estudio Global Burden Disease, y supone una gran carga global para el paciente, afectando a su calidad de vida. (6)

1.4.1.4 Test Inventario de Obsesión-Compulsión Yale-Brown (Y-BOCS):

La escala de obsesiones-compulsiones de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*) (Y-BOCS) fue creada para valorar la severidad de las obsesiones y compulsiones en los pacientes previamente diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), sin que se viera influida por el tipo o número de las mismas. En la documentación anglosajona es de elección para medir los cambios en la intensidad o gravedad de la sintomatología en pacientes con TOC. Existe una versión autoadministrada que presenta similares valores sicométricos que la heteroaplicada.

La escala es aplicada por el terapeuta mediante una entrevista semiestructurada. Consta de 10 ítems, 5 sobre obsesiones y 5 sobre compulsiones, que se puntúan de 0 a 4, con un rango de 0 a 40.

Cada ítem va acompañado de unas instrucciones que permitan al entrevistador valorar de forma correcta la gravedad de los síntomas.

Estudia, tanto en obsesiones como en compulsiones el tiempo malgastado, la interferencia, el distrés, la resistencia y el control. La versión completa posee además 6 ítems dedicados a investigación, un ítem de gravedad global, otro de mejoría global y otro de fiabilidad.

Previamente a administrar la escala se debe utilizar la “lista de comprobación de síntomas obsesivos compulsivos”, con objeto de facilitar la identificación por parte del paciente de los síntomas. Esta consta de una relación de unos 50 ejemplos, agrupados en 15 categorías. Este listado debe administrarse cada vez al inicio de la sesión y puede revisarse a lo largo del tiempo introduciendo modificaciones si van cambiando los síntomas.

Además de la puntuación total se pueden obtener otras dos: severidad de síntomas obsesivos (ítems 1 a 5) y severidad de síntomas compulsivos (ítems 6 a 10), ya que se ha demostrado el carácter bidimensional de la escala (7)

www.bdigital.ula.ve

1.4.1.5 Trastorno obsesivo compulsivo:

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una condición clínica heterogénea. Se han descrito cuatro dimensiones clínicas en esta entidad: simetría/ orden, contaminación/lavado, acumulación y sexual/religiosa/agresión. Presenta una amplia comorbilidad y existe evidencia de diferencias neurobiológicas entre el TOC y los trastornos de ansiedad. El DSM-5 y la CIE-11 reconocen que la psicopatología nuclear en el TOC y trastornos relacionados es la compulsión y no la ansiedad. Se discute la posibilidad de añadir otros especificadores clínicos y se formula la esperanza de que sistemas como el *Research Domain Criteria (RDoC)*, estudios dimensionales y la integración de diversas áreas de investigación marquen un futuro promisorio para estos y otros trastornos

psiquiátricos (8). Dicho cuadro sintomático tiene una prevalencia internacional de 1,1-1,8%, de acuerdo con el DSM 5, con mayor afectación en mujeres. (9)

La Organización Mundial de la Salud ha considerado este trastorno como una de las diez enfermedades más incapacitantes ya que la persona puede llegar a evitar el contacto social o personal. Este trastorno afecta más a varones en edades tempranas, pero, al llegar a la adultez, las mujeres entre 18-44 años son quienes tienden a presentar más un TOC. Se ha determinado que la prevalencia oscila entre 1,5 a 3,5% en la población general, y entre el 10 y 63% de personas con TOC presentan ideas suicidas. Para un manejo adecuado, es necesario hacer una detección precoz, y para ello se requiere tener instrumentos válidos, de fácil aplicación y adaptados al contexto cultural de cada país. (10)

www.bdigital.ula.ve

1.5 MARCO DE ANTECEDENTES.

Autores	Diseño	Resultados	Conclusiones
Martin Cederlöf, y cols 2005 (11)	Descriptivo-observacional	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 (12)	Descriptivo-observacional	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 (10)	Artículo de revisión	<p>Así mismo, un estudio realizado con las seis dimensiones de la Escala Dimensional de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (DY-BOCS): hacer daño/agresión, sexual/religioso, contaminación/limpieza, simetría/orden/repetir/contar, acumulación y</p> <p>miscelánea muestra la siguiente comorbilidad: agresión (TEPT, TAS, TCI, TE), sexual/religioso (TP, TA, TFS, TAS, TDC, TT, trastornos afectivos, trastorno sexual no parafílico, trastornos somatomorfos), contaminación/limpieza (hipocondriasis) y acumulación (TD, FE,</p> <p>TEPT, CC, TE, TDAH, TT, trastorno de uso de internet)</p>	Es muy importante además, poder llegar a un consenso 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.
Vega D. 2010 (3)	Caso clínico	<p>La comorbilidad de estos dos trastornos</p> <p>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>	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 bipolar, presencia de ciclación rápida, síntomas psicóticos, edad de comienzo del trastorno bipolar e historia de suicidio.
Amerio A. y cols. 2016 (13)	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 (14)	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 (15)	Descriptivo-observacional	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, Odonne A. 2018 (16)	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 (17)	Descriptivo-observacional	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.
Jeon S. y cols 2017 (18)	Metaanálisis	Trastorno obsesivo compulsivo fue encontrado en 15.9% de los pacientes. 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. Obsesiones de contaminación y compulsiones de chequeo fueron las más comunes.	Los niveles de comorbilidad entre Trastorno obsesivo compulsivo y trastorno bipolar en pacientes Koreanos fueron comparables con pacientes caucásicos.
Kazhungil F, Mohandas E. 2016 (19)	Metaanálisis	TOC es una de las asociaciones más comunes de trastorno bipolar, a pesar de que el impacto y la prevalencia han sido bastantes estudiadas, el enfoque	El tratamiento de la comorbilidad entre trastorno obsesivo compulsivo y trastorno bipolar es un gran reto para los médicos, como el

		neurobiológico y tratamiento son menos estudiados sistemáticamente	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.
Masi G, y cols 2018 (20)	Descriptivo-observacional	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 TB II, los cuales más frecuentemente recibieron psicoterapia y antipsicóticos de segunda generación.	El tiempo de identificación de la comorbilidad entre Trastorno obsesivo compulsivo y Trastorno Bipolar podría tener relevancia en cuanto a implicaciones clínicas; sintomatología curso y tratamiento.
Amerio A, y cols 2019 (21)	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 (1)	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.

1.6 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

Se espera encontrar resultados mayores a los encontrados en el pool de prevalencia (17%) para aseverar que en la población merideña existe asociación entre Trastorno Bipolar y Trastorno Obsesivo Compulsivo.

1.7 OBJETIVOS:

1.7.1 OBJETIVO GENERAL.

Describir la frecuencia de comorbilidad entre pacientes con trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo en Mérida – Venezuela, periodo 2018- 2019.

1.7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Relacionar coexistencia de trastorno obsesivo compulsivo en pacientes previamente diagnosticados con trastorno bipolar.
- Describir la asociación entre trastorno obsesivo compulsivo y trastorno bipolar según grupo etario
- Establecer relación entre uso de psicofármacos y presencia de dicha comorbilidad.
- Evaluar la influencia de las variables intervinientes, edad, sexo, condiciones demográficas, estrato socioeconómico, comorbilidad médica, comorbilidades psiquiátricas, tratamiento actual, antecedentes familiares de Trastorno obsesivo compulsivo, severidad de los síntomas de TOC.

2. MARCO METODOLOGICO:

PROCEDIMIENTO:

Se aplicó el Test Inventario de Obsesión-Compulsión Yale-Brown, en pacientes conocidos por la consulta externa de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida – Venezuela) y Clínicas privadas, 38 sujetos fueron seleccionados, como principal criterio tenían diagnóstico previo de Trastorno Bipolar según criterios del DSM-5, se realizó la entrevista, recolectando

datos sociodemográficos, y personales relacionados con las variables necesarias. Además se realizó charla explicativa de la escala y sintomatología, y firma del consentimiento informado posteriormente se aplicó el inventario, durante el periodo Marzo-julio 2019.

2.1 CLASE DE INVESTIGACIÓN:

Se trata de un estudio observacional descriptivo. Estudio transversal.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo estuvo constituido por todos los pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes y en Clínicas privadas de la ciudad (Mérida – Venezuela)

La muestra fue constituida por 38 sujetos con diagnóstico de Trastorno Bipolar previamente establecido.

Criterios de inclusión:

Participación voluntaria de los pacientes con diagnóstico establecido de Trastorno Bipolar de acuerdo al DSM-V.

2.3 VARIABLES:

2.3.1 Variable objeto de estudio:

Asociación de Trastorno Bipolar y trastorno obsesivo compulsivo.

2.3.2 Variables intervinientes:

Edad

Sexo

Condiciones demográficas.

Estrato socioeconómico.

Comorbilidad médica. Comorbilidades psiquiátricas.

Tratamiento actual.

Antecedentes familiares de Trastorno obsesivo compulsivo.

Severidad de los síntomas de TOC.

2.4 Plan de análisis:

Los resultados se presentan 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. Los datos obtenidos fueron procesados de forma computarizada mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows versión 22, considerándose significativo estadísticamente para una $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

Descriptiva general de la muestra

Para este estudio, la muestra está conformada por 38 casos que presentan las siguientes características: la edad reporta una media y desviación de 46 ± 13 años, con una mínima de 17 años con una máxima de 75 años; para el género,

26 (68%) casos corresponden al género femenino y 12 (32%) casos al masculino.

Tabla 1

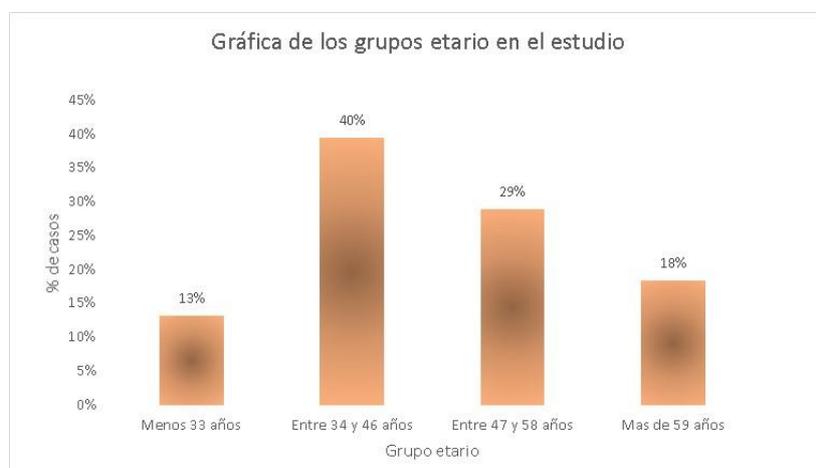
Frecuencia del grupo etario del estudio

Grupo Etario	N	%
Menos 33 años	5	13%
Entre 34 y 46 años	15	40%
Entre 47 y 58 años	11	29%
Mas de 59 años	7	18%
Total	38	100%

Los pacientes seleccionados para nuestro estudio, son pacientes con diagnóstico previo de Trastorno Bipolar mediante criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM. Posterior a la confirmación de dicho diagnósticos, revisión de historia clínica completa y entrevista con el paciente. Se decide incluir en la base de datos de nuestro estudio.

Gráfica 1

Frecuencia del grupo etario del estudio



Fuente: encuesta del estudio

Con respecto a los grupos etarios, se registran 15 (40%) casos con edades entre 34 y 46 años; 11 (29%) casos entre 47 y 58 años; 7 (18%) casos con más de 59 años y 5 (13%) con menos de 33 años.

Tabla 2

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

Grupo Etario	Escala Y-BOCS										Chi - Cuadrado - p*
	Sin manifestaciones		Leve		Moderado		Severo		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Menos 33 años	3	60,00%	2	40,00%	0	0,00%	0	0,00%	5		
Entre 34 y 46 años	9	60,00%	5	33,30%	0	0,00%	1	6,70%	15	100	12,054 - 0,210
Entre 47 y 58 años	2	18,20%	5	45,50%	3	27,30%	1	9,10%	11		
Mas de 59 años	2	28,60%	2	28,60%	3	42,90%	0	0,00%	7		
Total	16	42,10%	14	36,80%	6	15,80%	2	5,30%	38	100	

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

www.bdigital.ula.ve

En la comparación de la escala Y-BOCS con respecto al grupo etario, no existe diferencia significativa ($p=0.210$, mayor a 0.05); en la gráfica de observa que los casos moderados de la escala Y-BOCS están en los grupos etario de mayor edad; para las edades entre 47 y 58 años de 3 (27.3%) casos y otros 3 (42.9%) casos para mayores de 59 años.

Tabla 3

Frecuencia de la procedencia en el estudio

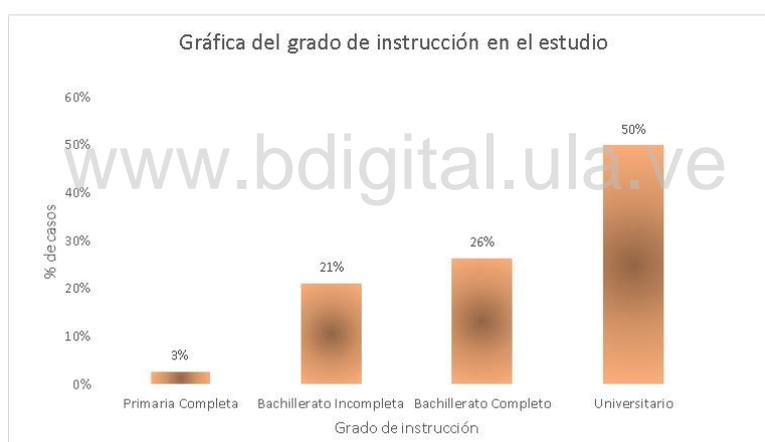
Procedencia	N	%
Merida	31	82%
Tachira	2	5%
Zulia	5	13%
Total	38	100%

Fuente: encuesta del estudio.

Encontramos que dentro de los resultados 82% (31 sujetos) son procedentes del Estado Mérida, 13% (5 sujetos), 5% (2 sujetos) procedentes del estado Táchira

Gráfica 2

Frecuencia del grado de instrucción en el estudio



Fuente: encuesta del estudio

Con respecto al grado de instrucción, 19 (50%) casos señalan un nivel universitario, 10 (26%) casos indican bachillerato completo, 8 (21%) casos con bachillerato incompleto y 1 (3%) caso con primaria completa.

Tabla 4**Frecuencia del tratamiento en el estudio**

Tratamiento	N	%
Carbamazepina	13	34%
Carbonato de litio	8	21%
Ácido valproico	4	11%
Otros Tratamientos	13	34%
Total	38	100%

Fuente: encuesta del estudio.

Para el tratamiento, 13 (34%) casos reciben Carbamazepina, 13 (34%) casos se suministra algún medicamentos como Mirtazapina, Risperidona, Escitalopram, Trifluoperazine o Quetiapina, 8 (21%) casos emplea Carbonato de litio y 4 (11%) casos reciben Ácido valproico.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 5**Frecuencia de antecedentes y comorbilidades en el estudio**

Variables		N	%
Antecedentes Familiares	Sin antecedentes	10	26,30%
	F00-09	2	5,30%
	F20-29	4	10,50%
	F30-39	22	57,90%
	Total	38	100,00%
Comorbilidades Medicas	sin comorbilidad	30	78,95%
	neurologicas	4	10,53%
	cardiovasculares	1	2,63%
	metabolicas	3	7,89%
	Total	38	100,00%
Comorbilidades Psiquiatricas	sin comorbilidad	33	86,84%
	F40-48	1	2,63%
	F60-69	4	10,53%
	Total	38	100,00%

Fuente: encuesta del estudio.

En el estudio se registra para los antecedentes familiares 22 (57.9%) casos con la categoría F30-39 (Trastornos del humor [afectivos]). Para la comorbilidades médicas, 4 (10,53%) casos del tipo neurológicas, otros 3 (7.89%) casos para las metabólicas y 1 (2.63%) caso como cardiovascular. Con respecto a las comorbilidades psiquiátricas, 4 (10.53%) casos presentan F60-69 (Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos) y 1 (2.63%) caso del tipo F40-48 (Trastorno neuróticos, trastorno relacionados con el estrés y trastorno somatomorfos).

Tabla 6

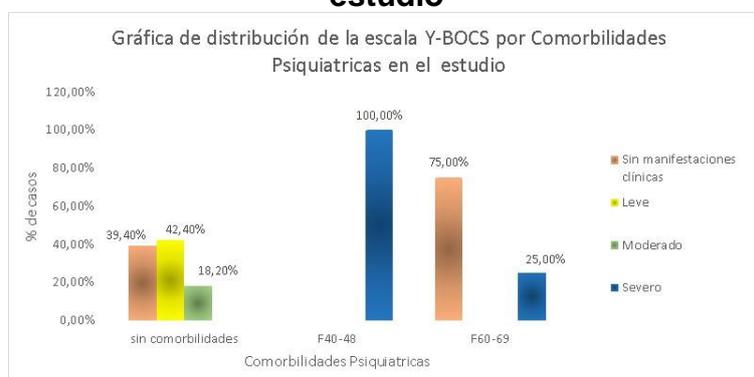
Distribución de la escala Y-BOCS por Comorbilidades Psiquiátricas en el estudio

Comorbilidades Psiquiátricas	Escala Y-BOCS								Total	Chi - Cuadrado - p*
	Sin manifestaciones		Leve		Moderado		Severo			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
sin comorbilidades	13	39,40%	14	42,40%	6	18,20%	0	0,00%	33	
F40-48	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	1	100
F60-69	3	75,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	25,00%	4	26,287 - 0,000*(a)
Total	16	42,10%	14	36,80%	6	15,80%	2	5,30%	38	100

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

Gráfica 3

Distribución de la escala Y-BOCS por Comorbilidades Psiquiátricas en el estudio



Fuente: encuesta del estudio

En la comparación de la escala Y-BOCS con respecto a la comorbilidades psiquiátricas, existe diferencia significativa ($p=0.000$ menor a 0.05 (a) existe poca variabilidad en la muestra que puede producir resultados no validos), en la gráfica se observa aparentemente hay una frecuencia de casos severos de la escala Y_BOCS asociado a la categorías F40-48 y F60-69 presente en la muestra.

Tabla 7

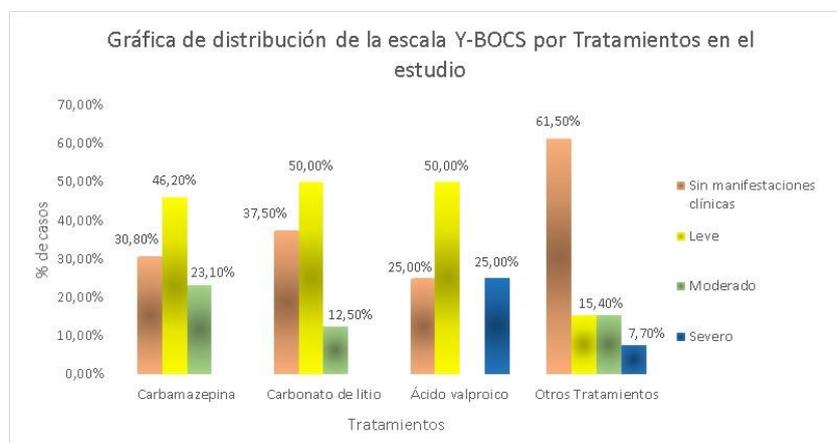
Distribución de la escala Y-BOCS por tratamiento en el estudio

Tratamientos	Escala Y-BOCS								Chi - Cuadrado - p*		
	Sin manifestaciones		Leve		Moderado		Severo			Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
Carbamazepina	4	30,80%	6	46,20%	3	23,10%	0	0,00%	13		
Carbonato de litio	3	37,50%	4	50,00%	1	12,50%	0	0,00%	8		
Ácido valproico	1	25,00%	2	50,00%	0	0,00%	1	25,00%	4	100	
Otros Tratamientos	8	61,50%	2	15,40%	2	15,40%	1	7,70%	13		
Total	16	42,10%	14	36,80%	6	15,80%	2	5,30%	38	100	

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

Gráfica 4

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 existe diferencia significativa ($p=0.374$ mayor a 0.05), en la gráfica se observa una frecuencia de casos severos de la escala Y_BOCS asociado a los tratamientos de ácido valproico y a otros tratamientos

Tabla 8

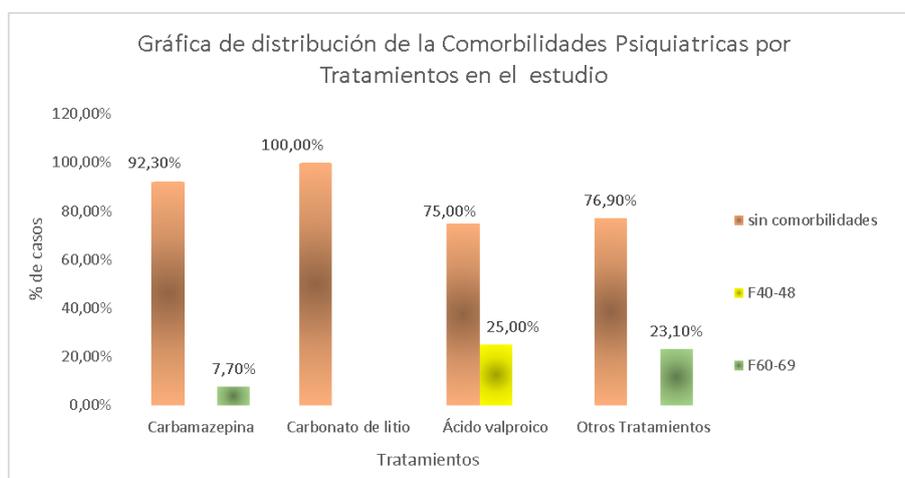
Distribución de la escala Y-BOCS por tratamiento en el estudio

Tratamientos	Comorbilidades Psiquiátricas						Total	Chi - Cuadrado - p*
	sin comorbilidades		F40-48		F60-69			
	N	%	N	%	N	%		
Carbamazepina	12	92,30%	0	0,00%	1	7,70%	13	100 12,224 - 0,057
Carbonato de litio	8	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	8	
Ácido valproico	3	75,00%	1	25,00%	0	0,00%	4	
Otros Tratamientos	10	76,90%	0	0,00%	3	23,10%	13	
Total	33	86,80%	1	2,60%	4	10,50%	38	100

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

Gráfica 5

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



Fuente: encuesta del estudio

En la comparación de la comorbilidad psiquiátrica con respecto al tratamiento, no existe diferencia significativa ($p=0.057$ mayor a 0.05), en la gráfica se observa una frecuencia de casos con comorbilidad del tipo F40-48 con tratamiento de ácido valproico.

Tabla 9

Frecuencia de la escala Y-Bocs en el estudio

Escala Y-BOCS	N	%
Sin manifestaciones clínicas	16	42%
Leve	14	37%
Moderado	6	16%
Severo	2	5%
Total	38	100%

Fuente: encuesta del estudio.

www.bdigital.ula.ve

Los niveles de comorbilidad de TOC en TB en el presente estudio según el uso de la escala Y-Bocs fue de 58% (37% síntomas leves, 16% moderados, 5% severos).

Gráfica 6

Frecuencia de la escala Y-Bocs en el estudio



Fuente: encuesta del estudio

Tabla 10

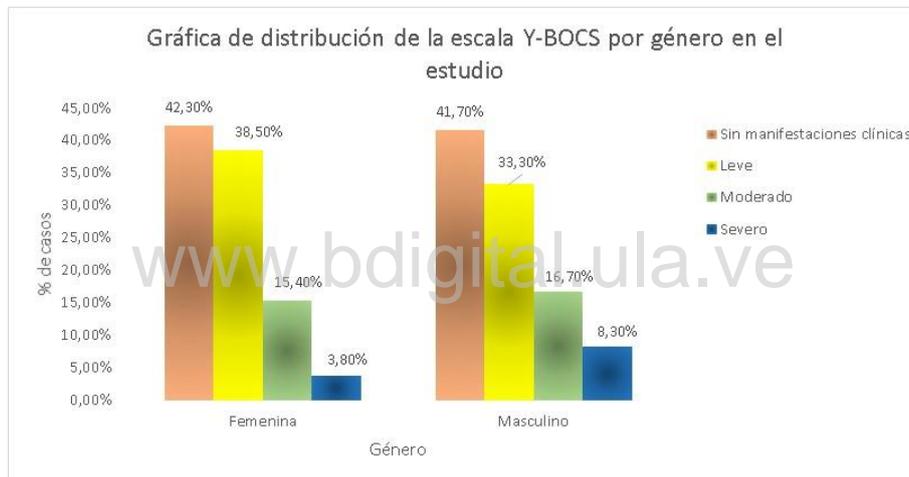
Distribución de la escala Y-BOCS por género en el estudio

Genero	Escala Y-BOCS										Chi - Cuadrado - p*
	Sin manifestaciones		Leve		Moderado		Severo		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Femenina	11	42,30%	10	38,50%	4	15,40%	1	3,80%	26	100	
Masculino	5	41,70%	4	33,30%	2	16,70%	1	8,30%	12	100	
Total	16	42,10%	14	36,80%	6	15,80%	2	5,30%	38	100	

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

Gráfica 7

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 ($p=0.944$, mayor a 0.05); en la gráfica se observa una distribución de frecuencia similar en el número de casos para ambos géneros.

Tabla 11

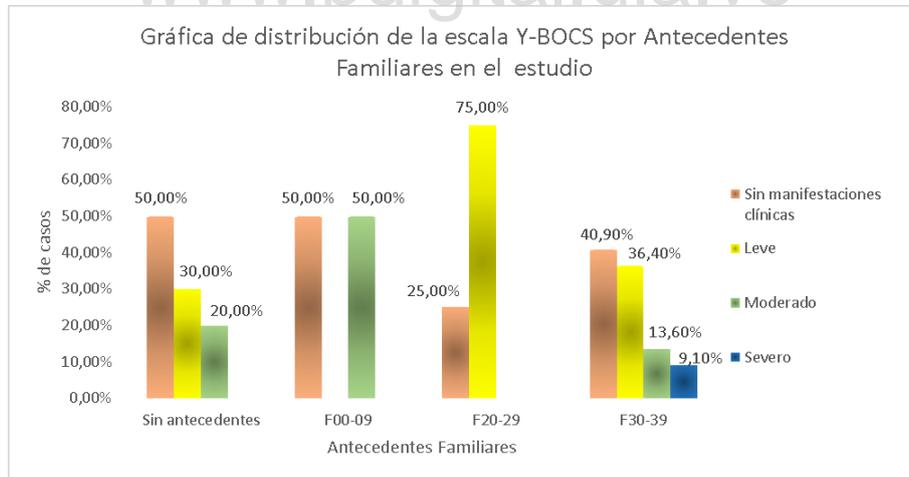
Distribución de la escala Y-BOCS por antecedentes familiares en el estudio

Antecedentes Familiares	Escala Y-BOCS								Total	Chi - Cuadrado - p*	
	Sin manifestaciones		Leve		Moderado		Severo				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Sin antecedentes	5	50,00%	3	30,00%	2	20,00%	0	0,00%	10	100	6,655 - 0,673
F00-09	1	50,00%	0	0,00%	1	50,00%	0	0,00%	2		
F20-29	1	25,00%	3	75,00%	0	0,00%	0	0,00%	4		
F30-39	9	40,90%	8	36,40%	3	13,60%	2	9,10%	22		
Total	16	42,10%	14	36,80%	6	15,80%	2	5,30%	38	100	

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

Gráfica 8

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



Fuente: encuesta del estudio

En la comparación de la escala Y-BOCS con respecto a los antecedentes familiares, no existe diferencia significativa ($p=0.673$, mayor a 0.05); en la gráfica de observa que los casos severo de la escala Y-BOCS están presente en la categoría F30-39.

4. DISCUSIÓN

En la actualidad para la psiquiatría y áreas de la salud mental encontramos numerosas dificultades a la hora de diagnosticar y manejar pacientes con asociación de dos trastornos, y mucho más cuando esa asociación representa algo poco estudiado, como aquel paciente que pudiera presentar síntomas de Trastorno Bipolar como de Trastorno obsesivo compulsivo, resulta complejo determinar si estamos frente a dos diagnósticos diferentes o si uno depende del otro, ante dicha dificultad nos planteamos el estudio de esa asociación.

En este estudio exploramos la frecuencia de comorbilidad, además de grados de severidad de TOC en 38 pacientes con diagnóstico primario de Trastorno Bipolar, que seleccionamos de la consulta externa del Hospital Universitario de Los Andes y clínicas privadas. Los sujetos fueron evaluados a través de una entrevista donde se corroborara que cumplieran con los criterios de inclusión, así mismo fue aplicado el Test Inventario de Obsesión-Compulsión Yale-Brown (Y-BOCS).

Nuestra muestra incluyó más mujeres 26 sujetos (68%) que hombres 12 sujetos (32%).

Los niveles de comorbilidad de TOC en TB en el presente estudio por resultados de la escala Yale Brown fue de (37% (14 sujetos) con síntomas leves, 16% (6 pacientes) con síntomas moderado, 5% (2 sujetos) con puntuación para síntomas severos. Si consideramos enfocarnos en los resultados de síntomas moderados y severos evidenciamos un 21% de comorbilidad siendo comparable con el pool de prevalencia de TOC en TB (17%) encontrado en un metaanálisis reciente de Amerio et al 2019. (21)

Los reportes de pacientes con síntomas obsesivos presentes en Trastorno Bipolar podrían estar influenciados por el estado de humor a la hora de la entrevista. La prevalencia de TOC o síntomas obsesivos podría estar enmascarada por la presencia de episodios maníacos o síntomas depresivos en pacientes Bipolares. Kazhungil et al 2017(15). Generando contraste con nuestro estudio, puesto que los pacientes de nuestra muestra se encontraban estables y de 30% de los mismos no presentó manifestaciones obsesivas, teniendo adherencia al tratamiento farmacológico indicado para su diagnóstico primario ; estabilizante del humor específicamente Carbamazepina. En similitud Amerio et al 2014 (14) reporta resultados de su estudio donde demuestra que los estabilizantes de humor podrían ser el tratamiento estándar para asociación de TOC en TB.

En estudios previos el grupo etario de mayor prevalencia para dicha comorbilidad eran los jóvenes (23,2%) comparados con adultos (13,56%) Amerio et al 2016 (13). Sin embargo en comparación con nuestro estudio esta información se contradice pues en la comparación de la escala Y-BOCS con respecto al grupo etario, no existe diferencia significativa ($p=0.210$, mayor a 0.05); están en los grupos etario de mayor edad; para las edades entre 47 y 58 años de 3 (27.3%) casos y otros 3 (42.9%) casos para mayores de 59 años.

El sexo no se encuentra relacionado con la comorbilidad de TOC en TB en nuestros sujetos puesto que no encontramos diferencias significativas para afirmarlo, lo cual es consistente con metaanálisis reciente realizado por Amerio et al 2015 (22).

Dentro de las comorbilidades psiquiátricas evaluadas la de Trastorno de pánico fue mayor en asociación de TOC en TB que en grupos sin la comorbilidad. Este resultado podría estar dado debido a que el Trastorno de pánico y otros Trastornos de ansiedad son condiciones comórbidas comunes en pacientes con TOC. Torresan et al 2013 (23). Siendo semejante con nuestros resultados pues, encontramos frecuencias de casos severos de TOC con comorbilidades de la categoría F40-F48; Trastornos neuróticos- Trastornos relacionados con el estrés.

Nuestro estudio presenta limitaciones, dentro de ellas está que los sujetos seleccionados de dos centros asistenciales, aunque las condiciones clínicas y diagnósticas fueron categorizadas, esto podría limitar la generalización de los resultados.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.1 CONCLUSIONES

La comorbilidad de Trastorno obsesivo compulsivo en Trastorno Bipolar tiene una gran importancia tanto relacionado con la nosología, pues poder diferenciar si se trata de una entidad nosológica nueva, o hablamos de un subtipo severo de los trastornos por separado.

Además se hace necesario enfocar estas investigaciones hacia la búsqueda de alternativas terapéuticas que puedan mejorar la complicada complicación.

Con nuestro estudio y a través de revisiones de literatura podemos comenzar a plantear a los estabilizantes del humor como tratamiento estándar para dicha comorbilidad.

En nuestro estudio encontramos un porcentaje de TOC en TB de 58%. Al tomar en cuenta resultados de síntomas leves, moderados y severos en la población estudiada, esto señala una posible asociación entre ambos diagnósticos. Puesto esta frecuencia es mayor a la encontrada en otros estudios.

Es pertinente en el futuro continuar con el estudio de esta comorbilidad, ampliando el tamaño de la muestra, para poder hacer inferencias estadísticas y mejorar la calidad del estudio en nuestra población.

6.1.2 RECOMENDACIONES

Búsqueda de instrumentos y escalas de evaluación que puedan ayudarnos a perfeccionar la búsqueda de dicha asociación.

Realizar con próximos estudios un estudio más longitudinal y retrospectivo de sintomatología obsesiva en pacientes bipolares, que pueda orientarnos más hacia el curso de la enfermedad.

Ofrecer actualizaciones de recientes investigaciones relacionadas con el tema al personal de salud mental en miras de afinar y encontrar dicha comorbilidad pudiendo mejorar enfoques terapéuticos que puedan ayudar calidad de vida de dichos pacientes, disminuyendo las posibles complicaciones que reporta la literatura.

6. BIBLIOGRAFÍA:

(1) Marazziti D, Mucci F, Avella M, Dell'Oste V, Baroni S, Dell'Osso L. Treatment of the obsessive-compulsive and bipolar disorders comorbidity: pharmacodynamics and pharmacokinetic evaluation. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology* .2019

(2) García A, Sierra P, Livianos L, Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. 2014, *Psiquiatr Biol*. 2014;21(3):89–94.

(3) Vega D, La complejidad de la comorbilidad: Trastorno Bipolar y Trastorno Obsesivo Compulsivo. Vega Davila D. *Psiquiatria.com*. 2010; 14:10.

(4) Guisado J, Vaz F, Angeles M, Peral D, López J. Comorbilidad psiquiátrica en drogodependencias. *Trastornos infantiles y de la adolescencia* 2001, 28, 105-114

(5) Glosario de términos psicopatológicos e históricos psiquiátricos. Recuperado 25-10-2018 en: <https://psiquiatria.com/glosario/nosologia>

(6) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH / AEN Núm. 2012.

(7) Test Inventario de Obsesión-Compulsión Yale-Brown (Y-BOCS). Recuperado 18-11-2018 en: <http://psicologiafibrosytest.blogspot.com/2014/01/test-inventario-de-obsesion-compulsion.html>

(8) Berrío N, Restrepo D. Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: Revisión. *poiésis.rev.electrón.psicol.soc.online* | N°. 32 | enero-junio | 2017

(9) Yacila G, Cook-L, Sanchez A, Reyes M, Tejada R. Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Med Peru.* 2016;33(3):253-5

(10) Lozano A, Aspectos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. *Revista Neuropsiquiátrica*, 2017. 80 (1)

(11) Cederlof M, Linchstein P, Larsson H, Boman M, Riick C, Iánden M, et al. Obsessive-compulsive disorder, psychosis, and Bipolarity: a longitudinal cohort and multigenerational family study. *Shizophrenia Bulletin.* 2015. Vol 41

(12) Rajnarayan M, Janardhan R, Suresh B. Obsessive-compulsive disorder with and without bipolar disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2011; 65: 423-433

(13) Amerio A, Tonna M, Odone A, Stubbs B, Ghaemi N. 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)** Liapis C, Amerio A, Odone A, Stubbs B, Ghaemi N. Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive–compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 129: 343–358
- (15)** Kazhungil F, Cholakottil A, Kattukulathil C, 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
- (16)** Odone A, Amerio A, . Aripiprazole augmentation in treating comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder. *General Psychiatry* 2018;31
- (17)** Filippis R, Aloï M, Bruni A, Gaetano R, Segura-Garcia C, De Fazio P. Bipolar disorder and obsessive compulsive disorder: The comorbidity does not further impair the neurocognitive profile. *Journal of Affective Disorders* 235 (2018) 1–6
- (18)** Jeon S, Baek J, Yang S, Choi Y, Woo S, Ha K, Sue Hong K. Exploration of comorbid obsessive-compulsive disorder in patients with bipolar disorder: the clinic-based prevalence rate, symptoms nature and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 08.012. 2017
- (19)** Kazhungil F, Mohandas E. Management of obsessive-compulsive disorder comorbid with bipolar disorder. *Indian Journal of Psychiatry* 58(3), Jul-Sep 2016

(20) Masi G, Berloffia S, Mucci M, Pfanner C, D'Acunto G, Lenzi F, Liboni F, Azzurra M, Milone A. A naturalistic exploratory study of obsessive-compulsive bipolar comorbidity in youth. *Journal of Affective Disorders*, 2018

(21) Amerio A, G. Mainac D, Ghaemib, S.N. Updates in treating comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 256 (2019) 433–440

(22) Amerio A, Tonna M, Odone A, Stubbs B, Ghaemi N. Comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: state of the art in pediatric patients. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 2015, Vol. 27, No. 6

(23) Torresan R, Ramos A, Shavitt R, do Rosario. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 209, 186-195. 2013.

ANEXO

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

	<i>Nada</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>	<i>Extremo</i>
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: _____					
	<i>Nada</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>	<i>Extremo</i>
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: _____					
	<i>Excelente</i>			<i>Ausente</i>	
11. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0	1	2	3	4
	<i>Nada</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>	<i>Extremo</i>
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
	<i>Excelente</i>	<i>Buena</i>	<i>Moderada</i>	<i>Escasa</i>	
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: _____

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.

Liseth Galué Contreras
Residente 3er año Psiquiatría
CI: 18.984.230
Fecha: Marzo 2019