

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LA INCIDENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI.

AREQUIPA – 2015

Tesis presentada por la Bachiller:

Cynthia Yrela Pinto Alemán

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

AREQUIPA- PERÚ
2016

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

S.D.

De conformidad con lo establecido con la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presento a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y EL COEFICIENTE INTELLECTUAL EN LA INCIDENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI. AREQUIPA – 2015**, requisito necesario para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Marzo del 2016

Cynthia Yrela Pinto Alemán



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:
**RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y
EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LA INCIDENCIA DE
PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN EL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2015.**

Autora : Pinto Alemán, Cynthia Yrela

Fecha : Arequipa, 28 de Marzo del 2016

Habiendo subsanado las observaciones dadas por el Jurado Dictaminador, el trabajo de investigación queda en condiciones de pasar a la fase de sustentación de tesis, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas



Dra. Gloria Núñez de Pinto



Mgter. Mirta Cardeña Valverde

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : Dra. Sonia Nuñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Dra. Dominga Vargas de Flores
Asesora del Estudio de Investigación

ASUNTO : Asesoría de Tesis Titulada:
**RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS
Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LA INCIDENCIA DE
PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI. AREQUIPA – 2015**

AUTORA : Cynthia Yrela Pinto Alemán

FECHA : 25 de Enero 2016 – 08 de Marzo del 2016

Antecedentes La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de enero y febrero del 2016, tiempo en el que se revisó el enunciado, los objetivos, variables, justificación, hipótesis, marco teórico y el contenido operacional; revisión que demandó la reestructuración de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas estadísticas.

Apreciación personal Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de enfermería.

Atentamente



Dra. Dominga Vargas de Flores
Asesora del Estudio de Investigación



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y
EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LA INCIDENCIA DE
PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN EL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI. AREQUIPA – 2015.**

Autora : Pinto Alemán, Cynthia Yrela

Fecha : Arequipa, 14 de Enero del 2016

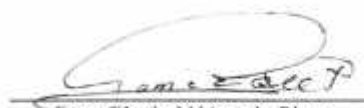
Reunidos el Jurado Dictaminador y revisado el Proyecto de Tesis se hace llegar las siguientes sugerencias:

1. Justificación: Rehacerla enfocando desde el problema que ha percibido en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

Superadas las observaciones realizadas en el dictamen, el proyecto queda aprobado y pasa a la Fase de Ejecución.

Atentamente,


Dra. Teresa Chocano Rosas


Dra. Gloria Núñez de Pinto

AGRADECIMIENTO

*A mi Alma Mater la Universidad Católica de Santa María y la Facultad de
Enfermería por toda la formación profesional y personal;*

*A todas las docentes que fueron parte de este proceso, quienes me enseñaron
el verdadero significado de ésta profesión, me brindaron su apoyo y su calidez;
por todo ello mi infinita gratitud.*

Cynthia

DEDICATORIA

A Dios por ponerme en este camino y guiarme hasta el final; por hacerme entender que sus tiempos son perfectos.

A mis padres JUAN y VIRGINIA por su apoyo incondicional, por alentarme en los peores momentos, por enseñarme a luchar por mis sueños y por hacer de mi quien soy.

A mi hermano REYMER que está siempre a mi lado, acompañándome en cada paso

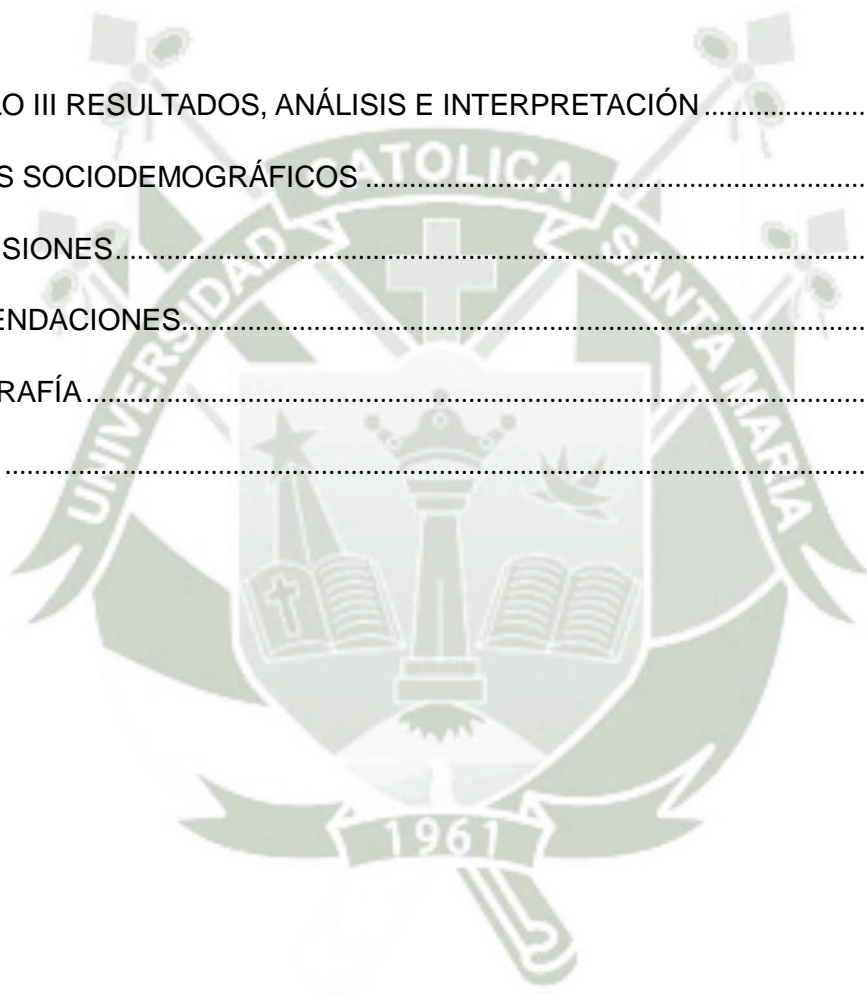
A quien ha sido mi apoyo durante todo este tiempo, gracias por tu desinteresada ayuda, por darme una mano siempre que la necesité, por aportar considerablemente en este proyecto.

Cynthia

ÍNDICE

	Pág.
<i>AGRADECIMIENTO</i>	VI
<i>DEDICATORIA</i>	VII
ÍNDICE	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	X
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN.....	XIV
 CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	 15
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA:.....	15
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:.....	15
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:.....	17
2. OBJETIVOS	19
3. MARCO TEÓRICO.....	20
3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	20
3.2 COEFICIENTE INTELECTUAL.....	22
3.3 TRASTORNO BIPOLAR	23
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	46
5. HIPOTESIS	48
 CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	 49
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y CAMPOS DE VERIFICACIÓN.	49
1.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:.....	49

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:.....	49
2.1. ÁMBITO GEOGRÁFICO	49
2.2 UBICACIÓN TEMPORAL.....	50
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:.....	50
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.1 ORGANIZACIÓN.....	50
3.2 RECURSOS	51
3.3 ESTRATEGIAS PARA MANEJAR RESULTADOS:.....	51
CAPITULO III RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	52
1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	53
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES.....	74
BIBLIOGRAFÍA.....	75
ANEXOS	78



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA Nº 1 SEXO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	53
TABLA Nº 2 EDAD DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	54
TABLA Nº 3 LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	55
TABLA Nº 4 CONVIVENCIA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI.....	56
TABLA Nº 5 ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI.....	57
TABLA Nº 6 OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI.....	58
TABLA Nº 7 INGRESOS ECONOMICOS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	59
TABLA Nº 8 RELIGIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI.....	60
TABLA Nº 9 GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	61
TABLA Nº 10 ANTECEDENTES FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	62
TABLA Nº 11 COEFICIENTE INTELECTUAL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	63

TABLA Nº 12	POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI.....	64
TABLA Nº 13	TIEMPO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	65
TABLA Nº 14	TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI.....	66
TABLA Nº 15	NUMERO DE HOSPITALIZACIONES DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	67
TABLA Nº 16	FAMILIAR RESPONSABLE DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	68
TABLA Nº 17	RELACION ENTRE LA EDAD Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	69
TABLA Nº 18	RELACION ENTRE EL SEXO Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	70
TABLA Nº 19	RELACION ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	71
TABLA Nº 20	RELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI	72

RESUMEN

RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LA INCIDENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI. AREQUIPA – 2015

Presentado por la Bachiller en Enfermería CYNTHIA YRELA PINTO ALEMÁN, para obtener el Título Profesional en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María, situada en la Urb. San José s/n Umacollo – Yanahuara. Teléfono 251210, Arequipa – Perú.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivos: Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con Trastorno Bipolar del Centro de Salud Mental Moisés Heresi. Precisar los niveles de coeficiente intelectual de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar del Centro de Salud Mental Moisés Heresi. Establecer la relación de las características sociodemográficas y el coeficiente intelectual en pacientes con trastorno bipolar del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

Se utilizó la siguiente metodología: La técnica usada para las variables características sociodemográficas, coeficiente intelectual y Trastorno Bipolar, es la observación y como instrumento la ficha de observación documental (Historia Clínica), la cual fue aplicada a 40 pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

Teniendo como conclusiones: Los resultados muestran que el grupo etario que predomina en la población de estudio es de 37 a 47 años, de sexo femenino, la mayoría procede de Arequipa, con un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años, con antecedentes familiares de enfermedad mental de ambos padres, la mayoría son solteros y grado de instrucción secundaria completa y superior y con un diagnóstico médico de Trastorno Bipolar. El coeficiente intelectual encontrado en la población de estudio es: Intelectual Superior; siguiendo el Coeficiente Intelectual Promedio; por debajo del Promedio y Deficiente. Los resultados muestran que existe relación estadística significativa entre el Coeficiente Intelectual y el Grado de Instrucción y entre el Coeficiente Intelectual y el Diagnóstico Médico.

A las autoridades del Centro de Salud Mental Moisés Heresi realice coordinaciones con el Servicio de Psicología para actualizar los informes psicológicos de los pacientes tanto de hospitalización como de consultorio externo.

Así mismo se realicen continuamente tamizajes de enfermedades mentales en las Instituciones Educativas como medida de prevención para diagnosticar patologías mentales en forma oportuna.

**AREQUIPA – PERÚ
2016**

ABSTRACT

LIST OF SOCIO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND IQ IN ADVOCACY OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER MENTAL HEALTH AT CENTER OF MOISES HERESI. AREQUIPA - 2015.

Presented by the Bachelor of Nursing CYNTHIA YRELA PINTO ALEMAN in order to obtain the Professional Nursing Degree at the Catholic University of Santa María, located at Urb San Jose s / n Umacollo - Yanahuara. Phone 251210, Arequipa - Peru.

This research aimed to: identify the sociodemographic characteristics of patients with Bipolar Disorder in the Mental Health Center Heresi Moses. Specify the intelligence quotient levels of patients diagnosed with Bipolar Disorder in the Mental Health Center Heresi Moses. Establish the relationship of sociodemographic characteristics and intelligence quotient in patients with bipolar disorder in the Mental Health Center Heresi Moses.

The following methodology was used: The technique used for variables sociodemographic characteristics, intelligence quotient and bipolar disorder, is the observation and as an instrument tab documentary observation (Medical Records), which was applied to 40 patients diagnosed with Bipolar Disorder in Mental Health center Heresi Moses.

Taking as conclusions: The results show that the age group that predominates in the study population is between 37 to 47 years old mostly females and come from Arequipa. Patientes have been sick between 1 to 5 years and have a family history of mental illness from both parents, most patientes are single and a have finished high school and in some cases they even have bachelors degree. These patientes have a medical diagnosis of Bipolar, Unipolar and Mixed. The intelligence quotiente found in the study the these population is a higher Intelligence Quotient; followed by the intelligence quotient average; and below average. The results show that there is a significant statistical relationship between intelligence quotient and the level of education; as well as, intelligen quotiente and medical diagnosis.

It is recomended to the Director of Mental Health Center Heresi Moses to make coordinations with the Psychology Service to update the psychological reports of patients. It should be applied to both inpatient and outpatient. It is also suggested to provide continuously IQ testes in educational institutions as a preventive measure for diagnosing mental disorders in a timely manner.

AREQUIPA-PERU

2016

INTRODUCCIÓN

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Dentro de la incidencia de las enfermedades mentales una patología que se da es el Trastorno Bipolar en la que las personas que lo padecen suelen llevar una vida normal y eso hace que lamentablemente no sean diagnosticadas ni reciban tratamiento, esta patología se caracteriza por dos fases: la fase maniaca y la fase depresiva que en algunos pacientes estas manifestaciones clínicas no son tan marcadas lo cual hace difícil que estos pacientes lleguen a la hospitalización y en algunas ocasiones pasen desapercibidos como lo observamos en el Centro de salud mental.

El coeficiente intelectual consiste en la habilidad a través de la cual los individuos son capaces de comprender cosas complejas y de enfrentar y resolver ciertas complicaciones a través del razonamiento; de acuerdo a la capacidad de cada persona se dice que es más o menos inteligente que otra. Se ha demostrado una estrecha relación entre el Coeficiente Intelectual y la incidencia de esta enfermedad ya que gran número de pacientes tienen un grado de instrucción secundaria o superior, son personas que tienen un empleo y que en términos generales encajan bien en la sociedad.

A través de este estudio se busca determinar la relación de las características sociodemográficas y el coeficiente intelectual en la incidencia de pacientes con Trastorno Bipolar del Centro de Salud Mental Moisés Heresi para promover un diagnóstico temprano empleando nuevas estrategias dirigidas a mejorar el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, disminuyendo los factores de riesgo y las complicaciones de la enfermedad como son las adicciones y el suicidio, mejorando su calidad de vida.

El contenido del estudio se ha organizado por capítulos, el primero da referencia al Planteamiento Teórico; el segundo al Planteamiento Operacional y el tercero; a los resultados, conclusiones y recomendaciones.



CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

Relación de las características socio demográficas y el coeficiente intelectual en la incidencia de pacientes con Trastorno Bipolar Centro de Salud Mental Moisés Heresi. Arequipa – 2015

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1 Campo, Área y Línea

Campo : Ciencias de la salud
Área : Enfermería
Línea : Trastorno Bipolar - Salud Mental

1.2.2 Análisis y Operacionalización de Variables:

VARIABLES INDEPENDIENTES	INDICADOR	SUB INDICADOR
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Sexo	- Masculino - Femenino
	Edad	- 15 – 25 años - 26 – 36 años - 37 – 47 años - 48 a más
	Lugar de procedencia	- Arequipa - Puno - Cusco - Tacna - Moquegua - Otros
	Convivencia familiar	- Ambos padres - Padre - Madre - Cónyuge - Otros familiares - Solo
	Estado civil	- Soltero - Casado - Conviviente - Viudo
	Ocupación	- Empleado - desempleado
	Ingresos económicos	- Más del básico - Menos del básico
	Religión	- Católica - Evangélica - Ateo - Testigo de Jehová - Adventista
	Grado de Instrucción	- Primaria - Secundaria - Superior - Técnica
	COEFICIENTE INTELECTUAL	De 60 – 79 De 80 – 89 90-110 111 a más
VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADOR	SUB INDICADOR
TRASTORNO BIPOLAR	Tipo de Trastorno Bipolar	- Bipolar - Unipolar - Mixto
	Tiempo de enfermedad	- 6 meses – 1 año - 2 – 5 años - 6 – 9 años - 10 a mas
	Síntomas de la fase depresiva	- Insomnio - Apatía - Anhedonia
	Síntomas de la fase maniaca	- Hiperactividad - Euforia - Locuacidad
	Tipo de tratamiento	- Ansiolíticos y Antidepresivos - Estabilizadores del animo - Anticonvulsivantes - Antipsicóticos
	Frecuencia de la fase maniaca	- Cada 15 días - 1 mes - 3 meses
	Frecuencia de la fase depresiva	- Cada 15 días - 1 mes - 3 meses

1.2.3. Interrogantes básicas:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con Trastorno Bipolar del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- ¿Qué nivel de coeficiente intelectual presentan los pacientes con Trastorno Bipolar del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- ¿Cuál es la relación de las características sociodemográficas y el coeficiente intelectual en pacientes con Trastorno Bipolar del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?

1.2.4. Tipo de investigación:

Investigación de campo.

1.2.5. Nivel de Investigación:

Es un estudio de investigación tipo descriptivo, relacional y de corte transversal.

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

Actualmente la incidencia de las enfermedades mentales ha aumentado considerablemente dentro de ellas el Trastorno Bipolar.

La gente usa el término estado de ánimo para explicar los diferentes tonos emocionales que colorean sus vidas. La mayoría de la personas no puede estar demasiado triste o feliz. A diferencia de las personas que experimentan cambios normales del estado de ánimo, los que padecen del Trastorno Bipolar son más vulnerables a prolongados y extremos estados (Manía o Euforia).

El Trastorno bipolar puede afectar tanto a personas jóvenes como a muy mayores, generalmente la edad de inicio suele ser la adolescencia tardía o la adultez temprana. Se estima que entre 1 y 2% de la población mundial sufre de este trastorno que, según la Organización Mundial de la Salud, es la sexta causa de discapacidad en el mundo. ¹

Existe una fuerte asociación entre la capacidad intelectual o creatividad y algún padecimiento de irregularidad de orden emocional. El riesgo de sufrir el Trastorno Bipolar es cuatro veces más alto cuanto más inteligente es un individuo. Esta afirmación la formularon investigadores del Instituto de Psiquiatría del Kings College de Londres y del Karolinska de Estocolmo, en Suecia.² La investigación apunta hacia la relación entre las características socio demográficas, el trastorno bipolar, la inteligencia y la creatividad en la infancia.

Es decir que, aunque no existe una relación de causa-efecto, puede existir un factor genético que se vincule a otras características que se ha comprobado que aumentan el riesgo de desarrollar el trastorno bipolar, como antecedentes familiares de enfermedades mentales, problemas en la infancia, acontecimientos traumáticos y abuso de sustancias.

El músico Jimmy Hendrix, el escritor Charles Dickens y hasta el científico Albert Einstein padecieron Trastorno Bipolar, entre otras personalidades famosas.

¹ <http://www.losandes.com.ar/noticia/el-trastorno-bipolar-es-la-sexta-causa-de-discapacidad>

² <http://tosomarcelainfosalud-sofia.over-blog.es/article-afirman-que-mayor-coeficiente-intelectual-causa-riesgo-de-trastorno-afectivo-bipolar-86355201.html>

Ésta investigación tiene relevancia científica ya que aportará nuevos conocimientos a ésta enfermedad para mejorar los cuidados integrales tanto a nivel de familia y comunidad, identificando a edad temprana a los niños propensos a padecer ésta enfermedad y poder trabajar oportunamente en la prevención primaria, secundaria y terciaria, así mismo en el manejo del paciente con Trastorno Bipolar.

Tiene relevancia social ya que ésta investigación aportará estrategias para el manejo de la enfermedad debido a que en la actualidad las enfermedades mentales han aumentado considerablemente y existe un estigma en la sociedad para quienes las padecen. Tiene relevancia personal ya que ha permitido a la investigadora obtener nuevas experiencias y conocimientos en el campo de la salud mental.

La investigación es viable y es factible por que se tiene la receptividad de la institución y de las unidades de estudio, siendo un tema de actualidad.

2. OBJETIVOS

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con Trastorno Bipolar del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Precisar los niveles de coeficiente intelectual de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Establecer la relación de las características sociodemográficas y el coeficiente intelectual en pacientes con trastorno bipolar del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

3.1.1. Edad

El Trastorno Bipolar puede afectar tanto a personas jóvenes como a mayores, aunque la edad de inicio más frecuente suele ser la adolescencia tardía o la adultez temprana. La mitad de los pacientes suelen tener el primer episodio antes de los 25 años.

Por tanto, no es de extrañar que suela haber un periodo de hasta 8 años desde la aparición del primer episodio afectivo del paciente hasta que es diagnosticado de Trastorno Bipolar y tratado con la medicación adecuada, ya que generalmente el diagnóstico es errado y tomado como episodios depresivos.

3.1.2. Sexo

El trastorno bipolar es levemente más frecuente en las mujeres, 1,4 mujeres tienen trastorno bipolar frente a 1 hombre. Los hombres suelen presentar más comúnmente episodios maníacos, una edad de inicio más temprana y una mayor duración de los episodios maníacos; mientras que las mujeres tienen más frecuentemente episodios depresivos.

De hecho, el trastorno bipolar es la enfermedad mental con mayor riesgo de suicidio.

3.1.3. Estado civil

La mayoría de personas que padecen Trastorno Bipolar pueden desenvolverse en el área social casi por completo, lo que quiere

decir que en muchas ocasiones logran mantener relaciones estables, se casan y forman hogares como cualquier otra persona.

Sin embargo, las fluctuaciones tan marcadas en el estado de ánimo y el hecho de que se trata de una enfermedad crónica, pueden ser motivo de separaciones o divorcios.

3.1.4. Ocupación

Al desarrollarse socialmente y mantener buenas relaciones interpersonales las personas que padecen Trastorno Bipolar no tienen mayor dificultad en conseguir trabajos, ya sea por su elocuencia o desenvolvimiento, y mientras su estado de ánimo sea estable se reflejara en su calidad de trabajo; pero lamentablemente algunas descompensaciones conllevan a la deserción y/o ausentismo laboral.

3.1.5. Ingresos económicos

Los ingresos económicos dependen de la convivencia familiar del paciente y del grado de independencia que éste haya logrado. Aquellos pacientes que no tienen un trabajo generalmente, son sostenidos por la familia, mientras que los que trabajan pueden mantenerse por ellos mismos y en ocasiones mantener a sus familias.

3.1.6. Grado de instrucción

Según la literatura las personas que padecen de Trastorno Bipolar suelen tener un Coeficiente Intelectual por encima del promedio por lo tanto su desempeño educativo es bueno y eso explica el por qué la mayoría de la población en estudio tiene grado de instrucción de secundaria completa o superior.

3.2 COEFICIENTE INTELECTUAL

3.2.1. Definición

También conocido como cociente intelectual, es un número que resulta de realizar de una evaluación para medir las habilidades cognitivas de una persona en relación con su edad.

Ésta evaluación mide el grado de inteligencia, para éste término existen muchas definiciones. La que estableció la American Psychological Association asegura que consiste en la habilidad a través de la cual los individuos son capaces de comprender cosas complejas y de enfrentar y resolver ciertas complicaciones a través del razonamiento; de acuerdo a la capacidad de cada persona se dice que es más o menos inteligente que otra.³

3.2.2. Niveles de coeficiente intelectual

Como estándar, se considera que el Coeficiente Intelectual medio en un grupo de edad es 100. Esto quiere decir que una persona con un Coeficiente Intelectual de 110 está por sobre la media entre las personas de su edad. Se considera como superdotados a aquellos que se sitúan por encima del 98% de la gente.

3.2.3. Escalas más usadas para medir el coeficiente intelectual ⁴

- Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS)

Es un test psicométrico desarrollado por David Wechsler. Nos provee de cuatro puntuaciones (Comprensión Verbal, Razonamiento Perceptivo, Memoria de Trabajo y Velocidad de

³ Lewis R. Aiken Tests Psicológicos y evaluación. 2003.

⁴ <http://curiosidades.batanga.com/2010/09/09/como-se-mide-el-coeficiente-intelectual>

Procesamiento), y una quinta que se denomina Coeficiente Intelectual Total.

- **Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC)**

Es una escala para valorar la inteligencia y aptitudes intelectuales en niños en el ámbito clínico y psicopedagógico, fue elaborada para aplicar el uso de aquella a personas menores de 16 años. Está constituida por dos subescalas, la verbal y la manipulativa, cada una de las cuales contiene seis subtests.

3.3 TRASTORNO BIPOLAR

3.3.1. Desarrollo histórico y conceptual del Trastorno Bipolar

En la historia, los términos “melancolía” (depresión) y “manía”, tienen sus orígenes en la antigua Grecia.

- “Melancolía” deriva de melas (negro) y chole (bilis), ya que Hipócrates creía que la depresión se debió a un exceso de bilis negra.
- “Manía” está relacionado con “menos” (el espíritu, la fuerza, la pasión); “mainesthai” (la rabia, se vuelven locos).

El concepto del trastorno bipolar en la psiquiatría moderna tiene sus orígenes en el siglo XIX. En 1854, Baillarger denomina a la enfermedad como “folie à double forme” (locura de doble forma), mientras que Falret lo llamó “folie circulaire” (locura circular o cíclica). Falret además observó que el trastorno incidía más en miembros de la misma familia, y postulaba que tenía una fuerte base genética.

El neurólogo austríaco Sigmund Freud comenzó a tratar a los pacientes bipolares con el psicoanálisis durante el año 1900. Logró resultados limitados con esta terapia y atribuyó la enfermedad a los conflictos no resueltos en el desarrollo de traumas en la niñez.

En 1949, el psiquiatra australiano John Cade descubrió accidentalmente que el urato de litio calmaba a los conejillos de indias. Durante este período, en el que fueron ampliamente utilizados como tratamiento las lobotomías y las terapias electroconvulsivas (TEC), se probó con éxito el litio y otros diversos compuestos sobre los veteranos de la II Guerra Mundial. El carbonato de litio mostró mucho potencial y desde entonces, el litio sigue siendo uno de los medicamentos más eficaces para las personas con trastornos del estado de ánimo. De hecho, no es extraño encontrar litio en las aguas termales naturales, siendo en su día utilizadas históricamente como tratamiento para el trastorno bipolar.⁵

3.3.2. Definición

El trastorno bipolar también llamado trastorno maniaco-depresivo, es una enfermedad mental caracterizada por una variación del estado de ánimo, que se refleja en estados de excitabilidad, alternando también por episodios de depresión.

Las personas diagnosticadas con Trastorno Bipolar pasan por radicales cambios de humor, en el que se experimentan sentimientos de gran alegría y gran tristeza en periodos de tiempo bastante cortos.

⁵ Conti, N., Trastorno Bipolar: desarrollo histórico y conceptual en Akiskal, Cetcovich-Bakmas, 2006.

Según Wes Burgess: “El trastorno bipolar es una enfermedad del sistema nervioso que afecta tanto al cerebro como al cuerpo. Factores de índole ambiental, hereditarios, genéticos y biológicos producen cambios en las células del cerebro y provocan un desequilibrio químico en el sistema nervioso lo cual da como resultado fluctuaciones anormales del metabolismo, las emociones y los procesos del pensamiento, alterando incluso la capacidad de atención.”⁶

La palabra “bipolar” se refiere precisamente a los dos estados de ánimo (manía y depresión), asociados con esta enfermedad.

El trastorno bipolar causa otras muchas cosas al margen de la citadas manía y depresión. Puede también manifestarse sentimientos de irritabilidad, celos, resentimiento, ansiedad, aislamiento social, vergüenza, miedo, incapacidad, arrepentimiento y confusión extrema. Además se puede experimentar fluctuaciones drásticas en los niveles de energía, actividad, peso, metabolismo y en los ciclos de la conciencia y el sueño.

3.3.3. Epidemiología del Trastorno Bipolar

El Trastorno Bipolar es una enfermedad bastante común, se estima que la prevalencia es, según la National Comorbidity Survey, del 1,6%, lo que implicaría, trasladando estas cifras que unos 600.000 personas van a sufrir la enfermedad en algún momento de su vida.

Pero si además se incluyen las formas atenuadas de la enfermedad había que considerar unas cifras superiores (3,5%). La mayoría de

⁶ Wess burgess. Manual del Trastorno Bipolar Editorial Robinbook Barcelona 2007.

las encuestas encuentran una afectación ligeramente mayor en el sexo femenino. Su comienzo se sitúa frecuentemente en el inicio de la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta pero puede aparecer también en la infancia. Es rara su aparición por encima de los 50 años (antes de los 50 años han aparecido el 90% de los casos).

Una vez que la enfermedad aparece existe el riesgo, para toda la vida, de tener recaídas.

La duración de los episodios es muy variable, de días a meses o incluso años. Los maníacos son más cortos que los depresivos. Sin tratar, el episodio maniaco suele durar unos pocos meses pero los depresivos pueden superar los seis meses.

La recuperación suele ser completa, pero en algunas ocasiones los pacientes continúan manifestando algunos síntomas. El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales más comunes, severos y persistentes.

El trastorno empieza típicamente en la adolescencia o en la adultez temprana, y tiende a ser una condición permanente a lo largo de la vida caracterizada por altas tasas de recaída, ansiedad, trastorno por abuso de sustancias, disfunción y mortalidad prematura debida especialmente a la alta tasa de suicidio.

La prevalencia del trastorno Bipolar tipo I se sitúa entre el 0,4 y el 1,6 % de la población general según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*; de siendo igual para ambos sexos y entre grupos étnicos.

La prevalencia del trastorno Bipolar tipo II (Unipolar), está en torno al 0,5% de la población, también según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el cual es más prevalente en mujeres.⁷

3.3.4. Epidemiología en el Perú

En Perú no existen estudios de alcance nacional sobre el estado de la salud mental de la población. Las enfermedades mentales en el Perú, se han incrementado considerablemente debido a diversos factores. Si bien es cierto cuando nos referimos al Trastorno Bipolar el factor biológico es inevitable, pero existen también factores bioquímicos, psicosociales, etc. que intervienen en la incidencia de esta enfermedad. Los estudios realizados hasta el momento están focalizados geográficamente en Lima. Sólo existe un estudio epidemiológico realizado en la sierra peruana, que comprende a las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. De acuerdo con la información existente, se evidencia que más de un tercio de la población (37,3%), tanto en Lima como en las ciudades de la sierra, tuvo alguna vez en su vida algún trastorno mental. De acuerdo a los estudios realizados, casi la quinta parte de la población de Lima (19%) y la sexta parte de la población de la sierra (17%) ha sufrido un episodio de depresión en algún momento de su vida. Las edades más comunes, para los pacientes de bipolaridad son de entre 22 y 44 años.

El más común es el Trastorno Bipolar Tipo 1 (Maniaco depresivo), con el 69% de pacientes. Más de 50% de aquellos con el disturbio bipolar abusan el alcohol o las drogas durante la enfermedad.

⁷ <http://www.elsevier.es/es-revista-psiQUIATRIA-biologica-46-articulo-nosologia-epidemiologia-etiotopogenia-del-trastorno-90360543>

En todos los casos, la prevalencia de estos trastornos es mayor en las mujeres que en los varones. De conformidad con el MINSA, los trastornos mentales y del comportamiento, y en particular la depresión, constituyen la primera causa de enfermedad en el país. Al respecto, debe señalarse que la depresión es el diagnóstico clínico más frecuente asociado al suicidio (39.4% de los casos). Cabe indicar que el suicidio se ubica en el cuarto lugar de las causas de muerte violenta en Lima, siendo más frecuente en hombres, en una relación de 2 a 1, respecto a las mujeres.

En conclusión, se evidencia en el país un aumento sostenido de los trastornos mentales y del comportamiento, así como de los problemas de carácter psicosocial.⁸

3.3.5. Etiología del Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar es una enfermedad de naturaleza biológica, donde otros factores fisiológicos o ambientales contribuyen a desencadenarla como por ejemplo estrés ambiental, insomnio, fármacos, drogas, etc. Su origen se apoya en tres grandes teorías.

- Teoría genética

Se considera que el trastorno bipolar es de origen genético ya que numerosos estudios demuestran que el riesgo de padecer la enfermedad entre los familiares de primer grado de los pacientes con ésta enfermedad es 7 veces superior con respecto a la población general y el riesgo de padecerlo en un gemelo monocigótico (aquellos que comparten el 100% de los

⁸ http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf

cromosomas con su hermano) es 60 veces superior a la población general y 3 veces más frecuente que en los gemelos dicigóticos (solo comparten el 50% de los cromosomas).⁹

Más de la mitad de los pacientes con Trastorno Bipolar tienen un familiar de primer grado con un trastorno del estado de ánimo, y los hijos de pacientes con Trastorno Bipolar tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar la enfermedad que la población general, siendo un trastorno que puede llegar a repetirse a lo largo de varias generaciones.

- **Teoría bioquímica**

Las alteraciones genéticas serían las responsables de producir una alteración en la cantidad de algunos neurotransmisores cuya función es regular el estado de ánimo y el humor como son la noradrenalina, acetilcolina, serotonina, GABA, encargadas de transmitir los mensajes de una neurona a otra en los circuitos nerviosos que controlan el estado de ánimo (sistema límbico).

Estudios más han encontrado disfunciones en los llamados “segundos mensajeros”, moléculas que se encuentran en el interior de las neuronas y que una vez activados por los neurotransmisores, considerados como “primeros mensajeros”, a través de la proteína G (situada en la membrana celular), producen cambios tanto en la membrana celular (capa que cubre la célula) como en el núcleo (centro de control de la célula), acomodando el funcionamiento de la neurona a su

⁹ Eberhard Fuchs. Neurogénesis en el cerebro adulto: relación con el estrés y la depresión. Edit.GP 2008.

actividad y cuyo desajuste ocasionaría los cambios en el estado de ánimo observados en la enfermedad.

También se ha observado una disfunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal en todas las etapas de la enfermedad bipolar, incluyendo los periodos asintomáticos. Ésta disfunción podría ser la causante de la gran vulnerabilidad que tiene el paciente a episodios futuros y a que la enfermedad sea crónica.

- **Teoría psicosocial**

A pesar de que la mayoría de los estudios actuales atribuye a la teoría genética el origen de la enfermedad, ésta no puede explicar por completo la etiología del Trastorno Bipolar. Por este motivo, el papel psicosocial cobra mayor importancia en el inicio, curso y presentación de la enfermedad.

Algunos estudios señalan que las personas con trastorno bipolar han pasado por un acontecimiento vital previo al inicio de la enfermedad.

Acontecimientos vitales negativos como fracasos o pérdidas pueden precipitar los episodios depresivos, los episodios maníacos pueden estar precedidos tanto por acontecimientos negativos y/o amenazantes, tales como insultos u hostilidad familiar, como por acontecimientos positivos, tales como la consecución de un logro. No obstante, hemos de tener en cuenta que el Trastorno Bipolar afecta y es afectado por el ambiente en el cual los pacientes recaen y se recuperan.

Como factores predisponentes del Trastorno Bipolar se considera el pobre apoyo social, el maltrato en la infancia, baja autoestima, entre otros. En un estudio realizado en Reino Unido se concluyó que la negligencia o el abuso prolongado durante la infancia se han asociado con una mala regulación en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal que puede predisponer al desarrollo de un Trastorno Bipolar.

Debe tenerse en cuenta que actúan como factores desencadenantes pero nunca constituyen la causa de la enfermedad.

3.3.6. Fisiopatología del Trastorno Bipolar

Los neurotransmisores son los responsables de enviar mensajes por todo el cerebro. Cuando estos neurotransmisores están bajos o no balanceados, muchos problemas pueden ocurrir. El trastorno bipolares uno de los trastornos causados por niveles de neurotransmisores desequilibrados.

La causa es el sistema límbico cuya función es regular nuestros estados de ánimo, para que sean apropiados a lo que nos ocurre, provocándonos tristeza ante hechos desagradables o dolorosos y alegría ante buenas noticias o situaciones agradables. En el trastorno bipolar hay una alteración de este sistema, por lo que aparecen estados de ánimo bruscos y muy intensos que no se corresponden con ninguna causa. La persona afectada tiene temporadas de ánimo bajo pero también otras en las que se encuentra eufórico o irritable, sin una causa suficiente.

- **Neurotransmisores que intervienen en el Trastorno Bipolar**

- a. **La serotonina:** Los niveles bajos, producen, hiperactividad, agresividad, impulsividad, fluctuaciones del humor, irritabilidad, ansiedad, insomnio, depresión, migraña, dependencia (drogas, alcohol) y bulimia.
- b. **La dopamina.** Los niveles bajos producen depresión, hiperactividad, desmotivación, indecisión y descenso de la libido.
- c. **La noradrenalina:** Los niveles altos de noradrenalina dan facilidad emocional de la memoria, vigilancia y deseo sexual. Un nivel bajo provoca falta de atención, escasa capacidad de concentración y memorización, depresión y descenso de la libido.
- d. **Ácido gamma-amino butírico GABA:** Neurotransmisor que calma el cerebro e induce el sueño. Los bajos niveles de GABA generan ansiedad, depresión y los temblores.

- **Fases del Trastorno Bipolar**

• **Fase maniaca:**

Es un cuadro clínico muy característico. Muchas veces, el primer síntoma es la disminución de la necesidad de dormir; el paciente duerme pocas horas y se levanta a primera hora de la madrugada con la cabeza llena de ideas y de energía, se muestra extremadamente alegre, sociable y hablador, esto se acompaña con irritabilidad creciente, impaciencia, en algunos casos se puede mostrar agresivo.

Afortunadamente con un tratamiento apropiado, estos síntomas remiten rápidamente y la persona recupera la normalidad, aunque es frecuente que tras un episodio maniaco suceda, una fase depresiva.

➤ **La manía comporta grandes consecuencias para el afectado:**

- Deterioro social
- Endeudamiento
- Perdida del trabajo
- Divorcio

- **Fase depresiva:**

Es similar a los demás tipos de depresión en los que no hay una causa clara que la desencadene.

Uno de los problemas en la fase depresiva es que el paciente no es consciente de que su estado es transitorio, para la persona deprimida, nada ni nadie puede cambiar el infierno en el que se ha convertido su vida, y en algunos casos, el suicidio se ve como la única solución posible, sin comprender que con un tratamiento oportuno se puede recuperar la ilusión de vivir en pocas semanas.

3.3.7. Tipos de Trastorno Bipolar

3.3.7.1. Trastorno Bipolar Tipo I (Bipolar)

El paciente sufre episodios maníacos o depresiones. Con haber sufrido un único episodio maníaco el paciente debe ser

clasificado dentro de este grupo. Los episodios suelen ser graves y con frecuencia presentan síntomas psicóticos (alucinaciones o delirios) que plantean problemas diagnóstico-diferenciales con la esquizofrenia.

3.3.7.2. Tipo II (Unipolar)

El paciente sufre exclusivamente episodios hipomaniacos o depresivos. Los episodios hipomaniacos son difíciles de reconocer y pasan, con frecuencia, desapercibidos. En éstos casos, el paciente busca tratamiento sólo en las fases depresivas de la enfermedad por lo que es tratado exclusivamente con antidepresivos y no con estabilizadores del estado de ánimo como sería lo adecuado para la enfermedad.

3.3.7.3. Trastorno Bipolar Mixto

Es un período de al menos una semana de duración en el que se mezclan alteraciones maniacas y depresivas. En escasas horas se puede pasar de estar en la cúspide a estar en el pozo. Afecta entre el 6 - 16 % de los bipolares.

3.3.8. Sintomatología del Trastorno Bipolar

3.3.8.1. Fase maniaca

Una persona con Trastorno Bipolar manifiesta episodios de manía que se caracterizan por la aparición de las siguientes conductas.

- Estado de ánimo muy elevado, humor excesivo.
- Insomnio, sin experimentar fatiga.
- Incremento de la energía.

- Incremento de la autoestima (exageración de sus capacidades o habilidades).
- Autoconfianza.
- Hiperactividad.

Las enlistadas anteriormente, podrían explicar la razón por la que los científicos han supuesto que un alto Coeficiente Intelectual se vincula al trastorno, aunque las investigaciones no son suficientes.

- **Síntomas psicóticos:** Ideas grandiosas sobre uno mismo, que se tiene una misión importante que cumplir o que se poseen poderes y aptitudes especiales.

3.3.8.2. Fase depresiva

La enfermedad también se manifiesta con fuertes episodios de depresión que, aunado al uso de bebidas alcohólicas y drogas, aumenta el riesgo de suicidios.

Los síntomas experimentados son:

- Aislamiento social.
- Pérdida de interés en las actividades que antes disfrutaba.
- Pérdida de autoestima.
- Pensamientos recurrentes de muerte y suicidio.
- Sentimientos de desesperanza o minusvalía.
- Inactividad.

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es el método más efectivo cuando la depresión no se alivia con medicamentos.

3.3.9. Modalidades de tratamiento:

- ✓ **Farmacológico:** Necesario e insustituible para todos los pacientes.
- ✓ **Educativo:** Consiste en ayudar a los pacientes y familiares para reconocer, manejar y evitar complicaciones.
- ✓ **Psicoterápico:** Orientado a resolver problemas y afrontar el estrés. Se usa para complementar al tratamiento farmacológico, nunca para sustituirlo.

El trastorno bipolar puede ser modificado con tratamiento farmacológico y en muchos casos se puede conseguir el control completo de la enfermedad. Como se trata de una enfermedad altamente recurrente y crónica el tratamiento preventivo está casi siempre indicado.

El tratamiento del trastorno bipolar se puede dividir en tres fases o etapas:

- **Tratamiento de la fase aguda:** dirigido a resolver el episodio agudo de la enfermedad
- **Tratamiento de continuación:** dirigido a consolidar los resultados del tratamiento de la fase aguda (ej. evitar las recaídas)
- **Tratamiento de mantenimiento o preventivo:** dirigido a prevenir futuros episodios.

En general el tratamiento para el Trastorno Bipolar es un tratamiento combinado en el que se usan:

- Antidepresivos
- Ansiolíticos

- Estabilizadores del estado de ánimo
- Antipsicóticos a bajas dosis que funcionan como estabilizadores del estado de ánimo.

Tratamiento Farmacológico:

Los estabilizadores del estado del ánimo (litio), los neurolépticos, preferiblemente atípicos, a los que se empiezan a observar propiedades estabilizadoras, y los antidepresivos constituyen los tratamientos de primera elección en el trastorno bipolar. Otros fármacos, como los ansiolíticos, se utilizan como coadyuvantes para combatir determinados síntomas como la agitación, el insomnio o la ansiedad.

Los estabilizadores del humor son la base del tratamiento preventivo. En el momento actual, el litio es el fármaco con mayor evidencia de eficacia. Los anticonvulsivantes ácido valproico y carbamacepina son fármacos ampliamente utilizados, aunque no existen estudios controlados de eficacia clínica demostrada en la profilaxis. Sin embargo, la eficacia anti maníaca, la existencia de algunos estudios positivos, la falta de respuesta y la mala tolerancia de las sales de litio en algunos casos han empujado a utilizar los anticonvulsivantes como la mejor alternativa posible como es el caso del ácido valproico. Las benzodiazepinas, neurolépticos y antidepresivos podrán introducirse en casos de recaídas.

En los episodios maníacos, la medicación coadyuvante de neurolépticos o benzodiazepinas se irá ajustando durante esta fase a las necesidades del paciente hasta su retirada total.

En los episodios depresivos, el mantenimiento de los fármacos antidepresivos será más breve que en las depresiones unipolares y no deberá sobrepasar los 3 meses. Solo en algunos casos, con frecuentes recaídas depresivas, se intentará mantener la medicación antidepresiva unida a los estabilizadores del humor.

Estabilizadores del estado de ánimo

Los estabilizadores del estado del ánimo son la base del tratamiento del trastorno bipolar. Podemos afirmar que estos fármacos son tan importantes para las personas con trastorno bipolar como lo es la insulina para las personas con diabetes.

Los medicamentos estabilizadores del ánimo son casi siempre la primera opción para tratar el trastorno bipolar. En general, las personas con trastorno bipolar continúan el tratamiento con estabilizadores del ánimo durante años. A excepción del litio, muchos de estos medicamentos son anticonvulsivantes.

Litio

Hay varios estabilizadores del estado de ánimo, muchos de los cuales también se usan para tratar la epilepsia. El litio (una sal que existe en la naturaleza) fue el primer estabilizador del estado de ánimo eficaz. El tratamiento con litio debe ser indicado por un psiquiatra. Lo complicado es conseguir el nivel de litio correcto en el cuerpo – demasiado bajo no funciona, demasiado alto es tóxico. Por eso, se necesitan análisis de sangre a intervalos regulares durante las primeras semanas para asegurarse de que la dosis es la adecuada. Una vez la dosis es estable, el médico puede recetar litio y organizar los análisis de sangre periódicos.

La cantidad de litio en la sangre es muy sensible a la cantidad de agua que hay en el cuerpo. Si uno se deshidrata, el nivel de litio en sangre se elevará con lo que será más probable sufrir efectos secundarios o incluso efectos tóxicos. Por ello es importante beber mucha agua (sobre todo si hace calor o cuando se hace ejercicio físico) y tener cuidado con el té y el café porque incrementan la cantidad de agua que se pasa en la orina.

El litio puede tardar tres meses o más en actuar debidamente. Lo mejor es continuar tomando las pastillas, incluso si los cambios de estado de ánimo continúan durante ese período.

Efectos secundarios: Pueden empezar a las primeras semanas de comenzar el tratamiento con litio. Pueden ser molestos y desagradables, pero a menudo desaparecen o mejoran con el tiempo. Incluyen:

- Tener sed.
- Orinar más de lo normal.
- Aumento de peso.

Efectos secundarios menos comunes son:

- Visión borrosa.
- Ligera debilidad muscular.
- Diarrea.
- Temblor fino de las manos.
- Ligeros mareos o náuseas.

Estos síntomas normalmente mejoran si se reduce la dosis de litio.

Si el nivel de litio en sangre es demasiado alto, los síntomas son:

- Vómitos

- Torpeza o inestabilidad.
- Hablar arrastrando palabras.

Cuidados de enfermería en la administración de litio

Algunos de los principales cuidados que puede brindar la enfermera son:

- Vigilar que la dieta sea equilibrada.
- El consumo de líquidos con frecuencia. Ayudará a mantener las sales y líquidos corporales en equilibrio.
- Vigilar la cafeína, en el té, café o gaseosas ya que hacen orinar más, por lo que puede alterar los niveles de litio.
- Se deben realizar exámenes de sangre regularmente para determinar litemias, generalmente de 10 a 12 horas después de haber consumido la última dosis de litio y dependiendo de los resultados se reajusta la dosis indicada.
- Administrar las dosis de litio con las comidas para paliar las molestias gástricas.
- Indicar al paciente que no debe restringir la sal en su dieta.

3.3.10. Rol de la enfermera en la salud mental

Teniendo en cuenta que los profesionales de enfermería, en general, trabajan con población “mentalmente sana” (o dicho de otro modo, con población que no tiene trastornos mentales), podemos afirmar que la promoción de la salud mental está presente en todas las situaciones de cuidados donde la enfermería presta atención psicosocial, es decir cuida de forma integral, por definición implícita del cuidar.

Asimismo, muchas situaciones de cuidados que atiende la enfermería generalista (por ejemplo, atención psicosocial frente a una intervención quirúrgica, frente a un problema de salud crónico o ante una fase terminal de la vida) son situaciones que, aunque conllevan ansiedad, preocupación e incertidumbre, pueden afrontarse de forma mentalmente muy saludable. Y en esas situaciones, la intervención psicosocial de enfermería está plenamente centrada en la promoción de la salud mental, en ayudar a las personas a mantener, potenciar y reforzar su equilibrio emocional.

Son múltiples las ocasiones en las que enfermería realiza intervenciones psicosociales sin tomar conciencia de que en realidad son intervenciones de promoción de la salud mental, (en áreas de la enfermería pediátrica, maternal, médico-quirúrgica, comunitaria, etc.). Por ejemplo:

- Ayudando a las personas a expresar (exteriorizar) sus sentimientos y sus preocupaciones.
- Reforzando las estrategias adaptativas que la persona está utilizando (*está muy bien esa forma de pensar; lo está llevando o haciendo muy bien*).
- Ayudando a interpretar la naturalidad de muchos sentimientos. Los sentimientos negativos (ansiedad, temor, preocupación, etc.) generan sufrimiento mental pero a la vez son respuestas mentalmente “muy saludables”. Si se ayuda a la persona a entender esa “naturalidad”, se le ayuda a tranquilizarse y, por tanto, a estar mejor mentalmente (potenciación de su salud mental).

- Intentando incrementar el estado de ánimo favorable. Utilizando el humor, si la situación lo permite, o el silencio, si la situación lo requiere.
- Utilizando tonos de voz y formas de comunicación que resulten.

3.3.11. Relación del coeficiente intelectual y la incidencia del Trastorno Bipolar

Factores explicativos entre la relación coeficiente intelectual y el trastorno bipolar

Los científicos explican que las personas con Trastorno Bipolar experimentan episodios de hipomanía, los cuales son lapsos de estados de ánimo elevados. Se cree que durante estos, los sujetos suelen ser más ingeniosos y capaces de vincular ideas de manera más creativa. Asimismo, dado a que muestran niveles de energía extraordinarios, se supone, pueden mantenerse concentrados durante mucho más tiempo.

Las personas con trastorno bipolar suelen experimentar sus sentimientos y emociones de manera más intensa, por lo que los investigadores apuntan a que esto podría contribuir a desarrollar sus talentos en áreas como la música, la literatura y el arte, que requieren de una gran sensibilidad.

Científicos británicos sugieren que a mayor capacidad intelectual de un individuo, el riesgo de desarrollar un trastorno bipolar, es cuatro veces más alto.

El estudio británico

A lo largo de la historia, han existido grandes personalidades dentro del mundo de la música, el cine, la televisión, la actuación y la ciencia, cuya capacidad intelectual o creatividad se ha asociado al padecimiento de algún trastorno de tipo emocional. Hasta ahora, los científicos no habían logrado demostrar que tal hipótesis fuera verdad. Sin embargo, investigadores del Instituto de Psiquiatría del Kings College de Londres y del Karolinska de Estocolmo, en Suecia, afirman que existe un fuerte vínculo.

La muestra del estudio estuvo conformada por 714. 000 personas suecas, entre edades de 15 y 16 años, de quienes se analizaron sus pruebas académicas entre los años 88 y 97. Así mismo se compararon sus logros académicos, con los de estudiantes que tenían registros de admisión a hospitales por diagnóstico de trastorno bipolar, entre edades de 17 y 31 años.

El estudio, que estuvo dirigido por el doctor James MacCabe, concluyó que los estudiantes con excelentes calificaciones mostraron 4 veces más riesgo de desarrollar Trastorno Bipolar en la etapa adulta, que los estudiantes promedio. Mientras que, aquellos con calificaciones más bajas, mostraron el doble de riesgo que los chicos con calificaciones medias.

A pesar de encontrar estas evidencias, los investigadores no tienen la certeza ni la precisión de cuál es la causa de esta relación.

3.3.12. Intervención de enfermería en la promoción de la salud mental

- **Prevención primaria:**

Se basa en intervenciones biológicas, psicológicas y sociales encaminadas a promover el soporte emocional y prevenir la aparición de enfermedades mentales.

Objetivos:

- Promover y mantener la salud mental de la familia y de todos sus miembros brindando asesoramiento.
- Promoción de la salud mental en los colegios.
- Detección de factores de riesgo en el ámbito laboral.

Intervención de enfermería en la prevención primaria:

- Identificar los factores predisponentes, la vulnerabilidad de las personas, los acontecimientos, circunstancias o factores precipitantes.
- Asesoramiento a escuelas y centros donde se concentre la comunidad.
- Educación de la salud mental a la comunidad a través sesiones educativas, abordando y enseñando habilidades sociales.
- Participar en la elaboración de programas de promoción y todo lo referente a salud mental.

- **Prevención secundaria**

Su función es acortar el curso de la enfermedad mediante la el diagnostico precoz y la intervención rápida.

Medidas preventivas

- ✓ Contribuir en el diagnóstico y tratamiento para los niños con

problemas de aprendizaje.

- ✓ Estrategias de detección precoz y reconocimiento de grupos de riesgo en la población.

Intervención de enfermería en la prevención secundaria:

- ✓ En este nivel la enfermería trata situaciones potenciales para disminuir los efectos negativos.
- ✓ Prevención del suicidio y el asesoramiento en situaciones de crisis
- ✓ Grupo de reducción de estrés

- Prevención terciaria

Procura reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales.

Objetivos:

- ✓ Evitar el deterioro producido tras las fases activas de la enfermedad.
- ✓ Prevenir recaídas.
- ✓ Reducir las incapacidades sociales producidas por la enfermedad.
- ✓ Promover los mecanismos de adaptación a la comunidad.

Intervención de Enfermería en la prevención terciaria

- ✓ Seguimiento para evitar reagudización de conflictos.
- ✓ Coordinación de cuidados en casa.
- ✓ Asesorar y remitir a los pacientes a grupos que faciliten su socialización y reinserción.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

a. TITULO: Investigación sobre el trastorno afectivo bipolar para construir un manual psicoeducativo dirigido a pacientes y sus familiares. 2011

AUTOR: Lic. Paola Echeverri Echeverría

CONCLUSIONES: La investigación muestra que los pacientes con un tratamiento farmacológico y psicológico adecuado, pueden llevar una “vida normal y estable”. Sin embargo, para alcanzar esto, todos coinciden con la importancia de un estilo de vida saludable que les permita desenvolverse adecuadamente. La aceptación de la enfermedad, es un proceso para quienes directa e indirectamente la viven. Con una guía adecuada y una buena adherencia al tratamiento, se puede mejorar el pronóstico y el curso de la misma.

b. TITULO: “Trastorno Bipolar: estudio de los pacientes del área de badajoz hospitalizados durante el periodo 1988-2009”

AUTOR: Francisco Javier Zamora Rodríguez

CONCLUSIONES: Una alta tasa de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar u otros diagnósticos relacionados dentro del total de pacientes ingresados, con predominio del trastorno bipolar tipo I y de mujeres. Una edad media de inicio de la enfermedad que se sitúa en torno a la mitad de la tercera década de la vida.

La mayoría presentó síntomas psicóticos a lo largo de su historia y una polaridad predominantemente maniaca. El promedio de fármacos recibidos era de 3,2; siendo el grupo más frecuente los antipsicóticos y el fármaco, el litio.

c. TÍTULO: “La bipolaridad en los jóvenes adolescentes entre los 15 y 20 años”. 2009

AUTORES: Bairon Daniel Martínez Delgado

Neiran Camilo Pérez Barreto

Nicolás Rodríguez Guzmán

CONCLUSIONES: La investigación más moderna ha ratificado que las depresiones, los trastornos bipolares tienen un fundamento biológico importante, con una compleja alteración de sistemas responsables del funcionamiento cerebral. El efecto de la persona es cambiante y pasa de estar elevado e irritable a estar triste y sin esperanza, con períodos de afecto normal entre episodio y episodio.

d. TÍTULO: “Curso evolutivo de vida en el Trastorno Bipolar” 2007

AUTOR: Luis Gutiérrez Rojas – Médico especialista en Psiquiatría

CONCLUSIONES: En el trastorno bipolar, las variables evolutivas presentan ciertas relaciones entre sí; la alta recurrencia se asocia a la edad actual y al comienzo precoz de la enfermedad; la hospitalización psiquiátrica a un sub tipo de trastorno bipolar, y la presencia de algún intento de suicidio, a más años de evolución y a alguna hospitalización psiquiátrica. Entre los pacientes con trastorno bipolar, las características asociadas a la situación de incapacidad laboral son haber sufrido tres o más hospitalizaciones, la dependencia a sustancias y el bajo nivel de estudios.

5. HIPOTESIS

Dado que el Trastorno Bipolar es una enfermedad mental caracterizada por la fase maniaca y fase depresiva en la que el paciente presenta alteraciones en su desenvolvimiento social, familiar y el entorno laboral y que el coeficiente intelectual está estrechamente ligado a la creatividad e ingenio.

Es probable que algunas características sociodemográficas y niveles altos de coeficiente intelectual se relacionen con la presencia de este trastorno en pacientes con trastorno bipolar del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.





CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y CAMPOS DE VERIFICACIÓN.

1.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La técnica para las variables: características sociodemográficas, coeficiente intelectual y Trastorno Bipolar, será la observación y como instrumento la ficha de observación documental (Historia Clínica)

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1. ÁMBITO GEOGRÁFICO

La investigación se realizará en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi el cual se encuentra ubicado en la Avenida Pumacahua – Cerro Colorado y cuenta con los servicios de Hospitalización, Consultorios Externos y el Programa de Salud Pública.

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó durante los meses de julio a diciembre del 2015.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

Las unidades estarán conformadas por todos los pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar que se atendieron en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi en los meses de octubre y noviembre del 2015 por Consultorio Externo; que constituyen el 100% y son un total de 40 pacientes.

2.3.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar en sus diferentes tipos Centro de Salud Mental Moisés Heresi
- Pacientes compensados
- Pacientes de ambos sexos

2.3.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes psicóticos
- Pacientes con otras patológicas

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 ORGANIZACIÓN

- Autorización del Director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Coordinación con la enfermera de consultorios externos.
- Coordinación con el área de archivo de historias clínicas para acceder a la información requerida.
- La recolección de datos se realizara en el horario de mañanas

3.2 RECURSOS

- De personal: investigador, diseñador del proyecto y asesor.
- Materiales: Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.
- Historias clínicas: proporcionadas por personal que labora en el archivo del Centro de Salud Mental.
- Económicos: aportados íntegramente por el autor.

3.3 ESTRATEGIAS PARA MANEJAR RESULTADOS:

- Coordinación el decanato de la facultad de enfermería
- Coordinación con el director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi y la Dirección de la beneficencia de Arequipa.
- Coordinación con la enfermera de Consultorios Externos y la Enfermera del programa de salud pública para la realización de las visitas domiciliarias las cuales se cumplirán en numero de una visita

Después de realizada la recolección de datos se utilizará una matriz y se sistematizarán, analizarán e interpretarán en tablas estadísticas.



CAPITULO III
RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

TABLA Nº 1

SEXO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Sexo	Nº.	%
Masculino	17	42,5
Femenino	23	57,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla Nº. 1 muestra que el mayor porcentaje de 57,5% son de sexo femenino y el 42,5% de los pacientes son de sexo masculino.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población pertenece al sexo femenino, si contrastamos con la literatura, ésta refiere similitud con éstos resultados.

GRÁFICO Nº 1

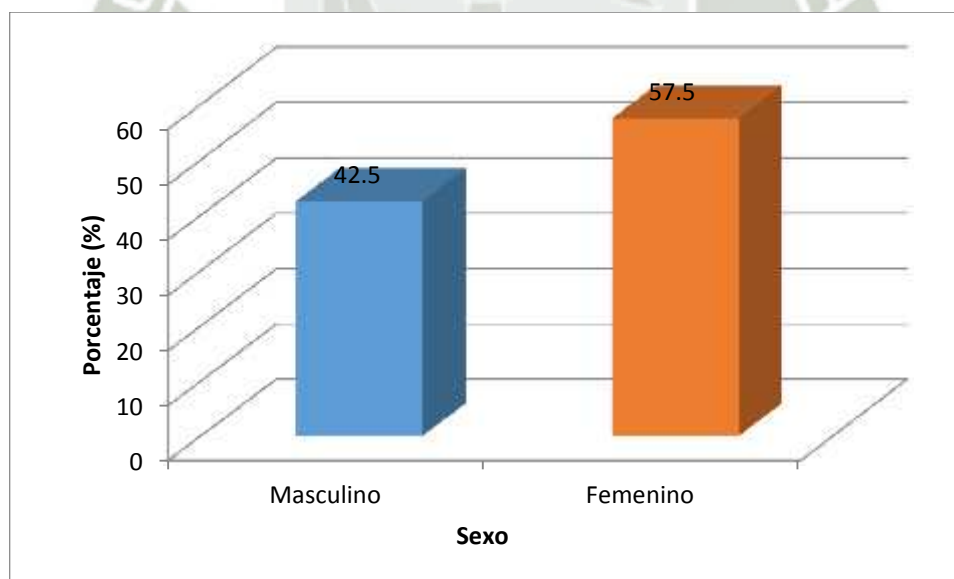


TABLA Nº 2

**EDAD DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

Edad (Años)	Nº.	%
15-25	9	22,5
26-36	8	20,0
37-47	17	42,5
48 a más	6	15,0
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla Nº. 2, muestra que el 42,5% de los pacientes tienen 37 a 47 años y sólo el 15,0% de ellos tienen 48 a más años.

De lo que deducimos que casi la mitad de la población de estudio pertenece al grupo etario de 37 a 47 años como lo refiere la literatura.

GRÁFICO Nº2

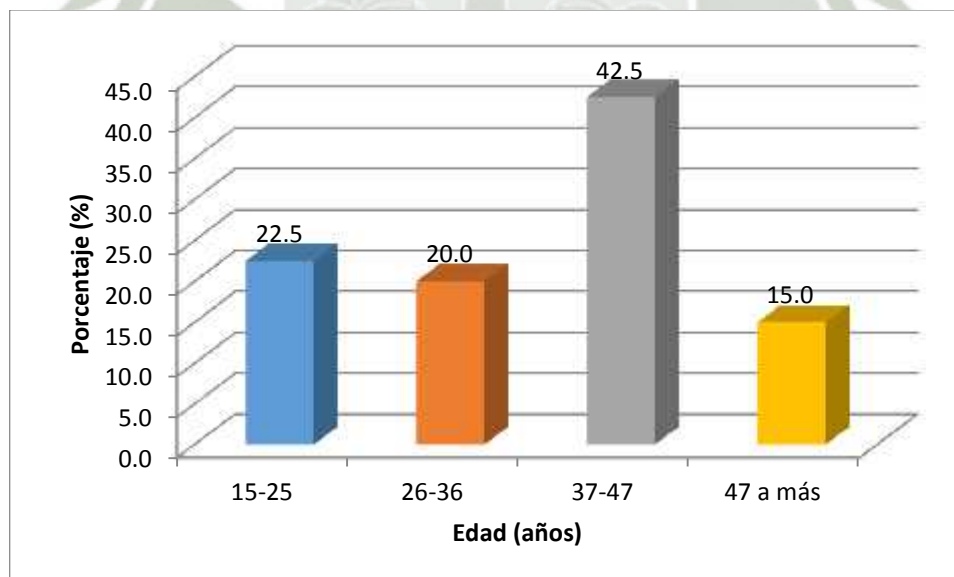


TABLA N° 3

**LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

Lugar de procedencia	Nº.	%
Arequipa	26	65,0
Puno	4	10,0
Cusco	2	5,0
Tacna	2	5,0
Moquegua	2	5,0
Otros	4	10,0
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N° 3, se observa que el mayor porcentaje de 65.0% proceden de Arequipa, un acumulado de 20% proceden de Puno y Moquegua y un mínimo porcentaje de Tacna, Cusco y otros lugares en los que se encuentran: Lima, Nazca y Apurímac. De lo que deducimos que casi las tres cuartas partes de la población proceden de Arequipa.

GRÁFICO N° 3

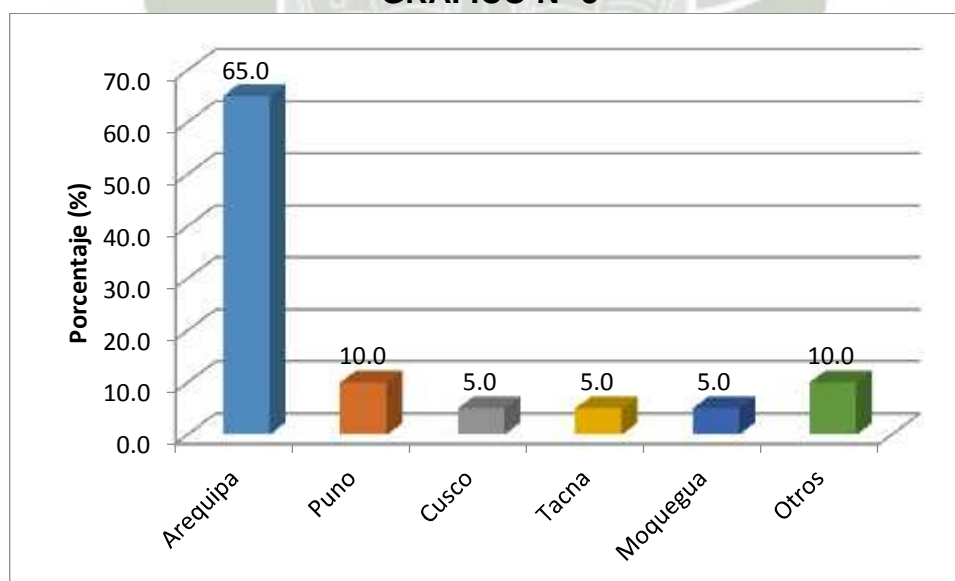


TABLA N° 4

**CONVIVENCIA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

Convivencia familiar	Nº.	%
Ambos padres	12	30,0
Padre	2	5,0
Madre	3	7,5
Cónyuge	16	40,0
Solo	4	10,0
Otros familiares	3	7,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N° 4 observamos que el mayor porcentaje de 40,0% viven con sus cónyuges, sin embargo encontramos un 30,0% de ellos que conviven con ambos padres y un mínimo porcentaje con la madre, el padre y otros familiares.

GRÁFICO N° 4

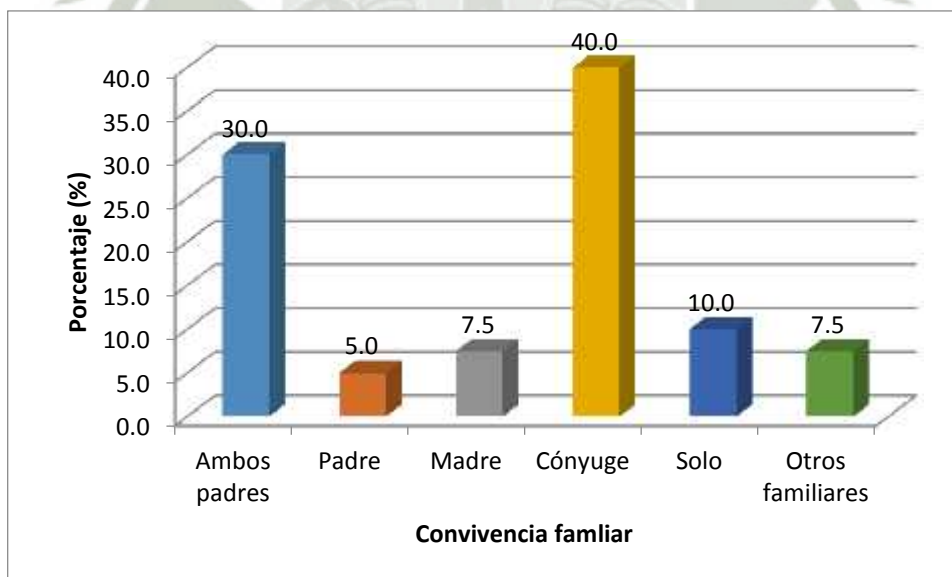


TABLA Nº 5

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

Estado Civil	Nº.	%
Soltero	19	47,5
Casado	16	40,0
Conviviente	4	10,0
Viudo	1	2,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla Nº. 5, muestra que el 47,5% de los pacientes son solteros, el 40,0% de ellos son casados y solo el 2,5% son viudos.

De lo que deducimos que casi a mitad de la población son solteros, siguiendo el estado civil de casados y convivientes.

GRÁFICO Nº 5

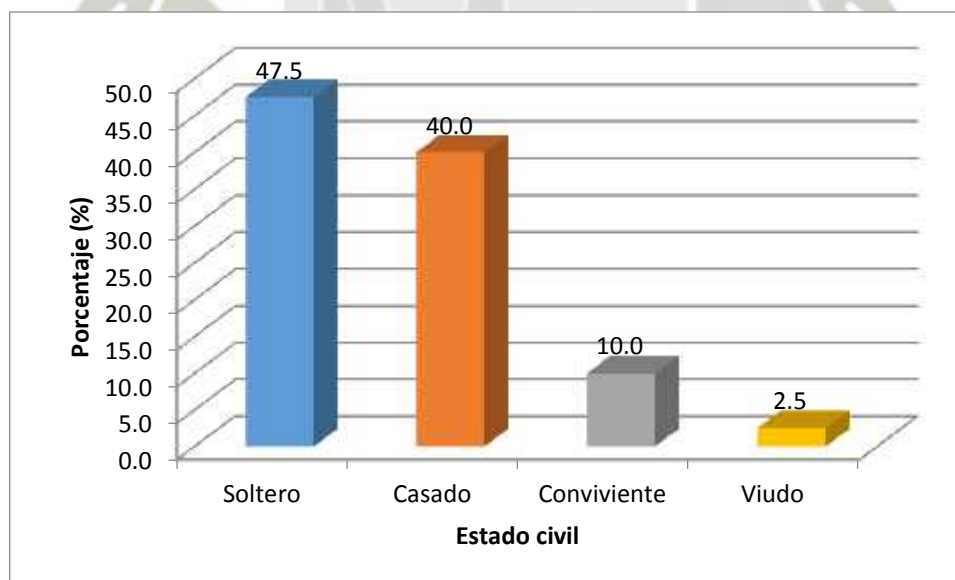


TABLA N° 6

**OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

OCUPACION	N°.	%
Empleado	18	45,0
Desempleado	16	40,0
Jubilado	6	15,0
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 6, muestra que el mayor porcentaje de 45,0% de los pacientes son empleados, el 40,0% de ellos son desempleados y un mínimo porcentaje de 15,0% son jubilados.

GRÁFICO N° 6

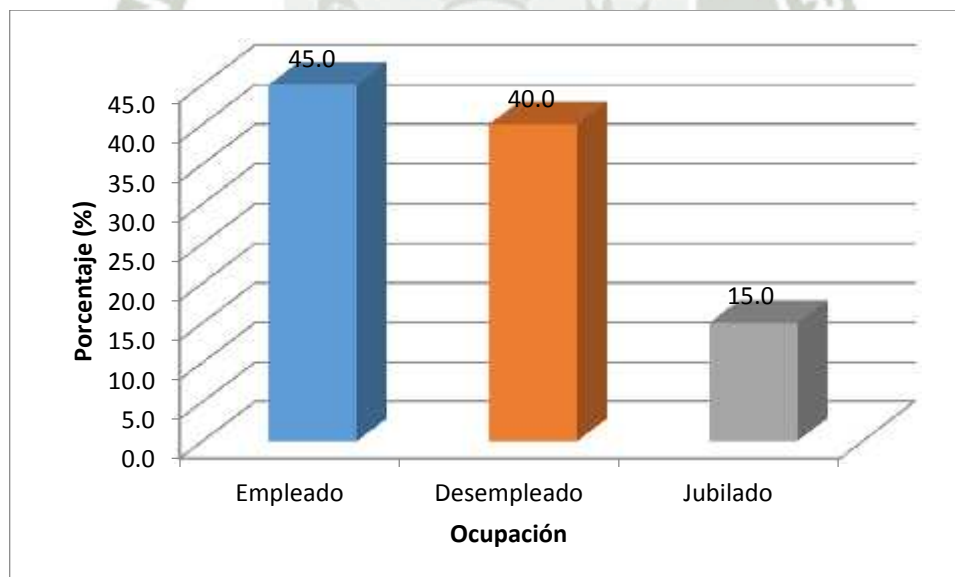


TABLA N° 7

**INGRESOS ECONOMICOS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

Ingresos económicos	N°.	%
Menos del Básico	19	47,5
Más del básico	21	52,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 7, muestra que el 52,5% de los pacientes tienen ingresos más del básico y solo el 47,5% perciben menos del básico.

GRÁFICO N° 7

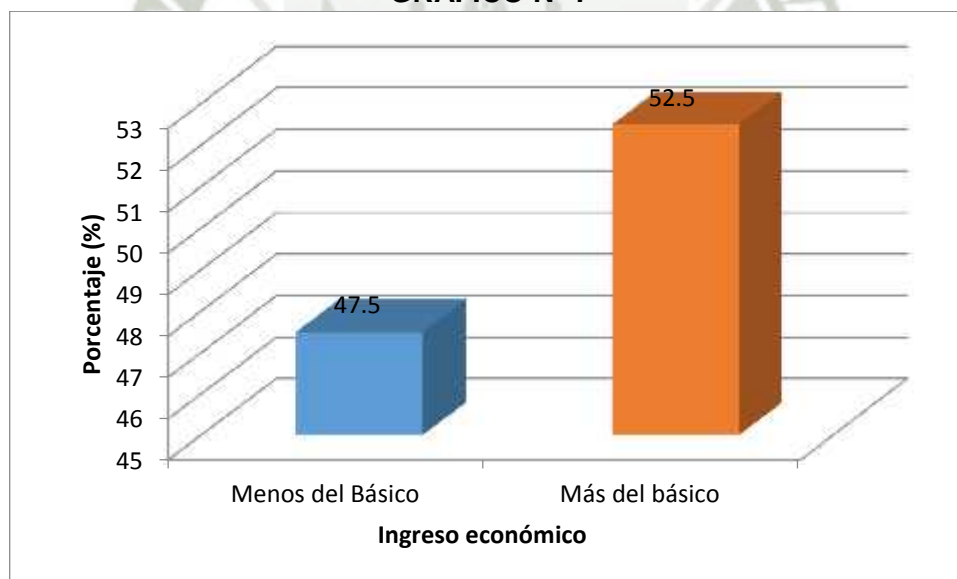


TABLA N° 8

**RELIGIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

Religión	Nº.	%
Católica	34	85,0
Evangélica	3	7,5
Testigo de Jehová	1	2,5
Adventista	1	2,5
Ateo	1	2,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 8, muestra que el 85,0% de los pacientes son católicos, el 7,5% de ellos son evangélicos y solo el 2,5% tienen otras religiones.

De lo que deducimos que más de las tres cuartas partes de la población de estudio son de religión católica y otras religiones representan una minoría.

GRAFICO N° 8

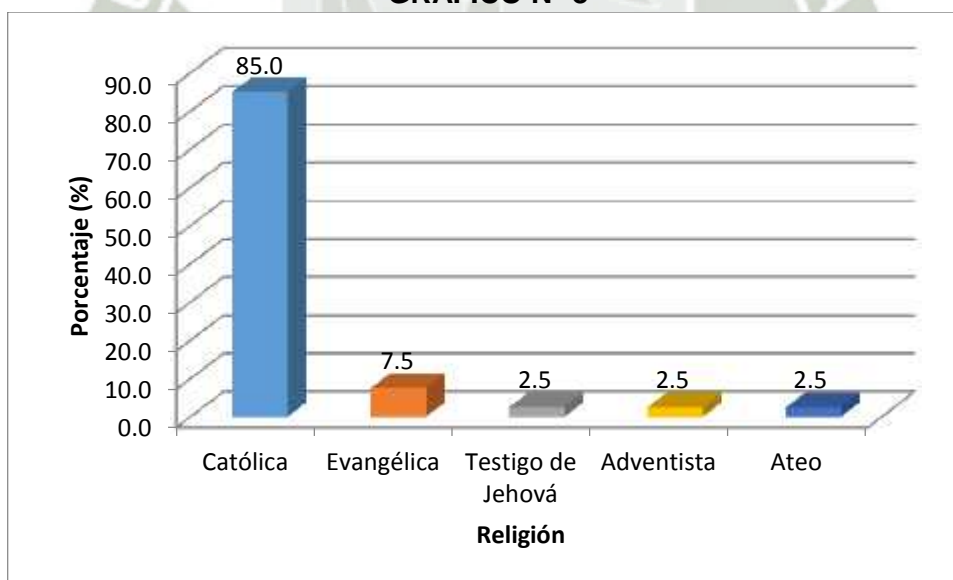


TABLA N° 9

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

Grado de Instrucción	Nº.	%
Superior	11	27,5
Secundaria	22	55,0
Primaria	6	15,0
Técnica	1	2,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 9, muestra que el 55,0% de los pacientes tienen grado de instrucción secundaria, el 27,5% de ellos son superior y solo el 2,5% son técnicos.

GRÁFICO N° 9

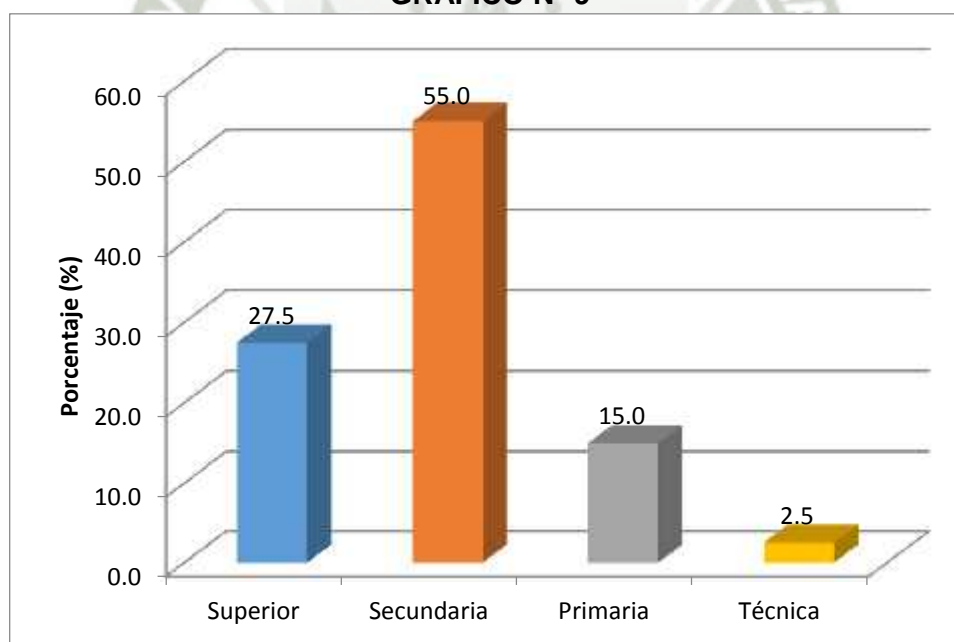


TABLA Nº 10

**ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNO BIPOLAR EN LOS
PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

ANTECEDENTES FAMILIARES	Nº.	%
Ambos padres	22	55,0
Padre	8	20,0
Madre	4	10,0
Otros familiares	2	5,0
Ninguno	4	10,0
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla Nº. 10, muestra que el 55,0% de los pacientes tienen ambos padres con antecedentes de la enfermedad, y solo el 5,0% de ellos tiene familiares con otras enfermedades.

GRÁFICO Nº10

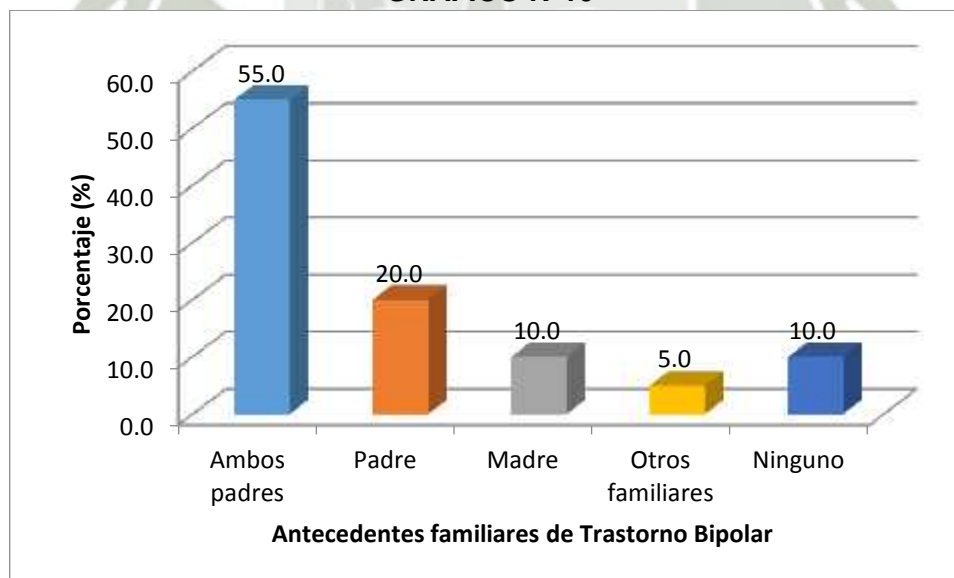


TABLA Nº 11

**COEFICIENTE INTELECTUAL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

Coeficiente Intelectual	Nº.	%
Coeficiente Superior	28	70,0
Coeficiente Promedio	10	25,0
Coeficiente debajo del promedio	1	2,5
Coeficiente Deficiente	1	2,5
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla Nº. 11, muestra que el 70,0% de los pacientes tienen coeficiente intelectual superior; el 25,0% tienen coeficiente promedio y solo el 2,5% están por debajo del promedio o son deficientes.

De lo que deducimos que casi las tres cuartas partes de la población de estudio tienen coeficientes intelectuales por encima del promedio normal, como lo refiere en la bibliografía.

GRÁFICO Nº 11

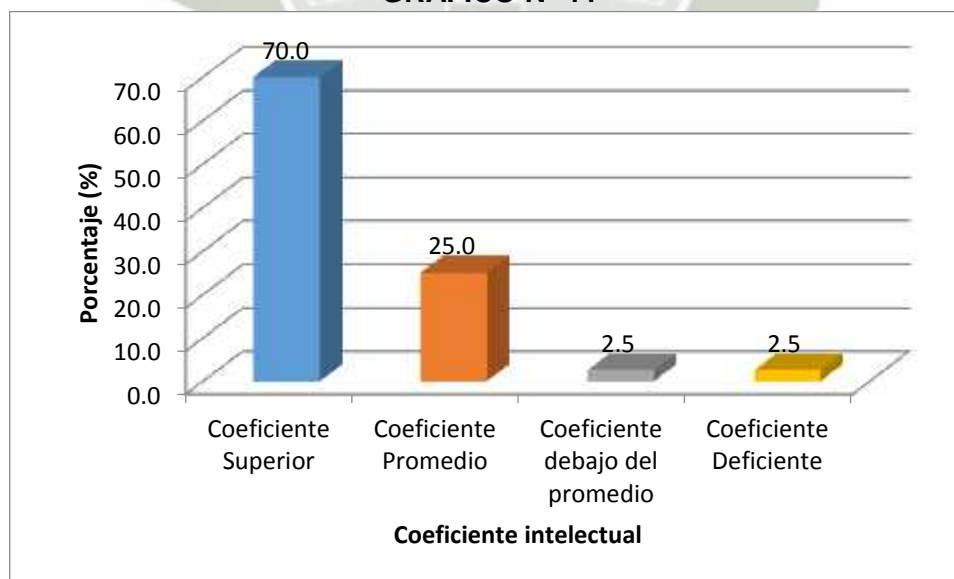


TABLA N° 12

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR

CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

DIAGNOSTICO MEDICO	Fr	%
Bipolar	24	60,0
Unipolar	6	15,0
Mixto	10	25,0
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 12, muestra que el 60,0% de los pacientes son bipolares, el 25,0% de ellos padecen Trastorno Bipolar de tipo mixto y solo el 15,0% tienen Trastorno Bipolar Unipolar.

GRÁFICO N° 12

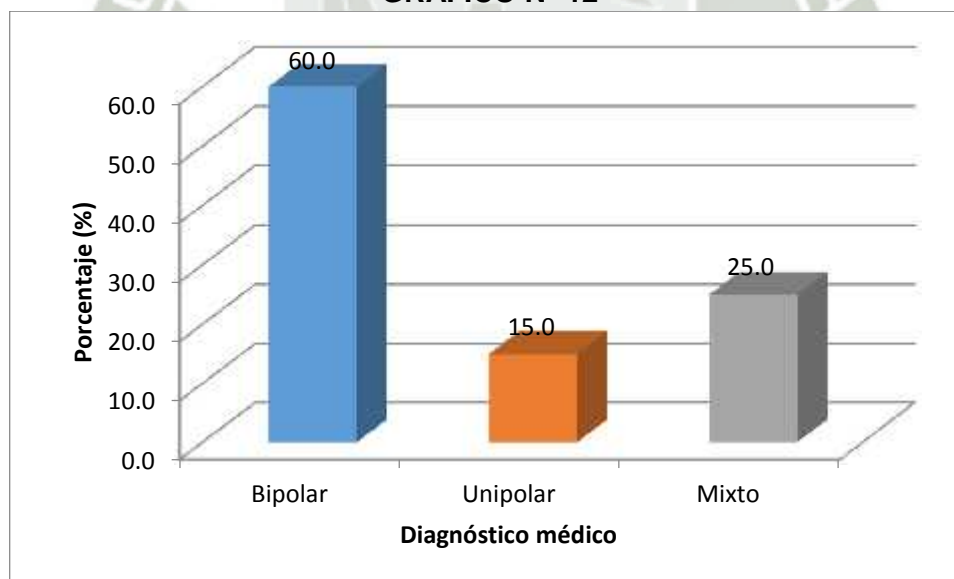


TABLA N° 13

**TIEMPO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

Tiempo de enfermedad (años)	N°.	%
1-5	21	52,5
6-11	8	20,0
12-17	6	15,0
18-23	3	7,5
24 a mas	2	5,0
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 13, muestra que el 52,5% de los pacientes tienen la enfermedad de 1 a 5 años y solo el 5,0% de ellos tiene la enfermedad hace 24 a más años.

GRÁFICA N° 13

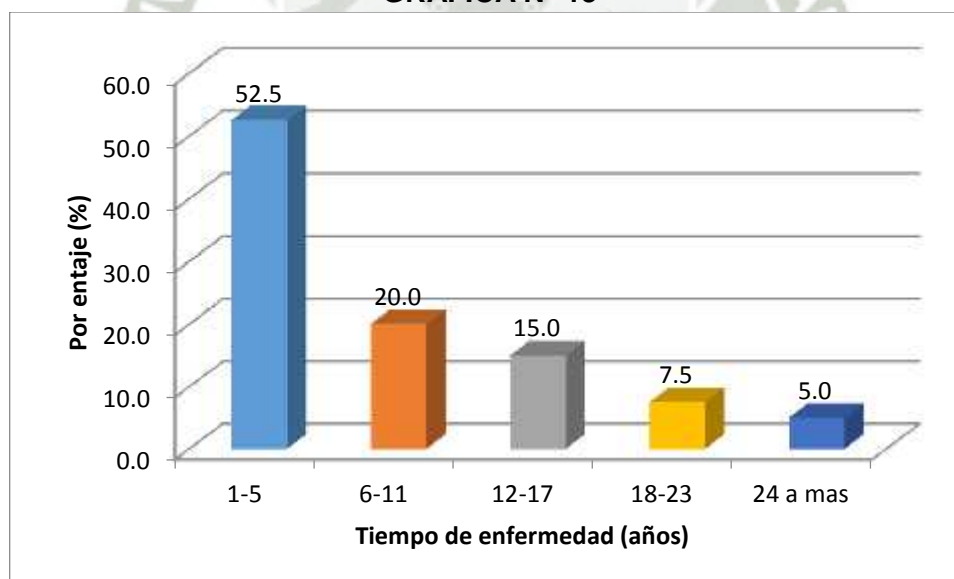


TABLA N° 14

**TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

TRATAMIENTO	Nº.	%
Estabilizadores del ánimo, ansiolíticos y antidepresivos	20	50,0
Anticonvulsivantes y antidepresivos	12	30,0
Anticonvulsivantes y ansiolíticos	4	10,0
Antipsicóticos, estabilizadores del animo	4	10,0
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 14, muestra que el 50,0% de los pacientes son tratados con estabilizadores del ánimo y ansiolíticos, el 30,0% de ellos presentan anticonvulsivante y antidepresivos y solo el 10,0% son tratados con Anticonvulsivantes y ansiolíticos o Antipsicóticos.

GRÁFICO N° 14

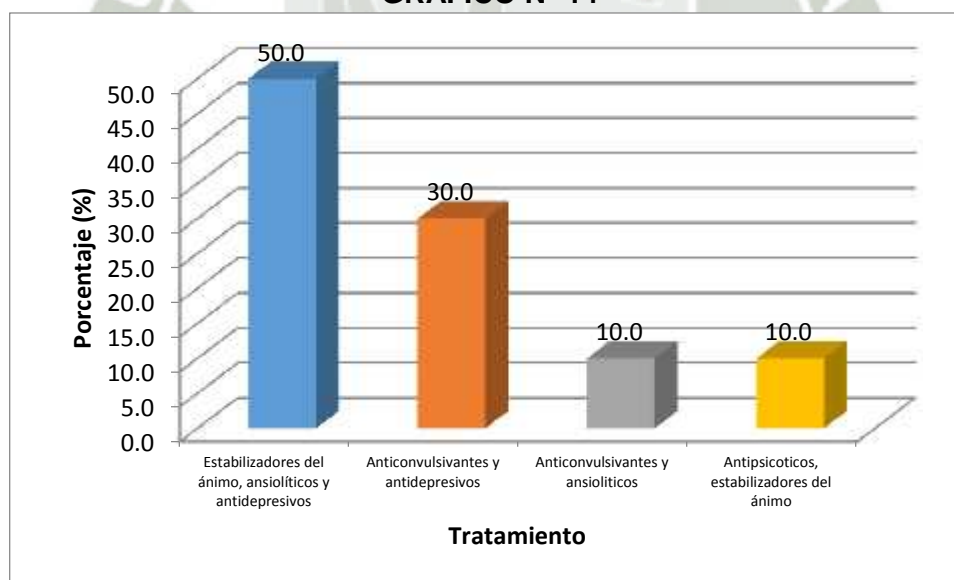


TABLA Nº 15

**NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

Nº de hospitalizaciones	Nº.	%
Ninguna	22	55,0
1-3 veces	10	25,0
4-7 veces	4	10,0
8-11 veces	2	5,0
12 a más veces	2	5,0
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla Nº. 15, muestra que el 25,0% de los pacientes han tenido 1 a 3 hospitalizaciones y solo el 5,0% de ellos tiene 8 a 11 veces o más de 12 hospitalizaciones.

GRÁFICA Nº 15

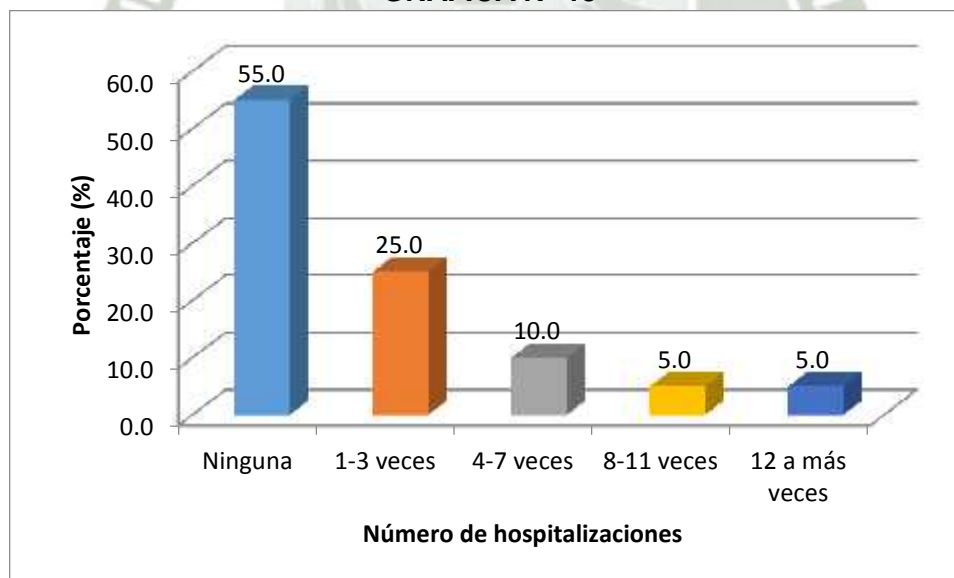


TABLA Nº 16

**FAMILIAR RESPONSABLE DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI**

FAMILIAR RESPONSABLE	Nº.	%
Padre	4	10,0
Madre	11	27,5
Cónyuge	10	25,0
Hijos	3	7,5
Otros familiares	4	10,0
El mismo	8	20,0
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla Nº. 16, muestra que el 27,5% de los pacientes están al cuidado de la madre y solo el 7,5% de ellos son cuidados por los hijos.

GRÁFICO Nº 16

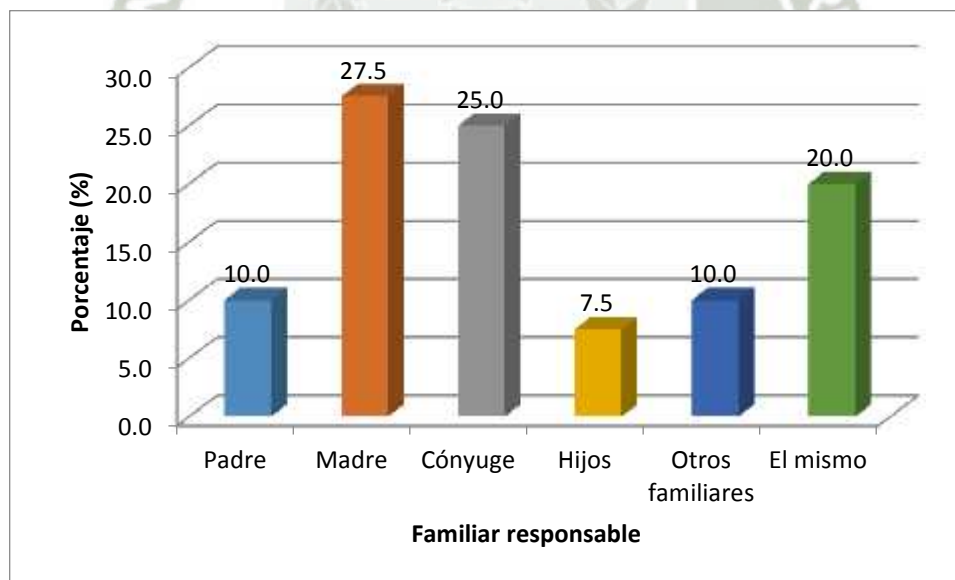


TABLA Nº 17

**RELACION ENTRE LA EDAD Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LOS
PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI**

EDAD (AÑOS)	COEFICIENTE SUPERIOR		COEFICIENTE PROMEDIO		COEFICIENTE DEFICIENTE		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
15-25	6	15,0	4	10,0	0	0,0	10	25,0
26-36	7	17,5	1	2,5	0	0,0	8	20,0
37-47	3	7,5	1	2,5	1	2,5	5	12,5
48 a más	12	30,0	4	10,0	1	2,5	17	42,5
TOTAL	28	70,0	10	25,0	2	5,0	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $X^2=5,20$ $P>0,05$

La tabla Nº. 17, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5,20$) se muestra que el coeficiente intelectual y la edad no presento relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se muestra que el 17,5% de los pacientes con coeficiente intelectual superior tienen 26 a 36 años.

GRÁFICO Nº 17

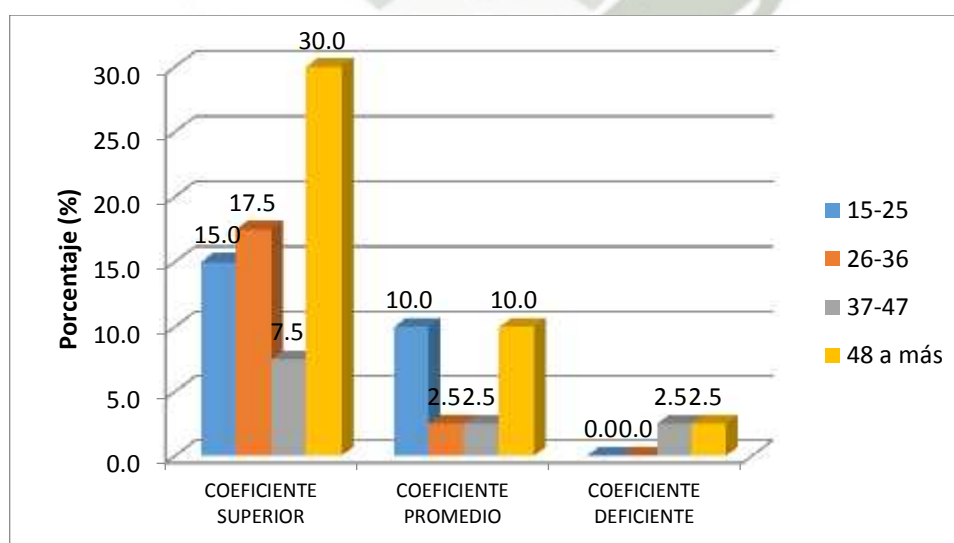


TABLA Nº 18

**RELACION ENTRE EL SEXO Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LOS
PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL**

MOISÉS HERESI

SEXO	COEFICIENTE SUPERIOR		COEFICIENTE PROMEDIO		COEFICIENTE DEFICIENTE		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Femenino	15	37,5	6	15,0	2	5,0	23	57,5
Masculino	13	32,5	4	10,0	0	0,0	17	42,5
TOTAL	28	70,0	10	25,0	2	5,0	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $\chi^2=1,68$ $P>0,05$

La tabla Nº. 18, según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=1,68$) se muestra que el coeficiente intelectual y el sexo no presento relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se muestra que el 37,5% de los pacientes con coeficiente intelectual superior son mujeres.

GRÁFICO Nº 18

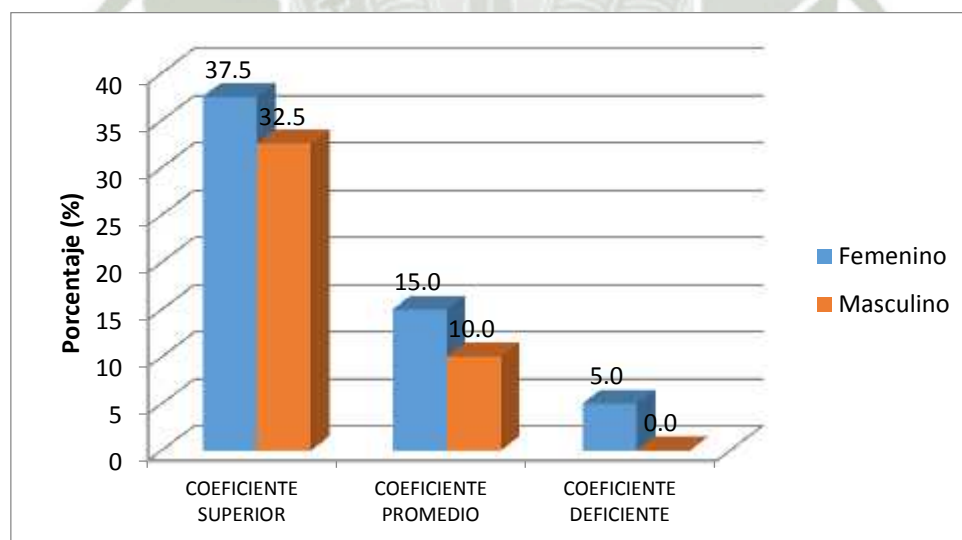


TABLA Nº 19

RELACION ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL COEFICIENTE INTELLECTUAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

GRADO DE INSTRUCCIÓN	COEFICIENTE SUPERIOR		COEFICIENTE PROMEDIO		COEFICIENTE DEFICIENTE		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Superior	13	32,5	2	5,0	0	0,0	15	37,5
Secundaria	11	27,5	8	20,0	0	0,0	19	47,5
Primaria	3	7,5	0	0,0	2	5,0	5	12,5
Técnica	1	2,5	0	0,0	0	0,0	1	2,5
TOTAL	28	70,0	10	25,0	2	5,0	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

$X^2=19,73$ $P<0,05$

La tabla Nº. 19, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=19,73$) se muestra que el coeficiente intelectual y el grado de instrucción presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se muestra que el 32,5% de los pacientes con coeficiente intelectual superior tienen grado de instrucción superior.

GRÁFICA Nº 19

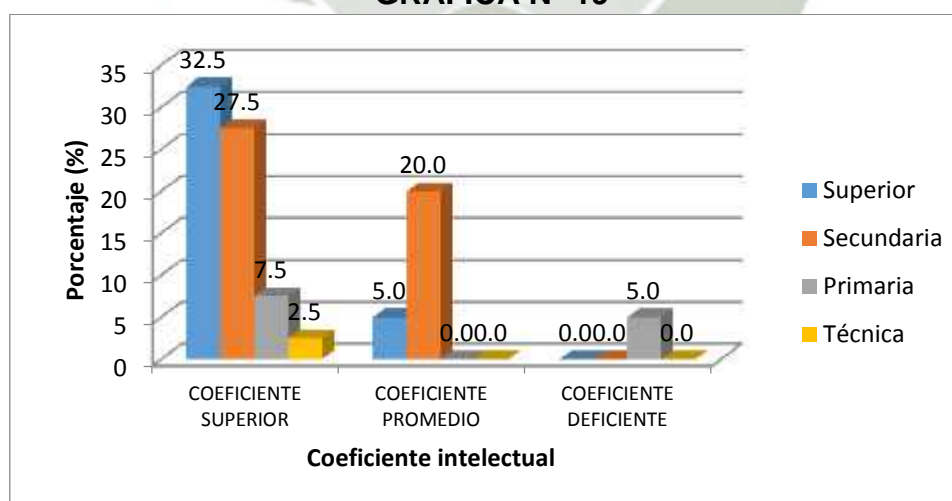


TABLA Nº 20

RELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y EL COEFICIENTE INTELLECTUAL EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

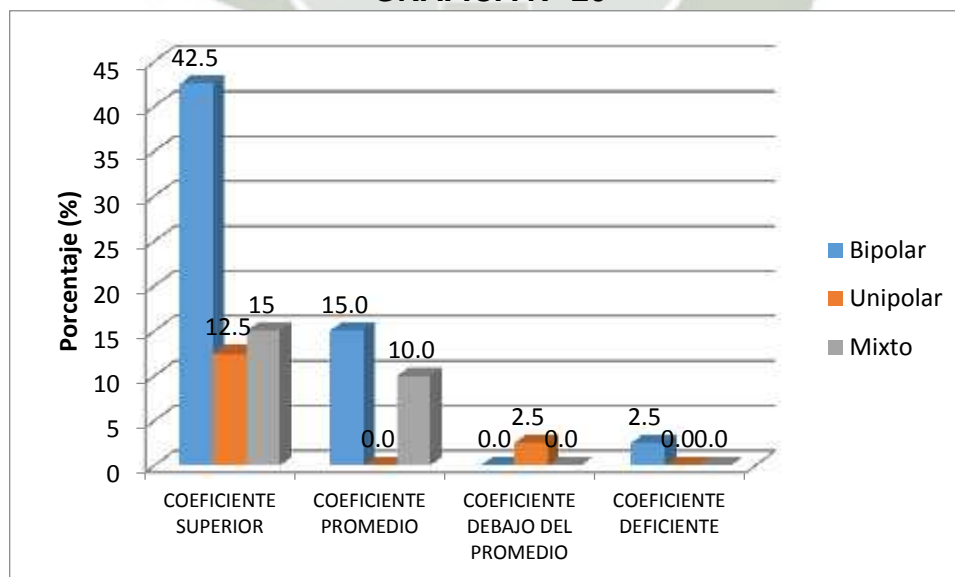
DIAGNOSTICO MEDICO	COEFICIENTE SUPERIOR		COEFICIENTE PROMEDIO		COEFICIENTE DEBAJO DEL PROMEDIO		COEFICIENTE DEFICIENTE		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Bipolar	17	42,5	6	15,0	0	0,0	1	2,5	24	60,0
Unipolar	5	12,5	0	0,0	1	2,5	0	0,0	6	15,0
Mixto	6	15,0	4	10,0	0	0,0	0	0,0	10	25,0
TOTAL	28	70,0	10	25,0	1	2,5	1	2,5	40	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $X^2=25,8$ 0 $P<0,05$

La tabla Nº. 20, según la prueba de chi cuadrado para las proporciones ($X^2=25,80$) se muestra que el coeficiente intelectual y el diagnóstico médico presentó relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se muestra que el 42,5% de los pacientes con coeficiente intelectual superior padecen de Trastorno Bipolar

GRÁFICA Nº 20



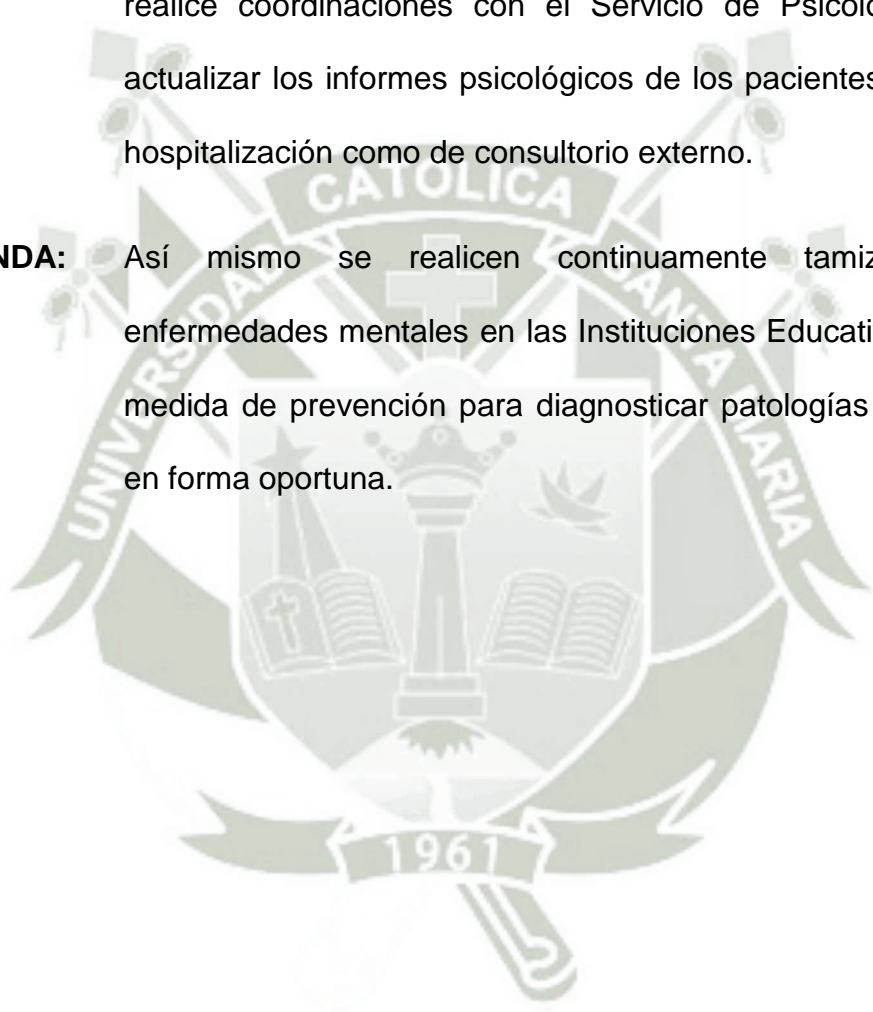
CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Los resultados muestran que el grupo etario que predomina en la población de estudio es de 37 a 47 años, de sexo femenino, la mayoría procede de Arequipa, con un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años, con antecedentes familiares de enfermedad mental de ambos padres, la mayoría son solteros y grado de instrucción secundaria completa y superior y con un diagnóstico médico de Trastorno Bipolar.
- SEGUNDA** : El coeficiente intelectual encontrado en la población de estudio es: Intelectual Superior; siguiendo el Coeficiente Intelectual Promedio; por debajo del Promedio y Deficiente.
- TERCERA** : Los resultados muestran que existe relación estadística significativa entre el Coeficiente Intelectual y el Grado de Instrucción y entre el Coeficiente Intelectual y el Diagnóstico Médico.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: A las autoridades del Centro de Salud Mental Moisés Heresi realice coordinaciones con el Servicio de Psicología para actualizar los informes psicológicos de los pacientes tanto de hospitalización como de consultorio externo.

SEGUNDA: Así mismo se realicen continuamente tamizajes de enfermedades mentales en las Instituciones Educativas como medida de prevención para diagnosticar patologías mentales en forma oportuna.



BIBLIOGRAFÍA

- Conti, N., Trastorno Bipolar: desarrollo histórico y conceptual en Akiskal, Cetcovich-Bakmas, García Boneto, Strejilevich y Vázquez (Comp.) Trastornos Bipolares: Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos, Ed. Panamericana, Bs. As., 2006, pág. 3.
- Crespo, J.M. Trastorno Bipolar. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona, Medicine; 2003; 8 (105): 5645-5653
- Eberhard Fuchs. Neurogénesis en el cerebro adulto: relación con el estrés y la depresión. Laboratorio de Neurobiología Clínica, German Primate Center, Gotinga, Alemania. 2008.
- Golberg, J. y Harrow, M. Trastornos bipolares. Curso clínico y tratamiento. Barcelona, España: MASSON, S.A; 2001.
- Gutiérrez, M.; Scott, J. Psychological treatment for bipolar disorders: A review of randomized controlled trials. European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience. 2004; 254: 92–98
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Perú: Crecimiento y distribución de la población- Primeros resultados. Junio 2008
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”). Estudios Epidemiológicos en Salud Mental. 2002 – 2010. Lima-Perú

- Lewis R. Aiken Tests Psicológicos y evaluación. Editorial Pearson Educación 11va edición, México 2003 ISBN 970-26-0431-1 544pp
- López, A. Trastorno Afectivo Bipolar. Madrid, España: Editorial EDAF S.A.; 2003.
- López, V.; Nicolini, H. Genética del trastorno bipolar, una revisión. Salud Mental, 1999; Vol. 22, Issue 4.
- Manic-Depressive Illness. FK Goodwin y K R Jamison. Oxford University Press, 1990.
- Trastorno Bipolar. Internacional Clinical Psychopharmacology. Mayo de 2004. Suplemento especial en español.
- Trastornos bipolares. E. Vieta y C. Gastó. Springer-Verlag Ibérica, 1997.
- Valle J. Trastorno bipolar. Manual de Psiquiatría. Ars Médica. Barcelona 2002.
- Wess burgess. Manual del Trastorno Bipolar Editorial Robinbook Barcelona 2007 pág 12 – 14

PÁGINAS WEB:

- <http://curiosidades.batanga.com/2010/09/09/como-se-mide-el-coeficiente-intelectual>
- <http://tosomarcelainfosalud-sofia.over-blog.es/article-afirman-que-mayor-coeficiente-intelectual-cause-riesgo-de-trastorno-afectivo-bipolar-86355201.html>
- <http://www.cepvi.com/libros/bipolar.htm#.VTqhJiGqqko>
- <http://www.drromeu.net/trastorno-bipolar/>
- <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-nosologia-epidemiologia-etiotogenia-del-trastorno-90360543>
- <http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>
- <http://www.janssen.es/salud/neurociencia/trastorno-bipolar/tratamientos>
- <http://www.losandes.com.ar/noticia/el-trastorno-bipolar-es-la-sexta-causa-de-discapacidad>
- <http://www.lundbeck.com/mx/pacientes/psicosis/trastorno-bipolar-i>
- http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf
- <https://books.google.com.pe/books?id=VJiz6qk7MrUC&printsec=frontcover&dq=TRASTORNO+BIPOLAR&hl=es-419&sa=X&ei=0xs9VdmWCsLAgwSMsoDIAG&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=TRASTORNO%20BIPOLAR&f=true>



FICHA ESTRUCTURADA

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Qué edad tiene.

15 – 25 años ()	33 – 38 años ()
26 – 36 años ()	39 a más ()
37 – 47 años ()	

2. Sexo:

Masculino () Femenino ()

3. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

Arequipa ()	Tacna ()
Puno ()	Moquegua ()
Cusco ()	Otros ()

4. ¿Con quienes vive Ud.?

Ambos padres ()	Otros familiares ()
Padre ()	Solo ()
Madre ()	cónyuge ()

5. Estado Civil

Soltero ()	Viudo ()
Casado ()	Otros ()
Conviviente ()	

6. Ocupación

Obrero ()	Desempleado ()
Empleado ()	Otros ()

7. Ingresos económicos:

Más del básico () Menos del básico ()

8. Religión:

Católica () Ateo ()
Evangélica () Testigo de Jehová ()
Cristiana () Adventista ()

9. Grado de instrucción

Primaria ()
Secundaria ()
Superior ()
Técnica ()

II. COEFICIENTE INTELECTUAL

- **Valor de Coeficiente Intelectual**

De 60 – 79 () Coeficiente Deficiente
De 80 – 89 () Coeficiente por debajo de la media
90-110 () Coeficiente Promedio
111 a más () Coeficiente superior (Dotado)

III. TRASTORNO BIPOLAR

- **Tipo de Trastorno Bipolar que padece:**

Bipolar ()
Unipolar ()
Mixto ()

- **Tiempo de enfermedad**

6 meses – 1 año() 6 – 9 años ()
2 – 5 años () 10 a más ()

- **Síntomas: Frecuencia de la fase depresiva**

Insomnio () Apatia ()
Tristeza () Anhedonia ()

- **Síntomas: Frecuencia de la fase maniaca**

Hiperactividad() Locuacidad ()
Euforia ()

- **Tipo de tratamiento**

Neurolépticos () Estabilizadores del ánimo ()
Ansiolíticos () Anticonvulsivantes ()
Antidepresivos () Otros ()

- **Presencia de síntomas psicóticos**

SI () NO ()

- **Si la respuesta es SI, ¿Cuáles?**

Alucinaciones () Ideas de grandeza ()
Delirios () Otros ()

PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR EN FASE MANIACA

DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN	EJECUCIÓN			EVALUACIÓN
		M	T	N	
<p>Alteración del patrón de sueño, R/C hiperactividad, percepción errónea del nivel de energía.</p> <p>Objetivo: El paciente recuperará el patrón habitual de sueño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer y respetar horarios de vigilia y sueño. • Establecer un nivel de actividad adecuado. • Valorar efectividad del tratamiento del paciente. 	<p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p>	<p>El paciente mejoró patrón del sueño</p>
<p>Riesgo de traumatismo, R/C inquietud y/o agitación psicomotriz.</p> <p>Objetivo: El paciente no presentará lesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar conocimientos de la familia sobre la toma de medidas de seguridad. • Evitar la conducción de vehículos. • Valorar respuesta a fármacos que reduzcan niveles de inquietud. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>El paciente disminuyó el riesgo de traumatismo</p>

<p>Deterioro de la interacción social, R/C trastorno del auto concepto/alteración de los procesos de pensamiento.</p> <p>Objetivo: El paciente participará en relaciones sociales de forma adecuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a modular la expresión. • Acompañar en el establecimiento de relaciones sociales. • Planificar conjuntamente la secuencia y contenido de las relaciones. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		<p>El paciente logra mejorar sus relaciones interpersonales y sociales.</p>
<p>Cansancio en el desempeño del rol de cuidador, R/C la ausencia de conciencia de enfermedad del receptor de los cuidados.</p> <p>Objetivo: El cuidador o la familia verbalizará deseos de colaborar en los cuidados y expresará un aumento en la capacidad para cuidar al paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar los mecanismos de afrontamiento habituales y adecuarlos a la situación. • Diseñar un plan realista que incluye mecanismos de detección de situaciones de riesgo y formas de conseguir ayuda profesional, e internamiento temporal, si procede. 	<p>X</p> <p>X</p>			<p>El cuidador demuestra mayor capacidad para cuidar al paciente.</p>

<p>Alteración de la nutrición por defecto, R/C inhibición psicomotriz/fatiga/pasividad.</p> <p>Objetivo: El paciente recuperará el peso previo a la aparición del trastorno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer dieta de preferencia, que se atenga a criterios de equilibrio nutricional. • Control de peso. • Reforzar autoimagen en la mejora del peso. • Instruir sobre elaboración de dietas. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>		<p>Paciente logró recuperar peso ideal.</p>
<p>Aislamiento social, R/C auto concepto negativo y/o percepción pesimista del entorno.</p> <p>Objetivo: El paciente recuperará confianza en sus posibilidades de relación y percibirá adecuadamente las interacciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar programa de recuperación de relaciones con personas de mayor afinidad. • Fomentar temas de interés común. • Proporcionar apoyo en las carencias. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>	<p>El paciente logra insertarse progresivamente en las relaciones sociales.</p>

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



PERÚ
Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

DE LA CARIDAD AL BIENESTAR

CONSTANCIA

EL MEDICO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL "MOISES HERESI" QUE
SUSCRIBE,

HACE CONTAR QUE :

La señorita CYNTHIA YRELA PINTO ALEMAN ha realizado su proyecto de investigación de tesis titulado "RELACION DE LAS CARACTERISTICAS SOCIO DEMOCRATICAS Y EL COEFICIENE INTELECTUAL EN LA INCIDENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL "MOISES HERESI" AREQUIPA 2015 " en este Centro Hospitalario los días 5, 6 y 7 de diciembre 2015 en el horario de 7.00 a 10.00 horas.

Se expide la presente, a solicitud de la interesada por los fines que considere convenientes.

Arequipa, 2016 MARZO 22.

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa

Dr. JOSE ALVARADO ACO
C.M.P. 14055 R.E. 9805
Adm. Dir. C.S.M. "Moisés Heresi"



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 135

AREQUIPA - PERÚ

INFORME N° 0169 -CB- 2016

A : Doctora SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2016-0169

Fecha : 10 de marzo de 2016

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN LA INCIDENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI.
AREQUIPA – 2015

Autor(es):

PINTO ALEMAN CYNTHIA YRELA

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **19 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



PROF. AMÉRICO HERRERA VERA
Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Videoteca