revista de
experiencias
clínicas y neurociencias

Riesgo de trastorno bipolar en estudiantes universitarios con sintomatología depresiva elevada

Claudio Andrés Lo Fiego

Lic. en Psicología.
E-mail: claudiolofiego@hotmail.com

Adrián Eduardo Leiderman

Médico especialista en Psiquiatría.
Doctor en Psicología.

Alejandra Jésica Falduti

Estudiante de Psicología.

Ángeles Barrera

Lic. en Psicología.

Wanessa Lobos Alister

Estudiante de Psicología.
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo.

Introducción

Diferenciar los trastornos del estado de ánimo se ha vuelto en el último tiempo un desafío para los profesionales, dada la expansión de criterios diagnósticos para los trastornos del espectro bipolar (1).

La distinción de un episodio depresivo unipolar de uno bipolar en una primera consulta resulta un desafío clínico que muchas veces es insuperable. Esto es evidenciado por el tiempo transcurrido desde la primera visita al psiquiatra hasta el diagnóstico de trastorno bipolar que llega a ser de 7 a 10 años (2).La aparición del primer episodio de manía o hipomanía es tardío y aparece, en promedio, 6 años y medio posterior a la eclosión del primer episodio depresivo (3, 4).

Un ensayo demostró que el 55% de quienes fueron mal diagnosticados de depresión unipolar desarrollaron episodios maníacos o hipomaníacos, mientras que el 23% se tornaron en cicladores rápidos, muy posiblemente por el uso inadecuado de antidepresivos (5).

El trastorno depresivo unipolar es un trastorno con una prevalencia del 15% en la población mundial, con mayor presencia en las mujeres. La edad de inicio del trastorno bipolar es en promedio 10 años anterior a la edad de inicio del trastorno depresivo unipolar (6).

El objetivo de este estudio fue conocer el porcentaje de individuos con una posible depresión clínica que presenta conjuntamente riesgo de tener trastorno bipolar y analizar cuáles son los síntomas depresivos y las variables demográficas asociadas a dicho riesgo.

Métodos

Esta investigación fue de tipo transversal y correlacional. Se realizó una encuesta autoadministrada que fue respondida por alumnos de distintas carreras de la Universidad de Palermo (UP), la Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional del Centro (UNACE) y el Instituto Universitario Nacional de Arte (IUNA) durante el último semestre del año 2011. La investigación fue realizada por alumnos de la Facultad de Ciencias Sociales de la UP. Estos distribuían las encuestas al inicio de la clase. La muestra constó de 823 sujetos, con un rango de edad de 18 a 57 años. Los participantes contestaron la encuesta en un período de 10 minutos en presencia del investigador.

La encuesta estaba constituida por tres partes:

1. Cuestionario acerca de los datos demográficos del sujeto, elaborado ad hoc.

2. El Inventario de Depresión de Beck (BDI I) que es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 puntos con 4 opciones a elegir cada una, el cual arroja información sobre la presencia de sintomatología depresiva. Se otorga de 0 a 4 puntos en cada ítem según nivel de severidad sintomática (7). A efectos de este estudio se consideró que aquellos que tenían un puntaje superior o igual a 13 presentaban sintomatología compatible con depresión clínica, según lo observado en un estudio previo en población latina (8). Este inventario fue adaptado y validado para nuestro país por Bonicatto y colaboradores (9).

3. BSDS: La Escala de Diagnóstico del Espectro Bipolar (BSDS), fue creada por Ronald Pies, y luego refinada y validada por Ghaemi (10). Esta escala ha sido validada en la Argentina (1). La sensibilidad de esta escala es de 0.70 y tiene una especificidad de 0.89 (1). La sensibilidad que posee permite la detección no sólo de manía sino también de hipomanía permitiendo optimizar el diagnóstico de los trastornos del espectro bipolar. Esta

Resumen

Introducción: La presente investigación tiene como objetivo determinar si existe relación entre la sintomatología depresiva elevada y el riesgo de padecer trastorno bipolar en población universitaria, así como describir variables demográficas y preferencias de carrera asociadas con dichas variables. Métodos: Se tomó una muestra de 823 universitarios, a los cuales se les administró el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Diagnóstico del Espectro Bipolar. *Resultados:* Un 12.7% (n=106) presentó síntomas compatibles con depresión clínica y un 1.9% (n=16) presentó riesgo moderado o alto de trastorno bipolar. El 22.4% de los que tenían posible depresión clínica (puntaje ≥ 13 en el BDI) presentaron riesgo alto y moderado de trastorno bipolar. El 43.8% de los que presentaban alta probabilidad de tener trastorno bipolar realizó tratamiento psicofarmacológico y un 87.5% realizó un tratamiento psicológico. El 40% de los que tenía moderado y alto riesgo de tener trastorno bipolar estudiaba carreras artísticas. *Conclusión:* El porcentaje de universitarios con alto riesgo de trastorno bipolar es semejante a lo hallado en la bibliografía internacional. En las personas con altos niveles de depresión este riesgo aumenta estando 1 de cada 4 de ellos en riesgo de padecer trastorno bipolar.
Palabras claves: Sintomatología depresiva - Riesgo de trastorno bipolar - Universitarios - BSDS.

RISK OF BIPOLAR DISORDER OF UNIVERSITARY STUDENTS WITH HIGH DEPRESSIVE SIMPTOMATOLOGY

Abstract

Introduction: This research aims to determine if there is a relation between high depressive symptoms and the risk of suffering from bipolar disorder in university students, as well as describing demographic variables and career preferences association with these variables. Methods: A self-survey was carried out with 823 students who were asked to fill out the Beck Depression Inventory and the Bipolar Spectrum Disorder Scale. *Results*: 12.7% of the population showed symptoms related to clinical depression while 1.9% presented either moderated or high bipolar disorder risk. The 22.4% of those who suffered from clinical depression showed high and moderated bipolar disorder risk. The 43.8% of those who showed high probability of suffering from bipolar disorder risk received psychopharmacological treatment and 87.5% received psychological treatment. The 12.5% of those who were detected as probable bipolar patients never received any treatment, 40% of them were studying an artistic career. *Conclusion:* The percentage of college students at high risk of bipolar disorder is similar to what have been found in the international literature. In people with high levels of depression symptomatology the risk increases being one in four of them at risk for bipolar disorder.
Keywords: Depressive symptoms - Bipolar disorder risk - University students - BSDS.

escala cuenta con dos sesiones: La primera parte incluye una serie de 19 oraciones que describen los principales síntomas del espectro bipolar. Cada oración está unida a un espacio en blanco, que es completado por los sujetos quienes deciden si la afirmación es una descripción exacta de sus sentimientos o comportamientos. A cada afirmación seleccionada se le asigna un punto. La segunda parte del BSDS solicita al sujeto que seleccione hasta qué grado la narración de 19 ítems coincide con su propia experiencia. La escala ofrece cuatro posibilidades: "*esta historia me describe muy bien, o casi perfectamente" (6 puntos), "esta historia me describe bastante bien*" (4 puntos), "*esta historia me describe hasta cierto punto, pero no en la mayoría de los aspectos*" (2 puntos), y "*esta historia no me describe realmente en absoluto*" (0 puntos). El puntaje otorgado por el BSDS oscila entre 0 y 25 puntos.

El estudio original de validación asigna un valor de diagnóstico para facilitar su interpretación clínica: un registro total de 20 a 25 puntos indica que el trastorno bipolar es altamente probable; de 13 a 19 puntos, moderada probabilidad; de 7 a 12 puntos, baja probabilidad y de 0 a 6 puntos, el diagnóstico de trastorno bipolar es altamente improbable (1).

A efectos del análisis en nuestro estudio se dicotomizó las variables de riesgo en riesgo probable (riesgo moderado o alto) y riesgo no probable (riesgo bajo o nulo).

La información que se recabó en las encuestas administradas, fueron plasmadas sobre una base de datos, utilizando una planilla del programa Excel. Luego se utilizó el programa SPSS 17.0 para el cruce de variables y análisis estadístico de la información.

Resultados

Las características de la muestra se encuentran en la Tabla 1.

Prevalencia de riesgo de depresión clínica y de trastorno bipolar

En el presente estudio se halló que el 12.7% de los encuestados tiene una sintomatología compatible con riesgo de depresión clínica (BDI ≥ 13). Aquellos que tienen una sintomatología compatible con depresión clínica toman más psicofármacos y realizan más tratamientos

Tabla1. Características de la muestra encuestada (n=823).

Variables demográficas y socioeconómicas	**Población Total (n=823)**
	%
Sexo	
Femenino	54.6
Masculino	44.7
Estado civil	
Soltero	82.4
Casado/Conviviente	13.6
Divorciado/Separado	2.9
Viudo	0.1
Hijos	
Si	9.8
No	91.2
Trabaja	
Si	50.1
No	49.6
Tratamiento Psicológico	
Si	36.3
No	63.1
Tratamiento Farnacológico	
Si	9.6
No	88.8
Carrera que estudia	
Ciencias Sociales	26.2
Ciencias Económicas	20.3
Carreras artísticas	16.1
Diseño y comunicación	14.6
Derecho	10.2

psicoterapéuticos que los que no tienen dicha severidad sintomatológica (22.4% vs. 7.6%, $X^2(1)=22.05$, $p<0.001$; 45.9% vs. 34.7%, $X^2(1)=4.6$, $p=0.03$, respectivamente).

Un 1.9% (n=16) presentan riesgo de tener trastorno bipolar, ya sea alto (0.1%) o moderado (1.8%), mientras que 7.6% tiene un riesgo bajo (n=62) y el 90.5% (n=739) un riesgo nulo. Aquellos que tienen un riesgo alto o moderado toman en mayor proporción psicofármacos o hacen psicoterapia en relación a los que tienen un riesgo bajo o nulo (43.7% vs. 8.9%, $X^2(1)=21.6$, $p<0.001$; y 87.5% vs. 35.3%, $X^2(1)=18.4$, $p<0.001$, respectivamente)

Asociación entre sintomatología depresiva y riesgo de tener trastorno bipolar

Existe una correlación estadísticamente significativa entre la severidad de la sintomatología depresiva y el puntaje de riesgo de presentar trastorno bipolar ($r=0.47$, $p<0,001$).

El 22.4% de los que tenían posible depresión clínica (BDI ≥ 13) presentaron riesgo alto y moderado de trastorno bipolar.

Aquellos que tenían un puntaje en la BSDS que mostraba un riesgo moderado o alto de trastorno bipolar tuvieron un puntaje en la BDI mayor que aquellos cuyo riesgo de trastorno bipolar era bajo o nulo (13.2 ± 5.7 vs. 6.25 ± 5.4; $Z=4.3$; $p<0.001$).

Este aumento de sintomatología se observó tanto en la dimensión cognitiva afectiva de la escala BDI (5.86 ± 3 vs. 2.57 ± 2.8; $Z=4.4$; $p<0.001$) así como en la dimensión somática (7.33 ± 3.9 vs. 3.67 ± 3.2; $Z=3.6$, $p< 0.001$).

Las personas que presentaron riesgo probable para trastorno bipolar tenían una prevalencia mayor de síntomas compatibles con depresión clínica (60%) que los que no presentaron riesgo (11.7%, $X^2(1)= 30.8$; $p<0.001$).

Diferencias en severidad de sintomatología depresiva entre los individuos con o sin riesgo probable de trastorno bipolar

No existían diferencias en edad, sexo, estado civil, estatus laboral o presencia de estrés entre los que tenían riesgo de tener trastorno bipolar con los que no tenían dicho riesgo ($t(807)=1.6$, $p=0.1$; $X^2(1)=0.01$, $p=0.9$; $X^2(2)=5.27$, $p=0.07$ y $X^2(1)=0.001$, $p=0.97$; $X^2(1)=0.03$, $p=0.86$, respectivamente).

Las personas que tenían riesgo de trastorno bipolar tuvieron mayor severidad sintomatológica específicamente en los ítem de la BDI de pesimismo, insatisfacción, culpabilidad, castigo, disgusto, autoacusación, ideas suicidas, aislamiento, indecisión, imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga y pérdida de interés sexual. En cambio, no hubo diferencias sintomatológicas en tristeza, fracaso, irritabilidad, llanto, pérdida de apetito, pérdida de peso y preocupación somática (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias sintomatológicas en los ítems del Inventario de Depresión de Beck I (BDI I) entre los que tienen o no riesgo de trastorno bipolar.

Ítem de la BDI I	Prueba y probabilidad estadística
Tristeza	Z=-1.5 p=0.12
Pesimismo	Z=-3.1 p<0.001
Fracaso	Z=-0.9 p=0.36
Insatisfacción	Z=-3.6 p<0.001
Culpabilidad	Z=-5.4 p<0.001
Castigo	Z=-3.1 p=0.002
Disgusto	Z=-2.3 p=0.016
Autoacusación	Z=-2.9 p=0.03
Ideas suicidas	Z=-2.5 p=0.01
Llanto	Z=-1.5 p=0.12
Irritabilidad	Z=-0.9 p=0.3
Aislamiento	Z=-3.7 p<0.001
Indecisión	Z=-2.3 p=0.019
Alteración de la imagen corporal	Z=-5.5 p<0.001
Dificultad laboral	Z=-3.9 p<0.001
Insomnio	Z=-2.1 p=0.034
Fatiga	Z=-2.4 p=0.014
Pérdida de apetito	Z=-0.04 p=0.96
Pérdida de peso	Z=0.06 p=0.94
Preocupación somática	Z=0.34 p=0.72
Pérdida de interés sexual	Z=-3.2 p<0.001

Nota: La prueba estadística es la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. En el caso de diferencias, la mayor severidad la tenían los individuos con riesgo de tener trastorno bipolar.

Asociación entre sintomatología depresiva y riesgo de trastorno bipolar con la elección vocacional

No hallamos asociación entre la elección de una carrera universitaria humanística (facultades de arte, ciencias sociales, diseño y comunicación y educación) y el riesgo de tener depresión clínica o trastorno bipolar ($X^2(1)=2.49$, p=0.11 y $X^2(1)=0.57$, p=0.45, respectivamente).

Tampoco hallamos asociación entre la elección de una carrera artística y el riesgo de tener depresión clínica ($X^2(1)=0.36$; p=0.54). En cambio, si hallamos asociación entre la elección de carreras artísticas específicamente y el riesgo de trastorno bipolar. El 40% de los que tenían riesgo moderado y alto de tener trastorno bipolar habían elegido una carrera artística (6/15) vs. el 18% de los que tenían riesgo bajo o nulo (123/671) ($X^2(1)=6.5$; p=0.01).

Discusión

En el presente estudio se halló que un 12.7% de la población universitaria presentó síntomas compatibles con depresión clínica y un 1.9 % presentó riesgo de tener trastorno bipolar alto o moderado.

La prevalencia de posible depresión clínica está en consonancia con lo hallado en otros trabajos (10). En la ciudad de Buenos Aires, en población general se halló probable depresión clínica en un 20.6% de las mujeres y 19.6% de los hombres (11). Sin embargo, un estudio anterior en nuestro país en 5000 jóvenes de 18 años que se presentaron a la consulta médica del servicio militar (es decir en una franja etaria similar a la de nuestro estudio) halló que un 4% de ellos tenían riesgo de presentar depresión (12). Algunos estudios hallaron una tasa de prevalencia semejante a la hallada en nuestro estudio (13, 14, 15) mientras que otras investigaciones en población universitaria de otros países han dado tasas de prevalencia de depresión más elevadas que van desde el 25% a casi el 50% (16, 17, 18, 19). Posiblemente, esta diferencia se deba al tipo de instrumento utilizado. Varios estudios señalan que los cuadros depresivos en universitarios presentan una mayor tasa en comparación con la población general y grupo etario correspondiente (14, 20, 21, 22), incluso mayor a países en desarrollo donde se registran tasas más elevadas (23). En el ámbito universitario, por sus características complejas que exigen nuevas formas de comportamiento para enfrentar situaciones nuevas, existen una serie de factores estresantes que podrían generar depresión (17).

En relación a las tasas de prevalencia del trastorno bipolar, desde la década del noventa a la actualidad, diferentes trabajos sugieren un incremento de las mismas. Las tasas de prevalencia del trastorno bipolar varían en los diferentes estudios epidemiológicos.

Según datos de la *U. S. National Comorbidity Survey Replication* (en el año 2007), la prevalencia estimada es del 1% para el trastorno bipolar tipo I, 1.1% para el tipo II, y del 2.4% para los síntomas subumbrales del trastorno bipolar (25, 26). Otros autores han elevado la prevalencia a lo largo de la vida del "espectro bipolar" a 5.5% (26, 27, 28, 29, 30). En general, puede afirmarse que entre el 3 y 6% de la población desarrolla alguna forma leve de bipolaridad, incluyendo la hipomanía leve o breve o la ciclotimia (31, 32, 33). En nuestro trabajo, se halló un riesgo de casi el 2% en la población universitaria con un promedio de edad similar al de otros estudios (34, 35).

En el presente trabajo se halló que el 22.4% de los que tenía posible depresión clínica presentaron riesgo alto y moderado de trastorno bipolar. Algunas investigaciones confirmarían una alta relación entre dichos trastornos obteniendo cifras prácticamente iguales a las reportadas en nuestro estudio .En un estudio realizado en Francia se encontró que el 22% de los pacientes con depresión mayor podían ser caracterizados como padecientes de trastorno bipolar tipo II debido a sus antecedentes de hipomanía. Incluso, en un estudio ulterior sobre los mismos sujetos, se mostró que este diagnóstico podía extenderse al 40% de ellos sobre la base de una evaluación en profundidad e información colateral; en el mismo trabajo se comprobó que sólo el 6% padecía un trastorno bipolar tipo I (36).

Otra investigación halló que el 24% de los pacientes inicialmente diagnosticados de depresión unipolar obtuvo un diagnóstico positivo para trastorno bipolar con el MDQ (37). Similares resultados se hallaron en otros estudios donde pacientes deprimidos presentaron trastorno bipolar (38, 39, 40).

Del total de la muestra el 36% recibió tratamiento psicoterapéutico y el 9.5% tratamiento con psicofármacos. Estas cifras demuestran que esta población universitaria recibió tratamiento psicológico en un porcentaje mayor en relación a la población general si lo comparamos con un estudio en población general que revela que 22.4% de los encuestados están en tratamiento psiquiátrico o psicológico, y el 8.6% de ellos se encuentran en tratamiento psicofarmacológico (41). Otro estudio ha reportado porcentajes diferentes siendo alrededor del 12% el porcentaje de alumnos de medicina que habían realizado tratamiento psicológico o psiquiátrico (42).

En nuestro estudio no observamos diferencias en edad, sexo, estado civil, estatus laboral o presencia de estrés entre los que tenían riesgo de tener trastorno bipolar con los que no tenían dicho riesgo.

Lo hallado en relación a sexo condice con lo hallado en trastorno bipolar I donde en general no se han encontrado diferencias de género pero no con el trastorno bipolar II donde se observa una mayor prevalencia en mujeres (43).

En relación al estado civil, existen estudios que demuestran que la tasa de prevalencia del trastorno bipolar fue menor en las personas casadas, mientras que en solteros y divorciados la tasa de prevalencia fue varias veces superior (35). La variable estado civil, se estima que puede modificarse en presencia del trastorno bipolar más que actuar como factor predisponente o desencadenante del mismo (44).

Hemos observado ciertas diferencias en la sintomatología depresiva entre quienes tenían riesgo de tener trastorno bipolar o no.

Si bien los síntomas depresivos son característicos tanto del trastorno depresivo mayor y los trastornos del

espectro bipolar, no hay un acuerdo establecido sobre la existencia de rasgos distintivos o síntomas depresivos específicos que distingan las 2 afecciones (45). Sin embargo, se han realizado estudios con población clínica en donde se apreció que los síntomas depresivos como ganancia de peso, aumento de apetito, hipersomnia, desvalorización, agitación psicomotriz, disminución de la capacidad para concentrarse e irritabilidad son mucho más comunes en pacientes que han sido diagnosticados con un trastorno del espectro bipolar (46, 47).

Algunos autores (30, 48, 49, 50) afirman que los pacientes con depresión unipolar que sufren de un trastorno bipolar ya diagnosticado o que posteriormente evolucionaron hacia un trastorno bipolar presentan con mayor frecuencia uno o más de los llamados síntomas "atípicos" de depresión, tales como hipersomnia, hiperfagia y aumento de peso; sin embargo en el presente estudio no presentaron ninguno de los síntomas mencionados las personas con riesgo alto y moderado de riesgo bipolar. Es posible que la diferencia hallada en nuestro estudio obedezca más a razones etarias de la muestra.

La irritabilidad es considerada, por algunos autores, como un síntoma que puede orientar en un paciente deprimido a considerar un trastorno bipolar (46, 51, 52). No obstante, en nuestro estudio no se observó un aumento significativo de la severidad de este síntoma en las personas que tenían un riesgo de tener trastorno. En esta investigación se observó una disminución de interés sexual en los individuos con alto riesgo de trastorno bipolar. Este síntoma es considerado primordial en el trastorno bipolar siendo los cambios del deseo sexual frecuentes en las distintas fases en un sentido u otro (53). Parece importante tener presente estos síntomas dado lo contrastante que son en las dos fases del trastorno bipolar y a la vez son de mayor expresividad en la depresión bipolar que unipolar.

El riesgo de suicidio parece ser más elevado en la depresión bipolar que en la unipolar (30, 46, 54, 55) Esto guarda relación con lo hallado en nuestro estudio en el cual los sujetos con mayor riesgo de trastorno bipolar tenían también una mayor severidad en ideas suicidas.

Otro hallazgo relevante ha sido la asociación entre la elección de carreras artísticas específicamente y el riesgo de trastorno bipolar. El 40% de los que tenían riesgo moderado y alto habían elegido una carrera artística vs. el 18% de los que tenían riesgo bajo o nulo, no observándose dicha asociación entre la elección de una carrera artística y el riesgo de tener depresión clínica. La asociación hallada entre la elección de carreras artísticas y el riesgo nos lleva a pensar en la creatividad como elemento común. La creatividad, es la capacidad de generar un pensamiento original, es la generación de nuevas ideas, o de hallar asociaciones únicas entre conceptos conocidos, capacidad para encontrar conexiones nuevas e inesperadas que habitualmente producen soluciones originales. En un contexto artístico, la creatividad se manifiesta en la capacidad de la obra para diferenciarse de lo previamente existente y en su poder evocador de emociones. En otros contextos no artísticos (científico, pedagógico, etc.), la creatividad se pone de manifiesto en lo que genera una idea y la virtud de ésta al dar respuesta a alguna necesidad.

Las primeras investigaciones buscando esta asociación afirman que la fase hipomaníaca y en la ciclotimia contribuirían a una mayor creatividad (56). Ello es porque se produce un incremento de energía, confianza y actividad (57), fenomenológicamente, las características emocionales, cognitivas y perceptivas de los estados hipomaníacos son las que en mayor grado comparte el pensamiento creativo (58).

Buscando esta asociación entre el trastorno bipolar y la creatividad, distintas investigaciones han confirmado dicha relación (59, 60), así como la mayor frecuencia de depresión y trastorno bipolar en artistas (61, 62, 63).

Nuestro estudio tiene ciertas limitaciones: la muestra fue intencional no probabilística, lo que puede restarle representatividad. Sin embargo, el número de la muestra permite disminuir este sesgo. Por otra parte, debemos ser cautos al considerar los diagnósticos mencionados. Las escalas utilizadas en nuestro estudio revelan el riesgo de tener trastornos, pero no son escalas diagnósticas.

Nuestro estudio ha permitido mostrar que existen posiblemente ciertas características clínicas asociadas con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno bipolar. La identificación de estos pacientes de alto riesgo permitiría tomar medidas específicas, tales como controles más frecuentes, monitorizar la aparición de síntomas de hipomanía o de ánimo mixto, y derivar oportunamente a los expertos si se sospecha que hay características sugerentes de bipolaridad. Esto último es particularmente importante si se consideran los hallazgos recientes que confirman que el tratamiento de la depresión bipolar y la unipolar serían muy diferentes (64).

La tasa de prevalencia de depresión hallada en la población universitaria de nuestro país nos debe hacer considerar este diagnóstico en esta población. La depresión está asociada con el abandono de los estudios así como con un bajo rendimiento académico (65). Por otra parte, el 62 % de los depresivos manifiestan no poder pedir ayuda, lo que significaría no contar con las destrezas adecuadas para lidiar con la depresión agravando así su situación (66).

Sería provechoso tener en cuenta esta información para mitigar dichas consecuencias y permitir una mejor calidad de vida en ese momento de la existencia.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración técnica de: Gisela Laboreau, Lic. en Sociología y Maria Rato, Lic. en Psicología.

Aclaración de conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses ■

Referencias bibliográficas

1. Vázquez G, Romero E, Fabregues F, Pies R, Ghaemi N, Mota-Castillo M. Screening for bipolar disorders in Spanish speaking populations: sensitivity and specificty of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale -Spanish version- (BSDS-S). *Compr Psychiatry* 2010; 51 (5): 552-6.
2. Hirchfeld R, Lewis L, Vornik L. Perception and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of de national depressive and maniac depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 161-174.
3. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22 (3): 517-34.
4. Akiskal HS, Bourgeod ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of a diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59 (1): 5-30.
5. Ghaemi S. Cade's disease and beyond: misdiagnosis, antidepressant use and prop? Definition for spectrum bipolar disorder. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 124-134.
6. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. Madrid: Panamericana; 1999.
7. Beck A, Steer R, Brown G. BDI-II: Inventario de Depresión de Beck. Barcelona: Paidós; 2006.
8. Lasa L, Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Diez-Manrique FJ, Dowrick CF. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J Affect Disord* 2000; 57: 261-265.
9. Bonicatto S, Dewa M, Soria JJ. Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Res* 1998; 79: 277-285.
10. Ghaemi S, Miller C, Berv D, Klugman J, Rosenquist K, Pies R. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord* 2005; 84: 273-7.
11. Cano Vindel A, Salguero J, Mae Wood C, Dongil E, Latorre J. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo* 2012; 33 (1): 2-11 Disponible en: http://www.cop.es/papeles.
12. Leiderman E, Lolich M, Vázquez G, Baldessarini R. Depression: Point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *J Affect Disord* 2011; 30: doi:10.1016/j.jad.2011.09.032.
13. Casullo MM, Pérez M. Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición. (BDI-II). Buenos Aires: Paidós; 2003.
14. Agudelo Vélez DM, Casadiegos Garzón CP, Sánchez Ortiz DL. Relación entre esquemas mal adaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Univ Psychol Bogotá* 2009; 8 (1): 87-104.
15. Riveros QM, Hernández VH, Rivera BJ. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI* 2007; 10 (1): 91-102.
16. Barradas A. Depresión y consumo de alcohol en estudiantes del ITV [Internet] Congreso Academia Journal 2010; VII (9). Disponible en: http://chiapas.academiajournals.com/downloads/CHIS%20SALUD.pdf.pdf.
17. Miranda Bastidas CA, Gutiérrez Segura JC, Bernal Buitrago F, Escobar CA. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la universidad del Valle. *Rev Colomb Psiquiatr* 2000; 29 (3).
18. Amézquita M, Gonzáles R. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Rev Colomb Psiquiatr* 2003; 32: 341-356.
19. Arrivillaga Quintero M, Cortés García C, Goicochea Jiménez VL, Lozano Ortiz TM. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Univ Psychol Bogotá* 2004; 3 (1): 17-26.
20. Ferrel Ortega R, Barros O, Hernández Cantero O. Depression and socio demographic factors associated with college students of health sciences from a public university. *Psicología desde el Caribe* 2001; 10 (27).
21. Czernik S, Jiménez S, Morel M, Almirón L. Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de Corrientes, Argentina. *Alcmeon* 2006; 13: 64-73.
22. Czernik GE, Dabski MF, Canteros JD, Almirón LM. Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 2006; 162: 1-4.
23. Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: incidencia y factores asociados. *Revista Biomédica* 200; 22: 407-416.
24. Cova F, Alvial W, Arod M, Bonitette A, Hernández M, Rodríguez C. Mental health problems in students from the university of Concepción. *Terapia Psicológica* 2007; 25: 105-112.
25. Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 241 (4): 247-258.
26. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (6): 617-627.
27. Angst J. Epidemiology of the bipolar spectrum. *Encephale* 1995; 21 Spec (6): 37-42.
28. Regeer EJ, ten Have M, Rosso ML, Hakkaart-van Roijen L, Vollebergh W, Nolen WA. Prevalence of bipolar disorder in the general population: a reappraisal study of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110 (5): 374-382.
29. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 543-52.
30. Akiskal HS, Vázquez GH. Widening the borders of the bipolar disorder: validation of the concept of bipolar spectrum. *Vertex* 2006; 17 (69): 340-6.
31. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord* 2005; 85: 245-58.
32. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276 (4): 293-299.
33. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50 (2-3): 143-151.
34. GoiKolea JM, Colom F, Martínez Aran A, Sánchez Moreno J, Giordano A, Vieta E, et al. Clinical and prognostic implications of seasonal pattern in bipolar disorder: a 10 year follow up of 302 patients. *Psychol Med* 2007; 37 (11): 1595-1599.
35. Young LT, Bagby MR, Cooke RG, Parker JDA, Levitt AJ, Joffe RT. A comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar patients and unipolar depression. *Psychiatry Res* 1995; 58: 139-43.
36. Vieta Pascual E, Gastó Ferrer C. Trastornos bipolares. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997.
37. Akiskal HS. The Dark Side of Bipolarity: Detecting Bipolar Depression in its Pleomorphic Expressions. *J Affect Disord* 2005; 84 (2-3): 107-115.
38. Sánchez Moreno J. Programa de Trastornos Bipolares del Hospital Clinic de Barcelona, estudio "Screening de trastorno bipolar en los pacientes con depresión atendidos en las consultas psiquiátricas en España". En: 16º Congreso Europeo de Psiquiatría. Niza, Francia; 2008.
39. Benazzi F. Prevalence and clinical correlates of residual depressive symptoms in bipolar II disorder. *Psychother psychosom* 2001; 70: 232-238.
40. Seretti A, Mandelli C, Lattuada E, Cusin C, Smeraldi E. Cli-

nical and demographic flatures of mood disorder subtypes. *Psychiatry Res* 2002; 112 (3): 195-210.
41. Judd L, Akiskal HS, Maser JD, Zeller P, Endicott C, Coryell W, Keller M. A prospective investigation of the natural history of long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60, 261-269.
42. Leiderman E. Prevalencia de sintomatología psicótica en la población general de la Ciudad de Buenos Aires. En: XXVI Congreso Argentino de Psiquiatría. Mar del Plata, Argentina; 2009.
43. Joffre-Velázquez V, Martínez-Perales G, García-Maldonado G, Sánchez-Gutiérrez de Lara. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. *Alcmeon* 2007; 14 (1): 86-93.
44. Burt VK, Rasgon N. Special considerations in treating bipolar disorder in women. *Bipolar Disord* 2004; 6: 2-13.
45. Montaño I. La terapia cognitiva y otras intervenciones psicosociales en el manejo integral de los trastornos bipolares. *Avances en psiquiatría biológica* 2006; 7.
46. Weinstock LM, Strong D, Uebelacker LA, Miller IW. Differential item functioning of DSM-IV depressive symptoms in individuals with a history of mania versus those without: an item response theory analysis. *Bipolar Disord* 2009; 11 (3): 289-297.
47. Benazzi F. Symptoms of depression as possible. Switching markers of bipolar II disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30 (3): 471-477.
48. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68 (8): 791-798.
49. Ghaemi S, Saggese J, Goodwin F. Diagnosis of Bipolar Deression. In: Mallakh R, Ghaemi S, editors. USA: American Psychiatric Publishing Inc; 2006; p. 3-36.
50. Ghaemi SN, Bauer M, Cassidy F, Malhi GS, Mitchell P, Phelps J, et al. Diagnostic guidelines for bipolar disorder: A summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report. *Bipolar Disord* 2008; 10: 117-28.
51. Bowden CA. Different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord* 2005; 84: 117-25.
52. Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld RM. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disord* 2008; 10: 144-52.
52- Schneck CD. Mixed depression: the importance of rediscovering subtypes of mixed mood states. 2009; 166: 127-30.
53. Vieta E. VII Curso Internacional de Sexualidad y Salud Mental Salamanca. Salamanca, España; 2013.
54. Bottlender R, Jäger M, Strauss A, Möller HJ. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 5: 257-61.
55. Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 896-9.
56. Andreasen NC. Creativity and mental illness: prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry* 1987; 144 (10): 1288-92.
57. Richards RL, Kinney D, Lunde I, Benet M, Merzel A. Creativity in manic-depressives, cyclothymes, their normal relatives and control subjects. *J Abnorm Psychol* 1988; 97: 281-288.
58. Barrantes-Vidal N, Vieta E. Creatividad y Bipolaridad. Barcelona: Mra Ediciones; 2001.
59. MacCabe J, Lambe M, Cnattingius S, Sham P, David A, Reichenberg A, et al. Excellent school performance at age 16 and risk of adult bipolar disorder: national cohort study. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 109-115.
60. Kyaga S, Lichtenstein P, Boman M, Hultman C, Långström N, Landén M. Creativity and mental disorder: family study of 300,000 people with severe mental disorder. *Br J Psychiatry* 2011; PMID: 21653945.
61. Akiskal H. Trastornos bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
62. Akiskal HS, Akiskal KK, Perugi G, Toni C, Ruffolo G, Tusini G. Bipolar II and anxious reactive "comorbidity": toward better phenotypic characterization suitable for genotyping. *J Affect Disord* 2006; 96 (3): 239-247.
63. Simeonova D, Chang K, Strong C, Keiter T. Creativity in familial bipolar disorder. *Psychiatric Res* 2005; 39 (6): 623-631.
64. Leyton F, Barrera A. Bipolar depression and unipolar depression: differential diagnosis in clinical practice. *Rev Med Chile* 2010; 138: 773-779.
65. Eisenberg J. "Correlational research about depression and dropping out of college". University of Michigan Medical School; Michigan, USA. 2009.
66. Schwenk T. Depression at University. University of Michigan Medical School. *JAMA* 2009.