



EL IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA MUJER CON TRASTORNO BIPOLAR

THE IMPACT OF PREGNANCY ON WOMEN WITH BIPOLAR DISORDER

AUTORA: CARMEN SEVERIANO SALOMÓN

DIRECTORA: BEATRIZ CORONA GOMEZ



TRABAJO FIN DE GRADO

CURSO 2022-2023

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

Tabla de contenido

ABSTRACT:	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS:	5
METODOLOGÍA:	5
DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS:	6
1. TRASTORNO BIPOLAR	6
1.1 Definición	6
1.2 Tipos de episodios y clasificación de los trastornos bipolares	6
1.3 Diagnóstico	8
1.4 Etiología y factores predisponentes	9
1.5 Comorbilidad	10
2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER CON TRASTORNO BIPOLAR	11
2.1 Impulsividad y salud sexual en el trastorno bipolar	11
2.2 Trastorno bipolar y salud sexual en la mujer	12
2.3 Trastorno bipolar y embarazos no planificados	12
2.4 Trastorno bipolar y maternidad	13
3. EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO EN LA MUJER CON TRASTORNO BIPOLAR	14
3.1 Embarazo y trastorno bipolar	14
3.2 Postparto y trastorno bipolar	17
4. MANEJO TERAPÉUTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR EN EL EMBARAZO	20
4.1 Tratamiento del trastorno bipolar	20
4.2 Intervenciones de enfermería.....	25
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
Anexo I	32
Anexo II	33
Anexo III	35
Anexo IV	37

RESUMEN:

El trastorno bipolar es una enfermedad mental crónica la cual afecta a gran parte de la población. El debut de esta enfermedad suele tener lugar entre la adolescencia y la adultez temprana, sucediéndose a lo largo de toda la vida fértil de las mujeres.

En ocasiones, la impulsividad e hipersexualidad característica de estos pacientes da lugar a conductas sexuales de riesgo que desencadenan en un alto número de embarazos no planificados.

El embarazo y el postparto suponen una situación de alto riesgo para las mujeres con trastorno bipolar ya que la posibilidad de sufrir recurrencias de la enfermedad aumenta considerablemente. Se trata de un periodo en el que las preocupaciones y los miedos en relación con el tratamiento farmacológico y la salud materno-fetal aumentan, suponiendo un gran impacto sobre la mujer con trastorno bipolar.

La planificación del embarazo cuando la paciente se encuentra en un periodo eutímico y estable por un tiempo prolongado permite el desarrollo de embarazos más seguros.

En consecuencia, la salud sexual y reproductiva de estas mujeres debe ser abordada por parte de los profesionales, con el objetivo de garantizar una planificación familiar adecuada. Los profesionales enfermeros tienen un papel fundamental en la educación sexual y reproductiva y la promoción de la salud de este grupo de mujeres.

Palabras clave: Trastorno bipolar, salud sexual, planificación familiar, embarazo, enfermería.

ABSTRACT:

Bipolar disorder is a chronic mental illness that affects a large part of the population. The debut of this illness usually takes place between adolescence and early adulthood, occurring throughout the entire fertile life of women.

Sometimes, the impulsiveness and hypersexuality characteristic of these patients give rise to risky sexual behaviors that trigger a high number of unplanned pregnancies.

Pregnancy and postpartum pose a high-risk situation for bipolar women since the possibility of suffering recurrences of the disease increases considerably.

It is a period in which concerns and fears in relation to drug treatment and maternal-fetal health increase, assuming a great impact on women with bipolar disorder.

Pregnancy planning when the patient is in a euthymic and stable period for a long time allows the development of safer pregnancies.

Consequently, the sexual and reproductive health of these women must be addressed by professionals, with the aim of guaranteeing adequate family planning.

Nursing professionals play a fundamental role in this, addressing together with these women their sexual and reproductive health through education and health promotion.

Key words: bipolar disorder, sexual and reproductive health, family planning, pregnancy, postpartum, nursing.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) es un tipo de trastorno mental crónico grave que se caracteriza por oscilaciones del estado de ánimo, con síntomas maníacos y depresivos (1). Alrededor del 3% al 6% de la población sufre esta enfermedad, aunque sea de forma leve (2). Se trata de una de las enfermedades que provocan mayor discapacidad en el mundo, siendo una de las principales causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad entre los 15 y los 45 años (1). Lo cual supone un gran impacto en la vida económica, social y laboral de aquellos quienes la padecen (3). Además de una alta morbilidad, los pacientes con TB tienen tasas de mortalidad más elevadas que la población general, especialmente a causa del riesgo de suicidio (1).

Existen dos tipos de trastornos bipolares principales, los cuales se diferencian por el tipo de episodios y la gravedad de estos. El trastorno bipolar tipo I se caracteriza por episodios de manía, protagonizados por sentimientos de euforia, exaltación, elevación de la autoestima e impulsividad, en alternancia con episodios depresivos. El trastorno bipolar tipo II, sin embargo, incluye cuadros depresivos e hipomaniacos. Además, existen otras formas de la enfermedad como la ciclotimia o los episodios mixtos (2,3). La prevalencia del TBI es entre 0,1-0,4%, mientras que del TB2 está entre 0,2 y 2% (1).

La edad de inicio se encuentra entre la adolescencia y la adultez temprana.

Inicialmente no se consideraron diferencias de género, a pesar de ello, los estudios más recientes demuestran una diferencia de 3.2 años en el diagnóstico entre hombres y mujeres. La edad precoz de inicio no solo se asocia al género masculino sino a conductas antisociales en la infancia (2).

Las mujeres parecen verse más afectadas por el TB tipo II, iniciando mayormente con episodios depresivos y presentando en el curso de la enfermedad mayor número de episodios mixtos y ciclotímicos (2) (4).

En la mayoría de los estudios se ha observado una frecuencia máxima de edad de inicio entre los 28 y los 44 años, con una reducción del riesgo a partir de los 50 (2). Es por ello que en el caso de las mujeres esta enfermedad se sucede a lo largo de casi toda su vida fértil (5).

Hasta la adolescencia la prevalencia de sufrir episodios depresivos es similar para ambos sexos, constituyendo la menarquía el momento que define el incremento de los trastornos depresivos a lo largo de toda su vida reproductiva. Pese a que la prevalencia no está bien establecida, se estima que un 20% de las mujeres entre 15 y 24 sufren un episodio depresivo mayor (6). Además, se asocia una mayor vulnerabilidad para sufrir episodios del estado del ánimo en relación con el ciclo menstrual, el periodo postparto y la transición menopáusica (7). En el caso de las embarazadas, la prevalencia del trastorno bipolar es del 2.8%, siendo el TB tipo II el más frecuente.

El embarazo supone una situación de riesgo sustancial de sufrir recaídas, con tasas de interrupción del tratamiento de hasta el 50% (8) y una mayor predisposición para padecer complicaciones relacionadas con la maternidad (9). Un estudio realizado por el National Institute of Mental Health (NIMH) ha evaluado a 139 mujeres con trastorno bipolar embarazadas, de las cuales un tercio refiere una variación anímica durante el embarazo y el 45% refiere haber presentado problemas emocionales severos durante el curso de éste o durante el primer mes del puerperio (10).

Además, existen algunos factores de riesgo relacionados (10) con la gestación que pueden aumentar las posibilidades de sufrir un episodio, entre ellos el embarazo en la adolescencia, un embarazo no planificado, ser madre soltera, tener conflictos de pareja y/o desventajas socioeconómicas (11).

En relación con los embarazos no planificados, se observan tasas significativamente más altas en las mujeres con trastorno bipolar frente a las de la población general (12)(13). Es por ello que se debe considerar la salud sexual de las mujeres con trastorno bipolar de una forma especial, teniendo en cuenta que los estados maniacos e hipomaniacos se relacionan con comportamientos sexuales de riesgo y un mayor número de parejas sexuales (3). Esto supone una amenaza tanto de enfermedades de transmisión sexual como de un embarazo no deseado (14).

Desde el punto de vista enfermero se debe valorar esta situación en todas las mujeres en edad fértil que padecen trastorno bipolar e intervenir para garantizar una adecuada salud sexual y planificación familiar. Se debe abordar conjuntamente con todas las mujeres en edad fértil el uso de métodos anticonceptivos y el riesgo de embarazo, independientemente de su voluntad de ser madres (2).

Se ha demostrado que la planificación de un embarazo eligiendo el momento adecuado, es decir, cuando la paciente está eutímica y clínicamente estable por un tiempo prolongado, permite la realización de tratamientos más seguros a diferencia de un embarazo no planificado, asumiendo un menor riesgo en la estabilidad de la paciente (7).

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Analizar el impacto que el embarazo supone sobre las mujeres con trastorno bipolar.

Objetivos específicos:

- Definir el trastorno bipolar y sus diferentes características
- Analizar los episodios del trastorno bipolar y su relación con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- Mostrar como el embarazo y el postparto influyen en el trastorno bipolar y viceversa.
- Analizar los riesgos y beneficios de mantener o interrumpir el tratamiento del trastorno bipolar durante el periodo perinatal.
- Mostrar la importancia que las intervenciones enfermeras tienen en la salud sexual y reproductiva de las mujeres con trastorno bipolar.

METODOLOGÍA:

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica. Para la realización de esta se han consultado diferentes bases de datos como Google Académico, Pubmed, Scielo y Elsevier.

Además, se ha accedido a la web online NNNconsult con el objetivo de consultar los diagnósticos e intervenciones correspondientes.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido: “trastorno bipolar”, “embarazo”, “salud sexual”, “planificación familiar”, “impulsividad”, “postparto” y “enfermería”. Estas mismas palabras han sido traducidas al inglés con el objetivo de ampliar la búsqueda. Asimismo, se ha utilizado operadores booleanos como “AND” y “OR”.

El resto de los filtros han sido el libre acceso y texto completo. Además, se ha tratado de recurrir a artículos de los últimos 5 años, aunque no siempre ha sido posible por lo que se acabó ampliando la búsqueda a los últimos 10 años. Finalmente, se obtuvieron 45 artículos, a través de los cuales se ha recopilado la información necesaria para realizar la revisión bibliográfica.

DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS:

El trabajo está compuesto por 4 capítulos, los cuales a su vez se dividen en subapartados.

Capítulo 1: En el primer capítulo se realiza una descripción del trastorno bipolar. Estableciendo su definición, los tipos que existen y los síntomas que lo caracterizan. Además, se muestran los criterios diagnósticos y métodos de evaluación para diagnosticar esta enfermedad, así como los factores etiológicos y predisponentes y las principales morbilidades asociadas al trastorno.

Capítulo 2: En este capítulo se analiza la impulsividad, y su relación con la salud sexual y reproductiva de las mujeres con trastorno bipolar. Además, se exponen los deseos y miedos de estas mujeres acerca de la maternidad.

Capítulo 3: Este capítulo muestra la forma en que el embarazo y el postparto impactan sobre el trastorno bipolar y viceversa. Teniendo en cuenta las preocupaciones de las pacientes y como estas influyen sobre la gestación.

Capítulo 4: El último capítulo recoge el tratamiento habitual del trastorno bipolar y su compatibilidad con el embarazo y la lactancia. También se trata el papel de la enfermería en este proceso, a través de la planificación familiar y la educación y promoción de la salud.

1. TRASTORNO BIPOLAR

1.1 Definición

El trastorno bipolar, anteriormente conocido como enfermedad maniaco-depresiva, ha sido clasificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales como un trastorno del estado de ánimo (15). Se trata de una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alternancia cíclica y recurrente del estado del ánimo, con episodios maníacos, depresivos y mixtos (16). Se distingue por la presencia de cambios en el nivel de energía, actividad y en la habilidad para poder realizar actividades diarias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la califica como la sexta patología, entre todos los trastornos médicos, que provoca mayor morbilidad a nivel mundial, dado su fuerte impacto sobre la función social y ocupacional. Según la OMS en octubre de 2015 el 3% de la población mundial presenta trastorno bipolar (17).

1.2 Tipos de episodios y clasificación de los trastornos bipolares

- **La manía y la hipomanía**

La manía se caracteriza por un exceso de energía, un comportamiento hiperactivo y la disminución de la necesidad de sueño, suelen sufrir insomnio, pero sin sensación de cansancio. Durante este estado de ánimo los pacientes sufren una desinhibición y pérdida de la atención, muestran un exceso de autoestima, exaltación y sobrevaloración del yo, extroversión y en muchos casos hipersexualidad. Hasta el 75% de los pacientes en los casos más extremos de manía pueden llegar a sufrir psicosis y, en ocasiones, ideación suicida (4)(15). En esta fase los pacientes se sienten bien, por lo que es frecuente el abandono del tratamiento (11).

Los episodios hipomaníacos sin embargo son más breves y de menor intensidad, suponiendo un menor impacto en el bienestar de las personas bipolares. Además carece de sintomatología psicótica (4).

- **La depresión**

Los episodios depresivos se caracterizan por un afecto hipotímico, se aprecia tristeza, falta de interés, vacío, apatía, inactividad, alteración del apetito y del sueño, con insomnio e hipersomnia diurna, entre otras. Además, puede producirse un enlentecimiento psicomotor y del lenguaje; con una disminución de la capacidad de pensar, concentrarse o tomar decisiones. Al contrario que en las fases maníacas se suele producir una disminución de la libido (11)(15).

- **Episodios mixtos**

También existen fases mixtas en los que coexisten síntomas propios de la manía y de la depresión. El desequilibrio emocional se manifiesta a través de susceptibilidad, inquietud, hiperactividad, insomnio, ideas de culpabilidad, taquipsiquia, tristeza persistente o tendencia al llanto (15).

Tras estos episodios puede aparecer un intervalo carente de sintomatología denominado periodo de eutimia (15).

La Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Desórdenes Mentales (DSM V), define y clasifica los trastornos bipolares en (17):

- **TB tipo I**

El trastorno bipolar tipo I se caracteriza por la aparición de al menos un episodio maníaco seguido de un episodio de hipomanía o depresión mayor y lo sufre aproximadamente el 1% de la población, hombres y mujeres por igual (4). Para que se establezca el diagnóstico de un episodio maníaco este debe durar al menos una semana y estar presente la mayor parte del día, casi todos los días (17).

- **TB tipo II**

El trastorno bipolar II se distingue por al menos un episodio depresivo de una duración de dos semanas aproximadamente, seguido de al menos un episodio de hipomanía (17). Esta variante lejos de representar una forma leve se asocia a una gran limitación funcional y mayor

comorbilidad (2). Pese a no presentar delirios ni alucinaciones el número de episodios es más elevado y se prolongan más en el tiempo (11).

- **Trastorno ciclotímico**

Para este trastorno se exige la presencia, durante al menos dos años, de episodios de hipomanía y depresión los cuales no cumplen con los criterios de un episodio afectivo mayor (17).

- **TB y trastorno relacionado inducido por sustancias o medicamentos**

Se produce una alteración del estado de ánimo (asociada a manía o depresión) fruto de los efectos de una sustancia (15).

- **TB y trastorno relacionado debido a otra afección médica**

Aparece un episodio evidente y duradero de sintomatología maniaca, en consecuencia, a una afección médica y no se encuentra evidencia mejor en relación a otro trastorno mental (15).

- **TB y trastorno relacionado especificado y no especificado**

Se establece dicho diagnóstico cuando el paciente parece padecer trastorno bipolar pero su sintomatología no encaja con ninguno de los demás subtipos (15).

1.3 Diagnóstico

El inicio del trastorno bipolar sucede entre la adolescencia tardía y la adultez joven, alrededor de los 25 años. El diagnóstico se establece cuando se observa la alternancia de un episodio depresivo con manía. Por lo general, esta enfermedad suele despuntar en forma de depresión, por lo que el criterio definitivo suele ser la aparición de un episodio maníaco o hipomaníaco (16).

Como consecuencia, se trata de una enfermedad con una importante demora diagnóstica, ya que suele subdiagnosticarse, en muchos casos, como depresión unipolar. Hasta un 69% de las personas con trastorno bipolar han sido diagnosticadas erróneamente con anterioridad, con el conjunto de riesgos que esto conlleva, no solo por la dilación en la administración de un tratamiento adecuado, sino por la toma de otro posiblemente perjudicial (17).

La evaluación del trastorno bipolar exige una completa anamnesis y exploración, tanto psiquiátrica como somática. En ocasiones, el aumento de la energía y la productividad pueden no haber sido percibidos por el paciente, por lo que se recomienda completar la recogida de información con aportaciones de familiares cercanos (2).

1.3.1 Criterios diagnósticos

La correcta realización de un diagnóstico requiere tener en cuenta la intensidad de la sintomatología, así como, el periodo de tiempo de duración.

Para ello se cuenta con dos entidades diagnósticas como el DSM-V y el CIE-10, sin embargo, ambas no siguen los mismos criterios. Las principales diferencias se encuentran en el número mínimo de episodios para el diagnóstico y en la distinción entre los trastornos bipolares I y II (2)(18).

Mientras que para el DSM-V un único episodio de alteración del estado de ánimo es suficiente para declararlo como trastorno bipolar, el CIE-10 exige al menos dos episodios, ya implique una exaltación del estado de ánimo o una disminución de este (2). Además, el DSM-V incluye “Aumento de la energía o de la actividad orientada a objetivos respecto a lo habitual en el sujeto”, añadido a la elevación del estado de ánimo, por lo tanto se mejora la especificidad del mismo (18).

Sin embargo, los criterios para diagnosticar los diferentes episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos o mixtos son similares en ambas clasificaciones (2).

1.3.2 Métodos de evaluación

Los principales métodos de cribado son el cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ) y el Listado de Síntomas de Hipomanía (Hypomania Symptom Checklist, HCL-32).

Como instrumentos adicionales de ayuda diagnóstica se recomiendan la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), la Entrevista Clínica Estructurada para los Diagnósticos del Eje I y II del DSM-V (SCID I y II) y el Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) (2).

En nuestro país se han validado algunas escalas universalmente reconocidas para evaluar la gravedad de la sintomatología tales como la Escala Hamilton para la Depresión (HDRS) (Anexo II), la Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS) (Anexo III) y la Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos (EVMAC) (2)(11).

El empleo de estas escalas permite alcanzar un mejor conocimiento de la situación de partida y ayuda a dar más objetividad, pero en ningún caso debe reemplazar la entrevista clínica (2).

1.4 Etiología y factores predisponentes

1.4.1 Factores etiológicos

En la actualidad aún no se ha encontrado una causa o explicación general a la aparición del trastorno bipolar. Son muchas las investigaciones que están tratando de encontrar una causa biológica a esta enfermedad, pero hoy en día aún no se ha dado con ella.

Aun así, la enfermedad se asocia a algunas causas que parecen tener fuerte influencia en el inicio y curso de la enfermedad.

- **Factores genéticos:** Pese a no haber encontrado marcadores genéticos fiables, uno de los principales factores relacionados parece ser la heredabilidad (15). Con respecto a esto, la posibilidad de padecer la enfermedad en los familiares de primer grado de una persona con TB es del 15% al 30% (19). Se estima que hasta el 50% de las personas bipolares tienen un familiar que padece una alteración del estado de ánimo. Así mismo, el riesgo aumenta 10 veces en las personas con antecedentes familiares frente a la población general (15).
- **Factores tóxicos:** Otra de las principales causas es el consumo de tóxicos, como el alcohol, el hachís, la cocaína y las anfetaminas, los cuales se ha demostrado que son desencadenantes (16).
- **Factores biológicos:** A nivel biológico se han valorado hipótesis bioquímicas en referencia a las indolaminas y las catecolaminas, estas últimas relevantes en la respuesta al estrés (16). Los principales neurotransmisores que parecen verse

afectados son la serotonina, la dopamina y la norepinefrina, la cual eleva los niveles de alerta y vigilia (1).

- **Factores neurológicos y hormonales:** Se ha encontrado relación con patologías de tiroides, hipófisis, gónadas y corteza suprarrenal (16). Asimismo, se asocia a una anomalía en el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), el encargado de la respuesta endocrina al estrés, tanto en las fases sintomatológicas del TB como en los periodos eutímicos (15).
- **Factores psicosociales:** En relación con la incapacidad de los factores biológicos y genéticos de explicar el curso de la enfermedad, parece que los aspectos psicosociales pueden influir en esta. Los shocks emocionales o ciertos problemas psicológicos pueden estar relacionados. En el caso de la depresión, esta se asocia a acontecimientos negativos como pérdidas o fracasos. Mientras que la manía se vincula a episodios hostiles, e incluso experiencias positivas. Por lo que debemos tener en cuenta que aquello que envuelve al paciente puede ser determinante (15). Especialmente en las etapas vitales de mayor vulnerabilidad como son la adolescencia o el embarazo (1).

1.4.2 Factores predisponentes

Existen una serie de factores predictivos de bipolaridad entre ellos:

- El inicio precoz del episodio depresivo (generalmente mujeres menores de 25 años).
- La aparición de un episodio depresivo con inhibición psicomotriz e hipersomnia.
- Historia familiar de TB.
- Antecedentes de depresión postparto.
- Antecedentes de hipomanía al iniciar tratamiento con antidepresivos.

Además, antecedentes personales como haber sido víctima de abuso sexual, historia de trastornos de déficit de atención o un carácter explosivo e irritable durante la infancia también se relacionan con la aparición del TB (16).

Un estudio realizado en España en 2019 estableció que la relación entre la polaridad predominante (PP) y algunas circunstancias. Por ejemplo, la PP depresiva se asocia a una mayor probabilidad de comorbilidad con ansiedad, así como, con un mayor número de recaídas de mayor duración y un aumento del riesgo de suicidio.

Mientras que la PP maníaca se asocia al consumo de tóxicos previo y una mejor respuesta a los antipsicóticos atípicos (20).

1.5 Comorbilidad

La comorbilidad, o también denominada morbilidad asociada, es la coexistencia de dos o más enfermedades en un individuo, esto puede suponer la interacción entre ambas enfermedades, dando lugar a un peor pronóstico. En el caso del trastorno bipolar la comorbilidad es la norma más que la excepción.

Las más frecuentes son (2):

- **Abuso de sustancias:** Este tipo de dualidad psiquiátrica tiene una elevada prevalencia dentro de los trastornos psiquiátricos. Se estima que hasta un 60% de los pacientes con trastorno bipolar consumen sustancias tóxicas. El consumo más habitual suele ser el de alcohol, lo siguen otras ilegales como el cannabis, la cocaína o el éxtasis (15).

- **Trastornos de ansiedad:** Casi un 50% de las personas bipolares padecen también un trastorno de ansiedad asociado. Esta comorbilidad se relaciona con un mayor número de episodios de depresión y un incremento del riesgo de suicidio (15)(17).
- **Los trastornos de la conducta alimentaria:** En cuanto a los trastornos alimenticios y el TB, la práctica clínica ha demostrado su estrecha relación. En el caso de la bulimia nerviosa, se establece una comorbilidad del 2 al 15% con el trastorno bipolar tipo II. Pero no solo eso, sino que también se asocia a atracones alimenticios y a la obesidad, como así lo reconoce el DSM-V, en muchos casos estos efectos se relacionan con el tratamiento y el estilo de vida adoptado (15).
- **Los trastornos de personalidad:** La comorbilidad entre ambos trastornos está muy presente, algunas revisiones sistemáticas como la de Fornaro et al. confirmaron que la comorbilidad está latente en el 20% de las personas que experimentan síntomas combinados de ambos diagnósticos (2)(17).
- **Los trastornos de déficit de atención e hiperactividad:** En este caso, la prevalencia ronda entre el 9,5 y el 28%. Estos pacientes suelen debutar con un episodio maníaco, entre 3 y 5 años antes que el resto de las personas con TB. La coexistencia de ambas enfermedades supone un impacto negativo sobre su calidad de vida y el curso de la enfermedad (15).

2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER CON TRASTORNO BIPOLAR

2.1 Impulsividad y salud sexual en el trastorno bipolar

Son varios los estudios que han demostrado la relación entre la impulsividad y el trastorno bipolar, mostrando la presencia de impulsividad tanto en la manía aguda y la depresión, así como durante los periodos eutímicos (21).

La impulsividad está asociada con un peor pronóstico de la enfermedad, ya que se asocia con mayor deterioro funcional, aumento de las tentativas suicidas y mayores tasas de ingresos hospitalarios.

Uno de los principales métodos de medición es la Escala de Impulsividad de Barratt (Anexo IV), su creador planteó que la impulsividad se dividía en tres subrasgos, los cuales están relacionados con los episodios del estado de ánimo del trastorno bipolar (22).

- Cognitiva
- Motora: es decir, la incapacidad de inhibir respuestas cuando es preciso se relaciona con los episodios maníacos.
- No planificada: la cual se relaciona con los episodios depresivos, se trata de aquella tendencia a elegir las recompensas inmediatas en vez de otras mejores en el futuro (22).

Este rasgo característico de los enfermos bipolares afecta directamente sobre su salud sexual ya que tienden a sufrir problemas sexuales, que afectan tanto a sus relaciones de pareja como a su calidad de vida (14) . Los pacientes con este tipo de trastornos alegan mantener relaciones

sexuales con más frecuencia, además de tener un mayor número de parejas sexuales, relaciones sexuales de riesgo sin protección y mayor historial de enfermedades de transmisión sexual (23).

Las conductas sexuales de riesgo suelen producirse especialmente en las fases maníacas, donde la impulsividad y la desinhibición de responsabilidad dan lugar a comportamientos de hipersexualidad. Un estudio publicado en Polonia en 2022 demostró que las mujeres con trastorno bipolar experimentan comportamientos sexuales de riesgo en mayor medida que las mujeres sanas (23).

Un estudio cualitativo publicado en 2023, el cual evaluó a 5 personas con trastorno bipolar afirmaba que todas ellas sentían una estrecha relación entre los cambios de humor y el grado de deseo y actividad sexual. Referían un aumento del interés sexual durante la fase maníaca y tendencia a querer experimentar más. Algunos de los participantes referían haber mantenido relaciones caóticas, muchas parejas y comportamientos experimentales, que en ocasiones excedían los límites. Así mismo quienes estaban en pareja alegaban no sentirse al mismo nivel, dando lugar a descontento sexual en ambas partes (14).

Esta variabilidad del deseo sexual se relaciona con problemas para establecer y mantener relaciones de pareja. Se muestra que las personas con trastorno bipolar tienden a cambiar más de pareja en comparación con las personas que padecen depresión unipolar y las personas sanas (14).

2.2 Trastorno bipolar y salud sexual en la mujer

El trastorno bipolar tiene lugar de igual manera en hombres y mujeres. A pesar de ello el curso de la enfermedad parece no ser el mismo.

El TB en mujeres, se relaciona con el debut en forma depresiva de la enfermedad, con el desarrollo en mayor medida del TB tipo II, con episodios de manía mixta, así como, con la ciclación rápida, que consiste en la sucesión de 4 o más episodios de manía y depresión en un año (4).

En consecuencia, según algunos estudios se aprecian diferencias de género en el impacto de la enfermedad, provocando mayor alteración en la calidad de vida de las mujeres tras realizarles el cuestionario sobre trastornos del estado de ánimo (Mood Disorder Questionnaire, MDQ) (Anexo I)(24).

Estas diferencias suponen también un impacto en su salud sexual, ya que las conductas de riesgo asociadas a la alteración del estado de ánimo, de las que se ha hablado con anterioridad, en su caso, no solo llevan a padecer enfermedades de transmisión sexual, sino que también dan lugar a un elevado número de embarazos no deseados (25).

2.3 Trastorno bipolar y embarazos no planificados

En comparación con la población general, las mujeres con trastorno bipolar tienen un nivel más bajo de planificación de embarazos, así como una mayor frecuencia de embarazos no planificados. Marengo et al. en un estudio realizado en 2015, mostró que las mujeres que padecen enfermedad bipolar tenían hasta tres veces más embarazos no planificados frente a las mujeres sanas (37,7% frente a 9,6%) (9).

Otro estudio publicado en 2020 encontró que la tasa de embarazos no planificados entre las mujeres con trastorno bipolar era del 49,52%, mientras que en las mujeres del grupo control

era del 15,04%. Además, refieren que el número de abortos en las mujeres con trastorno bipolar es significativamente mayor que en las sanas (12).

También se encontraron resultados significativos en relación con el uso de anticonceptivos. Ambos grupos, tanto el de mujeres con trastorno bipolar como el control, tenían tasas similares de uso de anticonceptivos. Aunque en el grupo de mujeres con trastorno bipolar primaba el uso del coito interrumpido, frente al uso del DIU y el preservativo en el grupo control (12).

Dada la estrecha relación que existe entre el ciclo reproductivo y los cambios de humor, especialmente en el caso del embarazo, el aborto o el postparto, es imprescindible un enfoque de tratamiento planificado antes de la concepción (4). Según un estudio del Programa de Psiquiatría y Psicología perinatal del Hospital Clínic de Barcelona el embarazo no planificado en mujeres con TB supone un factor de riesgo para la interrupción abrupta del tratamiento psicofarmacológico, una vez este se confirma (26).

2.4 Trastorno bipolar y maternidad

La aparición del trastorno bipolar suele darse entre la adolescencia y la adultez temprana, por lo que en el caso de las mujeres el transcurso de esta enfermedad se sucede a lo largo de casi toda su vida fértil.

El embarazo se trata de una situación clínica compleja, a pesar de ello, no se debería percibir como algo inusual o infrecuente ya que supone un gran dilema en la mayoría de las mujeres con trastorno bipolar (27).

La decisión de quedarse embarazadas se ve, en muchos casos, influenciada por diversos factores que los profesionales deben conocer para tratar de reducir los estigmas y miedos, e incrementar el conocimiento en base a la evidencia.

Un estudio cualitativo realizado en 2016, de mujeres con trastorno bipolar, las cuales se replantean ser madres o bien ya están embarazadas, muestra algunas de estas inquietudes que repercuten en sus decisiones.

Los principales temas son el deseo incesante de ser madres, los estigmas, los miedos y algunos factores externos como su historial familiar, el apoyo social, los factores económicos o la provisión de servicios de salud mental (28).

En primer lugar, la centralidad de la maternidad, en muchos casos este fue el motor para superar los miedos e inseguridades, ya que el fuerte deseo de ser madres contrarrestó las influencias negativas de la enfermedad.

Otro de los requisitos que aportan seguridad a la decisión es contar con un buen apoyo social, fundamentalmente el de la pareja, pero también el de la familia. Así como la importancia de un seguimiento adecuado por parte de los profesionales, algunas mujeres fueron asesoradas por un servicio perinatal especializado lo cual dio lugar a mejores respuestas, frente a mujeres que se sintieron defraudadas por los psiquiatras generales y los médicos de cabecera (28).

Por otro lado, contrarrestando estos incentivos, encontramos los estigmas. En este sentido, las mujeres alegaban tener miedo anticipado por como su enfermedad podría repercutir en el bebé. Además, el estigma de los profesionales, muchas de ellas recibieron respuestas negativas en cuanto al embarazo e incluso dificultad para acceder a la información que solicitaban, en muchos casos por falta de formación en relación con el tema.

Muchas de estas mujeres, alegaban que el término “parto de alto riesgo” les suponía una carga, ya que lejos de ayudar o informar, les aterraba aún más.

Por ello, muchas expresaron su deseo de realizar un parto por cesárea con el objetivo de evitar el largo y costoso trabajo de parto, pese a la falta de evidencia científica que lo respalde.

En cuanto al estigma social, uno de sus mayores miedos era el hecho de no amamantar, sentían que serían “malas madres” si no daban lactancia materna a sus bebés (28).

Todos estos planteamientos se situaban en la balanza a la hora de tomar la decisión de ser madres. Y una vez comenzado el proceso, van a formar parte de sus principales preocupaciones (28).

Por lo que, una vez la paciente expresa su deseo de quedarse embarazada es importante tener en cuenta algunos factores para elegir el momento adecuado. Se debe valorar que haya permanecido por un tiempo prolongado en estado eutímico, debe contar con un buen equilibrio emocional y ausencia de factores estresantes (29). Es imprescindible evaluar su capacidad para enfrentar este suceso y adaptarse a los cambios que conlleva (30).

3. EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO EN LA MUJER CON TRASTORNO BIPOLAR

3.1 Embarazo y trastorno bipolar

A lo largo de la historia se ha concebido el embarazo como un periodo protector para la salud mental de las mujeres. Sin embargo, la observación clínica apunta al sentido opuesto. Según el Instituto Nacional de Salud Mental, de 139 mujeres con trastorno bipolar embarazadas un tercio reporta haber sufrido un episodio anímico durante el embarazo (31).

El embarazo es un periodo de especial vulnerabilidad para la aparición o recurrencia de la enfermedad. Durante el periodo perinatal el deterioro anímico, la psicosis y el riesgo de suicidio aumentan considerablemente para las mujeres con trastorno bipolar, con una probabilidad 7 veces mayor de ser hospitalizadas en comparación con mujeres no embarazadas (5).

Las mujeres requieren un tratamiento particular y es especialmente complejo y desafiante en el periodo perinatal (5).

3.1.1 Impacto del embarazo en el trastorno bipolar

El embarazo supone una gran preocupación para las mujeres con trastorno bipolar ya que es un camino lleno de miedos e incertidumbres. Esta situación es tal que un estudio llevado a cabo por Viguera y col en el 2002, encontró que de 70 mujeres, el 45% habían sido aconsejadas por algún profesional para evitar el embarazo. Entre estas, tras la consulta preconcepcional, el 37% siguieron los consejos y decidieron no quedarse embarazadas (6)(31).

Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, es imprescindible abordar esta situación con el objetivo de ayudar y aconsejar desde la evidencia científica a las pacientes, así como tratar de paliar sus inquietudes y miedos, para que si realmente lo desean puedan ser madres.

Para ello es importante conocer cuáles son sus principales preocupaciones, ya que en muchos casos estas aumentan a causa de la desinformación.

Un estudio cualitativo realizado en el 2019 entrevistó a veintiséis mujeres primíparas y multíparas, de las cuales diecinueve estaban embarazadas y siete habían dado a luz, e identificó sus principales preocupaciones (32):

- **Recaída de la enfermedad:** el 73% las mujeres expresaron miedo en referencia a este tema, aunque de forma y magnitud diferente. En el caso de las primíparas, referían tener temor a lo desconocido, se plantean sus miedos en base a hipótesis por la falta de experiencia. Tanto ellas como las multíparas alegan estar preocupadas por los episodios depresivos, lo cual les hace estar alerta a los síntomas que ya conocen. Esto puede resultar, en ocasiones, estresante, aunque también valioso para intervenir precozmente. En cuanto, a las mujeres que ya habían sido madres antes, sus temores se relacionaban con las experiencias ya vividas y las inseguridades que les provocaron. Aquellas que pasaron por episodios de depresión, muestran su miedo al aislamiento u otros comportamientos que interfieran en la maternidad (32).
- **Impacto perinatal en el niño:** Casi todas las mujeres (85%), mostraron preocupación por los efectos que su enfermedad podría tener sobre el niño. Sus principales preocupaciones se basan en los efectos teratogénicos de la medicación, así como, en la heredabilidad de la enfermedad o el miedo a ser malas madres. Además, una minoría (15%) se preocupaba por como el feto podría verse afectado por el estrés al que estaban expuestas (32).
- **Impacto sobre la pareja:** Otra de las principales angustias se debe al doble papel que juegan sus parejas, les preocupa que se puedan ver sobrepasados por la situación de tener que cuidar al bebé y además brindarles apoyo a ellas. A pesar de ello, todas las parejas eran conocedoras de su enfermedad y en muchos casos atravesaron junto a ellas graves crisis (32).

En referencia a estos miedos, las mujeres expresan la importancia de una buena red de apoyo y unas correctas estrategias personales para sobrepasarlos.

Más de la mitad de las entrevistadas (58%) manifiestan que su pareja era uno de los principales apoyos, a la hora de realizar todas las tareas de manera conjunta tanto domésticas como en relación con el niño. Además de confiar en ellos en caso de sufrir una recaída tras el parto. A pesar de esto, un cuarto de ellas, especialmente las primíparas, temen que la situación les sobrepase. Otro de los principales pilares es el apoyo familiar, que en muchos casos había sido un requisito para tomar la decisión de tener un hijo.

Por último, estas mujeres expresaron la relevancia de la colaboración con los profesionales de salud mental. Mencionan la necesidad no solo de informar de los riesgos sino también otorgar la importancia correspondiente a sus miedos e inquietudes (32).

En referencia a sus estrategias personales, estas disciernen de unas mujeres a otras en relación con su grado de preocupación.

En el caso de las mujeres con niveles más bajos de preocupación llevan a cabo una menor deliberación y preparación. Muestran negación y minimización del riesgo. Estas mujeres se caracterizan por tener una percepción de bienestar, por lo que no están preocupadas por los riesgos a largo plazo. Son por lo general más jóvenes, primíparas y en muchos casos sus

embarazos no habían sido planificados, por lo que otras preocupaciones podrían haber eclipsado el riesgo de recaída (32).

Por otro lado, las mujeres con una preocupación mayor compartían características como inestabilidad de ánimo reciente, episodios graves previos y hospitalizaciones. En este grupo la mayoría habían organizado recursos de apoyo y tenían listos los preparativos.

Por lo tanto, siempre y cuando el estrés no sea excesivo puede ser una buena herramienta de organización (32).

Es imprescindible que estas mujeres tomen conciencia de que además de ser mujeres con trastorno bipolar van a convertirse en madres, por lo que es necesaria una reorganización. Se ha observado que dicha conciencia es mayor en las mujeres multíparas, quienes aprendieron de los procesos de adaptación a base de la experiencia (32).

Es por ello, que los profesionales deberían hacer hincapié en las madres primerizas, quienes tienen más dudas y miedos que resolver.

La mujer se debe percibir de una forma integral, teniendo en cuenta que el trastorno bipolar y el embarazo se deben abordar de forma conjunta.

La evidencia científica muestra una clara inclinación hacia la preocupación por el riesgo de mantener el tratamiento y no tanto por el impacto que no tratar la enfermedad puede suponer para la madre (27).

Una revisión sistemática reciente evaluó 5 estudios acerca de la continuación del litio durante el embarazo, encontró que el mantenimiento del estabilizador del ánimo se asoció con hasta el 60% menos de posibilidad de recaída (33).

Asimismo, un estudio prospectivo de cohorte evaluó el riesgo de recaída en 89 mujeres eutímicas, el riesgo de sufrir episodios fue del 85.5% en las mujeres que descontinuaron el tratamiento, mientras que para las que continuaron medicadas fue del 37%, siendo las recurrencias mayoritariamente depresivas o mixtas (7). En referencia a esto último, se ha demostrado que las mujeres con trastorno bipolar tipo II tienen una mayor probabilidad de sufrir un episodio perinatal del estado de ánimo frente a las del tipo I.

Las tasas de depresión en embarazadas con TB tipo II en el primer embarazo son del 46%, frente al 20,5% de las mujeres con TB tipo I. Siendo la incidencia más del doble para los embarazos posteriores también (9).

El enfoque científico que se ha dado durante años al posible daño fetal ha dado lugar a altas tasas de interrupción de fármacos psicotrópicos en mujeres con trastorno bipolar. El riesgo de sufrir una recaída en el embarazo es de alrededor del 20%, según una revisión sistemática de 14 estudios (33). Es por ello que a la hora de discontinuar o mantener el tratamiento debe tenerse en cuenta que el embarazo es un periodo de alto riesgo para las mujeres con trastorno bipolar (7).

Estos episodios suponen un peligro aún mayor para aquellas mujeres con antecedentes médicos más graves, por ejemplo, ingresos recientes, historial de autolesiones, víctimas de violencia doméstica, etc. Así como con la realización de conductas de riesgo. Un estudio de 420 mujeres con trastorno bipolar o esquizofrenia registró 52 eventos de autolesiones en 33 mujeres diferentes, estos episodios en muchos casos estaban asociados a alucinaciones, abuso de drogas o ingesta de alcohol.

Pese a que la gravedad de la enfermedad y las recaídas se ha asociado a la interrupción del tratamiento, la relación con las autolesiones aún no se ha investigado (34).

3.1.2 Impacto del trastorno bipolar en el embarazo

Las consecuencias del trastorno bipolar no se limitan solo al aspecto psicológico de la madre, sino que también pueden darse en el ámbito obstétrico.

El trastorno bipolar no tratado, independientemente de la exposición a fármacos, se ha asociado con un aumento de las complicaciones en el embarazo y el parto, incluyendo nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento intrauterino o trastornos en el desarrollo neurológico del bebé (5). Varios estudios encontraron una prevalencia del 10,68% de partos prematuros en mujeres con trastorno bipolar frente a un 6,12% en mujeres sin problemas de salud mental (9).

Además, estas complicaciones no solo se relacionaban con el bebé sino también con riesgos obstétricos y gestacionales para la madre como la hemorragia anteparto, la placenta previa, la hipertensión gestacional o la inducción del parto. Un estudio de cohorte retrospectivo demostró que la tasa de inducción al parto en mujeres con trastorno bipolar sin tratamiento era un 10% mayor que la de las embarazadas sanas (30,9% frente a 20,7%) (9).

Otro de los principales factores a tener en cuenta en estas mujeres son los abortos, tanto espontáneos como inducidos. Se observa una diferencia considerable entre las mujeres con trastorno bipolar en tratamiento con litio frente a aquellas sin enfermedades de salud mental. Un estudio en el que se comparaban dos grupos de mujeres, uno de ellos de mujeres con trastorno bipolar en tratamiento con litio, permitió demostrar que el número de abortos espontáneos en estas se multiplicaba por 2.9 y el de abortos electivos por 4.7. Apoyado por otra investigación más reciente en cuanto al aborto voluntario, se mostró una incidencia 6 veces mayor de las mujeres en tratamiento con el estabilizador del ánimo frente a las del grupo control (8,6% frente 2.9%) (10).

Además, debe tenerse en cuenta la relevancia por parte de la madre de mantener un estilo de vida saludable para, en la medida de lo posible, reducir los riesgos. Ya que el trastorno bipolar se asocia con conductas como dieta insuficiente, consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, drogadicción, deterioro del autocuidado y falta de cumplimiento del seguimiento prenatal (31).

3.2 Postparto y trastorno bipolar

El periodo puerperal supone una fase de riesgo importante para el desencadenamiento o recurrencia de episodios psiquiátricos, especialmente de manía, depresión y psicosis (35).

Durante el siglo XIX, los informes de casos describieron episodios de manía o psicosis severa en mujeres que acababan de parir, incluidas algunas con hasta 13 embarazos. Estos episodios se producían en los periodos postparto, pero nunca fuera de esta etapa, demostrando la gran vulnerabilidad tras el parto a la psicosis y la manía. Además, se observó el alto riesgo de padecer episodios psiquiátricos en embarazos posteriores (36).

En relación con dichas observaciones, este periodo es especialmente crítico para las mujeres con trastorno bipolar previamente diagnosticado. El riesgo para estas mujeres es mayor en relación con otros trastornos psiquiátricos (35).

En una cohorte clásica de base poblacional, se observó que el 16% de mujeres con trastorno bipolar tenían riesgo de ingreso postparto, frente al 3% de las mujeres esquizofrénicas o el 2% de las diagnosticadas de depresión mayor (36).

Además, este riesgo no era igual para todas las mujeres con trastorno bipolar. Una revisión sistemática de 16 artículos encontró diferencias significativas entre los dos principales tipos de trastornos bipolares. La media ponderativa, entre los estudios observados, de las mujeres con TB tipo I fue del 69,83%. Aunque teniendo en cuenta todos los tipos de trastornos bipolares, la depresión fue la forma más frecuente de morbilidad postparto (35).

Se trata de un riesgo muy elevado para un periodo de tiempo tan específico.

Se cree que el incremento de la incidencia a lo largo de este periodo se debe a la caída abrupta tras el parto de las hormonas placentarias, características del embarazo, así como, otros factores biológicos. Además de ser un importante factor estresante a nivel psicosocial (35).

Por lo general, esta situación se asocia a una menor probabilidad de volver a quedarse embarazadas, ya que se trata de una exposición a nuevos episodios en embarazos posteriores. Por ello debe tenerse en cuenta la relevancia del abordaje de este periodo crítico de manera adecuada (35).

3.2.1 Factores predictores de recaída en el postparto

- **Factores psicosociales:** El riesgo de recaída postparto se asocia a una edad de inicio de enfermedad más temprana, con una mayor duración del episodio (35). Además, se relaciona con factores de personalidad, mecanismos de indefensión adquiridos o distorsiones cognitivas. Son también factores de riesgo la dependencia a sustancias, el estrés psicosocial y las patologías orgánicas.
El periodo crítico de recaída se sitúa entre los 10 y los 19 primeros días postparto (37).
- **Entorno familiar:** Además de los antecedentes familiares, uno de los principales factores de riesgo es la existencia de patologías mentales en el padre del recién nacido o bien la pareja de la madre, siendo un elemento determinante para sufrir episodios de recurrencia (37).
- **Antecedentes personales:** El curso previo de la enfermedad va a ser determinante a la hora de sufrir recurrencias. El hecho de haber sufrido episodios previos que hayan requerido ingresos hospitalarios supone un alto riesgo, especialmente si han sido varios y/o recientes (35).
- **Factores obstétricos y gestacionales:** Se encontró que el riesgo de recaída es mayor durante el periodo postparto que en el embarazo. Este peligro es aún mayor después de un recién nacido vivo, en relación con el aborto espontáneo e inducido. Otro elemento fundamental a la hora de sufrir recaídas son las complicaciones durante el parto.
Cabe destacar como una situación especial de riesgo, la ausencia de tratamiento a lo largo del embarazo, así como la experimentación de episodios durante la gestación o en embarazos previos (35).

3.2.2 Impacto del postparto en el trastorno bipolar

Son muchos los factores que coexisten a lo largo de este periodo y que podrían suponer un riesgo significativo para sufrir recaídas.

- **Pérdida de sueño:** Se trata de un fuerte desencadenante de la recurrencia de episodios del estado del ánimo tras el parto, a pesar de ello, esta causa no parece ser suficiente, ya que no permite por sí sola explicar el riesgo de recaída postparto (38).
- **Cambios fisiológicos:** Las mujeres sufren una serie de cambios con la transición del estado de embarazo a la terminación de este, los cuales son otro de los principales riesgos. Las hormonas sexuales cambian, con caídas rápidas de estrógenos postparto. Alterando así el estado del ánimo (38).
- **Cambios psicológicos:** Desempeñan un papel fundamental a la hora de desencadenar episodios bipolares. Una revisión sistemática (Tsuchiya et al., 2003), relaciona el aumento del riesgo de sufrir recaídas a los eventos estresantes de la vida. Se ha demostrado que los momentos estresantes de la vida, como el fallecimiento o suicidio de un familiar, un divorcio, incluso el matrimonio o el desempleo estaban asociados con el riesgo de hospitalización. Siendo tanto el embarazo, como el aborto y el parto acontecimientos importantes en la vida, los cuales suponen un fuerte impacto para cualquier persona (38).

3.2.3 Impacto del trastorno bipolar en el postparto

Un estudio que evaluó a 436 mujeres con trastorno bipolar mostró que el riesgo bruto de un episodio durante el embarazo fue del 5,2%, mientras que después de un nacido vivo aumentaba hasta el 34,4% (38).

Así mismo, en aquellos casos en los que el primer periodo perinatal se desarrolló sin incidencias, el riesgo de un episodio perinatal posterior disminuyó al 20,5%. Mientras que aquellas mujeres que deciden volver a ser madres de nuevo tienen un riesgo del 61,4% de volver a sufrir otra recaída (38).

Estos resultados suponen un impacto para las mujeres que padecen recurrencias puerperales, ya que las probabilidades de tener un segundo embarazo disminuyen significativamente (55,5%) frente a las de las mujeres con un primer periodo perinatal sin recaídas (78,7%) (38).

Estos episodios no solo tienen un impacto sobre la mujer, sino también sobre el recién nacido y la relación futura entre ambos.

Un estudio publicado por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) en el año 2016, en colaboración con 3 hospitales, analizó las consecuencias de la depresión perinatal. Encontraron que las madres en depresión mostraban niveles bajos de autoeficacia, es decir, las creencias sobre sus capacidades para ser madres. Además, se observa una menor positividad e interacción con sus bebés, en relación con las mujeres estables emocionalmente. Así mismo, esto tenía repercusiones sobre los recién nacidos. Estos presentaban un menor número de destrezas a la hora de interactuar con sus madres. A largo plazo, se relaciona incluso con un peor rendimiento escolar y dificultades para la socialización (39).

Otra investigación realizada en el año 2015 describió las interacciones materno-infantiles en mujeres con trastorno bipolar durante los 12 meses después del nacimiento del bebé, en relación con las mujeres con depresión unipolar y mujeres sin patologías psiquiátricas. (40)

Para medir dicha interacción utilizaron 4 instrumentos de observación. Para ello recurrieron a la Escala de Sensibilidad Materna de Ainsworth (AMSS), el Mini Código Dyadic (DMC), la Escala de Regulación Mutua Niño-Cuidador (CCMR) y la Maternal Behavior Q-Sort (MBQS). Estos instrumentos miden la capacidad de la madre de observación, percepción y sensibilidad en referencia a las necesidades del niño, así como, la sincronización entre ambos. Los resultados tanto de sensibilidad materna (AMSS, MBQS) como de sincronía materno-infantil (DMC) fueron más bajos en mujeres con trastorno bipolar que en los otros dos grupos. Sin embargo, las puntuaciones de la Escala de Regulación Mutua Niño-Cuidador (CCMR) fueron similares en las mujeres con trastorno bipolar y en aquellas que no padecen alteraciones patológicas del ánimo (40).

Con anterioridad, se ha estudiado la repercusión que la depresión unipolar tiene sobre las relaciones materno-infantiles, este es uno de los pocos estudios que ha analizado dicho impacto en el caso de las mujeres con TB. Pese a que las mujeres con trastorno bipolar sufren, por lo general, un mayor impacto en sus relaciones, no se han encontrado diferencias significativas. A pesar de ello, se observa en los resultados una tendencia más baja en relación con la sensibilidad y a la sincronía materno infantil (40).

4. MANEJO TERAPÉUTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR EN EL EMBARAZO

El manejo terapéutico del trastorno bipolar es un auténtico desafío para los profesionales, el cual debe llevarse a cabo en colaboración entre los diferentes profesionales correspondientes y la paciente.

Debe buscarse el equilibrio entre los beneficios y riesgos de las diferentes alternativas, valorando la salud tanto de la madre como del feto. Para ello debe hacerse hincapié en los antecedentes anímicos de las gestantes y las diferentes terapias que han resultado eficaces anteriormente.

4.1 Tratamiento del trastorno bipolar

a) Farmacológico

- **Litio:** Las sales de litio son un elemento natural propio del organismo de las personas, las cuales se utilizan como estabilizadores del ánimo en el tratamiento contra la enfermedad bipolar, son eficaces en la prevención tanto de los episodios maníacos como de los depresivos (1). Además, se han demostrado grandes resultados en la prevención del suicidio. El riesgo de intentos suicidas es hasta 5 veces menor en las personas tratadas con Litio frente a las que no (41).

Se trata de un estabilizador de amplio espectro, efectivo tanto para los episodios de exaltación como los de inhibición del TB, con buena tolerancia y con efectos secundarios escasos o moderados (41).

- **Anticonvulsionantes**

Ácido valproico: El AV es un excelente estabilizador del ánimo. En el caso de los pacientes con TB tipo I en episodio maníaco se utilizará el valproato en monoterapia con el objetivo de evitar la aparición de nuevos episodios (42).

En estudios controlados se ha demostrado la eficacia especialmente en el episodio maníaco a corto plazo, así como en la sintomatología aguda (41).

Una vez iniciado el tratamiento es imprescindible una correcta monitorización para asegurar su efectividad y evitar una intoxicación.

No se recomienda la prescripción de valproato en mujeres en edad fértil, dados sus efectos teratogénicos. Tampoco en mujeres menores de 18 años a causa del riesgo del síndrome de ovario poliquístico, así como por los embarazos no planificados (42).

Carbamazepina: Este antiepiléptico se utiliza en el tratamiento preventivo de los episodios maníacos en aquellos casos con mala respuesta al Litio. Se ha observado que la eficacia es mayor para la manía que para los episodios de depresión. La tasa de respuesta es del 50% de los tratados. Además, ha resultado más eficaz que el Litio en aquellos casos de manía disfórica o con sintomatología psicótica (41).

Lamotrigina: Este fármaco está indicado para la prevención y tratamiento de la depresión bipolar. Así mismo se ha mostrado su elevada eficacia para la ciclación rápida en combinación con las sales de litio (41).

- **Antipsicóticos**

Típicos: Antipsicóticos como el haloperidol están indicados por su eficacia para el tratamiento de la manía aguda dada su rápida eficacia. A pesar de ello, su uso está limitado a breves periodos por los efectos extrapiramidales que provoca. Actualmente ha sido sustituido mayoritariamente por antipsicóticos atípicos (41).

Atípicos: Este tipo de fármacos inicialmente eran utilizados para el tratamiento de la manía, hoy en día son medicamentos de primera (quetiapina) o segunda (olanzapina) línea a la hora de tratar los episodios depresivos. Los efectos secundarios son menores por lo que resultan más favorables (41).

b) No farmacológico

- **Terapia electroconvulsiva:** La TEC es una técnica segura y efectiva que consiste en el paso de corrientes eléctricas a través del cerebro bajo anestesia general, con el objetivo de tratar los síntomas mentales severos en aquellos pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento farmacológico (5), por ejemplo, en depresiones severas asociadas a síntomas psicóticos y alto riesgo de suicidio (7).

Además, se trata de una opción segura durante el embarazo. El umbral convulsivo puede verse alterado por hormonas como la progesterona y los estrógenos, por lo que será necesario ajustar el estímulo eléctrico.

También debe tenerse en cuenta la posible aparición de contracciones uterinas, y su debido control, así como, impedir cualquier alteración en el feto y asegurar una correcta oxigenación y perfusión placentaria (elevando la cadera derecha) (31).

- **Otras:** La psicoterapia, la psicoterapia familiar y la psicoeducación son algunas de las opciones terapéuticas no farmacológicas más utilizadas en este tipo de pacientes, ya que han demostrado su eficacia tanto en el manejo de la depresión como en la prevención de recaídas. Son estrategias útiles para trabajar la adherencia al tratamiento, el abordaje de las crisis y los desencadenantes de estas, así como la

aceptación de la enfermedad y la adaptación a hábitos saludables. Además, permiten integrar en el proceso a las familias, cuidando por su salud mental y haciéndoles partícipes también (5)(7).

4.1.1 Clasificación de los psicofármacos según el riesgo de teratogenicidad

A causa del riesgo de teratogenicidad de los psicofármacos, por su capacidad para atravesar la placenta, ninguno de ellos ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para ser utilizado durante el embarazo.

Con el objetivo de ayudar a los profesionales la FDA, basándose en los estudios obtenidos hasta el momento, ha establecido un sistema de clasificación de los medicamentos en cinco categorías (7) (43):

- A) Medicamentos seguros durante el embarazo, los estudios realizados en humanos muestran que no existe riesgo fetal.
- B) Ninguna evidencia de riesgo, conforme a datos negativos o ausentes en animales/seres humanos.
- C) El riesgo no puede ser descartado, los estudios en animales muestran que el medicamento ejerce daños teratogénicos. No existen estudios controlados en humanos.
- D) Existe evidencia de riesgo en humanos, pero en ciertos casos los beneficios pueden hacer aceptable al medicamento.
- X) Contraindicado en el embarazo, existe evidencia de riesgo fetal en humanos y el riesgo supera cualquier beneficio.

En referencia al tratamiento del trastorno bipolar:

- Categoría B: Clozapina
- Categoría C: Haloperidol, Lamotrigina, Quetiapina.
- Categoría D: Carbamazepina, Litio, Valproato sódico

4.1.2 Impacto del tratamiento en el embarazo

Como ya se ha mencionado con anterioridad, el embarazo en las mujeres que padecen trastornos del ánimo se asocia con una importante morbi-mortalidad no solo de las afectadas sino también de sus hijos.

Dada esta situación, es muy común que estas mujeres sean aconsejadas por sus médicos a evitar el embarazo, tanto por la recurrencia de la enfermedad como por la exposición del feto a fármacos teratogénicos (6).

Puesto que ninguno de los fármacos habitualmente utilizados para tratar el TB está carentes de riesgo pueden llegar a producirse efectos teratogénicos de diferentes tipos (27):

- Teratogenia estructural: malformaciones fetales
- Teratogenia perinatal: complicaciones perinatales
- Teratogenia gestacional: complicaciones en el embarazo
- Teratogenia neuroconductual: alteraciones del neurodesarrollo

La posible aparición de malformaciones en el feto depende de las propiedades farmacológicas y del tiempo de exposición fetal (6).

En referencia a esto último, la formación básica de los órganos tiene lugar durante las doce primeras semanas después de la concepción. Lo cual supone un problema, ya que en muchos

casos el embarazo no es diagnosticado hasta la sexta u octava semana de gestación, sobre todo en aquellos que no han sido planificados pudiendo demorarse aún más, provocando un gran impacto en la organogénesis del feto.

Por lo general, se considera que la exposición a un agente tóxico durante las dos primeras semanas de gestación da lugar a un producto no viable (31).

Las diferentes afecciones van a depender de las etapas de gestación que se ha mantenido la exposición y el tipo de fármaco. Durante los 32 primeros días tras la concepción puede verse afectado el desarrollo y cierre del tubo neural. La formación cardíaca se desarrolla desde el día 21 hasta el 56 y el desarrollo de los labios y el paladar puede estar comprometido entre los días 42 y 63. El segundo trimestre no queda exento de posibles complicaciones, durante este periodo puede producirse lo que se conoce como teratogenia conductual, dando lugar a alteraciones cognitivas y del comportamiento (6).

En el caso del litio, este fármaco se relaciona con la Anomalia de Ebstein, una anomalía congénita producida por el desplazamiento de la válvula tricúspide hacia el ventrículo derecho e hipoplasia ventricular derecha (6).

The Register of Lithium Babies, una base de datos médica observó un índice de malformaciones cardiovasculares 400 veces más alto en recién nacidos expuestos al litio en comparación con la población general (31).

Posteriormente, se ha identificado un riesgo entre el 0,1% y el 0,05%, siendo de 20 a 40 veces más alta que en la población general. Se ha demostrado que, aunque el riesgo relativo, en relación con los fetos no expuestos, asociado a la exposición prenatal al litio para esta anomalía es mayor, el riesgo absoluto sigue siendo pequeño (31).

Tras la exposición al litio se observan casos de intoxicación neonatal caracterizados por hipotonía, disminución del reflejo de succión, cianosis y arritmias, los cuales son reversibles y se prolongan hasta 7 días (31).

A nivel comportamental, un estudio de *The Register of Lithium Babies* observó que no existían diferencias entre los niños expuestos y los que no lo estuvieron (31).

Sin embargo, los riesgos aumentan en el caso de los antiepilépticos, los fetos expuestos a estas drogas corren un mayor riesgo de sufrir malformaciones asociadas a defectos en el cierre del tubo neural, además de otras.

Tanto el ácido valproico como la carbamazepina se consideran teratógenos humanos, aumentando su potencial cuando se combinan ambos (31).

En el caso del valproato, el riesgo es dependiente de la dosis. Según *North American Pregnancy Registry* el uso de este fármaco en el embarazo supone un riesgo del 10,7% de sufrir malformaciones mayores (espina bífida, defectos cardíacos y anomalías múltiples) (6). Concretamente, las malformaciones del tubo neural se han podido observar entre el 5% y el 9% de los expuestos (27). Además, se relaciona con daños a nivel del desarrollo neuro-madurativo, se ha demostrado una disminución del coeficiente intelectual en aquellos niños que han sido expuestos a este fármaco intraútero frente a los que no (6)(27).

Cabe mencionar que existen otros anticonvulsivantes cuya seguridad reproductiva parece ser mayor, como es el caso de la lamotrigina, la cual ha sido aprobada como terapia para el TB, la oxcarbazepina o la gabapentina (31).

Un registro de 414 embarazos con lamotrigina en monoterapia reportó que el riesgo de malformaciones no sobrepasa el 2,9%. Sin embargo, se ha observado que los niveles umbilicales tras el parto son similares a los del plasma materno por lo que la transferencia

placentaria sería plena. Los recién nacidos mantienen hasta un 30% de estos niveles tres semanas más tarde (6).

Por último, como última opción se opta por el tratamiento con antipsicóticos ya que tanto en el caso de los típicos como de los atípicos no se ha demostrado efecto teratogénico alguno. A pesar de ello es necesario un mayor número de estudios que lo avalen, ya que no se observan malformaciones, pero sí otras consecuencias nocivas como efectos extrapiramidales en el caso del haloperidol o episodios de hipotensión en relación al uso de clozapina. A pesar de ello no se han evidenciado problemas en el desarrollo de los niños expuestos a largo plazo (6)(31).

4.1.3 Impacto del embarazo en el tratamiento

Durante el embarazo la mujer sufre una serie de cambios tanto hormonales como fisiológicos. Estos últimos repercuten de manera directa en la farmacocinética de los medicamentos, además, la gran mayoría de fármacos atraviesa la placenta llegando a la circulación fetal (7). El paso del medicamento de la madre al feto va a depender de algunos factores farmacológicos como (7): Un pequeño peso molecular, una alta liposolubilidad, un mayor porcentaje de droga ionizada o una menor unión a las proteínas. Asimismo, las dosis terapéuticas de los fármacos pueden verse modificadas a causa de alteraciones en el funcionamiento del aparato digestivo y en consecuencia se ve alterada la absorción del tratamiento. Estos cambios están relacionados con el enlentecimiento del vaciado gástrico, el volumen de distribución aumentado, la disminución de la motilidad intestinal o el aumento del filtrado glomerular (7).

En el caso del litio, la excreción renal aumenta a lo largo del embarazo, por lo que en ocasiones es preciso aumentar las dosis. Así mismo influyen otros factores como los vómitos de repetición o las enfermedades febriles. Esto se debe a que el litio es antagonista del sodio, por lo que una deshidratación o depleción de sodio severas podrían causar una grave intoxicación (31).

En consecuencia, es recomendable llevar a cabo controles séricos de los fármacos, así como un estrecho seguimiento psiquiátrico para evaluar su adecuado efecto terapéutico (7).

En cuanto al feto, su organismo no está capacitado para la correcta eliminación de los fármacos, ya que su funcionamiento hepático es menor y su permeabilidad en la barrera hematoencefálica es mayor en comparación con los adultos, por ello los riesgos de intoxicación aumentan. Estos factores deben tenerse en cuenta a la hora de prescribir la medicación. En ocasiones, es necesario reducir las dosis y/o recurrir a la monoterapia (7)(31).

En relación con como el embarazo y la enfermedad se influyen entre sí, es imprescindible realizar un seguimiento adecuado, tanto obstétrico, como psiquiátrico y psicológico, abordando de manera integral el embarazo y el trastorno bipolar para garantizar la seguridad de la madre y su bebé (7).

4.1.4 Tratamiento del trastorno bipolar en el postparto

El puerperio es el periodo en el que la mujer presenta más riesgo de sufrir un episodio de descompensación psiquiátrica. En concreto, el riesgo de descompensación puerperal del trastorno bipolar es 7 veces mayor que el de la esquizofrenia. Entre los principales eventos se

encuentra la psicosis puerperal, trastorno precipitado por el parto. Este episodio se produce entre 1 de cada 1000 puérperas en la población general, mientras que entre las mujeres con trastorno bipolar la frecuencia alcanza a más de 200 por cada 1000 (6).

Es por ello por lo que la profilaxis en el postparto es un factor imprescindible en la prevención de reincidencias. A la hora de elegir el tratamiento profiláctico se deben tener en cuenta una serie de factores, entre ellos, la seguridad durante la lactancia materna. Además, deben tenerse en cuenta otros factores como la alteración del sueño de la madre lactante, ya que las alteraciones de sueño-vigilia pueden ser un desencadenante de episodios anímicos (6).

Existen pocos estudios en relación con el riesgo que supone para el recién nacido el uso de estabilizadores del ánimo. En principio, según el *Work Group on Breastfeeding, American Academy of Pediatrics*, la carbamazepina y el ácido valproico se consideran medicamentos compatibles con la lactancia materna.

Sin embargo, se ha encontrado que la concentración del litio en la leche materna oscila entre el 24% y el 72%. Existen casos de lactantes intoxicados por litio, cuyos síntomas cedieron tras la suspensión del tratamiento. Es por esto que la *American Academy of Pediatrics* desaconseja el uso de este fármaco durante la lactancia (6).

Dada esta situación en 2008 el American College of Obstetricians and Gynecologists estableció una guía de seguridad de los fármacos en relación con su grado de transferencia a través de la leche. Estos se clasifican de L1, los más seguros, a L5, los incompatibles.

Mientras que la carbamazepina, el valproato y algunos antipsicóticos como el haloperidol o la olanzapina serían seguros, la lamotrigina se encuentra en nivel intermedio y el litio está contraindicado (7).

4.2 Intervenciones de enfermería

4.2.1 Planificación familiar

Los profesionales de enfermería en relación con su base de conocimiento y competencias juegan un papel fundamental en la promoción y educación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres con trastorno bipolar.

Además, la planificación gestacional de forma anticipada es imprescindible, por lo que las mujeres con trastorno bipolar que desean ser madres deben ser identificadas por los sanitarios durante el periodo preconcepcional (5).

Como ya se ha mencionado con anterioridad, el embarazo y el puerperio suponen una situación clínica compleja, tanto para las pacientes como para los profesionales, ya que es un importante periodo de riesgo de recaída (25).

Dada la alta incidencia de embarazos no planificados en esta población, se recomienda llevar a cabo una adecuada planificación familiar a todas las mujeres en edad fértil. Es indispensable transmitirles a las pacientes la importancia de un desarrollo sexual saludable, lo que contribuye a una mejora en su calidad de vida (44).

En primer lugar, en aquellas mujeres que por el momento no planeen quedarse embarazadas es imprescindible una correcta anticoncepción, la cual no interfiera con el tratamiento de

base, como es el caso de la carbamazepina y la lamotrigina cuya interferencia farmacológica disminuye la efectividad anticonceptiva. Pese a que algunos médicos deciden aumentar las dosis de anticonceptivos aún no se ha establecido una dosis eficaz. Por ello, en ocasiones se recurre a algunos métodos que garantizan la anticoncepción, como las inyecciones de acetato de medroxiprogesterona, el dispositivo intrauterino de cobre (DIU) y los sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel, además es preciso el uso de métodos de barrera también contra la protección de las infecciones de transmisión sexual (5)(12)

En el caso de aquellas mujeres que sufran un embarazo no planificado se debe confirmar lo antes posible para abordarlo a tiempo adecuadamente.

En aquellas mujeres en tratamiento con valproato o carbamazepina deberá suspenderse el tratamiento debido a su incompatibilidad con la supervivencia del feto, mientras que en otros como el litio se deberá valorar el historial médico de la paciente, la evolución de su enfermedad y observar cómo los cambios de tratamiento afectan a su estabilidad, ya que podría retirarse de manera gradual valorando el riesgo de recaída (2)(27).

Viguera y Cols tras realizar un estudio obtuvieron datos interesantes con relación a cómo la forma de discontinuar con el tratamiento es determinante en la tasa y el tiempo de recaída. Observaron que la interrupción del tratamiento llevada a cabo de forma abrupta daba lugar a un porcentaje de recaída del 63%, mientras que la suspensión gradual llevada a cabo de dos a cuatro semanas suponía un porcentaje de recidiva del 37% (6).

Por otro lado, a todas aquellas mujeres que manifiesten su deseo de ser madres, se les debe informar acerca de la importancia del embarazo planificado y su relación con un desarrollo más seguro de la gestación. Además, deben ser conocedoras de las complicaciones obstétricas, la alta teratogenicidad de algunos medicamentos psicotrópicos, como el valproato y la carbamazepina y las diferentes opciones terapéuticas a su disposición.

Otro factor relevante es la posibilidad de sufrir una crisis tanto durante el embarazo como en el puerperio, el cual se acaba convirtiendo en uno de sus mayores temores (24)(25).

Es imprescindible una correcta transmisión de la información, el proceso de gestación requiere un consenso compartido. Por consiguiente, es de vital relevancia una correcta y completa transmisión de la información a la paciente y su pareja. Se estima que una vez se les informa alrededor de un 37% deciden abstenerse del embarazo (31).

4.2.2 Educación y promoción de la salud en el embarazo

El cuidado óptimo de las mujeres con trastorno bipolar a lo largo del embarazo debe abordarse desde un enfoque integral.

En ocasiones, los profesionales se focalizan tan solo en el tratamiento farmacológico dejando de lado otros factores de riesgo nocivos para la salud de la gestante y su bebé.

Es imprescindible el cumplimiento de un comportamiento saludable caracterizado por: una buena alimentación, el seguimiento del régimen vitamínico, la ausencia de tóxicos y el control prenatal oportuno por parte de los profesionales, incluyendo la preparación al parto (31).

A lo largo del embarazo, si no se siguen las pautas oportunas, se puede producir una insatisfacción de las necesidades básicas propias de la mujer embarazada, dando lugar a un proceso de maternidad ineficaz.

Factores como el insomnio, el desequilibrio nutricional, inferior o superior a las necesidades metabólicas, la ausencia de conocimientos o la falta de apoyo pueden ser decisivos en el mal control gestacional (11).

Desde el punto de vista enfermero podemos llevar a cabo una serie de intervenciones a la hora de manejar este tipo de embarazos de alto riesgo.

- Hacer hincapié en que la mujer embarazada sea consciente de los factores de riesgo asociados a su situación: La labor de enfermería es hacerla conocedora de ello y brindarle los materiales educativos oportunos en referencia a esos riesgos, así como llevar a cabo la vigilancia oportuna de estos (45).
- Derivar a estas pacientes a programas específicos: los de deshabituación tabáquica, los de tratamiento de abuso de sustancias o la educación para la prevención de partos prematuros (45).
- Fomentar la asistencia temprana a clases prenatales, de educación al parto y de asesoramiento en la lactancia, permitiendo un seguimiento estrecho y adecuado de estas gestantes (45).
- Fomento del apego: sobre todo en aquellas mujeres que no habían planeado ser madres (45).
- Aumento de los sistemas de apoyo: especialmente en aquellas mujeres que estén afrontando solas este proceso (45).

A la hora de ejecutar el plan terapéutico, sería recomendable que este tipo de pacientes fueran captadas desde Atención Primaria, sin embargo, la falta de adherencia a los servicios sanitarios en muchos casos lo imposibilita.

Es por ello por lo que todos los profesionales sanitarios que se enfrente a este tipo de situaciones deben tratar de captar a las pacientes, y si desde su servicio pueden realizar un seguimiento adecuado, elaborar un plan terapéutico específico de su paciente. Si por el contrario el seguimiento no es posible sería recomendable derivar a la paciente a la unidad correspondiente, siempre y cuando quiera colaborar (11)(45).

CONCLUSIONES

El trastorno bipolar es una de las enfermedades mentales que afectan a más personas en el mundo, provocando una alta morbilidad en aquellos quienes la padecen. Se caracteriza por fluctuaciones del ánimo entre un estado depresivo y un estado maniaco.

Esta enfermedad debuta entre la adolescencia tardía y la adultez temprana, abarcando toda la vida fértil de las mujeres y dando lugar, en numerosos casos, a una inadecuada salud sexual y reproductiva.

En ocasiones, los episodios maníacos dan lugar a conductas impulsivas y de hipersexualidad, dando lugar a comportamientos sexuales de riesgo y pudiendo desembocar en embarazos no planificados.

Los embarazos no planificados son hasta tres veces más habituales en mujeres con trastorno bipolar que en las sanas. Lo cual supone un gran impacto tanto para la madre, por la posible interrupción abrupta del tratamiento, como para el feto, por los riesgos asociados a la exposición medicamentosa.

El embarazo y el postparto en las mujeres con trastorno bipolar, ya sea planificado o no, son todo un desafío para los profesionales. Estos deben conseguir alcanzar el equilibrio adecuado entre el riesgo y el beneficio. El elevado riesgo de recaída, sobre todo cuando se interrumpe la terapia farmacológica, junto con la teratogenicidad de algunos fármacos, constituyen algunos de sus principales retos. Asimismo, estos factores son a su vez, los mayores miedos y preocupaciones a los que se enfrentan las mujeres con trastorno bipolar que quieren ser madres o que se encuentran en camino de ello.

Ante dicha situación, se debe valorar la situación anímica de la paciente, así como sus antecedentes personales con el objetivo de encontrar la terapia más adecuada para ella.

Por un lado, puede mantenerse el tratamiento farmacológico recurriendo a alguna de las opciones no teratogénicas mencionadas, pudiendo ser combinada con otras opciones no farmacológicas compatibles. Por el contrario, en algunos casos es necesario interrumpir de forma abrupta el tratamiento farmacológico por los posibles daños que pueda ocasionar al feto.

Un tratamiento inadecuado conlleva grandes riesgos tanto para la vida de la madre como para la de su bebé. Las últimas observaciones muestran que los riesgos que supone para la madre suspender los fármacos, son mayores que aquellas alteraciones que pudiese sufrir el feto.

En conclusión, los profesionales de enfermería juegan un papel crucial en la salud sexual y reproductiva de estas pacientes. A través de la educación y promoción de la salud podrán garantizar una adecuada planificación familiar, así como un buen desarrollo del embarazo en este grupo de mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Enfermería F, Bipolar T, Calleja CC, Velasco González V. Polimedicación en el trastorno bipolar. Universidad de Valladolid ; 2017.
2. España. Ministerio de Sanidad SS e I, Asociación Española de Neuropsiquiatría. Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar : versión resumida. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
3. Krogh HB, Vinberg M, Mortensen GL, Skakke D, Nielsen D, Giraldi A. Bipolar disorder and sexuality: a preliminary qualitative pilot study. *Int J Bipolar Disord*. 1 de diciembre de 2023;11(1).
4. Sit D. Women and Bipolar Disorder Across the Life Span NIH Public Access. Vol. 59, *J Am Med Womens Assoc*. 2004.
5. Segura Y, Salas Jiménez VE, Vindas J, Laura P, Ugalde R. Trastorno bipolar en el embarazo. *Revista Clínica HSJD* . 2019;6-13.
6. Correa Donoso E, Martínez JC, Ivanovic-Zuvic F, Uribe D. Artículos de Revisión.
7. Rodríguez MC, Sgriniero M. Monografía «Trastorno bipolar y embarazo». 2018.
8. Gómez-Elias CL. Manejo del trastorno bipolar en el embarazo. *Revista Médica MD* . marzo de 2012;154-62.
9. Rusner M, Berg M, Begley C. Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: A systematic review of outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 28 de octubre de 2016;16(1).
10. Clara Menéndez-Sampil Landa. Evaluación del beneficio/riesgo del tratamiento del trastorno bipolar durante el embarazo. Zaragoza ; 2017 jun.
11. Jesús M, Díez P, De F, De C, Salud LA. Plan de intervención enfermera en pacientes embarazadas con trastorno bipolar. Universidad de Zaragoza ; 2020.
12. Eroglu MZ, Lus MG. Impulsivity, unplanned pregnancies, and contraception among women with bipolar disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:407-14.
13. McCandless F, Sladen C. Sexual health and women with bipolar disorder. *Journal of Advanced Nursing* . octubre de 2003;
14. Krogh HB, Vinberg M, Mortensen GL, Skakke D, Nielsen D, Giraldi A. Bipolar disorder and sexuality: a preliminary qualitative pilot study. *Int J Bipolar Disord*. 1 de diciembre de 2023;11(1).
15. Fernández Gutiérrez M. El trastorno bipolar en la Atención Comunitaria. 2020.
16. Lucía Jara M, Lorena Lana K, Soledad Schneider Dra Katherina Elizabet Lemos Torres L. Trastornos bipolares. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina [Internet]*. enero de 2008;22-4. Disponible en: <http://www.alcmeon.com.ar/10/39/ToroMartinez.htm>
17. Olivia Martínez Hernández D, Olivia E, Martínez M, Yandy E, Izquierdo B. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas Bipolar disorder. *Clinical and epidemiologic characteristics. Revista Médica Electrónica* . marzo de 2019;467-82.
18. De Dios C, Goikolea JM, Colom F, Moreno C, Vieta E. Bipolar disorders in the new DSM-5 and ICD-11 classifications. Vol. 7, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Ediciones Doyma, S.L.; 2014. p. 179-85.
19. Fusar-Poli P, Howes O, Bechdolf A, Borgwardt S. Mapping vulnerability to bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of neuroimaging studies. Vol. 37, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. Canadian Medical Association; 2012. p. 170-84.
20. García-Jiménez J, Álvarez-Fernández M, Aguado-Bailón L, Gutiérrez-Rojas L. Epidemiological and clinical variables related with the predominant polarity on bipolar

- disorder: A systematic review. Vol. 12, Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Ediciones Doyma, S.L.; 2019. p. 52-62.
21. Gilbert KE, Kalmar JH, Womer FY, Markovich PJ, Pittman B, Nolen-Hoeksema S, et al. Impulsivity in adolescent bipolar disorder. *Acta Neuropsychiatr.* 2011;23(2):57-61.
 22. Santana RP, Kerr-Gaffney J, Ancane A, Young AH. Impulsivity in Bipolar Disorder: State or Trait? Vol. 12, *Brain Sciences.* MDPI; 2022.
 23. Kozakiewicz A. The manic and hypomanic phases in bipolar disorder and female sexuality in early adulthood. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna.* 2022;22(1):3-9.
 24. Parial S. Bipolar disorder in women. *Indian J Psychiatry.* julio de 2015;57(6):252.
 25. Marengo E, Martino DJ, Igoa A, Scápola M, Fassi G, Baamonde MU, et al. Unplanned pregnancies and reproductive health among women with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2015;178:201-5.
 26. Lasheras G, Echevarría I, Farré-Sender B, Gelabert E, Roca A, Serrano-Drozdowskyj E. Embarazo no planificado en mujeres con trastorno bipolar [Internet]. Vol. 1, *Psicosomática y psiquiatría*. Barcelona ; 2017. p. 81-100. Disponible en: www.cuadernosdemedicinapsicosomatica.com
 27. Marengo E. Embarazo en mujeres afectadas por trastornos bipolares: conceptos para el manejo clínico-terapéutico. *Rev Arg Psiquiat*. 2014;XXV:357-62.
 28. Dolman C, Jones IR, Howard LM. Women with bipolar disorder and pregnancy: factors influencing their decision-making. *BJPsych Open.* septiembre de 2016;2(5):294-300.
 29. Mateus Ramos YJ. Experiencia de vida de una persona afectada por trastorno bipolar y su impacto en el ámbito familiar. *Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano* ; 2018.
 30. María Eugenia Gómez López y Evangelina Aldana Calva. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. México, D.F., México ; 2007 ene.
 31. Gaviria SL. Tratamiento del trastorno afectivo bipolar en el embarazo [Internet]. Medellín, Colombia ; 2008. Disponible en: www.sonepsyn.cl
 32. Anke TMS, Slinning K, Skjelstad DV. "What if I get ill?" perinatal concerns and preparations in primi- and multiparous women with bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 1 de diciembre de 2019;7(1).
 33. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. Vol. 19, *World Psychiatry.* Blackwell Publishing Ltd; 2020. p. 313-27.
 34. Taylor CL, van Ravesteyn LM, van denBerg MPL, Stewart RJ, Howard LM. The prevalence and correlates of self-harm in pregnant women with psychotic disorder and bipolar disorder. *Arch Womens Ment Health.* 1 de octubre de 2016;19(5):909-15.
 35. Conejo-Galindo J, Sanz-Giancola A, Álvarez-Mon MÁ, Ortega M, Gutiérrez-Rojas L, Lahera G. Postpartum Relapse in Patients with Bipolar Disorder. Vol. 11, *Journal of Clinical Medicine.* MDPI; 2022.
 36. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJM, Kushner SA, Bergink V. Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: A systematic review and meta-analysis. Vol. 173, *American Journal of Psychiatry.* American Psychiatric Association; 2016. p. 117-27.
 37. Sánchez M, García V, González Ardura J, González J, Feroso M, González D, et al. Trastorno bipolar y puerperio. Aspectos clínico terapéuticos. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*. 2012;108-16.

38. Gilden J, Poels EMP, Lambrichts S, Vreeker A, Boks MPM, Ophoff RA, et al. Bipolar episodes after reproductive events in women with bipolar I disorder, A study of 919 pregnancies. *J Affect Disord*. 1 de diciembre de 2021;295:72-9.
39. Rodríguez-Muñoz M de la F, Olivares ME, Izquierdo N, Soto C, Huynh-Nhu L. Prevención de la depresión perinatal. *Clin Salud*. 1 de noviembre de 2016;27(3):97-9.
40. Logsdon MC, Mittelberg M, Jacob AE, Luther JF, Wisniewski SR, Confer A, et al. Maternal-Infant interaction in women with unipolar and bipolar depression. *Applied Nursing Research*. 1 de noviembre de 2015;28(4):381-3.
41. Tondo L. El tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar. Boston, Massachusetts, USA ; 2014 dic.
42. Bravo MF, Lahera G, Lalucat L, Fernández-Liria A, Pinedo MA, Cerdón RA, et al. Clinical practice guideline on bipolar disorder: Drug and psychosocial therapy. *Med Clin (Barc)*. 5 de octubre de 2013;141(7).
43. Q.F. José A. Figueroa R. Guía de Clasificación Teratogénica FDA [Internet]. Santiago de Chile: International Medical Texts; 2012. Disponible en: www.fda.gov/drugs
44. Stevens AWMM, Daggenvoorde TH, van der Klis SMD, Kupka RW, Goossens PJJ. Thoughts and Considerations of Women With Bipolar Disorder About Family Planning and Pregnancy: A Qualitative Study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 1 de marzo de 2018;24(2):118-26.
45. NNNconsult [Internet]. Elsevier. 2015 [citado 7 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

Anexo I

Cuestionario de trastornos del estado de ánimo (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

1. ¿Alguna vez ha pasado por un período en el que se sentía que no era la misma persona de siempre, y...	Sí	No
...se sintió tan bien o tan eufórico/a que otras personas pensaron que usted no era el/la mismo/a de siempre o estaba tan eufórico/a que se metió en problemas?	☐	☐
...estaba tan irritable que gritaba a la gente o provocaba peleas o discusiones?	☐	☐
...se sentía mucho más seguro/a de sí mismo/a de lo habitual?	☐	☐
...dormía mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más?	☐	☐
...era mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre?	☐	☐
...le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera más despacio?	☐	☐
...se distraía tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo?	☐	☐
...tenía mucha más energía que de costumbre?	☐	☐
...era mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre?	☐	☐
...era mucho más sociable o abierto/a que de costumbre, por ejemplo, telefoneaba a amigos en mitad de la noche?	☐	☐
...estaba mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre?	☐	☐
...hacía cosas que eran inusuales en usted o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas o arriesgadas?	☐	☐
...el gasto de dinero le creó problemas a usted o a su familia?	☐	☐
2. Si usted marcó Sí en más de una de las preguntas anteriores, ¿algunas de estas situaciones ocurrieron durante el mismo período? Por favor, marque con un círculo sólo 1 respuesta.		
Sí	No	
3. ¿Hasta qué punto alguna de estas situaciones le causó problemas (como no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales, implicarse en discusiones o peleas)? Por favor, marque con un círculo sólo 1 respuesta.		
Ningún problema	Pequeños problemas	Problemas moderados
Problemas graves		

Fuente: McCormick U, Murray B, McNew B. *Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. Journal of the American Association of Nurse*

Anexo II

Escala de depresión de Hamilton

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo

2 *Moderado*: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación....

3 *Intenso*: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4 *Extremo*: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

2- SENTIMIENTOS DE CULPA _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente

2 *Moderado*: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3 *Intenso*: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece

4 *Extremo*: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

3- SUICIDIO _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: la vida no vale la pena vivirla

2 *Moderado*: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir

3 *Intenso*: ideas o amenazas suicidas

4 *Extremo*: serio intento de suicidio

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 *Frecuente*: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

7- TRABAJO Y ACTIVIDADES _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distingalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 *Moderado*: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 *Intenso*: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 *Extremo*: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8- INHIBICIÓN _____ []

0 Ausente

1 *Ligera*: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.

2 *Moderada*: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).

3 *Intensa*: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.

4 *Extrema*: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9- AGITACIÓN _____ []

0 Ausente

1 *Ligera*: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos

2 *Moderada*: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...

3 *Intensa*: no puede estar quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4 *Extrema*: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10- ANSIEDAD PSÍQUICA _____ []

0 Ausente

1 *Ligera*: tensión subjetiva e irritabilidad.

2 *Moderada*: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3 *Intensa*: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.

4 *Extrema*: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA _____ []

0 Ausente

1 *Ligera*: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.

2 *Moderada*: varios síntomas de distintos sistemas.

3 *Intensa*: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4 *Extrema*: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES _____ []

0 Ausentes:

1 *Ligeros*: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.

2 *Intensos*: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES _____ []

0 Ausentes:

1 *Ligeros*: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.

2 *Intensos*: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre) _____ []

0 Ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1 *Ligeros*: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2 *Intensos*: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15- HIPOCONDRIA _____ []

0 Ausente:

1 *Ligera*: preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 *Moderada*: preocupado por su salud.

3 *Intensa*: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.

4 *Extrema*: ideas hipocondríacas delirantes.

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN _____ []

0 Ausente: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 *Ligera*: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 *Moderada*: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO _____ []

0 Ausente:

1 *Ligera*: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).

2 *Intensa*: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

PUNTUACIÓN TOTAL _____ []

Fuente: Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23:56-62.

Anexo III

Escala de Manías de Young

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE MANÍAS DE YOUNG

Población diana: Población general con dolor de una duración superior a 6 meses. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado**, que consta de 11 ítems con 5 opciones de respuesta cada una. El valor de la puntuación de cada ítem está predeterminado, aunque es posible asignar valores intermedios con el fin de contrarrestar la falta de colaboración de los pacientes más graves. Se recomiendan los puntos de corte mayor o igual a 20 para manía moderada, y mayor o igual a 30 para manía grave.

	PUNTOS
EUFORIA	
Ausente	0
Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta	1
Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre.	2
Elevada e inapropiada	3
Grave y desorganizada	4
HIPERACTIVIDAD	
Ausente	0
Subjetivamente aumentada	1
Vigoroso/a, hipergestual	2
Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud	3
Agitación o hiperactividad constante	4
IMPULSO SEXUAL	
No aumentado	0
Posible o moderadamente aumentado	1
Claro aumento al preguntar	2
Esponáneamente referido como elevado, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales	3
Actos o incitaciones sexuales evidentes	4
SUEÑO	
No reducido	0
Disminución en menos de una hora	1
Disminución en más de una hora	2
Refiere disminución de la necesidad de dormir	3
Niega necesidad de dormir	4
IRRITABILIDAD	
Ausente	0
Subjetivamente aumentada	2
Irritabilidad fluctuante, episodios recientes de rabia o enfado	4
Predominantemente irritable, brusco y cortante	6
Hostil, no colaborador/a, no entrevistable	8
EXPRESIÓN VERBAL	
No aumentada	0
Sensación de locuacidad	2
Aumentada de forma fluctuante, prolijidad	4
Claramente aumentada, difícil de interrumpir, intrusiva	6
Verborrea ininterrumpible y continua	8

TRASTORNOS DEL CURSO PENSAMIENTO	
Ausentes	0
Circunstancialidad, distracción moderada, aceleración del pensamiento	1
Distracción clara, descarrilamiento, taquipsiquia	2
Fuga de ideas, tangencialidad, rimas, ecolalia	3
Incoherencia, ininteligibilidad	4
TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO	
Ausentes	0
Planes discutibles, nuevos intereses	2
Proyectos especiales, misticismo	4
Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia	6
Delirios, alucinaciones	8
AGRESIVIDAD	
Ausente	0
Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a	2
Querulante, pone en guardia	4
Amenazador/a, habla a gritos, entrevista difícil	6
Agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible	8
APARIENCIA	
Indumentaria apropiada y limpia	0
Ligeramente descuidada	1
Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada	2
Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo	3
Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria bizarra	4
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	
Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento	0
Según él/ella, posiblemente enfermo/a	1
Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad	2
Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad	3
Niega cualquier cambio de conducta	4
PUNTUACIÓN TOTAL	

Fuente: Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1978;133:429-35.

Anexo IV

Escala de Impulsividad de Barratt

Instrucciones. Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.)

	<i>Raramente o nunca (0)</i>	<i>Ocasional mente (1)</i>	<i>A menudo (3)</i>	<i>Siempre o casi siempre (4)</i>
1. Planifico mis tareas con cuidado	4	3	1	0
2. Hago las cosas sin pensarlas	0	1	3	4
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	0	1	3	4
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	0	1	3	4
5. Planifico mis viajes con antelación	4	3	2	1
6. Soy una persona con autocontrol	4	3	2	1
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	4	3	2	1
8. Ahorro con regularidad	4	3	2	1
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo	0	1	3	4
10. Pienso las cosas cuidadosamente	4	3	2	1
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)	4	3	1	0
12. Digo las cosas sin pensarlas	0	1	3	4
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	4	3	1	0
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)	0	1	3	4
15. Actúo impulsivamente	0	1	3	4
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	0	1	3	4
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	4	3	1	0
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	0	1	3	4
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	4	3	1	0
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	0	1	3	4
21. Compró cosas impulsivamente	0	1	3	4
22. Termino lo que empiezo	4	3	1	0
23. Camino y me muevo con rapidez	0	1	3	4
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	0	1	3	4
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	0	1	3	4
26. Hablo rápido	0	1	3	4
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	0	1	3	4
28. Me interesa más el presente que el futuro	0	1	3	4
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)	0	1	3	4
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	4	3	1	0

Salvo L, Castro A. Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet]. 2013;245-54.

Disponible en: www.sonepsyn.cl