

Características demográficas, de salud, necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería de personas hospitalizadas que sufren trastorno afectivo bipolar*

Demographic and Health Characteristics, Care Needs and Nursing Diagnoses in Hospitalized Individuals with Bipolar Affective Disorder

Características demográficas, de saúde, necessidades de cuidado e diagnósticos de enfermagem de pessoal hospitalizado sofrendo transtorno afetivo bipolar

Claudia Patrici Montoya Zapata^a
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
claudia.montoya@upb.edu.co
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7274-594X>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.cdsn>
Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145257605002>

Fecha de recepción: 27 Febrero 2017
Fecha de aprobación: 23 Noviembre 2017

Marjorie Pérez Villa
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1021-7054>

Kelly Johana Rendón Morales
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5155-6688>

Alexandro Antonio Quintero Arenas
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1318-2950>

Isabel Cristina Urrego Febrys
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8819-2013>

Matilde Ligia Álvarez Gómez
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2093-898X>

Resumen:

Introducción: el trastorno afectivo bipolar (TAB) es una enfermedad mental crónica más frecuente en mujeres que en hombres. La prevalencia en el mundo es del 1% y en Colombia es del 1,2%. **Objetivo:** Describir las características demográficas, de salud, necesidades de cuidado y diagnóstico de enfermería en pacientes que ingresan a hospitalización con un diagnóstico de TAB a la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón. **Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se seleccionaron 158 historias clínicas entre enero y junio de 2015, La información se recolectó de las notas de ingreso del equipo terapéutico, y para las necesidades de cuidado se utilizaron los patrones funcionales de Marjory Gordon. **Resultados:** el 55,7% eran mujeres, con edades entre 19 y 82 años, el 71,5% eran residentes de Medellín, el 47,5% eran solteros, el 19% tenían estudios secundarios. El 66,5% presentó sintomatología propia del TAB en el momento del ingreso; el diagnóstico CIE-10 más frecuente fue TAB-episodio maniaco, presente con síntomas psicóticos. Las necesidades encontradas, según los patrones de Marjory Gordon, fueron: falta de introspección, presencia de insomnio, alucinaciones y autoagresión. Para estas necesidades los diagnósticos de enfermería fueron: deterioro de la toma de decisiones independiente, trastorno del patrón del sueño y riesgo de violencia autodirigida. **Conclusiones:** La información demográfica y de salud es similar a las características reportadas por otras investigaciones. Tanto las necesidades de cuidado y los diagnósticos de enfermería son congruentes con la incapacidad mental que impiden un adecuado autocuidado.

Palabras clave: trastorno bipolar, atención de enfermería, diagnóstico de enfermería.

^a Autor de correspondencia: claudia.montoya@upb.edu.co

Abstract:

Introduction: Bipolar Affective Disorder (BAD) is a chronic mental illness more frequently found in woman than in men. The prevalence over the world is 1% and in Colombia is 1.2%. **Objective:** To describe the demographic and health characteristics, care needs and nursing diagnoses in patients hospitalized due to a BAD diagnosis in the mental-health clinic Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón. **Method:** This is a retrospective descriptive study. One hundred and fifty-eight medical records were selected between January and June 2015. Information was gathered from the admission notes by the therapeutic team; the functional patterns by Marjory Gordon were used to examine the care needs based on the data. **Results:** In the sample, 55.7% were women from 19 to 82 years old; 71.5% of the sample lived in Medellín; 47.5% were single individuals; 19% had completed the high school. A 66.5% showed symptoms typical to the BAD at the time of admission; under the CIE-10 diagnosis, the BAD maniac episode was the most frequent and included psychotic symptoms. According to the patterns by Marjory Gordon, the nursing needs found in the sample were: lack of introspection, sleeplessness, hallucinations, and self-harming. Regarding these needs, the nursing diagnoses were: deterioration in the independent decision-making; disorder of the sleep pattern and self-harming risk. **Conclusions:** The demographic and health information is similar to the typical characteristics reported in other researches. Both the care needs and nursing diagnoses are consistent with the mental inability, which hampers an appropriate self-care.

Keywords: bipolar disorder, nursing care, nursing diagnosis.

Resumo:

Introdução: O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença mental crônica mais frequente em mulheres do que em homens. A prevalência no mundo é de 1% e na Colômbia é de 1,2%. **Objetivo:** Descrever as características demográficas, de saúde, necessidades de cuidado e diagnóstico de enfermagem em pacientes internos com diagnóstico de TAB na Clínica Psiquiátrica Nossa Senhora do Sagrado Coração. **Método:** Estudo descritivo retrospectivo. Selecionaram-se 158 relatórios clínicos entre janeiro e junho de 2015. A informação foi coletada das anotações de admissão da equipe terapêutica, e para as necessidades de cuidado foram utilizados padrões funcionais de Marjory Gordon. **Resultados:** 55,7% foram mulheres, com idades entre 19 e 82 anos, 71,5% foram residentes em Medellín, 47,5% solteiros, 19% tinham ensino médio. 66,5% apresentou sintomatologia própria do TAB no momento do ingresso; o diagnóstico CIE-10 mais frequente foi TAB-episódio maníaco, presente com sintomas psicóticos. As necessidades encontradas, de acordo com os padrões de Marjory Gordon, foram: falta de introspeção, presença de insônia, alucinações e autoagressão. Para tais necessidades os diagnósticos de enfermagem foram: deterioração da tomada de decisões independente, transtorno do padrão de sonho e risco de violência autodirigida. **Conclusões:** As informações demográficas e de saúde são semelhantes às características relatadas por outras pesquisas. Tanto as necessidades de cuidado quanto os diagnósticos de enfermagem são congruentes com a incapacidade mental que impede um adequado autocuidado.

Palavras-chave: transtorno bipolar, atenção de enfermagem, diagnóstico de enfermagem.

Introducción

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es una enfermedad mental crónica frecuente. Se caracteriza por episodios depresivos y maníacos mixtos o hipomaniacos que a menudo están separados por un intervalo asintomático (1,2). Según criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), esta enfermedad se clasifica en: bipolar I (episodios maníacos e hipomaniacos y episodio de depresión), bipolar II (uno o más episodios depresivos y, por lo menos, un episodio hipomaniaco actual o pasado), trastorno ciclotímico (fluctuaciones del ánimo con numerosos periodos de síntomas hipomaniacos, que se alternan con otros de síntomas depresivos) (3,4).

En el mundo, la prevalencia de TAB es del 1% (5) y en Estados Unidos se reportan prevalencias de trastorno bipolar I de 0,6% (4), y en América Latina la prevalencia de episodio maníaco fue de: 1,2% en Colombia; 0,9% en Chile; 1,3% en ciudad de México y 0,5% en Costa Rica (6). En la ciudad de Medellín el trastorno bipolar tiene una prevalencia anual en población general de 0,7% (7).

La edad de inicio de la enfermedad puede ser variada: desde una edad temprana, con un promedio de 17,7 años; intermedia, de 23,9 años, y tardía, de 48,2 años (8). Es más frecuente en mujeres que en hombres. En Medellín, un estudio sobre agregación familiar y características de pacientes con TAB, halló que el 70% eran mujeres (9). En Costa Rica, otra investigación sobre caracterización clínica de estas personas encontró

que el 57,7% eran de este mismo sexo (10). En la población general de Colombia existen 2,6 mujeres con el diagnóstico por cada hombre (11,12).

Con frecuencia, las personas con TAB tienen otros trastornos comórbidos, y dentro de los más frecuentes están los trastornos por uso de sustancias (TUS) (13,14,15,16). En mujeres adolescentes también se han informado trastornos de la conducta alimentaria (17), al igual que la hipertensión arterial (30%) (12), asma y concentraciones elevadas de lípidos (19,2%) y enfermedades de la tiroides (14%) (18).

Para realizar el cuidado, enfermería utiliza para la valoración e identificación de las necesidades de salud los patrones funcionales de Marjory Gordon (19,20,21). Al revisar la literatura científica en cuidados de enfermería de personas que sufren TAB, se ha encontrado que las necesidades de cuidados más frecuentes fueron la agitación, la agresión verbal, la actividad física excesiva, los problemas relacionados con la medicación, la carencia de introspección, el irrespeto en los límites de los otros, el comportamiento caótico, las reacciones extremas, los problemas con las relaciones, entre otros (22,23).

Con la identificación de las necesidades de cuidado se proponen diagnósticos de enfermería (23). Entre ellos, los que más se formulan a las personas hospitalizadas con TAB son desempeño ineficaz de rol, incumplimiento secundario a falta de conciencia de la enfermedad y afrontamiento familiar comprometido (23,24,25,26).

El objetivo de esta investigación fue describir las características sociales y de salud, las necesidades de cuidado y los diagnósticos de enfermería de un grupo de personas que sufrían TAB y que ingresaron al servicio de hospitalización en un centro de salud mental de la ciudad de Medellín.

Método

Esta investigación se planteó como un estudio descriptivo retrospectivo. La muestra fue no probabilística con muestreo a conveniencia, constituida por 430 historias clínicas de pacientes hospitalizados, de ambos sexos, mayores de edad con diagnóstico de TAB. El criterio de inclusión era tener registro clínico completo; de estos, 158 pacientes cumplían con este.

Para recolectar la información se construyeron dos instrumentos basados en los objetivos del estudio y la operacionalización de las variables. El primero contenía información social (edad, estrato, escolaridad y ocupación) y de salud (motivo de consulta, diagnóstico médico, inicio de la enfermedad, comorbilidad mental, antecedentes personales de enfermedad física y antecedentes familiares de enfermedad mental).

El segundo estaba constituido por una lista de revisión con las necesidades de cuidado según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon (percepción de la salud, nutricional/metabólico, eliminación, actividad/ejercicio, sueño/descanso, cognitivo/perceptivo, autopercepción/autoconcepto, rol/relaciones, sexualidad/reproducción, adaptación/tolerancia al estrés, valores/creencias).

Para formular los diagnósticos de enfermería, se partió de los patrones funcionales de Marjory Gordon. A partir de estos se abordaron las necesidades de cuidado de los pacientes y se interrelacionaron con las etiquetas de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), teniendo en cuenta que cumplieran con las características definitorias para el diagnóstico.

La información se tomó de la nota de ingreso realizada por médicos, enfermeras y psicólogos, y esta se consignó en una base de datos en el programa Excel. Posteriormente, se pasó a programa SPSS version 22 y se realizó un análisis univariado calculando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y promedios y medianas para las variables cuantitativas.

Esta investigación fue aprobada por la institución donde se recolectó la información y el Comité de Ética de Investigación de la Escuela de Ciencias de la Salud. Se consideró sin riesgo para la salud según Resolución 8430 de 1993, emanada del Ministerio de Salud de la República de Colombia (27).

Resultados

Se revisaron las notas de ingreso de los pacientes con diagnóstico de TAB, de los cuales 158 cumplían con los criterios de inclusión.

Entre las variables demográficas más relevantes se encontró que la mediana de la edad fue de 48 años. El 55,7% (88) eran mujeres, el 57,6% (91) no tenía pareja, el 65,8% (104) pertenecía al régimen contributivo, el 35,4% (56) tenía algún tipo de ingreso y el 84,2% (133) residía en zona urbana (tabla 1).

TABLA1
Características sociodemográficas de los pacientes con trastorno afectivo bipolar (n = 158)

Característica		n = 158	%
Edad	Mediana (percentil 25-75)	48	35-56
	Sexo		
	Masculino	70	44,3
	Femenino	88	55,7
Estado civil	Soltero	75	47,5
	Casado	45	28,5
	Unión libre	22	13,9
	Divorciado	7	4,4
	Viudo	9	5,7
Seguridad social	Régimen subsidiado	48	30,4
	Régimen contributivo	104	65,8
	Sin dato	6	3,8
Tener pareja	Con pareja	67	42,4
	Sin pareja	91	57,6
Ocupación	Sin ingresos	31	19,6
	Con ingresos	56	35,4
	Sin información	71	44,9
Lugar de residencia	Medellín	113	71,5
	Otro municipio	45	28,5
Estrato socioeconómico	Bajo bajo	32	20,3
	Bajo	35	22,2
	Medio bajo	63	39,9
	Medio	2	1,3
	Medio alto	2	1,3
	Sin información	24	15,2
CIE-10	F310	1	0,6
	F311	2	1,3
	F312	56	35,4
	F313	3	1,9
	F314	26	16,5
	F315	7	4,4
	F316	13	8,2
	F317	5	3,2
	F318	11	7,0
	F319	34	21,5

Fuente: elaboración propia.

Según la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), el principal diagnóstico de los pacientes con TAB fue trastorno afectivo bipolar episodio maniaco presente con síntomas psicóticos [F312], con un 35,4% (56); seguido de trastorno afectivo bipolar episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos [F314], con un 16,5% (26).

El principal motivo de consulta de ingreso al servicio de hospitalización fue la presencia de síntomas relacionados con TAB, con un 66,5% (105). En cuanto a los antecedentes de los pacientes, se encontró que el grupo de enfermedades que predominaban eran las endocrinas y las metabólicas, con un 21,5% (34). La principal comorbilidad mental fue el TUS, con un 27,8% (44), y el antecedente familiar mental para los trastornos afectivos fue del 17,7% (28) (tabla 2).

TABLA 2
Características de salud de los pacientes con trastorno afectivo bipolar (n = 158)

	Característica	n = 158	%
Motivo de consulta	Remitido	33	20,9
	Sin adherencia al tratamiento	4	2,5
	Sintomático	105	66,5
	Sin información	16	10,1
Antecedentes personales	Enfermedad cardiovascular	20	12,7
	Enfermedad pulmonar	1	0,6
	Enfermedad gastrointestinal	2	1,3
	Enfermedad endocrina-metabólica	34	21,5
	Enfermedad renal-genitourinaria	1	0,6
	Enfermedad músculo-esquelética y de tejido conectivo	4	2,5
	Enfermedad infecciosa	5	3,2
	Enfermedad neurológica	12	7,6
	Enfermedad oncológica-hematológica	2	1,3
	Enfermedad dermatológica	2	1,3
	Enfermedad ginecológica	2	1,3
	Sin información	73	46,2
Comorbilidad mental	Esquizofrenia	10	6,3
	Trastorno del desarrollo neurológico	4	2,5
	Trastornos afectivos	9	5,7
	Trastornos de ansiedad	3	1,9
	Trastorno por uso de sustancias	44	27,8
	Otros	10	6,3
	Sin información	78	49,4
Antecedentes familiares de comorbilidad mental	Esquizofrenia	11	7,0
	Trastorno del desarrollo neurológico	1	0,6
	Trastornos afectivos	28	17,7
	Trastornos de ansiedad	1	0,6
	Trastorno por uso de sustancias	4	2,5
	Otros	18	11,4
	Sin información	95	60,1
Consumo de sustancias psicoactivas	Alcohol	33	20,9
	Cigarrillo	26	16,5
	Cocaína	12	7,6
	Uso crónico de benzodiazepinas	1	0,6
	Sin información	86	54,4

Fuente: elaboración propia.

Con la lista de chequeo elaborada con los patrones funcionales de Marjory Gordon, se obtuvieron los principales síntomas psiquiátricos y las necesidades de cuidado de los pacientes con TAB. Estas necesidades se interrelacionaron con las etiquetas diagnósticas de la NANDA y se utilizó la taxonomía II de la NANDA 2015-2017 para extraer los diagnósticos de enfermería (tabla 3).

TABLA 3
Diagnósticos enfermeros más comunes para las intervenciones del trastorno afectivo bipolar

Patrón funcional de Gordon	Sintomatología psiquiátrica o necesidad de cuidado	n	%	Diagnósticos enfermeros	
				Dominio NANDA	Etiqueta diagnóstica
Percepción de la salud	Carencia de introspección	123	77,8	1. Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la salud	(00078) Gestión ineficaz de la salud
				10. Principios vitales Clase 3: Congruencia entre valores/creencias/acciones	(00242) Deterioro de la toma de decisiones independiente
Sueño-descanso	Presencia de insomnio	91	57,6	4. Actividad y reposo Clase 2: Actividad/ejercicio	(00198) Trastorno del patrón del sueño
Cognitivo-perceptivo	Alucinaciones o ilusiones	69	43,7	5. Percepción/cognición Clase 4: Cognición	(00251) Control emocional inestable
Autopercepción -autoconcepto	Megalomanía o grandiosidad	40	25,3	9. Afrontamiento/tolerancia Clase 2: Respuestas de afrontamiento	(00071) Afrontamiento defensivo
Rol-relaciones	Autoagresión	59	37,3	11. Seguridad/protección Clase 3: Violencia	(00140) Riesgo de violencia autodirigida

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Con el desarrollo de esta investigación se conocieron las características demográficas, de salud, necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería según patrones funcionales de Marjory Gordon (19,20,23).

Algunas de las condiciones demográficas de esta población —como la edad, el sexo y el estado civil— son similares a otras investigaciones realizadas en Medellín (9). Aunque el trastorno bipolar más frecuente en la población general es el TAB I (5), entre los datos recolectados de las historias clínicas de los pacientes se encontró que el más frecuente fue el afectivo bipolar episodio maniaco presente con síntomas sicóticos. Esto se puede explicar, porque no todas las personas con TAB requieren hospitalización (1); otro motivo puede ser porque los pacientes maníacos psicóticos son disfuncionales desde el punto de vista social y están con ideas delirantes y alucinaciones, lo que dificulta el manejo en el hogar, por lo que ameritan hospitalización (28).

En la literatura científica, al igual que lo que se halló en esta investigación, es frecuente encontrar relación entre TAB y enfermedades metabólicas y cardiovasculares (12,29). En este estudio el antecedente personal más destacado fue la hipertensión arterial, seguido de trastornos tiroideos, lo que coincide con otros reportes (18).

La comorbilidad mental más frecuente encontrada fueron los TUS, con 27%. Esta frecuencia fue menor a la informada por otros investigadores que van del 40% (30) al 76% (16). El menor porcentaje encontrado en este estudio pudo deberse a la separación entre consumo simple y el abuso y dependencia, y que muchos de los

reportados como consumos simples pudieron haber sido TUS. Al igual que en otros estudios, las sustancias psicoactivas más consumidas fueron el alcohol y el tabaco (14,31).

La carencia de introspección fue la necesidad de cuidado más encontrada. Esta misma fue registrada en otra investigación cualitativa realizada en personas que sufren esta enfermedad (22). La introspección hace parte del patrón de percepción de la salud y alude al reconocimiento que se tiene de la enfermedad. La carencia de ella es tanto un síntoma psiquiátrico como una necesidad de cuidado de enfermería; y entre los diagnósticos de enfermería que corresponden a esta necesidad se encuentra la gestión ineficaz de la salud y el deterioro de la toma de decisiones. Estos no coinciden con el síntoma mental, ya que el sujeto no es consciente de su condición, este no es voluntario y hace parte en unión con otros del trastorno mental (23).

La segunda necesidad en orden de frecuencia fue el insomnio, que pertenece al patrón funcional sueño-descanso. Es muy frecuente hallarla en personas que sufren otros trastornos mentales; al igual que la anterior, es un síntoma mental que puede ser intervenido a través de cuidados de enfermería. Esta necesidad ha sido registrada en la literatura propia del cuidado de personas con TAB (24,26,32), y es también un diagnóstico de enfermería (33).

En casi la mitad de las personas estudiadas se reportaron alteraciones perceptivas e ideas delirantes. Se sabe que ambas son síntomas propios del TAB con síntomas psicóticos (34); pero, a su vez, son necesidades de cuidado. Ellas hicieron parte de los diagnósticos de enfermería, cuya denominación era deterioro de la interpretación del entorno (35).

El diagnóstico de enfermería para la necesidad “alucinaciones” es control emocional inestable, y aunque este es un síntoma no voluntario, es una alteración perceptiva no emocional (23). El cuidado de enfermería está caracterizado por su enfoque holístico, cuidar a la persona desde los aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales. La enfermera para realizar el cuidado tiene en cuenta el proceso de atención de enfermería e identifica en sus pacientes las necesidades de cuidado de forma individual (valoración), detectando en ellos alteraciones reales y potenciales que llevan al planteamiento de los diagnósticos enfermeros, a efectos de mejorar la situación de los pacientes (planificación y ejecución) y al final evaluar los resultados. Las necesidades de cuidado, junto con los diagnósticos de enfermería de los pacientes con TAB, permitirán planear un cuidado con calidad, para mejorar el manejo actual y prevenir complicaciones adicionales a su patología.

Conclusiones

Los resultados de esta investigación muestran que la población estudiada tiene características demográficas y de salud similares a las características reportadas en otras investigaciones. Con base en los hallazgos, se encontró que los diagnósticos de enfermería —trastorno del patrón del sueño, vagabundeo y desequilibrio nutricional— están de acuerdo con las necesidades de cuidado y son congruentes con la incapacidad mental que impiden un adecuado autocuidado.

Agradecimientos

A la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, por apoyarnos y permitirnos realizar esta investigación.

Referencias

1. Yepes L. Trastorno bipolar. En: Toro R, Yépez L PC, editores. Fundamentos de medicina: psiquiatría. 5a ed. Medellín: CIB; 2013. p. 195-207.

2. Townsend MC. Trastornos de estado de ánimo. En: *Fundamentos de enfermería en psiquiatría*. 4ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2008. p. 332-73.
3. González Parra D, González de María V, Leal Sánchez C, Sánchez Iglesias S. Enfermedad bipolar. *Med (Baltimore)* [internet]. 2007;9(85):5461-8. Disponible en: <https://www.dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2359794>.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington: APA; 2013.
5. Nieto J, Calvo R. Patrones de comorbilidad en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2001;30(1):21-37.
6. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34(4):506-14.
7. Tores de Galvis Y, editora. *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012*, Medellín: Universidad CES, Universidad de Harvard, Secretaría de Salud de Medellín; 2012.
8. Pedraza RS, Losada JR, Jaramillo LE. Edad de inicio como marcador de subtipos de enfermedad maniaco-depresiva. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2012;41(3):576-87. [https://www.doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60030-5](https://www.doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60030-5)
9. Ricardo J, Calle C, Palacio J. Efecto de la agregación familiar en la caracterización clínica del trastorno afectivo bipolar tipo I: variables en pacientes de población antioqueña. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2003;32(2):145-60.
10. Raventós JCH. Caracterización clínica de familias costarricenses con trastorno afectivo bipolar. *Acta Médica Costarric*. 2014;56(4):167-73.
11. Medina ME, Borges GL, Muñoz CBC, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, Villatoro Velázquez J, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología. *Salud Ment* [internet]. 2003;26(4):1-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>.
12. Moreno LJA, Giraldo CÁ, Castrillón JJC, Gil MM, Jiménez MPM, Borja NO, et al. Relación entre trastorno afectivo bipolar, depresión, ansiedad, estrés y valores de presión arterial en población de la clínica San Juan de Dios. *Arch Med (Manizales)* [internet]. 2015;15:281-90. Disponible en: <https://www.revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1027/1464>.
13. Casas M, Franco MD, Goikolea JM, Roncero C, Szerman N, Bipolar T. Trastorno bipolar asociado al uso de sustancias adictivas (patología dual): revisión sistemática de la evidencia científica y consenso entre profesionales expertos. *Área*. 2008;36(6):350-61.
14. Pérez de Heredia JL, González Pinto A, Ramírez M, Imaz A, Ruiz J. Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. *Trastor Adict* [internet]. 2001;3(S2):1-64. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-abuso-dependencia-sustancias-el-trastorno-13013506>.
15. López-Ortiz C, Roncero C, Miquel L, Casas M. Fumar en las psicosis afectivas: revisión sobre el consumo de nicotina en el trastorno bipolar y esquizoafectivo. *Adicciones*. 2011;23(1):65-75.
16. Torres Y, Posada J, Barreño J, Berbesí D. Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad en otros trastornos mentales seleccionados. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:14-35. [https://www.doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60265-1](https://www.doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60265-1)
17. Zubrzycki A. Trastorno bipolar. *Salud Ciencia*. 2011;18:290.
18. Forty L, Ulanova A, Jones L, Jones I, Gordon-Smith K, Fraser C, et al. Comorbid medical illness in bipolar disorder. *Br J Psychiatr*. 2014;205(6):465-72. <https://www.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152249>.
19. Patrones funcionales de Marjory Gordon [internet]. (Citado 2017 ene 21). Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391.
20. Álvarez Suárez JL, Castillo Arévalo F del, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. *Manual de valoración de patrones funcionales*. Gijón: Dirección de Enfermería de Atención Primaria; 2010.
21. Martínez-López MA, Pérez-Constantino M, Montelongo-Meneses PP. Proceso de atención de enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. *Enferm Univ*. 2014;11(1):36-43.

22. Daggenvoorde T, Geerling B, Goossens PJ. A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015;29:186-91. <https://www.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.02.003>.
23. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*, 2015-2017. 3a ed. Madrid: Elsevier; 2016.
24. Muñoz MJZ, González FJM. Paciente con trastorno bipolar: proceso de enfermería. *ENE. Rev Enferm* [internet]. 2012;6(2):81-8. Disponible en: <https://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/20>.
25. Herrero Villanueva JA, Serrano M, Parra MD. Planes de cuidados al paciente con depresión y trastorno bipolar. *Cat-barcelona.com* [internet]. 2016. Disponible en: https://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastorno-bipolar/4_-_planes_de_cuidados_al_paciente_con_depresion_y_trastorno_bipolar.pdf.
26. Álvarez M. Cuidado de personas que sufren trastornos mentales. En: *Enfermería en psiquiatría y salud mental*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana; 2013. p. 35-94.
27. Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar*. Madrid: Ministerio; 2012.
29. Jaramillo CL, Mejía AC, Velásquez AH, Restrepo Palacio TF, Zuluaga JO. Síndrome metabólico y trastorno afectivo bipolar: una revisión de la literatura. *Rev Colomb Psiquiatr* [internet]. 2013;42(3):283-91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745013700210>.
30. Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Vieta E. Comorbilidad en el trastorno bipolar. *Rev Psiquiatr Fac Med*. 2005;32(2):77-88.
31. Pardo Cely EE, Fierro M, Ibáñez Pinilla M. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2011;40:85-98.
32. Townsend MC. Trastorno bipolar. En: *Fundamentos de enfermería psiquiátrica*. 4a ed. Mexico: McGraw-Hill; 2008. p. 252-373.
33. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2012-2014*. p. 31-561.
34. Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry*. 2007;190(1922):189-91. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030957>.
35. Dochterman JM, Jones DA, Hahn K. Unifying nursing languages: The harmonization of NANDA, NIC, and NOC. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2004;15(2):34.

Notas

*Artículo original de investigación

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

Cómo citar: Montoya Zapata CP, Pérez Villa M, Rendón Morales KJ, Quintero Arenas AA, Urrego Febrys IC, Álvarez Gómez ML. Características demográficas, de salud, necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería de personas hospitalizadas que sufren trastorno afectivo bipolar. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2019;21(1). <https://www.doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.cdsn>