

## Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas

Bipolar disorder. Clinical and epidemiologic characteristics

Dra. Olivia Martínez Hernández<sup>1\*</sup>  
Est. Olivia Montalván Martínez<sup>2</sup>  
Est. Yandy Betancourt Izquierdo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

Autor de la correspondencia: [oliviamartinez.mtz@infomed.sld.cu](mailto:oliviamartinez.mtz@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

El trastorno bipolar es un trastorno crónico y recurrente que se caracteriza por fluctuaciones patológicas del estado del ánimo. Las fases de la enfermedad incluyen episodios hipomaniacos, maniacos y depresivos. Estos episodios interfieren de forma significativa en la vida cotidiana del paciente y en su entorno, con importante repercusión en su salud y calidad de vida. Para los psiquiatras es de suma importancia el diagnóstico precoz de esta enfermedad para proporcionar un tratamiento oportuno a los pacientes, teniendo en cuenta la severidad de los síntomas y las complicaciones a las que lleva esta enfermedad. Ante esta realidad se decidió describir las características generales de este desorden mediante una revisión bibliográfica donde se exponen sus principales manifestaciones clínicas, clasificación, aspectos epidemiológicos, curso de la enfermedad, complicaciones y comorbilidad. Para ello se realizó una revisión de los trabajos más relevantes publicados y con ello contribuir al proceso de educación médica continuada para los profesionales de la salud.

**Palabras clave:** bipolar; epidemiología; suicidio; comorbilidad.

## ABSTRACT

Bipolar disorder is a chronic and recurrent disorder characterized by pathological fluctuations of the mood states. The stages of the disease include hypomanic, maniac and depressive episodes. These episodes interfere in a significant way in the patient's daily life and his surroundings, with an important repercussion on his health and life quality. For the psychiatrists, the precocious diagnosis of this disease is very important, in order to provide a timely treatment to patients, taking into account the severity of the symptoms and the complications of this disease. Due to this reality, the authors decided to describe the general characteristics of this disorder through a bibliographic review where they exposed the main clinical manifestations, classification, epidemiological aspects, the course of the disease, complications and co-morbidity. The most relevant published works were reviewed to contribute to the process of continued medical education of the health professionals.

**Key words:** bipolar disorder; epidemiology; suicide; co-morbidity.

Recibido: 20/02/2019.

Aceptado: 28/03/2019.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos bipolares son un conjunto heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por alteraciones del estado de ánimo y sufrimiento subjetivo. En los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes. El fuerte impacto sobre la función ocupacional y social que tiene este desorden ha llevado a calificarla como una de las enfermedades de mayor discapacidad.<sup>(1,2)</sup>

En la actualidad es uno de los temas más discutidos internacionalmente, en el ámbito de la psiquiatría, reconociéndose como un problema de salud global con repercusiones desde el punto de vista sanitario, económico y un gran sufrimiento personal y familiar.

Las nuevas consideraciones en relación al espectro de la enfermedad amplían el diapasón en el conocimiento de sus diversas formas de expresión, latentes y evidentes en los portadores de la enfermedad, no reconocidas en diferentes sistemas de clasificaciones actuales,<sup>(3)</sup> pero esta excesiva amplitud en las definiciones de las entidades clínicas podría demorar las investigaciones básicas que buscan encontrar las bases genéticas y neurobiológicas de las enfermedades del ánimo,<sup>(4)</sup> para los clínicos e investigadores esta amplitudes es uno de los principales

problemas que deben ser resueltos a la hora de comprender si estamos ante un paciente con diagnóstico de trastorno bipolar (TB) o no.

Este desorden se caracteriza por su curso cíclico y su gran polimorfismo. En el mismo existe una alteración del estado de ánimo en el que se aprecian cambios en el nivel de energía, actividad, y en la habilidad para poder realizar actividades diarias. Se pueden presentar episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos, y el paciente puede estar, durante determinados períodos, eutímico,<sup>(5)</sup> aunque pueden persistir síntomas interepisódicos. Los episodios depresivos pueden, además, mostrar o no síntomas atípicos o síntomas de melancolía y son mucho más frecuentes que los episodios maníacos,<sup>(6)</sup> con el consiguiente impacto en la vida de la persona.<sup>(7)</sup>

Existen dos tipos principales, estos son el trastorno bipolar tipo I (TBI) y el tipo II (TBII). El tipo I está caracterizado por episodios de manía y depresión, y el tipo II presenta episodios de hipomanía y depresión. La distinción principal entre ambos es la severidad de los síntomas maníacos. La manía causa impedimento severo en la funcionalidad, incluye síntomas psicóticos, y muchas veces requiere de hospitalización. En contraste, la hipomanía, no es lo suficientemente severa para causar deterioro significativo en la funcionalidad laboral y social; y no es necesaria la hospitalización en estos pacientes.<sup>(8)</sup>

Otro TB descrito es el trastorno ciclotímico, el cual implica episodios recurrentes de hipomanía y depresión subclínica.

Según la OMS, en octubre de 2015, el 3% de la población mundial (350 millones de personas en el mundo aproximadamente) tienen enfermedad bipolar, presentándose en todas las culturas y razas.<sup>(9)</sup>

Es difícil estimar la incidencia de TB, esto es porque la enfermedad se hace evidente después de un largo periodo. Usualmente en el primer episodio no es diagnosticada debido a que en la mayoría de los casos comienza con un episodio depresivo. Se calcula que alrededor del 10% de las personas con depresión desarrollen alguna de las variantes de TB.<sup>(10)</sup>

Se considera que su prevalencia es variable, de acuerdo con la fuente estimada. Un estudio epidemiológico reciente a nivel mundial basado en la Iniciativa de Encuesta sobre la Salud Mental propuesta por la OMS, reveló tasas de prevalencia a lo largo de la vida del espectro bipolar de aproximadamente un 2,4%, concretamente del 0,6% para el TB tipo I, del 0,4% para el TB tipo II y del 1,4% para otras formas subclínicas del TB, mientras que las tasas de prevalencia anual era del 1,5% para el espectro bipolar, particularmente, del 0,4% para el TB tipo I, del 0,3% para el TB tipo II y del 0,8% para el resto del espectro. No obstante, estas estimaciones dependen de los cambios en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo y de la zona geográfica de donde es extraída la muestra.<sup>(11)</sup>

El inicio del TB tiene lugar entre la adolescencia tardía y la adultez joven, alrededor de los 25 años,<sup>(12)</sup> aunque se plantea que es una enfermedad habitualmente subdiagnosticada, como mencionamos anteriormente en general como depresión unipolar, y conlleva por tanto a una importante demora diagnóstica.<sup>(13)</sup> En un estudio colaborativo internacional multicéntrico se replican las tasas de retraso diagnóstico en países muy distintos geográfica y socio-culturalmente.<sup>(4)</sup>

Los pacientes con un TB de inicio más temprano presentan un retraso en el comienzo del tratamiento, síntomas depresivos más graves y comorbilidad con

otros trastornos como los de ansiedad y los relacionados con el consumo de sustancias.

Los síntomas de este trastorno pueden causar daño de las relaciones interpersonales, nivel bajo de funcionamiento en el estudio o en el trabajo, y puede culminar con el suicidio.<sup>(14,15)</sup> No obstante los pacientes con esta enfermedad y un diagnóstico oportuno pueden recibir tratamiento y llevar una vida funcional y productiva, con una disminución de la frecuencia, gravedad y duración de los episodios, y disminución del número de ingresos.<sup>(7)</sup>

Vieta E,<sup>(16)</sup> destaca que "la intervención temprana es un paradigma que, si se aplica adecuadamente, puede salvar vidas y prevenir significativamente muchas de las complicaciones clínicas y sociales asociadas al trastorno bipolar.

Precisamente el objetivo del tratamiento es evitar las recurrencias de episodios depresivos y maníacos, la reducción de síntomas residuales y la reducción del riesgo del suicidio.

Además de lograr el funcionamiento máximo del paciente, disminución de la frecuencia de ciclación, de la inestabilidad del estado de ánimo y los efectos adversos del tratamiento.

En Cuba, existen escasas investigaciones relacionadas con los aspectos epidemiológicos de esta enfermedad. Teniendo en cuenta la prevalencia y los resultados de investigaciones internacionales que plantean que los pacientes que son diagnosticados tardíamente tienen un peor pronóstico y una peor respuesta,<sup>(17)</sup> y que comportan un deterioro funcional,<sup>(18)</sup> se decidió describir las principales manifestaciones clínicas, clasificación y algunos aspectos epidemiológicos de los trastornos bipolares que permitan elevar el nivel de conocimientos sobre esta afección y pudiera facilitar su detección temprana con el objetivo de instaurar un tratamiento oportuno para disminuir el sufrimiento que ocasiona para la familia y para el paciente, así como la discapacidad y los costos a la salud pública.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó una revisión bibliográfica con los términos: revisión sistemática, clasificación, epidemiología, suicidio y comorbilidad combinados con "trastorno bipolar". Se hicieron búsquedas en las bases de datos electrónicas MEDLINE (vía PubMed) y Scielo. El fondo bibliográfico de la OMS/OPS fue también consultado con la finalidad de obtener los informes sobre el tema objeto de revisión. La búsqueda no quedó restringida por fecha, idioma o país de origen de las publicaciones.

Criterios de selección

Fueron considerados todos los estudios primarios o revisiones bibliográficas en los que los trastornos bipolares constituyeron el centro de atención.

Recopilación y análisis de datos

La información fue resumida utilizando el paquete de programas Microsoft Office, versión 2007.

## DISCUSIÓN

El concepto de trastorno bipolar es un concepto dinámico, que en la actualidad causa discusión, con temas y aspectos no cerrados, sujetos a la necesidad de realizar más investigaciones para lograr un consenso en las definiciones, la clínica y los criterios diagnósticos, hoy resumidos en el Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Desórdenes Mentales (DSM V),<sup>(19)</sup> de la Asociación Americana de psiquiatría y la Clasificación internacional de enfermedades en su versión 10.<sup>(20)</sup> No obstante existen otros datos a incorporar en la valoración clínica para un mejor diagnóstico y que se refieren a la historia familiar, los estudios complementarios (de laboratorio, de neuroimagen, neuropsicológicas o marcadores genéticos, (entre otros), así como la respuesta a los tratamientos.

### Aspectos epidemiológicos

Como planteamos anteriormente es difícil estimar la incidencia del Trastorno Bipolar, posiblemente porque la enfermedad se hace evidente después de un largo periodo de tiempo, pues usualmente el paciente no es diagnosticado en el primer episodio debido a que en la mayoría de los casos comienza con un episodio depresivo, en otras ocasiones el paciente no acude a consulta, además si el paciente asiste a la consulta, y los profesionales no tienen en cuenta los indicadores de una depresión bipolar, no se realizará un diagnóstico precoz de la enfermedad, es preciso considerar además que el 10% de las personas con depresión desarrollan alguna de las formas clínicas del TB.<sup>(10)</sup> Es importante, destacar que después de un episodio depresivo pueden transcurrir hasta 5 años antes de que ocurra el primer episodio de exaltación del humor,<sup>(21,22)</sup> que en muchos pacientes transcurre con una elevación del estado de ánimo que se corresponde con una hipomanía, que presenta menor deterioro funcional y muchos pacientes no lo consideran como un estado anormal. El grupo holandés de Regger reveló recientemente que solamente el 22 % de los pacientes lograba reconocer sus episodios de hipomanía contra un 82 % que reconocía sus episodios depresivos.<sup>(23)</sup>

En este sentido es preciso explorar siempre el antecedente de episodios de hipomanía en pacientes con episodio actual depresivo.

Hasta 69% de las personas con TB reciben un diagnóstico inicial incorrecto,<sup>(24)</sup> y la demora en el diagnóstico adecuado puede alcanzar hasta 9 años o más,<sup>(25)</sup> con la consecuente dilación tanto en recibir un tratamiento adecuado como, incluso, en haber evitado recibir medicación no apropiada y potencialmente perjudicial. Este último punto en cuanto al diagnóstico precoz es bastante crítico, ya que el suicidio en los pacientes es muy frecuente.

Una revisión de estudios epidemiológicos realizados en países de la Unión Europea basados en criterios DSMIII- R, DSM-IV o CIE-10 reveló que la tasa de prevalencia anual del TB tipo I o/y tipo II ascendía al 1,1% mientras que la incidencia acumulativa a lo largo de la vida fue ligeramente más alta (el 1,5-2%) y del 6% cuando se consideró todo el espectro bipolar y no solo las formas clínicas.<sup>(26)</sup>

El TB tipo I se produce aproximadamente igual en ambos sexos, aunque la forma de presentación suele ser diferente entre hombres y mujeres; hay algunos estudios que apuntan a que los hombres suelen presentar más frecuentemente manía unipolar, una edad de inicio más temprana y una mayor duración de los episodios maníacos, mientras que las mujeres tienden a experimentar más episodios con características mixtas y más episodios depresivos. Sin embargo, sí parece haber diferencias de género en el TB tipo II, siendo 2 veces más frecuente en mujeres

que en hombres. En este sentido, las diferencias de género son una prueba más de la heterogeneidad de la presentación del TB.<sup>(27)</sup>

Es importante mencionar que el TB se manifiesta usualmente en la adolescencia media o tardía o la adultez temprana (15-25 años aproximadamente).<sup>(12,28)</sup> En un estudio reciente efectuado en 11 países se halló que la mediana de la edad de comienzo es a los 25 años.<sup>(29)</sup>

El concepto de espectro bipolar

En 1980 Akiskal, propone el concepto de espectro bipolar enfatizando una clasificación con validez clínica según la historia de las enfermedades del humor, los antecedentes premórbidos y los temperamentos.

Sus trabajos se basan en la importancia de la observación clínica y la descripción longitudinal de los trastornos bipolares y han identificado los llamados trastornos "leves" o "suaves", que se observan con frecuencia en la práctica clínica diaria y que muchas veces son difíciles de clasificar dentro de los esquemas clasificatorios actuales de la Asociación Americana de Psiquiatría y de la Organización Mundial de la Salud. Estas observaciones vinieron a enriquecer el concepto de espectro bipolar.

La revisión que hace Akiskal,<sup>(30)</sup> sobre el espectro bipolar incluye:

- Bipolar ½: trastorno esquizoafectivo tipo bipolar
- Bipolar I: al menos un episodio de manía o mixto
- Bipolar I ½: depresiones con hipomanías prolongadas
- Bipolar II: hipomanía y depresión
- Bipolar II ½: depresiones con inestabilidad anímica
- Bipolar III: depresiones con hipomanía inducida por fármacos
- Bipolar III ½: cambios anímicos por abuso de sustancias / alcohol
- Bipolar IV : depresión tardía en temperamento hipertímico
- Tipo V: depresiones cíclicas recurrentes (>5) con síntomas hipomaníacos, antecedentes familiares de bipolaridad y respuesta + a estabilizantes
- Tipo VI: inestabilidad anímica y/o hipomanías en pacientes con demencia temprana

La definición sobre el espectro de enfermedad bipolar no está exenta de polémicas por los diferentes autores, es una categoría más amplia que la descrita en diferentes glosarios y clasificaciones internacionales. El espectro de enfermedad bipolar es una entidad de evolución crónica, inicio temprano, grave, prevalente y discapacitante, cuyo error diagnóstico retarda el inicio de un tratamiento adecuado.<sup>(3)</sup>

Entre las ventajas del espectro bipolar están el reconocimiento de la importancia del temperamento, de los síntomas tempranos para la prevención, de los síntomas maníacos subumbrales y el hecho de diferenciar la ciclotimia del trastorno Borderline o de la personalidad antisocial.

Entre las desventajas del espectro se incluye la excesiva expansión del diagnóstico de bipolaridad, la disminución del real significado del trastorno afectivo, la

delimitación de bordes indefinidos entre los síntomas y el síndrome, y la facilitación de medicar situaciones no patológicas.

Ghaemi SN,<sup>(31)</sup> plantean que la presencia de hipertimia o ciclotimia también podría ser incluida en este espectro, y de esta manera, aproximadamente, un tercio de los cuadros de depresión mayor podrían ser parte del mismo, los cuadros depresivos con hipomanías de muy corta duración, los episodios depresivos recurrentes breves de curso cíclico y los episodios depresivos disfóricos (entendidos como cuadros mixtos).

La Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Desórdenes Mentales (DSM V),<sup>(19)</sup> define y clasifica los trastornos bipolares.

Por la importancia que tiene el conocimiento de la misma, la exponemos a continuación:

- Trastorno bipolar I
- Trastorno bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos.
- Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica.
- Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado.
- Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.

Como planteamos el DSM V ordena su nosografía y nosología en bipolares tipos I y tipo II, incluyendo entre las categorías diagnósticas al trastorno ciclotímico y describiendo las características del ciclado rápido. Precisa códigos y especificaciones para los distintos episodios como leve /moderado/ grave, con o sin síntomas psicóticos, en remisión parcial o total, sintomatología mixta, con síntomas catatónicos, de inicio postparto, con patrón estacional.

#### Criterios diagnósticos

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios de un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.

Para el diagnóstico del episodio maníaco debe existir un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días o cualquier duración si se necesita hospitalización.

Durante este periodo existen tres o más de los síntomas siguientes o cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable, en un grado significativo y que representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir.
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas: dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes.

Se considera, además que la alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas y que el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia: droga, un medicamento, otro tratamiento o a otra afección médica.

En el caso del episodio de depresión la presencia de cinco o más de los síntomas que a continuación se refieren, han estado presentes durante dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es, <sup>(1)</sup> estado de ánimo deprimido o, <sup>(2)</sup> pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Se considerará que los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.



La presencia de síntomas melancólicos es una especificación que se aplica al episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o II:

1. Presencia de uno de los síntomas siguientes durante el período más grave: pérdida de placer en todas o casi todas las actividades y falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros.
2. Tres o más de los siguientes: una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (el ánimo depresivo se percibe diferente al sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido); la depresión es habitualmente peor en las mañanas; despertar precoz, al menos 2 h antes de lo habitual; enlentecimiento o agitación psicomotora; anorexia significativa o pérdida de peso y culpabilidad excesiva o inapropiada.

Para el diagnóstico del episodio hipomaniaco se necesita un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres o más de los síntomas siguientes o cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable, y que representen un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas.

Se destaca que el episodio se debe asociar a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas y el episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

Según los criterios del DSM 5 para el diagnóstico de trastorno bipolar I se requiere que se hayan cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco con o sin episodios previos de depresión mayor.

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno bipolar I, tipo de episodio actual o más reciente, especificadores de gravedad/psicóticos/ remisión, y a continuación tantos especificadores sin código como correspondan al episodio actual o más reciente.

Especificar:

- Con ansiedad
- Con características mixtas
- Con ciclos rápidos
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo
- Con catatonía
- Con inicio en el periparto
- Con patrón estacional
- Curso de la enfermedad

Para realizar el diagnóstico de un trastorno bipolar II, se requiere que se hayan cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaniaco, al menos para un episodio de depresión mayor y que nunca haya existido un episodio maniaco.

Se considera además que los síntomas de depresión o de incertidumbre causados por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Para el diagnóstico del trastorno ciclotímico se exige la presencia, a lo largo de por lo menos dos años, de períodos de síntomas hipomaniacos y depresivos que no cumplen los criterios de duración para un episodio afectivo mayor.

Curso de la enfermedad

El trastorno bipolar es una enfermedad cíclica, pero al considerar su evolución, surgen dificultades que tienen que ver fundamentalmente con la selección de los pacientes, el diagnóstico, así como con la manera de recoger los datos evolutivos a lo largo del tiempo.<sup>(21)</sup>

Existen investigaciones que incluyen a todos los pacientes del espectro bipolar en sus diseños metodológicos e incluso otras que utilizan diferentes clasificaciones. En muchas ocasiones los pacientes incluidos en los estudios son pacientes hospitalizados. Esto trae consigo la exclusión de un significativo porcentaje de pacientes que padecen trastorno bipolar pero nunca son ingresados, incluso pudieran ser pacientes más graves, con más síntomas psicóticos y un curso más deteriorante, que en la práctica clínica no se decide hospitalizar por decisión familiar, sobre todo aquellos pacientes con un adecuado funcionamiento familiar.

Y, por último, hay que tener en cuenta el problema de cómo recoger de forma segura los datos evolutivos de los pacientes. La mayor parte de los estudios recogen información de manera retrospectiva, con las dificultades que ello

comporta a la hora de recordar los episodios, no solo los depresivos sino también los hipomaniacos y los maníacos.

La consideración de la evolución y el curso de la enfermedad es capital para su correcto diagnóstico y tratamiento. Se ha calculado que un paciente bipolar presenta alrededor de diez episodios afectivos a lo largo de su vida. Los pacientes bipolares tipo II suelen tener más cantidad de episodios depresivos y padecer un mayor número de episodios afectivos que los bipolares tipo I.<sup>(14)</sup>

Aquellos pacientes que presentan 4 o más episodios en el año se definen como ciclador rápido. Estos pacientes presentan recaídas más frecuentes, pero clínicamente similares a las de otros bipolares. Los antidepresivos podrían actuar como un desencadenante del ciclado rápido, lo mismo puede ocurrir con la utilización de fármacos como los corticoides.

El ciclado rápido no es un fenómeno irreversible, y la mayor parte de los pacientes consiguen volver a una frecuencia menor de recaídas. Por otro lado, a medida que aumenta el período de remisión, aumenta la probabilidad de mantenerse eutímico, aunque existe un porcentaje de los pacientes que presentan síntomas residuales interepisódicos.<sup>(14)</sup>

Por otro lado, la frecuencia de las recurrencias aumenta a medida que lo hace la cantidad de episodios previos. Asimismo, el número de episodios influye sobre la duración y la gravedad de los episodios subsiguientes y se asocia con una disminución del umbral para la aparición de episodios adicionales y con un aumento del riesgo de demencia a largo plazo.<sup>(27)</sup>

Las tasas de suicidio consumado, los intentos de suicidio y la ideación suicida son más prevalentes en el TB que en otros desórdenes mentales y suelen darse predominantemente durante el episodio depresivo, 15 con una tasa entre un 10% y 15%.<sup>(14)</sup>

Se plantea que el riesgo de suicidio es mayor en los primeros meses después de ser diagnosticado,<sup>(32)</sup> aunque un 6% mueren por suicidio dos décadas después del diagnóstico,<sup>(14)</sup> y que los bipolares adictos tienen mayor riesgo que otros pacientes con trastornos mentales o adictivos en tratamiento.<sup>(33)</sup> Entre el 20 y 25 % de los pacientes tienen al menos un intento de suicidio a lo largo de la vida.<sup>(14)</sup>

Las principales complicaciones de la enfermedad van a ser las derivadas de un curso tórpido, aunque algunas de ellas pueden producirse desde el inicio, entre ellas se encuentran el desarrollo de síntomas psicóticos, de episodios de ciclación rápida, de agresividad, o la más grave de todas, el suicidio,<sup>(34)</sup> abuso de sustancias, ruptura conyugal, conflictos familiares, pérdidas económicas, deterioro laboral, deterioro de la red social.

Existen predictores de peor pronóstico en los trastornos bipolares, éstos son:<sup>(35)</sup>

- Primer episodio depresivo o mixto
- Último episodio mixto
- Disfunción cognitivas
- Mayor proximidad del último episodio
- Mayor número de episodios previos
- Ciclado rápido

- Abuso de sustancias
- Enfermedad orgánica
- Síntomas psicóticos
- Antecedentes familiares positivos
- Mayor número de acontecimientos vitales negativos
- Personalidad anormal
- Bajo apoyo social
- Disfunción laboral

## Comorbilidad

Otro aspecto que es importante tener en cuenta en este trastorno es la comorbilidad con otras enfermedades, lo cual puede entorpecer su evolución y pronóstico. La patología dual se define como la presencia de un trastorno adictivo y otro trastorno mental a lo largo de la vida.<sup>(36)</sup>

La comorbilidad entre TB y trastorno por uso de sustancias es de las más relevantes dentro del espectro de la patología dual por sus repercusiones evolutivas y socio sanitarias,<sup>(37)</sup> aunque las terapias psicológicas grupales con psicoeducación, prevención de recaídas e inclusión de la familia han resultado favorables para reducir la sintomatología y favorecer la abstinencia y la adherencia al tratamiento.<sup>(38)</sup>

En un estudio realizado en el 2017, se encontró que el 61,9 % de los pacientes con TB tenían un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias y se consideraron duales, con mayor prevalencia de adicción al alcohol y cocaína y que los bipolares duales eran un subgrupo con mayor comorbilidad con trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales como los trastornos de ansiedad y un mayor riesgo de suicidio, pero al ser este un estudio transversal no se pudieron extraer conclusiones etiológicas,<sup>(38)</sup> aunque la elevada asociación entre TB y dependencia de alcohol se ha relacionado con la posibilidad de factores genéticos comunes a ambos.<sup>(39)</sup>

La comorbilidad del TB con trastorno de personalidad como puede ser el trastorno límite se asocia con un mayor riesgo de TUS.<sup>(40)</sup>

También existe una alta comorbilidad entre el TB y los trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.<sup>(41)</sup>

Con respecto a otras enfermedades médicas, independientemente de la edad existe comorbilidad con hipotiroidismo, úlcera péptica, enfermedades asociadas a riesgo cardiovascular, hipertiroidismo y tumores/carcinomas.<sup>(42)</sup>

## CONCLUSIONES

Los trastornos bipolares constituyen un grupo de desórdenes mentales crónicos y recurrentes, con un gran impacto a nivel social y familiar.

La evidencia científica en la psiquiatría contemporánea, ha demostrado que resulta una patología que exige sumo interés en el campo de la investigación por el alto

grado de discapacidad que provoca. Existe un enorme debate con relación a su exacta prevalencia y su correcto diagnóstico y curso evolutivo. En este sentido, los actuales sistemas nosográficos permiten unificar criterios entre los distintos profesionales de la salud a fin de lograr definir de manera adecuada una entidad clínica, para realizar un diagnóstico precoz y oportuno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belmaker R. Bipolar disorder [Internet]. N Engl J Med. 2004 [citado 23/04/2017]; 351:476–86. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra035354>
2. World Health Organization. The global burden of disease. 2004 update [Internet]. USA: World Health Organization [citado 12/04/2017]; 2004. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/)
3. Pedrosa PD, Torres LJJ, González MO, et al. Consideraciones actuales del espectro de enfermedad bipolar. Rev Hospital Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2015 [citado 23/04/2017]; 12(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64521>
4. Vázquez Gustavo H. Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM–5. Psicodebate [Internet]. 2014 [citado 23/05/2017]; 14(2):9–24. Disponible en: <https://dSPACE.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/353>
5. Martin DJ, Smith DJ. Is there a clinical prodrome of bipolar disorder? A review of the evidence. Expert Review of Neurotherapeutics 2014; 13(1):89–98. Citado en PubMed: PMID:23253393.
6. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(3):261–9. Citado en PubMed: PMID:12622659.
7. Chávez-León E, Benítez-Camacho E, Ontiveros Uribe MP. La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. Salud Mental [Internet]. 2014 [citado 23/04/2017]; 37(2):111-17. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000200004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200004)
8. Jann M. Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders in Adults: A Review of the Evidence on Pharmacologic Treatments. Am Health Drug Benefits. 2014; 7(9):489–99. Citado en PubMed: PMID: 25610528.
9. NIH. Bipolar Disorder [Internet]. USA: National Institute of Mental Health [citado 01/10/2016]; 2014. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder/index.shtml>
10. Mendoza L, Galindo JR, Munguía JC. Elementos predictores del Trastorno Bipolar. Rev Hondureña de Posgrado de Psiquiatría [Internet]. 2016 [citado 23/06/2017]; (2):73-81. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2016/pdf/Vol10-2-2016-5.pdf>

11. Merikangas KR, Jin R, He J-P, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;68(3):241-51. Citado en PubMed: PMID:21383262.
12. Malhi GS, Bargh DM, Coulston CM, et al. Predicting bipolar disorder on the basis of phenomenology: Implications for prevention and early intervention. *Bipolar Disord*. 2014;16(5):455–70. Citado en PubMed: PMID:24636153.
13. Baldessarini R, Tondo L, Vázquez G, et al. Onsetage versus family history and clinical outcomes in 1665 international bipolar disorder patients. *World Psychiatry*. 2012;11(1):40–46. Citado en PubMed: PMID:22295008.
14. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar disorders and recurrent depression* [Internet]. New York: Oxford University Press [citado 29/04/2017];2007. Disponible en: <https://global.oup.com/academic/product/manic-depressive-illness-9780195135794?cc=us&lang=en&>
15. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2024;13(2):153–60. Citado en PubMed :PMID:24890068.
16. Vieta E, Salagre E, Grande I, et al. Early Intervention in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*. 2018;175(5). Citado en PubMed; PMID:29361850
17. Kapczinski F, Magalhães PVS, Balanzá-Martínez V, et al. Staging systems in bipolar disorder: an International Society for Bipolar Disorders Task Force Report. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130(5):354-63. Citado en PubMed :PMID:24961757.
18. Rosa Adriane R, Magalhaes PV, Czepielewski L, et al. Clinical staging in bipolar disorder: focus on cognition and functioning. *J Clinical Psychiatry*. 2014;75(5): e450-6. Citado en PubMed :PMID:24922497.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*[Internet]. USA: American Psychiatric Association[citado 29/4/2017]; 2018. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
20. Clasificación Internacional de enfermedades 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico [Internet]. Madrid: MEDITOR [citado 29/12/2017]; 1992. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
21. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2001;158(8):1265-70. Citado en PubMed :PMID:11481161.
22. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2004;55(9):875-81. Citado en PubMed; PMID:15110730
23. Regeer EJ, Kupka RW, Have MT, et al. Low self-recognition and awareness of past hypomanic and manic episodes in the general population. *Int J Bipolar Disord*.2015;3(1):22. Citado en PubMed; PMID: 26440507.

24. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(2):161-74. Citado en PubMed; PMID 12633125.
25. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(1):985-91. Citado en PubMed; PMID:12444811.
26. Pini S, de Queiroz V, Pagnin D, et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):425-34. Citado en PubMed; PMID:15935623.
27. García-Blanco AC, Sierra P, Livianos L. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*[Internet]. 2014 [citado 25/11/2017];21(3):89-94. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-nosologia-epidemiologia-etiotopogenia-del-trastorno-S1134593414000670?code=Y2gw1z6NP50ByKnGtbC9dXm3jAlcZ7&newsletter=true>
28. Yatham L, Kennedy S, Berk M, et al. Recomendaciones Fundamentadas y Actualizadas para el Tratamiento de los Pacientes con Trastorno Bipolar. *Bipolar Disorders* [Internet]. 2018[citado 27/11/2017]; 20(2):97-104. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/157818>
29. Anderson IM, Haddad PM, Scott J. Actualización de su diagnóstico y tratamiento Trastorno bipolar. *BMJ* [Internet].2012 [citado 22/04/2017]; 345:e8508. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=78925>
30. Akiskal H, Cerkovich Bakmas M, et al. Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.
31. Ghaemi SN, Dalley S. The Bipolar Spectrum: conceptions and misconceptions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(4):314-24. Citado en PubMed; PMID:24610031.
32. Steele MM,DoeyT. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 1: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry*. 2007;52(1):21S-33S. Citado en PubMed; PMID: 17824350.
33. Carrà G, Bartoli F, Crocarno C, et al. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;167:125-35. Citado en PubMed; PMID:24955564
34. Zarabanda Suárez M, García Montes M, Salcedo Jarabo D, et al. Programa de formación médica continuada. *Medicine* [Internet]. 2015 [citado 23/04/2017];11(85):5075-85. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/journal/medicine-programa-de-formacion-medica-continuada-acreditado>
35. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The longterm natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):530. Citado en PubMed; PMID:12044195

36. Szeman N, Martínez-Raga J. Dual Disorders: Two different mental disorder? Adv Dual Diagn [Internet]. 2015 [citado 23/04/2018];8(2). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/274374931\\_Dual\\_disorders\\_two\\_different\\_mental\\_disorders](https://www.researchgate.net/publication/274374931_Dual_disorders_two_different_mental_disorders)
37. Arias F, Szerman N, Vega P, et al. Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. Rev Adicciones [Internet]. 2017 [citado 19/04/2018];29(3):186-94. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/782>
38. Secades- Álvarez A, Fernández Rodríguez C. Revisión de la eficacia de los tratamientos para el trastorno bipolar en comorbilidad con el abuso de sustancias. Rev Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 2017 [citado 29/04/2018];2(10):113-24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-revision-eficacia-los-tratamientos-el-S1888989115001640>
39. Carmiol N, Peralta JM, Almasy L, et al. Shared genetic factors influence risk for bipolar disorder and alcohol use disorders. Eur Psychiatry. 2014;29(5):282-87. Citado en PubMed; PMID:24321773.
40. Hidalgo-Mazzei D, Walsh E, Rosenstein L, et al. Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder. J Nerv Ment Dis. 2015;203(1):54-57. Citado en PubMed; PMID:25494335.
41. Álvarez Ruiz EM, Gutiérrez Rojas L. Comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 2015 [citado 29/4/2018];8(4):232-41. Disponible en: <https://medes.com/publication/105354>
42. Soler Martínez AM, Giménez Giménez LM, Ruiz García BM, et al. Comorbilidad en pacientes con trastorno bipolar. Análisis por grupo de edad. XVI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. Interpsiquis[Internet]. 2015 [citado 29/04/2018];Vol.XVI. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/comorbilidad-en-pacientes-con-trastorno-bipolar-analisis-por-grupo-de-edad/>

#### **Conflicto de intereses:**

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

#### **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Martínez Hernández O, Montalván Martínez O, Betancourt Izquierdo Y. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 Mar-Abr [citado: fecha de acceso];41(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3157/4255>