

---

# TRASTORNOS BIPOLARES

---

Mariela Lucia Jara, Karina Lorena Lana, Liliana Soledad Schneider  
Dra. Katherina Elizabet Lemos Torres

## RESUMEN

El Trastorno Bipolar es una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, de manía y mixtos.

La cuarta edición del Manual Diagnóstico Estadístico, divide los trastornos del ánimo en depresivos y bipolares; los bipolares se clasifican en: Trastorno bipolar tipo I, Trastorno Bipolar tipo II, Trastornos Ciclotímicos y Trastornos no especificados.

El criterio principal para el diagnóstico es la presencia de manía o de hipomanía, alternando con episodios de depresión.

El manejo psicofarmacológico adecuado, más la psicoeducación del paciente y su entorno familiar, es importante para el tratamiento y el futuro del paciente.

**Palabras claves:** Trastornos bipolares. Epidemiología Clínica. Criterios diagnósticos para el tratamiento.

## SUMARY

Bipolar disorder is a psychiatric illness is cyclical and recurrent disturbance of the state of mind, between episodes of depression, mania and mixed.

The fourth edition of the Diagnostic Statistical Manual, divided the mood disorders: Depressive and bipolar; bipolar are classified as: Disorders bipolar type I, type II bipolar disorders, ciclotímico disorder, and unspecified disorders.

The principal criterion for diagnosis is the presence of mania or hypomania, of depression.

The appropriate psychopharmacological management psychoeducation more patient and their family environment, it is important for treatment and the future of the patient.

**Key words:** Bipolar disorder. Clinical epidemiology. Diagnosis criteria for treatment.

## INTRODUCCION

El trastorno Bipolar es uno de los graves problemas de salud pública a los que tiene que enfrentarse la humanidad en este siglo XXI. En los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa del sexto puesto entre todos los trastornos médicos. Es una entidad que, a pesar de poseer características clínicas y evolutivas propias, es de difícil diagnóstico.<sup>(1)</sup>

**Objetivos:** Con el presente trabajo se pretende revisar la bibliografía actual, sobre pautas clínicas básicas que pudieran ser predictoras de bipolaridad, lográndose una derivación oportuna y un diagnóstico precoz y correcto de Trastorno Bipolar, disminuyendo así el sufrimiento, las complicaciones, cronicidad y costos, tanto para el paciente, su familia y entorno social.

## MATERIAL Y METODOS

Como método de trabajo se utilizó el de revisión bibliográfica, tomando como fuente para búsqueda de información, consultas a libros de psiquiatría, clínica médica, y artículos y revistas publicadas en Internet, en el período comprendido entre los años 2001 al 2007. La búsqueda se limitó a criterios clínicos y diagnósticos aplicables a personas de edad adulta utilizándose como palabras claves: Trastornos Bipolares, epidemiología clínica, criterios diagnósticos para del tratamiento.

## DESARROLLO

**Definición:** El Trastorno Bipolar (TB ) es una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, de manía y mixtos.

**Epidemiología:** Existe una prevalencia a lo largo de la vida de: 1,6% para TB tipo I, y 0,5% para TB tipo II.<sup>(2)</sup> La prevalencia de TB en personas mayores de 65 años que se encuentran en la comunidad se estima en el 0,1% y el 1%. Cuando se trata de adultos mayores residentes en asilos se eleva casi al 10% y constituye del 5% al 15% de las internaciones psiquiátricas.<sup>(3)</sup> Goodwin y Jamison concentran datos de diez estudios realizados a 1.304 pacientes y encuentran la mayor frecuencia de presentación entre los 20 y 30 años de vida, con un pico menor en la adolescencia.<sup>(4)</sup> La mayor frecuencia de brotes ocurre en los cambios estacionales, principalmente verano.<sup>(4)</sup> En las mujeres es más frecuente la ciclación rápida y las hospitalizaciones psiquiátricas.<sup>(5)</sup> Existe prevalencia similar en todos los grupos étnicos, pero se sobrediagnostica de Esquizofrenia en jóvenes hispanos y negros. Con respecto a los antecedentes familiares, niños cuyos padres son portadores de TB tienen una probabilidad mayor de desarrollar trastornos psiquiátricos.<sup>(6)</sup>

**Etiología:** posibles factores etiológicos del TB: *Factor endógeno* o constitucional relacionado con el Biotipo pícnico en un 70%.

*Factor hereditario:* es de tipo autosómico dominante, con una tasa de morbilidad en padres, hermanos, hermanas e hijos de los pacientes maniaco-depresivos que alcanza el 15%.

*Factor biológico:* se han valorado hipótesis bioquímicas, catecolamínicas o indolamínicas.

*Factor tóxico:* son desencadenantes: alcohol, el hachís, cocaína, anfetaminas, entre otros.

*Factores hormonales:* relacionados con patologías de tiroides, hipófisis, gónadas y corteza suprarrenal.

*Factor psicológico:* shocks emocionales, problemáticas psicológicas profundas.

*Factores socioculturales* <sup>(7)</sup>

**Clasificación:** La cuarta edición del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM- IV) divide los trastornos bipolares en depresivos y bipolares.

<sup>(8)</sup> A su vez los TB se clasifican en:

**TB I:**

- Episodio maniaco único
- Episodio más reciente hipomaniaco
- Episodio más reciente maniaco
- Episodio más reciente mixto
- Episodio más reciente depresivo
- Episodio más reciente no especificado

**TB II:** Trastorno depresivo mayor recurrente con episodios hipomaniacos.

*Trastornos ciclotímicos:* presencia de al menos dos años de reiterados síntomas hipomaniacos y síntomas depresivos alternados.

*TB no especificado:* trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún TB específico. <sup>(8,9)</sup>

### **Clínica y diagnóstico:**

El diagnóstico de bipolaridad es hecho por el médico cuando observa que la depresión alterna con un episodio maniaco. Generalmente la depresión aparece primero y en pocas ocasiones el primer episodio de un TB es de tipo maniaco. Estos hechos clínicos permiten deducir que el criterio principal para el diagnóstico de TB es la presencia de manía (TB tipo I) o de hipomanía (TB tipo II), <sup>(1)</sup>

**Factores predictivos de bipolaridad:** Inicio precoz del episodio depresivo (generalmente mujeres menores de 25 años), episodio depresivo con inhibición psicomotriz e hipersomnia, historia familiar de TB, antecedentes de depresión postparto y antecedentes de hipomanía al iniciar tratamiento con antidepresivos. <sup>(1)</sup>

### **Características clínicas de la depresión bipolar**

Antecedentes:

- Historia de abuso sexual
- Explosividad e irritabilidad en la infancia
- Antecedentes de trastornos de déficit de atención
- Interrupción de la vida académica

- Historia familiar de bipolaridad.

Cuadro clínico:

- Inicio precoz y súbito
- Crisis depresiva separada de la experiencia existencial
- Hipersomnia, hiperfagia y aumento de peso
- Delirio no congruente con el estado afectivo
- Confusión mental
- Inhibición psicomotriz
- Agitación y ansiedad
- Síntomas más intensos en la mañana
- Cambios en la polisomnografía

### **Diagnóstico diferencial y comorbilidad.**

Patologías más asociadas a TB: Esquizofrenia, trastornos limítrofes de la personalidad, depresión unipolar. <sup>(10)</sup> También se incluyen el Síndrome de déficit de atención hiperactivo, trastornos de conducta, trastornos ansiosos, abuso de sustancias. <sup>(11)</sup>

La comorbilidad es prácticamente inseparable del diagnóstico diferencial, debido a que los cuadros comórbidos presentan a su vez la dificultad, en muchos casos, de ser objeto de diagnóstico diferencial. <sup>(11)</sup>

El Déficit de atención hiperactivo es el diagnóstico diferencial más importante para el TB en la preadolescencia y adolescencia temprana, en contraposición a depresión monopolar, trastornos por ansiedad, esquizofrenia y abuso de alcohol, en adolescentes tardíos y adultos. <sup>(8)</sup>

Los pacientes con trastornos alimentarios tienen mayor incidencia de trastornos afectivos que la población general. <sup>(12)</sup>

También la Migraña y el TB son condiciones prevalentes y de gran relevancia, algunos estudios han informado de su asociación, pero aún no se sabe si ésta es real.- <sup>(13)</sup>

### **Pronóstico.**

El pronóstico depende de la frecuencia con que aparezcan los episodios depresivos y maniacos, ya que sus reiteraciones repercuten negativamente en el destino psiquiátrico del paciente. <sup>(7)</sup>

### **Tratamiento.**

La meta del tratamiento es dar una respuesta adecuada a ambas fases de la enfermedad (manía y depresión), prevenir la frecuencia y mejorar la calidad de vida entre episodios. <sup>(2)</sup> Las intervenciones psicosociales estructuradas se han validado como un medio efectivo de contribuir a la mantención de la adherencia al tratamiento y prevenir recaídas. <sup>(14)</sup> El manejo psicofarmacológico es condición fundamental pero no única. Los fármacos incluyen a los que disminuyen la sintomatología afectiva, los que

previenen el episodio agudo, y los que son complemento en distintas circunstancias clínicas en el curso de la enfermedad. <sup>(15)</sup>

**Fármacos:** *Estabilizadores del ánimo:* Litio, Acido Valproico, Carbamazepina, Lamotrigina, Oxcarbazepina.

*Antipsicóticos típicos:* Haloperidol

*Antipsicóticos atípicos:* Risperidona, Clozapina, Olanzapina

*Benzodiazepinas:* Clonazepam y Lorazepam.

## DISCUSION

El cuadro depresivo inicial no suele ser considerado por el clínico como la primera manifestación del trastorno afectivo bipolar porque desconoce las características clínicas de dicha enfermedad, o los criterios clínicos para el diagnóstico son insuficientes. Estos hechos son tenidos en cuenta recién cuando el paciente presenta nuevos episodios depresivos o un episodio de rasgos maníacos. <sup>(1)</sup> En el TB el diagnóstico es difícil en cualquiera de sus fases, ya sea por la posibilidad de confundir el episodio maníaco o mixto con la esquizofrenia,

o bien el episodio depresivo con la depresión unipolar. Es posible que el diagnóstico ni siquiera lleguen a plantearse, enmascaradas por patologías de la ansiedad, abuso de sustancias o trastornos alimentarios. <sup>(2)</sup> El TB también es subdiagnosticado en la infancia debido a las variaciones en la presentación clínica dependiente de las etapas del desarrollo y de la alta comorbilidad con otras patologías. <sup>(6)</sup>

## CONCLUSION

En resumen, el clínico debe tener en mente el concepto de bipolaridad en el momento de evaluar un episodio depresivo, sea único o recurrente, aun cuando el paciente no haya presentado un episodio de manía. El pasar por alto estos conceptos, ha originado que las estrategias terapéuticas empleadas no sean las más adecuadas y eficaces y que con frecuencia el diagnóstico de TB sea tardío, menguando así las funciones cognoscitivas y disminuyendo la calidad de vida del paciente.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Tellez – Vargas J. Criterios para el diagnóstico precoz de la depresión bipolar. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. [en línea] jun 2004 [citado 15 enero 2008]; 11(3). URL disponible en: [http://www.alcmeon.com.ar/11/43/01\\_tellez.htm](http://www.alcmeon.com.ar/11/43/01_tellez.htm)
2. García – Boneto G. Trastorno Bipolar. En: Marchant N, Monchabión Espinoza A. Tratado de Psiquiatría. Tomo I. Buenos Aires: editorial Grupo Guía; 2005: 481-498.
3. Lucero R, Casoli G. Trastornos afectivos en el Adulto mayor. Rev de Psiquiatr en Urug dic 2006; 70(2): 154-166.
4. Lara Tapia H, Méndez Contreras JI. Características clínicas y epidemiológicas del Trastorno bipolar en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía" Manuel Velazco Suárez". Un análisis de cuatro años. Revista neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2002; 35(3): 132-157.
5. Alvarez Grandi S, Feijoo Rodríguez V. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con trastorno bipolar con ciclación rápida y sin ciclación rápida. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. [en línea] nov 2005 [citado 15 enero 2008];12(4): 371-382. URL disponible en: [http://www.alcmeon.com.ar/12/48/03\\_cicladores.htm](http://www.alcmeon.com.ar/12/48/03_cicladores.htm)
6. Viola L, Prego CE. Evolución del trastorno bipolar de inicio muy temprano y sus controversias. Revista de Psiquiatría del Uruguay ag 2006; 70(1): 53-65.
7. Farreras V, Rozman C. Medicina Interna. Vol.2, 13ª ed. Madrid: Editorial Harcourt, 1995; sección 13: 1600.
8. Martínez JC, González C. Diagnóstico diferencial entre manía y déficit atencional hiperactivo. Rev Chil Pediatr Feb 2007; 78(1): 13-19.
9. Pichot P, Lopéz JJ, Aliño I, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Barcelona España: Editorial Masson SA; 1995: 173-182.
10. Akiskal, Cerkovich, Bakmas, García-Boneto, Strejilevich, Vázquez. Trastornos Bipolares. Conceptos Clínicos, Neurobiológicos y Terapéuticos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana SA; sep 2006, 257-277.
11. Zumiga M, Farias X. Manía en niños y adolescentes. Revista chilena Neuro-psiquiátrica ene 2002, vol 40(1): 31-40.
12. Behar R, Arriagada MI, Casanova D. Trastornos de la conducta alimentaria y Trastornos afectivos: Un estudio comparativo. Rev med Chile dic 2005; vol 133(12): 1407-1414.
13. Rueda Jaimes GE, Gaona Barbosa IA, Martínez Ladrino YA. Comorbilidad entre Trastorno bipolar y Migraña: una revisión sistemática. Rev colomb psiquiatr sep dic 2005; 34(4): 529-540.
14. Holmgren D, Lermenda V, Cortés C, Cárdenas I, Aguirre K, Valenzuela K. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. Revista chilena Neuropsiquiátrica dic 2005; 43(4): 275-286.
15. Toro Martínez E. Bases farmacológicas del uso de nuevas drogas en el trastorno bipolar. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. [en línea] dic 2001 [citado 15 enero 2008];10(3). URL disponible en: <http://www.alcmeon.com.ar/10/39/ToroMartinez.htm>