

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

¿ES POSIBLE EL DIAGNÓSTICO
PRECOZ DEL TRASTORNO
BIPOLAR?
UN CAMINO BUSCANDO
SOSTENER LA FUNCIONALIDAD...

Cinthia Faivelis



¿ES POSIBLE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL TRASTORNO BIPOLAR? UN CAMINO BUSCANDO SOSTENER LA FUNCIONALIDAD...

Resumen

El trastorno bipolar tiene una alta morbilidad y mortalidad por suicidio. La tasa de suicidio es mayor en los primeros años de la enfermedad, tanto en pacientes con Trastornos bipolares I como bipolares II, lo cual señala la importancia del diagnóstico precoz de dichos cuadros. Además, un diagnóstico incorrecto, donde la principal confusión es con la depresión unipolar, lleva a un tratamiento inadecuado con antidepresivos en monoterapia siendo iatrogénico y pudiendo producir *switch* a manía o hipomanía y potencial aparición de ciclado rápido. Por otro lado, diagnosticar de forma precoz un Trastorno bipolar reduciría el diagnóstico de depresión resistente. En este trabajo se realizó una revisión bibliográfica del tema en las bases de datos Pubmed y Scielo y en revistas especializadas en psiquiatría, y se consultaron la guía CANMAT 2018 de bipolaridad y textos de autores destacados en el tema.

Palabras clave: Trastorno bipolar - Semiología psiquiátrica - Diagnóstico psiquiátrico - Diagnóstico precoz del trastorno bipolar.

Cynthia Faivelis

Médica especialista en psiquiatría.
Egresada del Curso Superior de Médico Especialista en Psiquiatría, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Correo electrónico:
cynthiaf05@hotmail.com



Introducción¹

¿Es posible hacer un diagnóstico precoz de trastorno bipolar? ¿Ante un síndrome depresivo se podría diferenciar si es una depresión unipolar o bipolar? ¿Hay forma de detectar predictores de bipolaridad? ¿Es el estigma una barrera para evitar la búsqueda de atención y de esa forma contribuir en el retraso en el diagnóstico? Además, diagnosticar de forma precoz un trastorno bipolar reduciría el diagnóstico de depresión resistente, que en realidad sería una pseudoresistencia.

Para responder esos interrogantes se realizó una revisión bibliográfica del tema, buscando artículos académicos publicados en Pubmed, Scielo, en revistas especializadas en psiquiatría, así como también se consultaron los libros de los autores más destacados en trastorno bipolar y la guía CANMAT 2018 de bipolaridad (CANMAT, 2018).

El proceso diagnóstico del trastorno bipolar es complejo, se mueve siempre en el terreno de la incertidumbre y como opinan la mayoría de los autores esto sería una causa que explicaría la demora en el diagnóstico.

¿Por qué es importante el diagnóstico precoz del Trastorno Bipolar?

El trastorno bipolar tiene una alta morbilidad y mortalidad por suicidio, el impacto no es sólo en bipolares I sino también en bipolares II, y la tasa de suicidio es mayor en los primeros años de la enfermedad, demostrando así una de las causas de la importancia del diagnóstico precoz.

Además, un diagnóstico incorrecto, donde la principal confusión es con la depresión unipolar, lleva a un tratamiento inadecuado con antidepresivos en monoterapia siendo iatrogénico y pudiendo producir *switch* a manía o hipomanía y potencial aparición de ciclado rápido (es decir 4 o más episodios afectivos en un año) (Vázquez, 2017). Según Barenbaum (2021), los pacientes con trastorno bipolar con ciclado rápido y también aquellos que presentan características mixtas entran dentro de la clasificación de pacientes difíciles de tratar, debido a la situación clínica compleja que presentan.

Otro punto para tener en cuenta es que el paciente con un episodio depresivo aun siendo sub-sindrómico

tiene síntomas en la esfera cognitiva y en el funcionamiento psicosocial; y además, no debemos olvidar que la persistencia de síntomas sub-sindrómicos se asocia a mayor riesgo de recurrencias (Vieta, 2019).

La depresión en pacientes con trastorno bipolar continúa siendo un desafío clínico, además de ser la fase predominante de la enfermedad se asocia a alta morbilidad y mortalidad por patología médica general y un alto riesgo de suicidio (el riesgo suicida es mayor cuando hay sintomatología mixta y en los episodios depresivos) (Baldessarini, 2020).

En el trastorno bipolar coexisten alteraciones cognitivas aun cuando el paciente está en eutimia, las alteraciones pueden permanecer estables y esto impacta directamente en la funcionalidad del paciente.

Existe controversia acerca de si las alteraciones cognitivas permanecen estables o por el contrario serían progresivas siendo una enfermedad neuroprogresiva (Lolich, 2015).

Por todo esto se considera crítico el diagnóstico precoz, para su abordaje correcto tratando de minimizar el impacto funcional, disminuir la morbilidad y la mortalidad.

Generalidades y criterios diagnósticos actuales

Vázquez (2017) menciona que los manuales diagnósticos que se utilizan en psiquiatría denominan trastorno bipolar a la enfermedad que era conocida en el pasado como psicosis maníaca-depresiva.

Kraepelin (citado en Vázquez, 2017) incluía dentro de la clasificación de psicosis maníaca-depresiva a episodios depresivos recurrentes con episodios de hipomanía, las personas con temperamento de tipo ciclotímico, irritable o hipertímico, así como también a los pacientes depresivos con antecedentes familiares de enfermedad maníaco-depresiva.

Actualmente la definición de trastorno bipolar que figura en el DSM-IV, CIE 10 como también en el DSM-5, es más estrecha que la propuesta por Kraepelin.

Hay cambios en los criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor, uno es la aclaración de que los delirios o las alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo no deberían ser incluidos. Otro de los cambios es la incorporación de la palabra desesperanza

1. El presente trabajo se basa en la Tesina de fin de Estudios del Curso Superior de Médico especialista en Psiquiatría que la autora presentó y aprobó con mención Sobresaliente ante el Jurado del Instituto Superior de Formación de Postgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) en marzo de 2022.

en el primer criterio. El tercer cambio introducido en el DSM-5 el criterio E del DSM-IV que sostenía que los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo fue excluido y fue reemplazado por una nota que apela al criterio clínico cuando se diagnostica episodio depresivo mayor en el contexto de una pérdida significativa.

También Vázquez (2017) menciona en su libro acerca del cambio incorporado en el DSM-5 como criterio para realizar diagnóstico de manía o hipomanía que adiciona al criterio A el aumento de la actividad o energía, debido a que muchas veces el paciente no refiere o no recuerda episodios de elevación del estado de ánimo, porque este cambio incorporado en el DSM-5 se aproxima más a la realidad del cuadro clínico del paciente. El principal objetivo de los cambios incorporados en el DSM-5, menciona Vázquez, es reflejar de manera más fehaciente la clínica cotidiana del trastorno bipolar y de esta manera agregó aproximarse al diagnóstico de una manera más precoz que tan necesario es para nuestra práctica profesional.

En el DSM-5 se definieron otros cambios, el trastorno bipolar y otros trastornos relacionados se encuentran en un capítulo diferente a los trastornos depresivos. Dentro de los cambios el que Vázquez considera más significativo fue la desaparición del episodio mixto y en su lugar incorpora la depresión mayor (unipolar o bipolar), manía o hipomanía con especificador de características mixtas. El diagnóstico se realiza cuando hay 3 o más síntomas de la polaridad opuesta. Pero los síntomas como irritabilidad, distractibilidad, agitación psicomotora que pueden encontrarse tanto en manía como en depresión están excluidos de los criterios para realizar el diagnóstico de especificador con características mixtas. El concepto de especificador mixto, incorporado en el DSM-5, puede aplicarse a episodios maníacos-hipomaníacos, depresivos en contexto de trastorno bipolar, como así también en la depresión unipolar.

Según refiere Zaratiegui (2020), no resulta útil diagnosticar depresión mixta basándose en los criterios del DSM debido a la pérdida de oportunidad de detectar muchas de ellas.

En consonancia con esto último, Benazzi (citado en Akiskal, 2007) demostró que la irritabilidad, el aumento de la distracción y los pensamientos acelerados eran las características hipomaníacas más comunes durante el episodio depresivo, especialmente en pacientes con trastorno bipolar tipo II.

Es muy importante tener presente la existencia de los

estados mixtos, sobre todo cuando estamos buscando alcanzar un diagnóstico temprano del trastorno bipolar, debido a que los datos publicados indican que sólo el 31% de la depresión bipolar es pura, definiendo como pura una depresión sin síntomas de manía ni hipomanía. Tener presente la elevada frecuencia de los cuadros mixtos, nos permitiría la posibilidad de reducir el subdiagnóstico del trastorno bipolar.

En el DSM-5 también aparece el especificador de distrés ansioso, y se refiere a dos o más de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio de manía, hipomanía o depresión actual o más reciente, a saber: sentirse tenso, sentirse inhabitualmente inquieto, dificultad para concentrarse por las preocupaciones, miedo a que pueda suceder algo terrible, y la persona siente que podría perder el control de sí mismo.

El DSM-5 menciona cuatro formas clínicas del trastorno bipolar:

- Trastorno bipolar I: episodio de manía, con o sin depresión.
- Trastorno bipolar II: hipomanía, con depresión mayor.
- Trastorno ciclotímico: hipomanía más síntomas depresivos leves mayores a dos años.
- Trastorno bipolar relacionado: depresión más rasgos de bipolaridad.

En las últimas décadas adquiere importancia el concepto clínico de espectro bipolar el cual comprende varios cuadros entre los que se encuentran cuadros depresivos con hipomanías de muy corta duración, episodios depresivos recurrentes breves de curso cíclico, episodios depresivos disfóricos (serían los actuales cuadros depresivos con características mixtas).

El espectro según Akiskal (citado en Vázquez, 2017) comprende a los bipolares ½, bipolar I, bipolar I ½, bipolares II, bipolar II ½, bipolares III (hipomanía asociada a antidepresivos), bipolar III ½, bipolar IV, bipolar V y bipolar VI.

Diagnósticos diferenciales

Como ya fue mencionado, el diagnóstico correcto y temprano del trastorno bipolar resulta dificultoso, ya que, como bien refiere Akiskal (2007), una de las dificultades que se presenta es discriminar entre variaciones “normales” del estado de ánimo de las que no lo son.

El principal confundidor, a la hora de realizar el diagnóstico de trastorno bipolar, es la depresión unipolar,

una de las causas fundamentales de demora diagnóstica. Debido a que muchos pacientes no mencionan episodios de hipomanía vividos, y en algunos casos los profesionales no realizan las preguntas adecuadas para pesquisar estos episodios; con la incorporación en el DSM-5 en los criterios diagnósticos de manía, hipomanía, el aumento de energía o actividad considerando que poseen el mismo peso que la elevación del estado de ánimo, se estima que este cambio colaboró a mejorar la detección de los episodios de hipomanía que muchas veces pasaban desapercibidos (Vázquez, 2017).

Además, según refiere Strejilevich (2010), se agrega el problema de los pacientes que cursan un episodio depresivo, que es el de presentar un sesgo negativo en el procesamiento emocional que les impide recordar eventos positivos. En el paciente que padece un episodio depresivo se puede apreciar la conocida tríada cognitiva de la depresión caracterizada por una visión negativa de sí mismo, una visión negativa de sus experiencias y una visión negativa acerca del futuro (Beck, 1983).

En el trastorno bipolar el episodio depresivo suele ser la forma de inicio habitual, además de ser la forma de presentación más frecuente, por ello es de esperar una dificultad en efectuar el diagnóstico. Un dato clave para tener en cuenta a la hora de realizar este diagnóstico diferencial es que la edad de inicio más temprana hace pensar en trastorno bipolar.

Para evaluar la evolución de los trastornos del estado de ánimo se pueden emplear los gráficos del humor, un registro adecuado de los episodios afectivos permitirá un mejor abordaje. Es una planilla en la que se registran distintas variables de manera retrospectiva o prospectiva por parte del paciente, un familiar, o por el médico. Es una herramienta más que podemos utilizar (Alvano, 2020).

El diagnóstico diferencial entre trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar II puede resultar difícil debido a que pueden tener síntomas similares en un momento dado, como la presencia de impulsividad e inestabilidad anímica. El autor marca que resulta difícil determinar si estos síntomas están presentes dentro de un episodio o por lo contrario constituyen la forma de funcionamiento que el paciente presenta o quizás sean ambas (comorbilidad). El autor menciona que para evitar un diagnóstico erróneo se debe hacer una evaluación longitudinal y no transversal (Maggio, 2012). "Mirar la película, no la foto".

El trastorno bipolar presenta una fluctuación del hu-

mor y el trastorno límite de la personalidad es un trastorno reactivo con impulsividad que presenta inestabilidad en varias áreas (inestable en la regulación del afecto, el control de los impulsos, las relaciones interpersonales y la imagen de sí mismo).

Muchas veces la ciclación rápida, si además está asociada a intensa labilidad anímica puede llevar a la confusión y realizar el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Vázquez, 2017).

La mayor dificultad diagnóstica entre trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar es con trastorno bipolar tipo II.

El trastorno límite de la personalidad refiere Kernberg (citado en Maggio, 2012), "fluctúa entre dos polos: omnipotencia-desvalorización, idealización-descalificación, la inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (la relación del individuo con el mundo externo), la carencia de la identidad integrada, de la auto imagen o del sentido de sí mismo, que es persistentemente inestable. El trastorno límite de la personalidad utiliza como principal mecanismo de defensa la escisión y presenta oscilación repentina extrema entre conceptos contradictorios del sí mismo, impulsividad, cambios bruscos y repentino de amor a odio, auto y heteroagresividad" (p. 16).

Según el mismo autor refiere que los comportamientos autodestructivos en el trastorno bipolar se vinculan al sentimiento de ser invencible, que suele estar presente en estos pacientes, en cambio, las conductas autoagresivas presentes en personas con trastorno límite de personalidad se asocian a la necesidad de mitigar su sufrimiento.

Según el DSM-5 para realizar el diagnóstico de trastorno bipolar I es necesario que haya un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaniacos o episodios de depresión mayor. En el caso de trastorno bipolar II es necesario que se cumplan los criterios para episodio hipomaniaco actual o pasado y los criterios para un episodio de depresión mayor actual o pasado. Es decir, hay episodios definidos.

Por otro lado, los trastornos de personalidad en general, incluido el trastorno límite de la personalidad, se caracterizan por un patrón perdurable de la experiencia interna y comportamiento que se desvía de las expectativas de la cultura del individuo, este patrón es estable, inflexible y de larga duración.

Otro de los diagnósticos diferenciales que presenta mayor dificultad a la hora de realizar el diagnóstico es con esquizofrenia. Ante un primer episodio psicótico

Tabla 1. Enfoque clínico sistemático

1.	Caracterizar con detalle todos los hallazgos clínicos del episodio actual.
2.	Obtener una historia de trastornos del estado de ánimo típicos en el pasado.
3.	Valorar si las quejas actuales se repiten de forma periódica o cíclica.
4.	Establecer la adecuación del funcionamiento social entre los períodos de la enfermedad.
5.	Obtener una historia familiar para trastornos del humor y construir un árbol genealógico.
6.	Documentar una historia de respuesta terapéutica inequívoca tanto en el paciente como en sus familiares.
7.	Identificar episodios hipomaniacos espontáneos o desencadenados por tratamientos con antidepressivos.
8.	Desbrozar la sintomatología susceptible de ser atribuida a patología comórbida (organicidad, uso de sustancias, trastorno de personalidad) de la genuinamente afectiva.

no congruente con el estado de ánimo en un paciente joven muchas veces lleva a realizar el diagnóstico erróneo de esquizofrenia. Esto suele ocurrir cuando el primer episodio es de manía con síntomas psicóticos. La presencia de síntomas de primer orden de Schneider actúa como un confundidor al creer que son patrimonio exclusivo de la esquizofrenia (Vázquez, 2017).

Además, un tratamiento con antipsicóticos típicos a largo plazo en el marco de un diagnóstico equivocado de esquizofrenia, pueden inducir la aparición de cuadros depresivos que pueden ser interpretados como síntomas negativos de la esquizofrenia, según lo expresado por Vázquez (2017), acá se puede apreciar una vez más la relevancia de realizar un diagnóstico precoz y adecuado para indicar un tratamiento correcto, intentando evitar la aparición de nuevos episodios y con ello reducir el impacto funcional.

Debido a la complejidad del diagnóstico diferencial, Vieta (citado en Akiskal, 2007) propone un enfoque clínico sistemático, en el cual la descripción clínica converge con criterios externos para optimizar el diagnóstico (ver *Tabla 1*).

El aspecto clave sería no enfocarse sólo en el episodio actual, sino tener una mirada longitudinal.

Manía-Hipomanía

En primer lugar, podemos decir que hay características que diferencian la hipomanía de la manía, en la hipomanía no hay síntomas psicóticos, mantiene el criterio de realidad, pero sí presenta excesiva autoconfianza y conductas de riesgo, (Alvano, 2020). Además, Akiskal (2007) agrega que el episodio de hipomanía no requiere internación y tampoco produce un deterioro en el funcionamiento familiar, social o laboral.

Kraepelin ya había descrito diferentes formas clínicas de manía. Dilsaver (citado en Vázquez, 2017) describe tres variantes distintas: la manía pura o eufórica o clásica; la manía disfórica (con irritabilidad y agresividad) y la manía depresiva (con síntomas severos del polo opuesto).

Según Leonhard (citado en Akiskal, 2007) menciona que las formas puras del trastorno bipolar son una excepción y que en el caso de la manía los síntomas depresivos se expresan con irritabilidad.

El estudio EPIDEP un aspecto que evaluó fue las características clínicas del episodio maníaco-hipomaniaco según el temperamento de base fuera ciclotímico o no.

El paciente bipolar tipo II con temperamento ciclotímico se considera la variante oscura y por el otro lado se describe la variante soleada cuando no está presente el temperamento ciclotímico.

De esto surge lo propuesto por Hantouche (citado en Akiskal, 2007), quien propone dos tipos de hipomanía: el lado soleado y el lado oscuro (ver *Tabla 2*).

Entonces podemos decir que hay dos tipos de hipomanía, la forma estable: eufórica, con buen funcionamiento, bajo riesgo de inestabilidad interepisódica y la forma disfórica: recurrente, con conductas auto-destructivas, de comienzo precoz, vinculada a temperamento ciclotímico (Alvano, 2020).

Los cuadros de psicosis maníaco-depresiva aunque existen hoy, no son los más comunes de observar. Lo habitual es una presentación de un cuadro con síntomas menos impresionantes, con menos síntomas psicóticos, con evolución más crónica, pero severo, llamado el lado oscuro de la hipomanía, denominado así porque sería el lado negativo de la activación y por ocultarse detrás del consumo de sustancias, conductas de riesgo, irritabilidad, disforia, graves problemas vinculares, es decir la hipomanía disfórica y no la clásica o eufórica. Problema vinculado al objetivo de este trabajo, debido a que la hipomanía oculta es de

Tabla 2. Los subtipos hipomaniacos a través del análisis factorial de los síntomas de la hipomanía según Hantouche

LADO SOLEADO	LADO OSCURO
Aumento del impulso y la energía	Aumento del consumo de café, tabaco y alcohol
Aumento de la actividad social	Más viajes conducción imprudente
Menor timidez e inhibición	Irritabilidad, impaciencia
Más planes e ideas	Aumento del deseo sexual
Mayor motivación laboral	Conducta laboral errática
Humor feliz extremo	Distractibilidad
Aumento de la actividad física	Compras y gastos excesivos
Aceleración del tempo psíquico	
Más hablador	
Ríe más	
Duerme menos	
Mayor autoconfianza	

más difícil diagnóstico y muchas veces suele confundirse con el trastorno límite de la personalidad.

La hipomanía es uno de los polos del trastorno bipolar II, considerado en un primer momento como la forma del trastorno bipolar menos severa o *soft*, dato que no es correcto, además de ser la forma más frecuente, presenta un alto riesgo suicida y como ya fue mencionado es de difícil diagnóstico.

Para remarcar, un concepto importante que intenta aportar este trabajo es la necesidad de detectar precozmente los episodios de hipomanía. Los episodios de hipomanía suelen ser sub-diagnosticados, los motivos son varios, entre ellos podemos mencionar: el paciente no suele consultar cuando cursa un episodio hipomaniaco y sí acostumbra a consultar en el contexto de un episodio depresivo, el cual es más prevalente, otro motivo es no tener en cuenta los sesgos cognitivos asociados a la depresión, además el autor considera

que el lapso de tiempo para diagnosticar hipomanía es demasiado largo, y por último un punto clave a tener en cuenta es la falla en el interrogatorio para pesquisar los episodios de hipomanía (Akiskal, 2007).

Como consejo clínico para detectar un episodio de hipomanía el autor menciona que es esencial entrevistar a un familiar o allegado del paciente debido a que el paciente no suele recordar ni identificar este episodio como problemático. Además, sugiere indagar al paciente sobre hipomanía pasada cuando está relativamente eutímico (para evitar el sesgo cognitivo) preguntando en primer lugar sobre episodios de hiperactividad y luego repreguntar sobre elevación del estado de ánimo.

Por último, debemos tener presente la descripción realizada por Policella de esta forma oscura de hipomanía si queremos llegar a nuestro objetivo de realizar un diagnóstico precoz de trastorno bipolar (citada en Alvano, 2020). Remarcando una vez más que las formas puras no son las más frecuentes y tener presente las formas mixtas colaborará a alcanzar más tempranamente el diagnóstico correcto.

Depresión Unipolar y Bipolar

Según Akiskal (2007) refiere que la manía o hipomanía define que estamos en presencia de un trastorno bipolar y menciona que la controversia se presenta ante un episodio depresivo.

El diagnóstico se torna dificultoso cuando partimos de un episodio depresivo, que según comenta Streljilovich (2010) los criterios clínicos son los mismos para depresión unipolar y bipolar, los manuales diagnósticos no pudieron modificar esto hasta ahora.

Para llegar a realizar diagnóstico de depresión unipolar, previamente se debe haber descartado que el episodio depresivo no sea secundario a cuadro clínico o abuso de sustancia, y también que no sea en el contexto de trastorno bipolar, por lo tanto, el diagnóstico de depresión unipolar es un diagnóstico por descarte, menciona Vázquez (2017).

Según refiere el autor que una tarea dificultosa es llegar al diagnóstico de trastorno bipolar no desde la manía sino a partir del polo opuesto y menciona algunas características a tener en cuenta que podrían orientar el diagnóstico de una depresión bipolar aunque las mismas no son patognomónicas, entre las cuales se encuentran: edad de inicio temprana, la asociación a abuso de sustancias, menor duración de los episodios depresivos, episodios depresivos recu-

Tabla 3. Características diferenciales entre depresión bipolar y unipolar

	Depresión Bipolar	Depresión Unipolar
Abuso de sustancias	Muy frecuente	Moderado
Historia de hipomanía-manía	Sí	No
Temperamento	Ciclotímico	Distímico
Distribución por sexo	Mujeres=Hombres	Mujeres>Hombres
Edad de comienzo	Adolescencia, 20-30 años	0-50 años
Inicio del episodio	Generalmente agudo	Más insidioso
Cantidad de episodios	Numerosos	Menor
Duración de los episodios	3 a 6 meses	3 a 12 meses
Episodio de inicio posparto	Más frecuente	Menos frecuente
Episodios psicóticos	Más frecuente	Menos frecuentes
Actividad psicomotora	Retardada>agitada	Agitada>retardada
Sueño	Hipersomnia>insomnio	Insomnio>hipersomnia
Historia familiar bipolar	Alta	Baja
Historia familiar unipolar	Alta	Alta

Tabla 4. Demora diagnóstica en años, según sexo en Trastorno Bipolar en Argentina

	Total	Mujeres	Hombres
Edad al primer episodio (media)	25.7	25.8	25.5
Edad al diagnóstico (media)	34.1	34.5	33.3
Demora diagnóstica (media)	8.4	8.7	7.8

rrentes, antecedentes familiares de bipolaridad o de depresión unipolar, episodios de inicio en el postparto (tanto depresión como psicosis), depresión con síntomas psicóticos en jóvenes. Son todas características que nos hacen sospechar y deberíamos considerar cuando partimos de la depresión (ver *Tabla 3*).

Error en el diagnóstico. ¿Por qué nos equivocamos?

En primer lugar, antes de referirnos al error en el diagnóstico, es importante tener en claro que el diagnóstico del trastorno bipolar es un diagnóstico clínico, no existen marcadores de rasgo específicos.

En la Argentina, Vázquez (2017) refiere que la demora es aproximadamente de ocho años para realizar el diagnóstico correcto y además agrega que la demora es aún mayor en las mujeres debido a que en ellas la presentación clínica habitual es la depresión, más aún que en hombres, característica que queda plasmada en la *Tabla 4*.

La estabilidad diagnóstica es el grado en el que un diagnóstico permanece sin cambios durante el tiempo. Se evaluó la estabilidad diagnóstica del trastorno bipolar en consultas externas de psiquiatría. En un estudio longitudinal, se observó que hay un retraso mayor a diez años para lograr la estabilidad diagnóstica del trastorno bipolar, donde se encontraron cambios diagnósticos, de los cuales el más frecuente fue de trastorno depresivo mayor a trastorno bipolar, Cegla-Schvartzman (2021).

Goodwin (citada en Barenbaum, 2021) enumera la dificultad para realizar un diagnóstico correcto partiendo de un episodio depresivo mayor y las causas del error diagnóstico:

1. Por un lado, se encuentran factores dependientes del paciente a saber: un motivo por todos conocido es que el paciente no tiene conciencia de los episodios hipomaniacos (los considera buenos momentos), las hipomanías son culturalmente valoradas, rememoración selectiva durante la depresión.
2. Factores dependientes del médico: la falta de información por parte de la familia o allegados del

paciente al no incluir a la familia en las entrevistas; el inadecuado conocimiento del médico de los criterios de manía-hipomanía (el focalizar sólo en la elevación del estado de ánimo y no tener en cuenta el aumento del nivel de actividad o energía como parte de los criterios de hipomanía); pragmatismo debido a que la depresión unipolar tiene más opciones terapéuticas; y un enfoque intuitivo del diagnóstico (caer en la tentación de pensar en depresión unipolar ante un paciente con un episodio depresivo mayor).

3. Factores dependientes de la enfermedad: generalmente el trastorno bipolar debuta con un episodio depresivo mayor, la depresión disfórica no se la conceptualiza como un estado mixto, y recordar que los episodios depresivos son más frecuentes que los episodios hipomaniacos y maniacos.

Esta última característica de la enfermedad que puede llevar a cometer un error en el diagnóstico debe ser tenida en cuenta. Es de destacar que en el trastorno bipolar los episodios depresivos son más frecuentes y la duración del episodio depresivo es mayor que los episodios de manía-hipomanía.

Otro factor que lleva a diagnosticar una depresión bipolar como unipolar es en algunos casos donde se juega el deseo del médico de hacer un diagnóstico con más opciones terapéuticas y con menos estigma (García Bonetto, 2021).

Un error muy frecuente en la práctica clínica, que señala Vieta (2019), es realizar la evaluación de un episodio depresivo sin tener una perspectiva más allá del cuadro actual, es decir, quedarse con la información de corte transversal y no considerar cómo fue evolucionando la enfermedad.

La familia

El diagnóstico del trastorno bipolar se realiza a través de una adecuada valoración de datos clínicos y evolutivos.

Nunca debe faltar en una evaluación inicial del paciente la entrevista con un familiar o allegado. Esta es necesaria para pesquisar los episodios de hipomanía que podrían pasar desapercibidos por nuestro paciente. Un examen clínico que no haya recabado información de terceros no tiene validez a la hora de realizar un diagnóstico adecuado.

Keitner (citado en Vázquez, 2017) resalta la importancia de entrevistar a la familia en el primer contacto con el paciente.

Conclusión

Por todo lo mencionado, el diagnóstico precoz de trastorno bipolar suele ser difícil debido a que en su etapa inicial se presenta con síntomas inespecíficos y como antes fue enunciado debuta generalmente con un episodio depresivo.

El diagnóstico y tratamiento temprano siguen siendo objetivos clínicos fundamentales. La importancia de llegar a tiempo, de eso se trata...

Conflictos de intereses: la autora declara no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

Akiskal, H. S., Cerkovich-Bakmas, M. G., García Bonetto, G., Streljevich, S. A., & Vázquez, G. H. (2007). *Trastornos bipolares: Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos* (1a. ed.). Editorial Médica Panamericana.

Alvano, S. A. (2020). *Trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de estrés posttraumático y obsesivo compulsivo: Aspectos neurobiológicos, clínicos y terapéuticos*. (2a. ed.). Ediciones IntraMed.

Baldessarini, R. J., Vázquez, G. H., & Tondo, L. (2020). Bipolar depression: a major unsolved challenge. *International journal of bipolar disorders*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0160-1>

Barenbaum, R., Lorenzo, L., Iveli, F., & Chiappe, M. V. (2021). Curso postgrado: Manejo psicofarmacológico de situaciones clínicas complejas. Buenos Aires. Instituto Superior de Formación de Postgrado, APSA.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* (10 a. ed.). Desclee de Brouwer.

Cegla-Schvartzman, F., Ovejero, S., López-Castroma, J., Palomar-Ciria, N., Migoya-Borja, M., Bello, H., Martínez-Alés, G., & Baca-García, E. (2021). Diagnostic Stability in Bipolar Disorder: A Follow-up Study in 130,000 Patient-Years. *The Journal of clinical psychiatry*, 82(6), 20m13764. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13764>

García Bonetto, G. (2021). Trastorno Bipolar. Curso "El Top Ten en Trastornos del Humor".

CANMAT (2018). *Guía clínica para el manejo del paciente con Trastorno Bipolar*. Red Canadiense para Tratamientos de Humor y Ansiedad y Sociedad Internacional para Trastornos Bipolares (ISBD). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5947163/>

Maggio, J. L. (2012). *El trastorno límite de personalidad y la bipolaridad*. (1a. ed.). Editorial Salerno.

Streljevich, S. A., Vázquez, G. H., García Bonetto, G., Zaratiegui, R., Vilapriño, J. J., Herbst, L., et al. (2010). II Consenso Argentino sobre tratamiento de los trastornos bipolares. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, Supl 1(XXI), 8-15.

Vázquez, G. H. (2017). *Trastornos del estado de ánimo: Depresión y bipolaridad* (3a. ed.). Editorial Polemos.

Vieta, E., & Pérez, V. (2019). *Depresiones bipolares y unipolares: Qué hacer en los pacientes que no responden suficientemente a los tratamientos habituales* (2a. ed.). Editorial Médica Panamericana.

Zaratiegui, R. (2020). Curso de postgrado: "Manejo de la depresión resistente". Buenos Aires. Instituto Superior de Formación de Postgrado (APSA).

Nuevo

INQUETIA

QUETIAPINA

LA MOLÉCULA EFICAZ
EN TRASTORNOS AFECTIVOS



PRESENTACIONES

INQUETIA 25 mg

envases de 30 comprimidos recubiertos ranurados.

INQUETIA 100 mg

envases de 30 comprimidos recubiertos ranurados.

INQUETIA 200 mg

envases de 30 comprimidos recubiertos ranurados.



IOMA

