

El trastorno bipolar:

Aspectos del diagnóstico diferencial

Francisco S. Guzmán-Yunque, MD

Psiquiatra

El trastorno bipolar fue descrito en el siglo XIX como trastorno maniaco-depresivo o psicosis afectiva. Es un puente entre los trastornos depresivos y psicóticos, por lo que en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-V) está entre esos dos capítulos.

Aspectos generales del diagnóstico

A pesar de que ni la psicosis ni un episodio depresivo mayor son requisitos para el diagnóstico de trastorno bipolar, la mayor parte de los individuos cuyos síntomas reúnen los criterios de un episodio maniaco completo también experimenta episodios depresivos mayores durante la vida.

Las personas con esta condición suelen mostrar un deterioro significativo en su función laboral y social por la inestabilidad de su estado de ánimo. La mayoría de personas con trastorno bipolar recuperan el nivel funcional completo entre los episodios, pero cerca de un 30% muestra una alteración funcional grave en el ámbito laboral, con una recuperación más tardía, por lo que su nivel socioeconómico suele ser menor. Los afectados con trastorno bipolar I realizan peor las pruebas cognitivas que los sujetos sanos, pudiendo las alteraciones cognitivas contribuir a dificultades vocacionales e interpersonales que pueden persistir incluso en periodos eutímicos.

Se sabe que este trastorno puede presentar síntomas desde la niñez y que tiende a coexistir con otros trastornos como el déficit de atención con hiperactividad o la ansiedad.

Durante los episodios maníacos, los pacientes no suelen percibir que están enfermos ni que necesitan tratamiento. Suelen cambiar su forma de vestir, el maquillaje o la apariencia personal por un estilo más llamativo o sugerente desde el punto de vista sexual. A algunos se les agudizan los sentidos como el oído, el olfato o la vista. También se pueden poner agresivos, profiriendo amenazas, llegando a atacar físicamente a otras personas o a suicidarse.

Por su capacidad de juicio limitada, la falta de conciencia de enfermedad y de la hiperactividad, el episodio maniaco puede tener consecuencias serias (legales, financieras, entre otras). Su estado de ánimo puede variar rápidamente al enfado o la depresión, que puede durar momentos, horas o, raramente, días.

Prevalencia y aspectos estadísticos

Se estima que la prevalencia durante 12 meses puede llegar hasta el 0,6% para el trastorno bipolar I y hasta 0,8% para el trastorno bipolar II. La prevalencia combinada puede llegar hasta 1,8%, siendo las tasas mayores (2,7%) en jóvenes de 12 años o más. Suele ser más frecuente en países ricos que en los pobres (1.4-0.7%) y entre los separados, divorciados y viudos que entre casados. La relación de hombres a mujeres es de 1,1:1. Hay hasta 10 veces más riesgo de padecer trastorno bipolar entre los familiares de personas con trastorno bipolar I y II (mayor de acuerdo al grado de parentesco) y es probable que se comparta el origen con la esquizofrenia.

Inicio y primeros episodios

La edad media del primer episodio maniaco, hipomaniaco o depresivo mayor es de 18 años para el trastorno bipolar I (pero, hay cuadros iniciales a los 60 o 70 años). En los niños hay que hacer algunas consideraciones especiales pues no es fácil definir lo "normal" o lo que se "espera" en un niño ya que los estadios de desarrollo no son iguales a la edad cronológica. Si los síntomas maníacos (desinhibición sexual o social) se inician en la edad adulta tardía, se debe descartar la posibilidad de una enfermedad orgánica. Más del 90% de los pacientes que tienen un episodio maniaco tiene episodios recurrentes y cerca del 60% de los episodios maníacos ocurre próximos a un episodio depresivo.

mayor. A pacientes con trastorno bipolar I con 4 o más episodios de depresión mayor, manía o hipomanía en un año se les define como "con ciclos rápidos".

El trastorno bipolar II se suele iniciar con un episodio depresivo y no se reconoce hasta que aparece un episodio hipomaniaco, lo que ocurre en cerca de 12% de pacientes con diagnóstico inicial de trastorno depresivo mayor.

- Pueden preceder al diagnóstico la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos de conducta alimentaria, lo que complica el diagnóstico;
- Muchos pacientes presentan varios episodios de depresión mayor antes del primer episodio de hipomanía;
- El número de episodios a lo largo de la vida (tanto de hipomanía como de depresión mayor) suele ser mayor en el trastorno bipolar II que en el trastorno depresivo mayor o en el trastorno bipolar I. Sin embargo, los pacientes con trastorno bipolar I experimentan síntomas hipomaniacos con mayor probabilidad que en el trastorno bipolar II;
- El intervalo interepisódico en el curso del trastorno bipolar II tiende a disminuir con la edad;
- Aunque la hipomanía es el rasgo que define al trastorno bipolar II, los episodios depresivos son más duraderos y incapacitantes a la larga;
- A pesar del predominio de depresión, una vez que aparece un episodio hipomaniaco se debe realizar el diagnóstico de trastorno bipolar II y no volver nunca al diagnóstico de trastorno depresivo mayor; y
- Cerca de un 5-15% de los pacientes con trastorno bipolar II tiene varios (4 o más) episodios afectivos (hipomaniacos o de depresión mayor) en los 12 meses previos, en cuyo caso se debe utilizar el especificador "con ciclos rápidos".

Diferencias de géneros y riesgo de suicidio

Hay pocos indicios de que existan diferencias de género en el trastorno bipolar, aunque algunas muestras clínicas, pero no todas, indican que el trastorno bipolar II es más frecuente en mujeres.

Sin embargo, los patrones de enfermedad y la comorbilidad parecen diferir por género. En las mujeres hay más probabilidad de ciclos rápidos y estados mixtos, y ellas tienen patrones de comorbilidad que difiere en de los de los hombres:

- Tienen mayores tasas de trastornos de la conducta alimentaria a lo largo de la vida;
- Tienen mayor probabilidad de mostrar síntomas depresivos (tanto en trastorno I o II);
- Tienen mayor riesgo de presentar trastornos por consumo de alcohol; y
- Además, un parto puede desencadenar un episodio hipomaniaco (en el 10-20% de las mujeres, sobre todo en la fase inicial del posparto).

El riesgo de suicidio es en personas con trastorno bipolar cerca de 15 veces mayor al de la población general. Cerca del 25% de los suicidios consumados ocurren en pacientes con trastorno bipolar.

Criterios para diagnóstico

Para hacer un diagnóstico dentro del espectro del trastorno bipolar es necesario que el individuo haya experimentado cambios marcados en sus estados de ánimo. Estos pueden fluctuar entre dos polos (de ahí el término bipolar) que van desde un estado depresivo mayor hasta un estado de manía o maniaco (de ahí el término maniaco-depresivo). Antes o después del episodio maniaco pueden haber existido episodios hipomaniacos o episodios de depresión mayor.

Hay otras clasificaciones dentro de DSM-V que toman en cuenta si los síntomas han sido producidos por alguna sustancia, algún medicamento o por efectos directos de alguna condición médica primaria.

A continuación, figuran los criterios (DSM-V) que definen las fases de estado de ánimo y cómo se presentan en los 3 principales diagnósticos dentro del espectro de trastorno bipolar:

Episodio maniaco

- A. Un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura por lo menos una semana y está presente la mayor parte del día (o tiene cualquier duración si se hospitaliza);
- B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de energía o actividad son notorios 3 o más de estos síntomas (4 cuando solo hay irritación):

1. Aumento de la autoestima (o “grandeza”);
 2. Disminución de la necesidad de dormir;
 3. Habla aumentada o presión para conversar;
 4. Fuga de ideas o sensación de que los pensamientos van a gran velocidad;
 5. Distracción (la atención cambia de acuerdo a estímulos externos poco importantes o irrelevantes);
 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, laboral, en la escuela o sexual) o agitación psicomotora (actividad no dirigida, sin objetivo); y
 7. Participación excesiva en actividades que pueden tener consecuencias dolorosas (compras o inversiones imprudentes, juergas, indiscreciones sexuales, entre otros);
- C. La alteración del estado del ánimo puede causar deterioro importante en el funcionamiento social o laboral y requerir hospitalización para evitar daño a sí mismo o a otros, por características psicóticas; y
- D. El episodio no se puede atribuir a una sustancia (droga, medicamento) o a otra afección médica.

Nota: un episodio maniaco completo estando con tratamiento antidepresivo (medicación o terapia electro-convulsiva) y que dure más que el efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba de un episodio maniaco y de diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: se necesita al menos un episodio maniaco (A-D) a lo largo de la vida para diagnosticar trastorno bipolar I.

Episodio hipomaniaco

- A. Igual que en EPISODIO MANIACO (ver arriba);
- B. Igual que en EPISODIO MANIACO (ver arriba);
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo;
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por otras personas;
- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Cuando hay cuadro psicótico, el episodio es –por definición– maniaco; y
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos de una sustancia (droga, medicamento) o un tratamiento.

Nota: un episodio hipomaniaco completo estando con tratamiento antidepresivo (medicación, terapia electro-convulsiva) y que dure más que el efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba de un episodio hipomaniaco. Pero se recomienda precaución porque 1 o 2 síntomas (irritabilidad, nerviosismo o agitación después de usar antidepresivos) no son suficientes para diagnosticar un episodio hipomaniaco ni indican trastorno bipolar.

Nota: los criterios A-F forman un episodio hipomaniaco. Los episodios hipomaniacos son frecuentes en trastorno bipolar I, pero no son necesarios en su diagnóstico.

Episodio depresivo mayor

- A. Hay 5 (o más) de los siguientes síntomas por 2 semanas que representan un cambio de la función basal del individuo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer (no se incluyen síntomas que claramente se puedan atribuir a otra afección médica):
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días (se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso). (Nota: en niños y adolescentes puede observarse irritación);
 2. Disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del tiempo, casi todos los días;
 3. Pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o cambios del apetito casi todos los días (en los niños: no alcanzan el peso esperado);
 4. Insomnio o hipersomnía 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 casi todos los días;
 8. Disminución de la capacidad de concentrarse, de pensar o de tomar decisiones, casi todos los días; y
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideas suicidas sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes; y
- C. El episodio no se puede atribuir a una sustancia (droga, medicamento) o a otra afección médica.

Nota: estos criterios constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: las respuestas a una pérdida importante (duelo, ruina económica, pérdidas por una catástrofe, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en A, que pueden simular un episodio depresivo. Estos síntomas pueden ser comprensibles por la pérdida, pero se debe estar atento a la posibilidad de depresión mayor, además de la respuesta normal ante una pérdida significativa.

Trastorno bipolar i

- A. Se cumplen criterios al menos de un episodio maniaco; y
- B. La aparición de episodio(s) maniaco(s) y de depresión mayor no se explica por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno del espectro de esquizofrenia o trastornos psicóticos especificados o no.

Trastorno bipolar ii

- A. Se cumplen criterios al menos para un episodio hipomaniaco y para un episodio de depresión mayor;
- B. Nunca ha habido un episodio maniaco;
- C. La aparición de episodio(s) hipomaniaco(s) y de depresión mayor no se explica por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno del espectro de esquizofrenia o trastornos psicóticos; y
- C. Los síntomas de depresión o la incertidumbre causada por la alternancia frecuente de periodos de depresión e hipomanía provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes.

Trastorno ciclotímico

- A. Durante 2 años como mínimo (en niños y adolescentes 1 año o más) hay varios periodos con síntomas hipomaniacos –sin cumplir los criterios de episodios hipomaniacos– y periodos con síntomas depresivos, pero sin tener criterios de depresión mayor;
- B. En el tiempo citado en A, los periodos hipomaniacos

y depresivos han estado presentes más de la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas por más de 2 meses seguidos;

- C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maniaco o hipomaniaco;
- D. Los síntomas de A no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes o del espectro de la esquizofrenia o trastornos psicóticos;
- E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento) o a otra afección médica (hipertiroidismo, entre otras); y
- F. Los síntomas causan malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes.

Comentario

En resumen, los trastornos dentro del espectro bipolar se caracterizan por fluctuaciones marcadas en el estado de ánimo que van más allá de lo esperado en situaciones cotidianas. Afectan a cerca de 1% de la población y tienden a aparecer por igual en hombres y mujeres. A pesar de que se suelen diagnosticar luego de los 15 años de edad, pueden presentar síntomas desde mucho más temprano y coexistir con otros trastornos tales como ansiedad y ADHD.

El trastorno bipolar, aun bajo tratamiento, puede traer al paciente consecuencias funcionales serias capaces de afectar su vida a corto y a largo plazos y que pueden llegar al extremo de cometer suicidio.

Es una condición seria que requiere del clínico mucha paciencia, persistencia y compromiso, de manera que el paciente se pueda beneficiar del tratamiento. 

Referencias:

- DSM-V, Asociación Americana de Psiquiatría, 5ª edición (2014).
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(4/5):229-40.
- Etain B, Lajnef M, Loftus J, Henry C, Raust A, Gard S, Kahn JP, Leboyer M, Scott J, Bellivier F. Association between childhood dimensions of attention deficit hyperactivity disorder and adulthood clinical severity of bipolar disorders. Aust N Z J Psychiatr, 2016 APR 11.
- Monteith S, Glenn T, Geddes J, Whybrow PC, Bauer M. Big data for bipolar disorder. Int J Bipolar Disord, 2016 Dec; 4 (1):10.
- Beyer JL, Weisler RH. Suicide Behaviors in Bipolar Disorder: A Review and Update for the Clinician. Psychiatr Clin N Am. 2016; 39(1):111-23.