



Primary Care: Clinics in Office Practice

Diagnóstico y manejo del trastorno bipolar en atención primaria

Weida N, Roy T. *Diagnosis and Management of Bipolar Disorder in Primary Care. Prim Care Clin Office Pract.* 2026;53:167–179. doi:10.1016/j.pop.2026.01.003.

March 2026

PALABRAS CLAVE

Trastorno bipolar; atención primaria; medicina familiar; diagnóstico; herramientas de tamizaje; farmacoterapia; atención colaborativa; litio.

- El **trastorno bipolar** es una enfermedad psiquiátrica crónica, recurrente y altamente discapacitante; la mayoría de los pacientes consulta inicialmente en **atención primaria** y no en dispositivos psiquiátricos especializados.
- El retraso diagnóstico continúa siendo importante, con un promedio de **5 a 10 años**, principalmente por diagnóstico erróneo como depresión unipolar o por subreconocimiento de síntomas hipomaniacos.
- La medicina familiar tiene un papel central en la identificación temprana, el inicio del abordaje y la coordinación longitudinal, mediante **herramientas validadas de tamizaje** y modelos de atención colaborativa.
- El manejo es **multimodal**: farmacoterapia, psicoterapia, intervenciones de estilo de vida y apoyo familiar. El **litio** conserva un rol singular en prevención de recaídas y reducción del riesgo suicida.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El **trastorno bipolar** es una enfermedad psiquiátrica **crónica, recurrente y discapacitante**, definida por episodios de **manía o hipomanía** y **depresión**. Afecta al **1%–2% de la población mundial** y se clasifica en **trastorno bipolar I**, cuando existe al menos un episodio maníaco, y **trastorno bipolar II**, cuando hay episodios depresivos recurrentes junto con al menos un episodio hipomaniaco.

El diagnóstico suele retrasarse **5 a 10 años**, principalmente por confusión con **depresión unipolar** o por falta de reconocimiento de la hipomanía. La atención primaria cumple un rol clave, ya que muchos pacientes consultan inicialmente en este nivel y pueden identificarse rasgos bipolares mediante **anamnesis detallada, observación longitudinal, información familiar y herramientas de tamizaje validadas**.

El impacto clínico y sanitario es elevado: existe mayor riesgo de **suicidio**, deterioro funcional persistente incluso en eutimia, compromiso ocupacional y frecuente asociación con **ansiedad, consumo de sustancias y enfermedad cardiovascular**. El manejo requiere un enfoque **multimodal y coordinado**, que integre **farmacoterapia, psicoterapia, cambios en el estilo de vida, apoyo social y atención colaborativa con salud mental**, especialmente desde atención primaria.

ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado en español
ADHD	trastorno por déficit de atención e hiperactividad
BD / TB	bipolar disorder / trastorno bipolar
BDI / TBI	bipolar I disorder / trastorno bipolar I
BDII / TBII	bipolar II disorder / trastorno bipolar II
CBT / TCC	cognitive behavioral therapy / terapia cognitivo-conductual
ECT / TEC	electroconvulsive therapy / terapia electroconvulsiva
GABA	ácido gamma-aminobutírico
HCL-32	Hypomania Checklist-32
MDQ	Mood Disorder Questionnaire

Tabla 1. Características epidemiológicas y clínicas clave del trastorno bipolar

Característica epidemiológica	Hallazgos clave
Prevalencia de vida	El trastorno bipolar afecta aproximadamente al 1%–2% de la población mundial.
Edad de inicio	La edad promedio de inicio corresponde a la adolescencia tardía o adultez temprana (18–25 años); el inicio más temprano se asocia con enfermedad más grave y comorbilidades.
Retraso diagnóstico	Existe habitualmente un retraso de 5–10 años entre el inicio de síntomas y el diagnóstico correcto, con frecuencia por diagnóstico inicial de depresión unipolar.
Distribución por sexo	La prevalencia global es similar entre hombres y mujeres, aunque las mujeres presentan con mayor frecuencia características mixtas .
Riesgo suicida	La tasa de intento suicida a lo largo de la vida se estima en 25%–50% .
Curso y recurrencia	Más del 90% presenta episodios recurrentes, con un promedio de 8–10 episodios durante la vida; los síntomas residuales son frecuentes incluso en eutimia.
Comorbilidad	Los trastornos de ansiedad afectan hasta al 60% y los trastornos por uso de sustancias hasta al 50% .
Impacto funcional	El trastorno bipolar permanece entre las principales causas de discapacidad mundial, con deterioro ocupacional y psicosocial persistente incluso en remisión.
Factores protectores	El tratamiento con litio se asocia de manera singular con reducciones significativas del riesgo suicida y la mortalidad global.

PATOGÉNESIS Y ETIOLOGÍA

La patogénesis del TB es **multifactorial** e integra factores genéticos, neurobiológicos y ambientales. Los estudios en gemelos y familias estiman una heredabilidad elevada, entre **60% y 85%**, una de las más altas entre las enfermedades psiquiátricas.

Los análisis de asociación genómica han identificado loci vinculados al TB, incluidos **CACNA1C**, relacionado con canales de calcio tipo L, y **ANKK3**, asociado con la proteína anquirina-G. Los tamaños de efecto individuales son pequeños y el análisis genético actual mantiene utilidad limitada para predecir enfermedades.

Los mecanismos neurobiológicos incluyen desregulación de sistemas de neurotransmisores, anomalías en señalización intracelular, alteración del ritmo circadiano y neuroinflamación. Los neurotransmisores clave son **dopamina, serotonina, glutamato y GABA**.

Los hallazgos de neuroimagen estructural y funcional muestran anomalías en redes **prefronto-límbicas**, especialmente amígdala, corteza cingulada anterior y corteza prefrontal ventrolateral, áreas relacionadas con regulación emocional y control de impulsos.

La disfunción inmune y la inflamación constituyen un área emergente. Durante episodios afectivos agudos se han documentado marcadores proinflamatorios elevados, incluidos **IL-6, TNF-α y proteína C reactiva (PCR)**, compatibles con participación de procesos neuro inflamatorios.

Las alteraciones del sueño y del ritmo circadiano son rasgos centrales. La inestabilidad sueño-vigilia aparece tanto en manía como en depresión, y se han identificado cambios en la expresión de genes del ciclo sueño-vigilia. Parte del efecto terapéutico del litio podría relacionarse con su influencia sobre genes circadianos y señalización **GSK-3β**.

Los factores ambientales y psicosociales modulan riesgo y expresión clínica. La adversidad infantil, el trauma, el abuso, la negligencia y la pérdida temprana se asocia con inicio más precoz y curso más grave. Los estresores vitales y la disrupción circadiana precipitan episodios afectivos, en especial manía. La sensibilidad a la activación conductual, la reactividad cognitiva y los déficits de regulación emocional también actúan como mediadores potenciales de riesgo y recaída.

Ningún modelo único explica por completo el inicio y la evolución del TB. El marco contemporáneo corresponde a una formulación **biopsicosocial**, con vulnerabilidad genética, anomalías neurobiológicas, estrés ambiental e impactos psicológicos, útil para orientar diagnósticos de precisión y tratamientos individualizados.

Tabla 2. Mecanismos propuestos en la patogénesis del trastorno bipolar

Mecanismo propuesto	Datos clave
Vulnerabilidad genética	Heredabilidad estimada de 60% a 85% , una de las más altas entre trastornos psiquiátricos. Patrón de herencia poligénico con tamaños de efecto individuales pequeños.
Desregulación de neurotransmisores	Alteración de señalización de dopamina, serotonina, glutamato y GABA , con contribución a inestabilidad del ánimo. Se han identificado cascadas anómalas de señalización intracelular.
Anomalías neuroanatómicas	La neuroimagen estructural y funcional muestra anomalías en redes prefronto-límbicas, particularmente amígdala, corteza cingulada anterior y corteza prefrontal ventrolateral, mediadoras de regulación emocional y control de impulsos.
Neuroinflamación y disfunción inmune	Elevación de citocinas proinflamatorias (IL-6, TNF-α, PCR) durante episodios afectivos agudos, lo que sugiere contribución neuroinflamatoria a los síntomas.
Disrupción del ritmo circadiano	Inestabilidad del ciclo sueño-vigilia y expresión alterada de genes reloj. La modulación del litio sobre genes circadianos podría explicar parte de su efecto beneficioso.
Estrés ambiental y trauma	La pérdida y el trauma infantiles se asocian con inicio más temprano, curso más grave y mayor riesgo de recurrencia. Los estresores vitales precipitan episodios afectivos.

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

El TB se manifiesta en un espectro amplio que incluye episodios de **manía, hipomanía, depresión y características mixtas**, con períodos de eutimia. La variabilidad de presentación, las comorbilidades frecuentes y el curso fluctuante dificultan el diagnóstico.

La identificación temprana y precisa es esencial, porque la omisión diagnóstica contribuye a deterioro funcional, aumento del riesgo suicida y uso inapropiado de **monoterapia antidepresiva**, capaz de precipitar manía.

Los episodios maníacos se definen por un período diferenciado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, acompañado de aumento de energía durante al menos **1 semana** o con necesidad de hospitalización. Son frecuentes menor necesidad de sueño, habla presionada, fuga de ideas, distractibilidad, autoestima inflada o grandiosidad y conductas de alto riesgo, como gasto excesivo, actividad sexual riesgosa o consumo de sustancias. Las características psicóticas aparecen en aproximadamente el **50%** de los episodios maníacos.

La hipomanía comparte síntomas similares, pero de menor gravedad, con duración mínima de **4 días consecutivos**, sin deterioro social u ocupacional marcado ni necesidad de hospitalización. Puede ser percibida como un período de productividad o creatividad, pero resulta decisiva para distinguir TBII de depresión unipolar recurrente. La información aportada por familiares es clave cuando existe escasa conciencia de síntomas hipomaniacos previos.

La depresión domina el curso longitudinal del TB, suele constituir la primera presentación clínica y concentra la mayor carga de discapacidad. La depresión bipolar incluye ánimo bajo persistente, anhedonia, cambios psicomotores, enlentecimiento cognitivo e hipersomnia. Frente a depresión unipolar, se asocia con inicio más temprano, antecedente familiar de TB, mayor retardo psicomotor y manía emergente durante tratamiento antidepresivo.

Las características mixtas implican síntomas concurrentes de depresión y manía o hipomanía. Estos estados se relacionan con mayor suicidabilidad, peor respuesta terapéutica y curso más crónico. El especificador “con características mixtas” se aplica a episodios depresivos, maníacos o hipomaniacos cuando aparecen **≥3 síntomas de polaridad opuesta**. Su reconocimiento es clínicamente relevante, porque la monoterapia antidepresiva puede empeorar la agitación e inestabilidad afectiva.

El **ciclaje rápido** corresponde a **4 o más episodios afectivos en 12 meses**. Se presenta en 10% a 20% de los pacientes y es más común en mujeres, hipotiroidismo o exposición a antidepresivos. La identificación del patrón de ciclaje orienta la selección farmacológica y monitoreo.

El TB se asocia frecuentemente con comorbilidad psiquiátrica y médica. Hasta **60%** presenta trastorno de ansiedad, **40%–50%** trastorno por uso de sustancias y **20%–30%** criterios de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. También aumentan el síndrome metabólico, la enfermedad cardiovascular y la disfunción tiroidea, con mayor morbimortalidad.

El diagnóstico diferencial incluye trastorno depresivo mayor unipolar, trastorno límite de la personalidad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno del ánimo inducido por sustancias. Las claves diferenciadoras son antecedente familiar, patrón episódico y presencia de episodios hipomaniacos o maniacos. A diferencia del trastorno límite de la personalidad, el TB suele producir cambios anímicos discretos y episódicos, con períodos de funcionamiento basal.

Los instrumentos de tamizaje validados mejoran la detección en atención primaria. El **Mood Disorder Questionnaire (MDQ)** es ampliamente utilizado como herramienta inicial. El **Hypomania Checklist-32 (HCL-32)** posee buena sensibilidad para TBII. Ninguna herramienta establece diagnóstico por sí sola; los resultados requieren integración con historia clínica detallada e información colateral.

La evaluación debe incluir historia precisa de episodios afectivos, antecedentes psiquiátricos familiares, consumo de sustancias, respuesta a tratamientos previos, suicidabilidad, psicosis e información de familiares. La sospecha debe aumentar ante depresión recurrente, mala respuesta antidepressiva o fluctuaciones marcadas del ánimo. La atención colaborativa con salud conductual integrada, planes compartidos e interconsulta psiquiátrica mejora detección, adherencia y resultados clínicos.

Tabla 3. Características clínicas del trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y episodios con características mixtas

Característica	Trastorno bipolar I	Trastorno bipolar II	Episodios con características mixtas
Episodios definitorios	≥1 episodio maníaco; puede incluir episodios depresivos o hipomaniacos.	≥1 episodio hipomaniaco y ≥1 episodio depresivo mayor, sin manía completa.	Episodio maníaco, hipomaniaco o depresivo con ≥3 síntomas de polaridad opuesta .
Edad típica de inicio	Adolescencia tardía a adultez temprana.	Inicio ligeramente más tardío que TBI, con frecuencia hacia mediados de la tercera década.	Suele desarrollarse más adelante en el curso y puede emerger desde cualquier subtipo.
Curso y patrón	Episodios recurrentes de manía y depresión, con deterioro funcional significativo.	Curso predominantemente depresivo; la hipomanía suele pasar inadvertida.	Cambios rápidos entre estados de ánimo, con alta recurrencia y cronicidad.
Duración de episodios	Manía ≥7 días o con hospitalización; depresión ≥2 semanas .	Hipomanía ≥4 días consecutivos ; depresión ≥2 semanas .	Variable; síntomas de ambos polos pueden fluctuar en días.
Ánimo y energía	Ánimo elevado, expansivo o irritable con aumento marcado de energía.	Ánimo elevado o irritable con aumento notorio de energía, pero menor deterioro.	Coexistencia de síntomas depresivos y maniacos/hipomaniacos, como tristeza, culpa, agitación o fuga de ideas.
Características psicóticas	Frecuentes durante la manía.	Ausentes durante la hipomanía; pueden aparecer durante la depresión.	Pueden aparecer; a menudo incongruentes con el ánimo y asociadas con mayor suicidabilidad.
Deterioro funcional	Severo, con frecuencia requiere hospitalización.	Moderado; el deterioro predomina durante episodios depresivos.	Alto; asociado con peor respuesta terapéutica y mayor suicidabilidad.
Riesgo suicida	Elevado, 15–20 veces superior al de la población general.	Alto, aunque menor que en TBI.	Más alto entre los subtipos, con impulsividad y agitación marcadas.
Errores diagnósticos comunes	Atribuir la manía al consumo de sustancias o trastorno de personalidad.	Diagnosticar como depresión unipolar recurrente y omitir hipomanía.	Interpretar como labilidad emocional o ansiedad-depresión mixta.

Tabla 4. Categorías y puntuación del Mood Disorder Questionnaire (MDQ)

Dominio	Síntomas representativos evaluados
Ánimo y energía	Períodos de ánimo elevado o irritable; aumento de actividad, energía o inquietud; autoestima o confianza inflada.
Sueño y cognición	Menor necesidad de sueño; pensamientos acelerados o fuga de ideas; distractibilidad.
Habla y conducta social	Habla presionada o incremento de locuacidad; mayor sociabilidad o conducta expansiva.
Impulsividad y toma de riesgos	Conductas placenteras pero riesgosas: gastos desmedidos, indiscreción sexual o conducción imprudente.
Irritabilidad y reactividad emocional	Aumento de irritabilidad, enojo o labilidad emocional.
Uso global	13 ítems sintomáticos de respuesta sí/no más 2 preguntas de seguimiento sobre co ocurrencia de síntomas y deterioro.

Tamizaje positivo: **≥7 síntomas** afirmativos, con síntomas durante el mismo período y deterioro funcional moderado a grave. Interpretar junto con historia clínica detallada e información colateral. Un resultado positivo indica alta probabilidad de TBI o TBII y exige evaluación diagnóstica completa. La puntuación aislada no establece diagnóstico. Debe integrarse con curso longitudinal, antecedentes familiares y respuesta a tratamientos previos.

El MDQ orienta detección inicial en atención primaria y justifica evaluación clínica integral.

TRATAMIENTO

El TB tiene naturaleza crónica y recurrente, por lo que requiere tratamiento **multimodal**. La farmacoterapia constituye el eje del manejo, con beneficio adicional de psicoterapia. Los fármacos deben individualizarse según presentación clínica, con objetivos de reducir la intensidad del episodio actual y disminuir episodios futuros.

El tratamiento del TBI y TBII es similar, aunque existen líneas emergentes destinadas a caracterizar subtipos específicos. Los objetivos farmacológicos se dividen en tratamiento de **manía/hipomanía aguda**, tratamiento de **depresión bipolar aguda** y **mantenimiento a largo plazo**.

La manía o hipomanía aguda requiere estabilizadores del ánimo o antipsicóticos atípicos. La manía franca puede comprometer juicio, toma de decisiones e introspección; por ello, ante agresividad o psicosis puede considerarse hospitalización involuntaria.

Litio y valproato tienen eficacia en manía aguda, depresión y mantenimiento, y constituyen pilares del tratamiento de manía aguda. Carbamazepina supera a placebo en manía aguda, aunque las comparaciones directas son limitadas y las guías priorizan el litio y valproato como primera línea.

Los antipsicóticos atípicos eficaces en manía aguda incluyen **aripiprazol, asenapina, cariprazina, olanzapina, paliperidona, quetiapina y risperidona**. La terapia combinada es más eficaz que la monoterapia en manía aguda. Las combinaciones de primera línea incluyen litio o valproato junto con **quetiapina, aripiprazol, risperidona o asenapina**.

La depresión bipolar aguda puede responder a **olanzapina-fluoxetina, quetiapina, olanzapina, lurasidona, lumateperona, cariprazina y lamotrigina**. La monoterapia con litio se asocia con menor riesgo de hospitalización relacionada con depresión que antidepresivos, antipsicóticos, quetiapina y lamotrigina, además de propiedades antisuicidas singulares.

Los antidepresivos, incluidos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, son menos eficaces y poseen pequeño riesgo de inducir manía, aunque se prescriben con frecuencia. En TBII pueden ser útiles en algunos casos, pero cuando se indican deben administrarse junto con un **estabilizador del ánimo**.

La terapia electroconvulsiva (**TEC**) tiene un rol en la depresión bipolar refractaria. Es el tratamiento más eficaz para la depresión severa y resistente, incluida la depresión bipolar. La respuesta alcanza **77%** y la remisión **52%**. En atención primaria, el fracaso de tratamiento habitual o la necesidad de respuesta rápida, como embarazo o suicidabilidad severa, justifican derivación psiquiátrica oportuna para considerar TEC.

Casi todos los pacientes con TB requieren tratamiento de mantenimiento. El objetivo principal consiste en reducir frecuencia y gravedad de episodios afectivos. Los fármacos de mantenimiento se agrupan en estabilizadores del ánimo y antipsicóticos atípicos de segunda generación.

La monoterapia con **litio** permanece como primera línea en la mayoría de las guías, porque previene recurrencias depresivas y maníacas. Debido a efectos adversos y riesgos acumulativos del uso prolongado, los antipsicóticos de segunda generación se emplean con frecuencia como alternativas de mantenimiento.

Valproato, lamotrigina y antipsicóticos de segunda generación como quetiapina, asenapina y aripiprazol han demostrado eficacia en monoterapia de mantenimiento. En general, el fármaco eficaz durante la fase aguda debe mantenerse. La combinación de antipsicótico de segunda generación con litio o valproato reduce el riesgo de recurrencia y debe considerarse ante episodios frecuentes. En TBII, los antidepresivos pueden considerarse para mantenimiento siempre junto con un estabilizador del ánimo de primera línea.

El litio mantiene un perfil singular por eficacia en depresión bipolar, manía y mantenimiento, reducción del riesgo suicida y disminución de mortalidad global. También se asocia con menores tasas de demencia. En Estados Unidos se encuentra infrautilizado y podría tener un rol terapéutico más amplio.

La toxicidad y los efectos adversos del litio requieren vigilancia. El hipotiroidismo aparece con mayor frecuencia frente a placebo u otros fármacos (**13,9% vs 1,7%**), y existe información limitada sobre recuperación tiroidea tras suspensión. También se asocia con elevación de hormona paratiroidea e hipercalcemia. El uso prolongado puede deteriorar la función glomerular, con descensos relevantes tras **6 a 10 años** y enfermedad renal crónica estadio 3 tras aproximadamente **30 años** de tratamiento. Se recomienda control regular de función tiroidea, renal, calcio y niveles séricos de litio.

El tratamiento crónico con valproato o lamotrigina requiere pruebas periódicas de función hepática. Los antipsicóticos atípicos exigen seguimiento de peso y disfunción metabólica.

Tabla 5. Tratamientos basados en resultados clínicos para el trastorno bipolar

Fase clínica	Tratamientos de 1º línea y coadyuvantes	Notas clínicas y monitoreo
Manía/hipomanía aguda	→ Estabilizadores del ánimo: litio, valproato. → Antipsicóticos de segunda generación. → Terapia combinada: litio o valproato + antipsicótico de segunda generación.	La terapia combinada es más eficaz que la monoterapia. Monitorizar niveles de litio, función renal, función tiroidea, calcio, pruebas hepáticas y hemograma con valproato. Considerar hospitalización en pacientes inseguros o psicóticos.
Depresión bipolar aguda	→ Antipsicóticos de segunda generación. → Lamotrigina o litio en monoterapia. → TEC en depresión severa o refractaria.	Evitar monoterapia antidepresiva por riesgo de manía. El litio reduce de forma singular suicidio y hospitalización relacionada con depresión. Vigilar exantema con lamotrigina y efectos metabólicos con antipsicóticos.
Prevención de recaídas	→ Litio como primera línea para prevenir manía y depresión. → Valproato o lamotrigina. → Antipsicóticos de segunda generación.	Continuar el agente eficaz durante la fase aguda. Usar combinación litio o valproato + antipsicótico de segunda generación ante recurrencias frecuentes. Vigilar función renal y tiroidea con litio prolongado.
Embarazo/posparto	→ Litio puede continuar o reiniciarse tras valoración riesgo-beneficio. → Lamotrigina o antipsicóticos de segunda generación, como quetiapina u olanzapina, son alternativas más seguras.	Evitar valproato y carbamazepina por teratogenicidad. Controlar estrechamente niveles de litio durante embarazo y posparto. Priorizar estabilización del sueño y apoyo familiar.
Psicosocial	→ Psicoeducación. → Terapia cognitivo-conductual. → Terapia centrada en la familia.	Reduce recaídas y mejora adherencia. La integración de salud conductual en atención primaria optimiza resultados.

POBLACIONES ESPECIALES

El embarazo en pacientes con TB tiene alto riesgo de recaída cuando se suspende farmacoterapia. El litio presenta un riesgo teratogénico pequeño pero medible, especialmente anomalía de Ebstein, con frecuencia de **0,05% a 0,1%** frente a **0,005%** en población general. Aun así, continúa siendo el estándar para tratamiento agudo y de mantenimiento por su base terapéutica sólida y seguridad relativa con niveles estrechamente monitorizados.

Valproato y carbamazepina son altamente teratogénicos y se asocian con defectos del tubo neural en **1% a 10%** de los embarazos expuestos, además de anomalías craneofaciales y deterioro cognitivo, por lo que están contraindicados durante embarazo.

Los antipsicóticos atípicos y lamotrigina se consideran alternativas más seguras. La exposición a lamotrigina se asocia con un aumento pequeño del riesgo de hendiduras orales, estimado en **1 de cada 550 lactantes expuestos**. Los antipsicóticos pueden favorecer diabetes gestacional y aumento de peso. El tratamiento debe individualizarse según el esquema que haya sido eficaz previamente.

El posparto también implica alto riesgo de recaída, particularmente de episodios maníacos en TBI. Las personas con antecedente de manía en TBI pueden recibir profilaxis con litio o antipsicótico atípico durante el posparto. En atención primaria debe enfatizarse la estabilización del sueño y una red sólida de apoyo familiar y social.

El litio posee eficacia singular en reducción de suicidabilidad y debe considerarse primera línea ante ideación suicida activa.

El tratamiento en adolescentes sigue principios similares al manejo adulto, con mayor atención a minimizar efectos adversos y controlar crecimiento y desarrollo. **Quetiapina, aripiprazol y lurasidona** cuentan con aprobación de la FDA para TB pediátrico.

RESUMEN

El TB es una enfermedad crónica y recurrente del ánimo, marcada por episodios alternantes de **manía, hipomanía y depresión**. Afecta al **1%-2%** de la población y se ubica entre las principales causas mundiales de discapacidad.

La identificación temprana continúa siendo difícil y los retrasos diagnósticos son frecuentes. La medicina familiar tiene una función crítica en tamizaje e inicio de atención, mediante herramientas validadas como **MDQ** y **HCL-32**, así como modelos colaborativos longitudinales con integración de salud conductual.

La patogénesis es multifactorial e involucra factores genéticos, neurobiológicos y ambientales, con participación de disrupción circadiana y procesos neuro inflamatorios. El manejo eficaz combina farmacoterapia, psicoterapia e intervenciones sobre estilo de vida.

El Litio permanece como piedra angular por sus propiedades estabilizadoras, anti suicidas y preventivas de recaída. Los antipsicóticos de segunda generación y anticonvulsivantes son coadyuvantes clave para fases agudas y mantenimiento. La psicoeducación, terapia conductual y terapia centrada en la familia mejoran la adherencia y reduce recaídas.

CONCLUSIÓN FINAL

El **trastorno bipolar** requiere alta sospecha clínica en atención primaria, especialmente ante depresión recurrente, mala respuesta antidepressiva, fluctuaciones afectivas marcadas, antecedentes familiares o síntomas hipomaniacos no reconocidos. La demora diagnóstica de varios años incrementa deterioro funcional, riesgo suicida y exposición a tratamientos inadecuados.

El abordaje clínico debe integrar tamizaje validado, historia longitudinal, información colateral y coordinación con salud mental. La farmacoterapia se organiza por fase de enfermedad: estabilización de manía/hipomanía, manejo de depresión bipolar y mantenimiento preventivo. **Litio** conserva un lugar central por eficacia transversal, prevención de recaídas y reducción de suicidabilidad, aunque requiere monitoreo renal, tiroideo, cálcico y sérico.

El manejo óptimo combina fármacos, psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, intervenciones familiares, estabilización del sueño y atención colaborativa. La vigilancia de comorbilidades psiquiátricas, metabólicas, cardiovasculares y tiroideas es indispensable para reducir morbilidad y sostener funcionalidad a largo plazo.



PUNTOS DE ATENCIÓN CLÍNICA

- El trastorno bipolar afecta al 1%-2% de la población y es frecuente en atención primaria.
- El diagnóstico suele retrasarse 5-10 años, principalmente por confusión con depresión unipolar u omisión de hipomanía.
- El tamizaje con herramientas como MDQ, junto con historia longitudinal e información familiar, mejora la detección.
- Ante sospecha de bipolaridad, evitar antidepresivos en monoterapia; pueden precipitar manía, síntomas mixtos o ciclaje rápido.
- Litio sigue siendo primera línea en manía, depresión bipolar y mantenimiento; reduce riesgo suicida y mortalidad, pero requiere monitoreo renal, tiroideo, calcio y niveles séricos.
- Valproato, lamotrigina y antipsicóticos de segunda generación son alternativas eficaces; lamotrigina destaca en depresión bipolar y prevención de recaídas.
- En manía aguda, litio o valproato + antipsicótico de segunda generación puede ser más eficaz que monoterapia.
- La TEC debe considerarse en depresión bipolar grave, resistente o con alta suicidabilidad.
- La atención integrada, interconsulta psiquiátrica, psicoeducación, TCC y terapia familiar mejoran adherencia, detección y recaídas.
- En embarazo y posparto, litio puede mantenerse como opción eficaz con monitoreo estrecho.



ERRORES FRECUENTES

- Diagnosticar depresión bipolar como depresión unipolar, con uso inapropiado de monoterapia antidepresiva.
- Atribuir conducta maníaca o hipomaníaca a consumo de sustancias, trastorno por déficit de atención e hiperactividad o trastorno de personalidad.
- Subreconocer características mixtas y ciclaje rápido, ambos vinculados con mayor riesgo suicida.
- Omitir historia colateral de familiares o cuidadores, en especial cuando la introspección es limitada.
- Suspender estabilizadores del ánimo de manera prematura tras mejoría sintomática, con aumento del riesgo de recaída.
- Pasar por alto el monitoreo médico requerido en tratamiento prolongado con estabilizadores del ánimo: función renal, tiroidea, hepática y parámetros metabólicos.
- Descuidar higiene del sueño y estresores psicosociales, desencadenantes frecuentes de recaída.