

MEDICAL OVERVIEW

Acceso privado

Trastorno bipolar

The Lancet. 2025

DOI: 10.1016/S0140-6736(25)01140-7.

Equipo especializado clínico Check Medicine

Introducción

El **trastorno bipolar** es una **enfermedad psiquiátrica crónica** caracterizada por episodios de **hipomanía o manía, depresión, estados mixtos** y síntomas **subsindrómicos persistentes**, todos con impacto funcional significativo. Su curso se asocia a **alta morbilidad, comorbilidades médicas y psiquiátricas**, y deterioro en la calidad de vida.

Puntos centrales según el artículo:

- **Predominio de episodios depresivos:** Aunque la manía define el diagnóstico, la **fase predominante a lo largo de la vida es la depresión**, que contribuye mayormente a la discapacidad.
- **Alta heritabilidad:** El trastorno presenta una **carga hereditaria elevada**, con aparición temprana y recurrencia frecuente.
- **Comorbilidades frecuentes:** Se asocia a **trastornos de ansiedad y trastornos por uso de sustancias**, lo que complica el manejo clínico y agrava el pronóstico.
- **Impacto psicosocial y económico:**
 - Es uno de los **trastornos de salud mental más costosos**.
 - Las personas con depresión bipolar moderada a severa requieren más servicios de salud, presentan más hospitalizaciones y acumulan mayores costos que la población general.
- **Desafíos diagnósticos:** Su **superposición sintomática** con TDAH, depresión mayor, trastornos del espectro psicótico y trastornos de personalidad **retarda el diagnóstico**, lo que favorece tratamientos inapropiados y peores resultados.
- **Avances recientes:** Progresos en la comprensión de **riesgo multigénico**, posibles **mecanismos infecciosos**, alteraciones **mitocondriales** y fisiopatología neurobiológica.
- **Enfoque terapéutico actual:** El manejo debe ser **centrado en el paciente**, combinando **farmacoterapia, psicoterapia e intervenciones de estilo de vida**, ajustadas a metas y prioridades individuales.
- **Direcciones futuras:**
 - Mayor disponibilidad de intervenciones psicosociales basadas en **autogestión**.
 - Enfrentar el desafío de la **depresión bipolar resistente al tratamiento**.
 - Desarrollo de terapias novedosas: **ketamina, esketamina, antidepresivos de acción rápida y neuromodulación**.

Epidemiología

El **trastorno bipolar** presenta una distribución global relativamente estable, con variabilidad regional y alta carga de enfermedad. Según la **World Mental Health Survey Initiative**, la **prevalencia a 12 meses del espectro bipolar es 1,5%**, distribuida en:

- **Bipolar I:** 0,4%
- **Bipolar II:** 0,3%
- **Bipolar subumbral:** 0,8%

La prevalencia es **similar entre hombres y mujeres**, aunque existe variación entre países. Los **adolescentes de 10–19 años** representan el grupo con **mayor incidencia de nuevos casos**,

mientras que los adultos de **20–44 años** concentran la mayor carga de **años de vida ajustados por discapacidad (DALYs)**.

Se observa un **aumento de casos de inicio en la infancia** en EE.UU. en comparación con Europa, posiblemente relacionado con **mayor carga familiar y estrés ambiental**. En **países de bajos y medianos ingresos**, barreras como **acceso limitado a salud, costos de medicamentos y discontinuidad de cuidados** impactan en la adherencia y empeoran resultados.

Las personas con trastorno bipolar presentan una **reducción promedio de 12,9 años en la expectativa de vida**, con variaciones regionales:

- **África:** 54,1 años
- **Norteamérica:** 65,6 años
- **Europa:** 67,3 años
- **Asia:** 68,0 años

Causas naturales de muerte

Alta frecuencia de **enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular, síndrome metabólico** y otras enfermedades somáticas. El trastorno bipolar es un **factor de riesgo independiente para eventos cardiovasculares mayores**, incluso tras ajustar por comorbilidades.

El **suicidio** es una de las principales causas de mortalidad:

- Riesgo **20–30 veces mayor** que la población general.
- Tasas de suicidio entre **5% y 20%**.
- Riesgos similares entre bipolar I y II.

Factores de riesgo para suicidio:

- Ser hombre, persona blanca, soltero/a, divorciado/a o sin hijos
- Edad <35 o >75 años
- Desempleo
- Historia de suicidio en familia
- Episodios depresivos o mixtos
- Ciclo rápido
- Inicio temprano de la enfermedad

Adicionalmente, existe mayor riesgo de **accidentes, lesiones viales e intoxicaciones accidentales**.

Diagnóstico

El **trastorno bipolar** se clasifica principalmente en **bipolar I** y **bipolar II**, tanto en **DSM-5-TR** como en **ICD-11**. La distinción se fundamenta en la presencia y características de episodios maníacos o hipomaníacos.

Causas secundarias de manía

Antes de confirmar un diagnóstico de trastorno bipolar, el paper enfatiza que es obligatorio **descartar causas secundarias de manía**, especialmente en pacientes con:

- **inicio tardío,**
- **síntomas atípicos,**
- **curso fluctuante no compatible con bipolaridad,**
- **falta de historia previa,**
- **o hallazgos neurológicos/sistémicos asociados.**

Estas causas incluyen **condiciones neurológicas, trastornos sistémicos y metabólicos, enfermedades infecciosas o autoinmunes, y uso de medicamentos o sustancias** que pueden producir estados maniformes clínicamente indistinguibles de un episodio bipolar.

| Categoría | Causas |
|----------------------------------|--|
| Neurológicas | • Tumores cerebrales (temporal, frontal, basitemporal) • Crisis parciales complejas • Delirium • Demencia • Tumores diencefálicos o del tercer ventrículo • Enfermedad de Huntington • Esclerosis múltiple • Enfermedad cerebrovascular derecha • Accidente cerebrovascular • Traumatismo craneoencefálico |
| Sistémicas y metabólicas | • Síndrome de Cushing • Hipercalcemia o hipocalcemia • Tirotoxicosis • Uremia • Deficiencia de vitamina B12 • Síndrome carcinoide • Psicosis premenstrual • Psicosis puerperal |
| Infecciosas y autoinmunes | • Encefalitis autoinmune • VIH/SIDA • Lupus • Meningitis • Neurosífilis • Infecciones virales (SARS-CoV-2, influenza, herpes simple) • Enfermedad priónica |
| Medicamentos y sustancias | • Corticoides • Alcohol • Esteroides anabólicos • Cannabis • Cocaína • Agonistas dopaminérgicos • Alucinógenos • Levodopa • IMAO • Estimulantes (anfetaminas) • Inhibidores de TNF • Antidepresivos tricíclicos |

Criterios diagnósticos esenciales

- **Bipolar I:** basta un episodio maníaco para el diagnóstico, con o sin depresión mayor.
- **Bipolar II:** requiere al menos un episodio de hipomanía y uno de depresión mayor, sin historia de manía.
- La manía se caracteriza por un período distintivo de estado de ánimo elevado/irritable y aumento de actividad o energía, con ≥ 3 síntomas (≥ 4 si solo hay irritabilidad).
- Para clasificación DSM-5-TR:
 - Duración manía: ≥ 7 días o necesidad de hospitalización.
 - Duración hipomanía: ≥ 4 días.
- La duración no tiene límite superior para efectos diagnósticos.

| Categoría diagnóstica | DSM-5-TR (Trastornos bipolares y relacionados) | ICD-11 (Trastornos bipolares o relacionados) |
|--------------------------------------|---|--|
| Tipos incluidos | Trastorno bipolar I y II, ciclotimia, trastorno bipolar inducido por sustancias o medicamentos, bipolar debido a otra condición médica, otro trastorno bipolar especificado o no especificado. | Trastorno bipolar I (6A60), bipolar II (6A61), ciclotimia (6A62), otros trastornos bipolares especificados (6A6Y), trastorno bipolar no especificado (6A6Z). |
| Síntomas de hipomanía y manía | Ideas aceleradas, verborrea, grandiosidad, distracción, reducción del sueño, impulsividad, aumento de actividad orientada a metas o agitación; involucramiento excesivo en actividades con alto riesgo. | Mismos síntomas que DSM-5-TR. |
| Características psicóticas | Solo presentes en manía, nunca en hipomanía. | Igual que DSM-5-TR. |
| Trastorno bipolar I | Requiere ≥ 1 episodio maníaco, con o sin depresión mayor. | Igual: ≥ 1 episodio maníaco. |
| Trastorno bipolar II | ≥ 1 episodio hipomaníaco y ≥ 1 episodio depresivo mayor. | Igual. |
| Ciclotimia | Inestabilidad crónica del ánimo con síntomas hipomaníacos y depresivos durante ≥ 2 años, sin cumplir criterios completos de hipomanía o depresión mayor; síntomas presentes $\geq 50\%$ del tiempo y sin remitir ≥ 2 meses. | Fluctuaciones hipomaníacas y depresivas durante ≥ 2 años, sin cumplir criterios completos; sin remisiones ≥ 2 meses. |
| | Requieren ≥ 3 síntomas del polo opuesto: • Si predomina manía/hipomanía → síntomas depresivos (disforia, anhedonia, psicomotricidad enlentecida, ideas suicidas). | Definidos por síntomas maníacos y depresivos prominentes durante ≥ 2 semanas, ya sea simultáneos o alternantes rápidamente. |

| | | |
|---|--|---|
| Episodios con características mixtas | • Si predomina depresión → síntomas maníacos (euforia, grandiosidad, taquipsiquia, aumento de actividad, menor sueño). | |
| Ciclado rápido | ≥4 episodios del estado de ánimo en 12 meses. | Igual: ≥4 episodios en 12 meses. |
| Otros trastornos bipolares especificados | Cuadros bipolares que no cumplen criterios completos; ejemplos: hipomanía de corta duración (2–3 días), episodios con síntomas insuficientes, episodios hipomaníacos sin depresión previa, ciclotimia de menos de 24 meses, episodios maníacos superpuestos a esquizofrenia. | Presentación con síntomas maníacos o hipomaníacos (con o sin depresión), sin cumplir criterios para bipolar I, II o ciclotimia. |
| Trastorno bipolar no especificado | Se usa cuando no se cumplen criterios por información insuficiente o presentación atípica. | Igual categoría no especificada. |

Dificultades diagnósticas

- **La hipomanía suele pasarse por alto** cuando se obtiene la historia exclusivamente del paciente; la **corroboración con familiares** puede ser crucial.
- Presentaciones clínicas iniciales dominadas por **depresión** contribuyen a errores diagnósticos frecuentes con **depresión mayor unipolar**, generando retrasos de hasta **10 años** en el diagnóstico correcto.
- La **duración de enfermedad no tratada** (medianamente 6 años) se asocia a peor pronóstico, resistencia terapéutica y mayor discapacidad.

Polos predominantes

- **Predominio maníaco:** asociado a sexo masculino, bipolar I, psicosis, inicio temprano, y presentación inicial maníaca.
- **Predominio depresivo:** vinculado a inicio depresivo, alta frecuencia de episodios, historia de intento suicida y estar en pareja.

Unipolar mania

- Representa **~5%** de los casos, típicamente en bipolar I.
- Mayor prevalencia en hombres.
- Menos síntomas depresivos, más psicosis, mayor uso de estabilizadores y escaso uso de antidepresivos.

Errores diagnósticos frecuentes

- **Depresión unipolar mal diagnosticada** que posteriormente se reclasifica como trastorno bipolar (≈25% en los primeros 5 años).
- Mayor riesgo de confusión en bipolar II y formas subumbrales.
- Importancia de descartar causas secundarias (Figura 1), especialmente en presentaciones **atípicas o de inicio tardío**, y de descartar **síntomas inducidos por sustancias**.

Diagnóstico diferencial

1. **Trastorno por déficit atencional (TDAH)**
2. **Trastorno límite de la personalidad (TLP)**

Ambos comparten impulsividad, inestabilidad emocional e hiperactividad. El paper destaca diferencias clave:

| Dimensión | Bipolar | TLP | TDAH |
|------------------------------|--|--|--|
| Inicio | Episodios episódicos; inicio antes de 25 años. | Curso crónico ligado a trauma o relaciones inestables. | Inicio infantil, curso continuo no episódico. |
| Cambios afectivos | Activación sostenida por días-semanas. | Cambios emocionales rápidos (minutos–horas). | Cambios situacionales. |
| Síntomas centrales | Euforia/expansividad, irritabilidad con exceso de energía. | Irritabilidad, rabia, ansiedad y miedo al abandono. | Inatención, hiperactividad, impulsividad. |
| Impulsividad | Ligada a estados maníacos/hipomaníacos. | Autodestructiva, reactiva a eventos interpersonales. | Crónica; dificultad para esperar, inquietud. |
| Pensamiento acelerado | Asociado a manía/hipomanía. | Ligado a estrés, ansiedad o enojo. | Ligado a estresores; suele coexistir con ansiedad. |
| Sueño | Menor necesidad de dormir en episodios de activación. | Mal dormir crónico; pesadillas; empeora la regulación emocional. | Mal dormir situacional; mejora con fármacos. |
| Manejo | Estabilizadores del ánimo + psicoterapia. | Psicoterapia como primera línea; algunos estabilizadores. | Estimulantes + psicoterapia. |

Comorbilidades psiquiátricas relevantes

- Ansiedad, uso de sustancias, TOC, TEPT, trastornos alimentarios y trastornos de personalidad.
- Estas comorbilidades **favorecen la resistencia al tratamiento** y requieren una evaluación integral.

Evaluación clínica ampliada

El diagnóstico debe integrar dimensiones **biológicas, psicológicas y sociales**, pues el sistema categorial DSM/ICD es solo una parte de la formulación clínica completa.

Fisiopatología

Genética

- **Heredabilidad estimada: 60–80%.**
- Los estudios GWAS más amplios (Psychiatric Genomics Consortium) identifican **298 loci de riesgo**, confirmando una arquitectura **altamente poligénica**.
- Enriquecimiento en genes vinculados a: **Función sináptica, Señalización dopaminérgica y del calcio y Desarrollo de interneuronas GABAérgicas**
- Elevada **correlación genética** con: Esquizofrenia, Depresión mayor, Conductas de riesgo, uso de sustancias y autolesiones.

La interacción entre **riesgo genético y factores ambientales**, como adversidad infantil, trastornos cardiometabólicos y estilo de vida, modula la expresión fenotípica.

Disfunción mitocondrial

Múltiples líneas de evidencia apoyan la participación mitocondrial:

- Alteraciones en el metabolismo energético cerebral detectadas mediante **espectroscopía por RM**.

- Modelos animales con mutaciones en ADN mitocondrial exhiben conductas equivalentes a **estados depresivos o maníacos**.
- Hallazgos post-mortem: **Reducción de actividad del complejo I**. Incremento del **estrés oxidativo**
- Otros hallazgos: **Depleción regional de ADN mitocondrial, Aumento del número de copias de ADN mitocondrial**, influido por uso crónico de litio y Variantes patogénicas en regiones mitocondriales tRNA

A pesar de estos avances, el paper concluye que la evidencia aún es **insuficiente** para recomendar tratamientos dirigidos a mitocondria.

Disfunción de ritmos circadianos

Alteraciones en la expresión de **genes reloj** se han observado en modelos animales. Pacientes presentan **desincronización circadiana** tanto a nivel celular como conductual. Esto contribuye a la inestabilidad del estado de ánimo, la variabilidad del sueño y la recurrencia de episodios.

Inflamación

Varios mecanismos inmunológicos intervienen:

- Elevación de **marcadores inflamatorios** incluso en eutimia: PCR, IL-6 y TNF
- Infecciones asociadas: **Citomegalovirus y Herpes simplex tipo 2**
- Incremento de leucocitos y neutrófilos, además de **disfunción de linfocitos T**.
- La inflamación crónica contribuye a: **Activación microglial, Excitotoxicidad, Estrés oxidativo** y Alteración de circuitos de regulación emocional.

Comorbilidades cardiometabólicas frecuentes en el trastorno bipolar **potencian** este estado inflamatorio.

Alteraciones estructurales y funcionales del cerebro

Neuroimagen estructural

- Meta-análisis ENIGMA: **Adelgazamiento cortical** en áreas frontal, parietal y temporal. Estos cambios progresan con mayor carga de episodios maníacos.
- El **litio** se asocia a **aumento de volumen cortical** y mayor grosor cortical.
- Alteraciones de sustancia blanca: Reducción de anisotropía fraccional en **cuerno calloso** y **cingulum**. Menor deterioro en pacientes con inicio tardío, menor duración de enfermedad o uso de litio.

Neuroimagen funcional

Disfunción del **circuito frontolímbico**:

- **Hiperactivación** de amígdala e hipocampo en tareas emocionales.
- **Hipoactivación frontal** durante regulación emocional y funciones ejecutivas.

Los patrones varían según el estado del ánimo y son observables incluso en individuos con **alto riesgo familiar**.

Neurotransmisión

Elevado **potencial de síntesis dopaminérgica**, en línea con hipótesis transdiagnóstica compartida con la psicosis. Implicación de circuitos serotoninérgicos y GABAérgicos.

Inteligencia artificial y modelamiento avanzado

El paper destaca que **IA y machine learning** pueden facilitar la comprensión de la heterogeneidad biológica y clínica, aunque esta área no se desarrolla en detalle dentro de la revisión.

Tratamiento / Manejo

1. FARMACOTERAPIA

Las guías consideradas en este paper incluyen **CINP 2017**, **CANMAT-ISBD 2018/2023**, y patrones terapéuticos internacionales.

Tratamiento de la manía aguda

Fármacos de primera línea (monoterapia)

- Litio
- Quetiapina
- Valproato semisódico
- Asenapina
- Aripiprazol
- Paliperidona
- Risperidona
- Cariprazina

Combinaciones de primera línea

Litio o valproato + antipsicótico:

- Quetiapina
- Aripiprazol
- Risperidona
- Asenapina

La combinación suele ser más eficaz que monoterapia en manía aguda.

Segunda línea

- Olanzapina
- Carbamazepina
- Combinaciones olanzapina–litio o olanzapina–valproato
- Combinación litio–valproato
- Ziprasidona
- Haloperidol
- **Electroconvulsoterapia (ECT)**

Tercera línea

- Carbamazepina u oxcarbazepina + litio/valproato
- Clozapina
- TMS repetitivo
- Tamoxifeno (solo o en combinación)

Novedades

- **Iloperidona (2022)** → eficacia demostrada en manía.
- **Olanzapina–samidorfán (2024)** → similar eficacia con **menor ganancia ponderal** que olanzapina.

Tratamiento de la depresión bipolar

Fármacos con eficacia demostrada

Ordenados según solidez de evidencia:

1. **Olanzapina–fluoxetina (OFC)**
2. **Quetiapina**
3. **Olanzapina**
4. **Lurasidona**
5. **Lumateperona**
6. **Cariprazina**
7. **Lamotrigina**

Litio disminuye la suicidabilidad, previene recurrencia y reduce hospitalización por depresión.

Segunda línea

- Valproato
- ISRS (adjunto)
- Bupropión (adjunto)
- ECT

Advertencia importante: Los antidepresivos tienen **baja eficacia** en depresión bipolar y **riesgo de switch maniaco**, pero siguen siendo ampliamente prescritos.

- En **bipolar I**, solo usar antidepresivos **junto con estabilizador del ánimo**.
- En **bipolar II**, existe evidencia limitada a favor de la monoterapia con ISRS o venlafaxina a corto plazo.

Tercera línea

- Carbamazepina
- Aripiprazol (adjunto)
- Armodafinilo / Modafinilo
- Asenapina
- Ketamina
- Levotiroxina
- Terapia lumínica
- Acetilcisteína
- Pramipexol
- TMS
- IRSN / IMAO

Tratamiento de mantenimiento / prevención de recaídas

Primera línea

- **Litio**
- **Quetiapina** (solo o combinado)
- **Valproato semisódico**
- **Lamotrigina**
- **Asenapina**
- **Aripiprazol** (solo o combinado)

Segunda línea

- Olanzapina
- Risperidona LAI
- Carbamazepina

- Paliperidona
- Lurasidona con litio/valproato
- Ziprasidona con litio/valproato

Datos farmacocinéticos relevantes: El rango óptimo de **valproato** para prevención es **50–74 µg/mL**.

Tratamiento de estados mixtos

Se prefieren **estabilizadores** y **antipsicóticos de segunda generación**. Evitar antidepresivos (riesgo de empeoramiento y suicidabilidad). Opciones con evidencia:

- Aripiprazol
- Asenapina
- Carbamazepina
- Cariprazina
- Valproato
- Iloperidona
- Lumateperona
- Olanzapina / Samidorfán
- Quetiapina
- Risperidona (adjunto)
- Ziprasidona

Lurasidona: segunda línea para depresión con características mixtas. Ajustar dosis de antidepresivos/estimulantes si presentes. **ECT** es clave en formas graves.

Consideraciones de seguridad y efectos adversos

- **Litio:** Riesgos; **nefropatía crónica**, hipotiroidismo. Requiere monitorización estricta.
- **Antipsicóticos de segunda generación:** Riesgo de **síndrome metabólico**, **diabetes**, disfunción motora.
- **Valproato:** Alta teratogenicidad → **evitar en <55 años** salvo refractariedad (recomendación MHRA 2023). Riesgo en descendencia (discapacidad intelectual, trastornos del desarrollo). Problemas de fertilidad y función sexual en hombres.

Comparación metabólica (metaanálisis)

- **Risperidona:** mayor aumento de glicemia e insulina.
- **Olanzapina:** mayor aumento de colesterol total, LDL y triglicéridos.
- Lumateperona, quetiapina y olanzapina: más sedación.
- **Lurasidona:** perfil metabólico similar a placebo.

Tratamientos farmacológicos para el trastorno bipolar

| Manía | Estados mixtos | Depresión bipolar | Mantenimiento |
|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aripiprazol • Asenapina ± litio o valproato • Carbamazepina • Cariprazina • Clorpromazina • Divalproato • Haloperidol • Litio • Olanzapina ± litio o valproato • Olanzapina–samidorfán • Quetiapina ± litio o valproato • Risperidona • Ziprasidona | <ul style="list-style-type: none"> • Aripiprazol • Asenapina • Carbamazepina • Cariprazina • Divalproato • Olanzapina • Olanzapina–samidorfán • Quetiapina • Risperidona ± litio o valproato • Ziprasidona | <ul style="list-style-type: none"> • Cariprazina • Lamotrigina • Litio • Lumateperona • Lurasidona ± litio o valproato • Olanzapina–fluoxetina • Quetiapina • ISRS o bupropión* *como adyuvantes con estabilizador | <ul style="list-style-type: none"> • Aripiprazol ± litio o valproato • Asenapina • Lamotrigina • Litio • Olanzapina • Olanzapina–samidorfán • Quetiapina ± litio o valproato • Risperidona inyectable de acción prolongada • Valproato • Ziprasidona ± litio o valproato |

2. PSICOTERAPIAS BASADAS EN EVIDENCIA

Incluyen:

| Estrategia | Terapia Cognitivo-Cond actual (TCC) | Psicoeducación | Terapia Focalizada en la Familia (FFT) | Terapia Interpersonal y de Ritmos Sociales (IPSRT) | Autogestión |
|---|-------------------------------------|----------------|--|--|-------------|
| Reestructuración cognitiva | ✓ | – | – | – | – |
| Regulación de ritmos diarios | – | – | – | ✓ | ✓ |
| Entrenamiento en comunicación | – | – | ✓ | – | – |
| Monitoreo del estado de ánimo | ✓ | ✓ | – | – | ✓ |
| Planificación de prevención de recaídas | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Regulación del ciclo sueño-vigilia | ✓ | – | – | ✓ | ✓ |
| Psicoeducación de la enfermedad | – | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Apoyo a la adherencia farmacológica | ✓ | ✓ | ✓ | – | – |
| Fomento de la esperanza | – | – | – | – | ✓ |

Eficacia: Reducción del riesgo de recaída hasta **50%**. Efectos pequeños a moderados en mejoría sintomática (0,2–0,7). Útiles en **fase depresiva, eutimia y prevención**.

Elementos terapéuticos más efectivos (meta-análisis):

- **Reestructuración cognitiva**
- **Regulación de ritmos diarios**
- **Entrenamiento comunicacional**
- Monitoreo de síntomas prodrómicos
- Formato familiar > individual en prevención de recurrencias

Limitaciones: Acceso limitado. Las guías japonesas recomiendan, al menos, psicoeducación sobre los “mínimos esenciales”.

3. TECNOLOGÍAS DIGITALES Y AUTOGESTIÓN

Más del **40%** de los pacientes usa estrategias digitales: Monitoreo del ánimo, Regulación del sueño, Psicoeducación, Rutinas diarias, Planificación de crisis y Estrategias de esperanza y afrontamiento.

4. CRONOTERAPIA Y ESTILO DE VIDA

- **Luminoterapia:** Eficaz en depresión bipolar: 7.000–10.000 lux por la mañana. RCT 2018: luz de mediodía (7.000 lux por 45–60 min) → **sin aumento de switch**.
- **Deprivación parcial del sueño + luz:** Puede ser eficaz pero **riesgo de switch** → requiere monitorización.
- **Gafas bloqueadoras de luz azul:** Efecto adyuvante en manía aguda.
- **Intervenciones de dieta y actividad física:** Meta-análisis 2023: Mejoras significativas en síntomas depresivos. Incluyen educación nutricional, ejercicio moderado (30 min/día, 5 días/semana) y manejo del sueño.
- **Terapia de Ritmos Sociales:** Evidencia consistente y útil también como autoayuda.

5. NEUROMODULACIÓN

Electroconvulsoterapia (ECT)

Altamente eficaz en: **Depresión bipolar resistente, Estados mixtos severos y Catatonía.**
Respuesta 73,9% vs 35% con farmacoterapia. Datos poblacionales: **80%** de respuesta en depresión bipolar **84%** en manía..

Temas especiales

1. SUICIDIO

El riesgo de suicidio en pacientes con **trastorno bipolar** es **notablemente elevado**, siendo una de las principales causas de **mortalidad prematura**. Los estudios muestran que las personas con bipolar tienen un riesgo de suicidio **20–30 veces superior** al de la población general. La prevalencia de **intentos suicidas** varía entre el **22%** y el **38%** de los pacientes, dependiendo de la región y la población estudiada.

Factores de riesgo para suicidio:

- Ser **hombre, soltero/a, sin hijos, divorciado/a**
- Edad **<35 o >75 años**
- **Historia de intentos suicidas**
- **Estado depresivo o mixto**
- **Ciclos rápidos**
- **Inicio temprano** de la enfermedad
- **Historia familiar de suicidio**
- **Polaridad depresiva predominante**

El suicidio se presenta con frecuencia en estados **mixtos** y en aquellos con **depresión bipolar grave**.

Enfoques de prevención:

- El tratamiento con **litio** sigue siendo la opción de **primera línea** para la **prevención del suicidio** debido a sus efectos protectores **independientes de la estabilización del ánimo**.
- Es crucial implementar un enfoque **integrado** que no solo considere tratamientos farmacológicos, sino también intervenciones como **planes de seguridad, monitoreo del riesgo suicida** y el **acceso oportuno a cuidados durante períodos de alto riesgo**.

Los estudios sugieren que una intervención integral, que abarque tanto **tratamientos basados en evidencia** como **planificación de seguridad** y **restricción de medios**, puede mejorar significativamente los resultados.

2. POBLACIÓN FEMENINA

Las **mujeres con trastorno bipolar** tienen características clínicas y **consideraciones terapéuticas** específicas, especialmente en relación con las **fases hormonales** de la vida, como **menarquía**,

embarazo, postparto, perimenopausia y menopausia. Estas fases conllevan un mayor riesgo de **inestabilidad del ánimo** y exacerbación de los síntomas.

Riesgos durante el ciclo vital femenino:

- **Perimenopausia:** Es un período de **alto riesgo** para el **primer episodio maniaco** en mujeres con trastorno bipolar.
- **Postparto:** El riesgo de **recaída** es elevado, con tasas de **39%** (rango 29–49%) para episodios maniacos, depresivos o mixtos.

Las **recidivas postparto** son más frecuentes en mujeres sin medicación (58,1%) frente a aquellas que continúan tratamiento (25,9%).

Manejo durante embarazo y postparto:

Se recomienda el uso de **litio** en el embarazo, aunque con precaución debido al riesgo de **defectos cardíacos fetales** en el primer trimestre. **Evitar el valproato** por **alto riesgo teratogénico**. **Monitoreo estricto** de los síntomas y ajustes de medicación son esenciales durante el **periparto** y en el **postparto**, con implicación de un **psiquiatra perinatal**.

3. COGNICIÓN

La **disfunción cognitiva** afecta a entre **50–70%** de las personas con trastorno bipolar y tiene un impacto significativo en la **funcionalidad psicosocial** y la **calidad de vida**.

Subgrupos de disfunción cognitiva:

- **Subgrupo 1:** Cognición **normal o superior**
- **Subgrupo 2:** Déficits **mildos a moderados**
- **Subgrupo 3:** Déficits **graves** y crónicos

Se han identificado **deficiencias** en tareas de **cognición emocional y social**, como el **reconocimiento de emociones faciales** y **regulación emocional implícita**.

Factores contribuyentes:

- **Problemas de sueño**
- **Comorbilidad con trastornos por uso de sustancias**
- **Carga cardiovascular**
- Uso elevado de **antipsicóticos de alta dosis** y **medicación anticolinérgica**.
- **Recurrencia frecuente de episodios** que afecta la función cerebral.

Intervenciones para mitigar el deterioro cognitivo:

- **Optimización de la salud física**, manejo de **comorbilidades somáticas**.
- Evitar el uso excesivo de **antipsicóticos de alta dosis** y **sedantes**.
- Fomentar **actividad física** regular.
- Tratamiento específico de la **comorbilidad por uso de sustancias**.

Se recomienda la **remediación cognitiva** en pacientes con **déficits moderados a graves**; sin embargo, la **mejora en la funcionalidad psicosocial** no está completamente establecida.

4. ENVEJECIMIENTO

El **trastorno bipolar de inicio en edad avanzada (OABD)**, que afecta a individuos **mayores de 50 años**, presenta características particulares en relación con la **cognición**, **morbilidad física** y **funcionamiento psicosocial**.

Características del OABD: Mayor prevalencia de **déficits cognitivos**, **Mayor riesgo de demencia** y **comorbilidades físicas** (enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión) y **Vida social reducida** y **mayor aislamiento**, lo que empeora la funcionalidad.

Impacto del tratamiento: **Menor respuesta al tratamiento farmacológico** y **más comorbilidades**. Se requieren enfoques terapéuticos **integrados**, con énfasis en la **comorbilidad médica** y la **cognición**.

5. TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Los trastornos por uso de sustancias se presentan en entre **30–60%** de los pacientes con trastorno bipolar, siendo el alcohol el más prevalente (42%), seguido de **cannabis** (20%) y **cocaína** (~12%).

Impacto de la comorbilidad con sustancias:

Empeora el **curso de la enfermedad**: mayor **frecuencia de episodios depresivos**, **menor tiempo de recuperación** y **ciclos rápidos**. Conlleva una mayor tasa de **suicidio** y deterioro psicosocial comparado con el trastorno bipolar sin abuso de sustancias.

Tratamiento

El tratamiento debe ser **integrado**:

- Uso de **valproato semisódico**, **carbamazepina** y **gabapentina** en el manejo de la **abstinencia alcohólica**.
- **Naltrexona** (50 mg diarios) reduce el uso de alcohol y antojos.

Se requieren **terapias grupales integradas** para abordar el **doble diagnóstico**.

CONCLUSIÓN

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica con bases **genéticas**, **inflamatorias**, **circadianas** y **neuroestructurales**. Aunque el manejo farmacológico sigue siendo crucial, la **psicoterapia** y **los enfoques de estilo de vida** juegan un rol importante en el tratamiento. **Intervenciones psicosociales** como **psicoeducación**, **TCC**, **IPSRT** y **FFT** son fundamentales para **prevención de recaídas**. Además, los **tratamientos emergentes** como la **ketamina**, **esketamina** y **TMS** ofrecen esperanza en casos resistentes. Un enfoque **integrado y centrado en el paciente** es clave para mejorar la **calidad de vida** y la **funcionalidad**.