

Considerado como un trastorno mental grave, el TB (antes llamado enfermedad maníaco- depresiva) se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita la funcionalidad del paciente y en todo caso requiere un abordaje integral farmacológico y psicosocial. Especialmente en los casos que son mal o infradiagnosticados (y consecuentemente mal tratados) constituye una enfermedad devastadora con una enorme carga socioeconómica y sanitaria.

En las fases de manía puede predominar tanto la euforia como la expansividad o la irritabilidad, con síntomas acompañantes como autoestima exagerada, verborrea, fuga de ideas, desinhibición, distraibilidad, impulsividad, hiperactividad, búsqueda de situaciones de riesgo, inquietud o agitación. En los casos graves, es frecuente el desarrollo de síntomas psicóticos, como delirios, alucinaciones o incluso los llamados “síntomas de primer rango”, antiguamente atribuidos en exclusividad a la esquizofrenia. El cuadro de manía, en general, provoca una seria alteración de la vida cotidiana del paciente, dificultando al máximo su actividad sociolaboral y en ocasiones requiriendo ingreso hospitalario. Esto es menos frecuente en las fases de hipomanía, donde, aun predominando el estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y otros síntomas propios de la manía, no se alcanza el grado de repercusión funcional y nunca se asocia a sintomatología psicótica. Las fases de depresión se caracterizan por la tristeza patológica y la pérdida de interés y capacidad para obtener placer. El paciente puede referir pena, congoja, abatimiento, desesperanza, vacío interno, disforia (confluencia de bajo ánimo e irritabilidad), ansiedad, angustia o intensa apatía. El pensamiento se hace lento, monótono, con una disminución general de las ideas y proyectos, siempre con un tono pesimista y desagradable. En la depresión psicótica se desarrollan delirios (en ocasiones congruentes con el estado de ánimo, como el delirio de ruina o de negación) y alucinaciones. Los ritmos vitales del paciente deprimido se alteran, apareciendo insomnio o hipersomnias diurnas, astenia, fatigabilidad, pérdida

de apetito y de interés por el sexo<sup>37</sup>. Los episodios mixtos son aquellos que combinan simultáneamente síntomas maníacos y depresivos, pudiendo presentar el paciente hiperactividad, irritabilidad, inquietud, insomnio, taquipsiquia, bajo ánimo, tendencia al llanto e ideas de culpa. Su aparición complica el manejo clínico del trastorno, dada la dificultad de diagnóstico y la frecuencia de riesgo suicida. El TB I incluye la aparición de cuadros depresivos y maníacos, mientras que el TB II incluye cuadros depresivos e hipomaniacos. Esta variante del TB (tipo II), lejos de representar una forma leve o abortiva, asocia una gran limitación funcional, dificultades de manejo y mayor comorbilidad. La ciclotimia se caracteriza por un curso crónico y mantenido en el tiempo, con presencia durante al menos dos años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. Previamente considerado dentro de los trastornos de personalidad, hoy se considera un trastorno anímico independiente del TB, por lo que no se considerará en esta guía. En cuanto a los antecedentes históricos del TB, es preciso señalar que Jules Baillarger (discípulo de Esquirol) describió en 1850 una enfermedad mental de dos fases que causa oscilaciones entre la manía y la depresión (*folie à double forme*) y simultáneamente Jean-Pierre Falret presento una descripción de la *folie circulaire* (locura circular).

La evaluación exige una completa anamnesis y exploración tanto psiquiátrica como somática. Pueden ser necesarias varias entrevistas para poder realizar una evaluación completa que nos permita conocer mejor la historia evolutiva del trastorno, y ampliar el conocimiento de los antecedentes personales y familiares del paciente. Cuando ha existido una fase maníaca, en general se ha acompañado de hospitalización, y el paciente suele referirlo en la anamnesis. Sin embargo, los síntomas hipomaniacos son menos graves, y a menudo no cursan con disfunción social o laboral significativas, ni motivan un ingreso. El aumento de la actividad, de la energía y de la productividad puede no ser visto por el paciente como algo

negativo, y no lo refiere al realizar la historia clínica. Suele ser conveniente por ello completar la anamnesis con la información que aporte un familiar. Puede ser necesario realizar algún cuestionario de screening o de detección sistemática. El empleo de escalas que permitan una valoración psicométrica de los síntomas afectivos tanto en el momento del diagnóstico como en el control evolutivo, puede ayudar a tener un mejor conocimiento de la situación de partida y a dar más objetividad a la hora de evaluar la respuesta a los tratamientos, pero en ningún caso puede sustituir a la entrevista clínica. Esta además de proporcionarnos una visión general de la sintomatología y de la repercusión que esta tiene sobre la vida del paciente y su funcionamiento, nos aporta los elementos narrativos que van a ser claves para que la alianza terapéutica se establezca. En el apartado de métodos de evaluación se recogen algunos de estos cuestionarios y escalas que pueden servir de ayuda para el screening, el diagnóstico y la determinación de la intensidad de los síntomas y del impacto que tienen en la vida del paciente.

Tanto la CIE-10 como el DSM-IV perfilan criterios diagnósticos para el TB, sin embargo ambos criterios no son idénticos. Las diferencias cruciales se centran en el número de episodios requeridos para el diagnóstico y la distinción entre trastornos bipolares tipo I y tipo II. Según la CIE-10, un diagnóstico de trastorno afectivo bipolar requiere la existencia de al menos dos episodios de alteración del humor, uno de los cuales debe ser maníaco o hipomaniaco. A diferencia del DSM-IV un único episodio de manía no es suficiente para ser diagnosticado de TB hasta que presente otro episodio (de cualquier tipo). Los episodios pueden especificarse como hipomaniacos, maníacos sin síntomas psicóticos, maníacos con síntomas psicóticos, depresivos leves o moderados, depresión grave sin síntomas psicóticos, depresión grave con síntomas psicóticos, mixtos o en remisión. La CIE-10 no incluye el TB II como una entidad diagnóstica a parte.

**Hipomanía:** Un asunto que se está debatiendo en trastorno bipolar es la definición de hipomanía. En ambos DSM-IV y CIE-10 el diagnóstico de episodio hipomaniaco requiere síntomas de hipomanía durante al menos 4 días, lo cual se redujo de los 7 días requeridos en versiones anteriores, y el DSM-5 tiene en estudio acortar el

periodo de hipomanía y/o los síntomas que han de estar presentes. Aquellos que tienen síntomas hipomaniacos que duran entre 1 y 3 días pueden diagnosticarse como “trastorno bipolar no especificado”. Sin embargo pueden pasar desapercibidos periodos cortos de hipomanía (especialmente si su ausencia de los medios oficiales de nomenclatura diagnóstica hace que no se pregunten acerca de ellos), que son indicadores de enfermedad bipolar. Un estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de individuos en la comunidad con alto riesgo de desarrollar psicopatología identificaron que no había diferencias entre aquellos que experimentaron síntomas hipomaniacos durante menos de 4 días frente aquellos que habían tenido episodios de 4 días o más con respecto al número de síntomas hipomaniacos presentados, diagnóstico previo o tratamiento de depresión e historia familiar de depresión.

**Diagnóstico incierto** Es común el diagnóstico provisional en las fases iniciales del TB, especialmente después del primer episodio. Donde se sospecha un TB, se puede hacer un diagnóstico provisional y se debería monitorizar al individuo de manera apropiada para reconocer futuras señales de alteración del humor y poner al día el diagnóstico provisional.

El manejo clínico del paciente con TB siempre tiene dos dimensiones: el estado afectivo actual (transversal) y la evolución a largo plazo (longitudinal). Es fundamental tratar ambos aspectos, evitando incurrir en una excesiva atención al episodio actual que olvide la importancia del curso crónico de la enfermedad. Se debe evaluar el número y tipo de los episodios afectivos previos, además de la presencia o no de síntomas subsindrómicos entre los episodios. El diseño del plan de tratamiento dependerá de las características del trastorno del paciente: frecuencia y gravedad de las recaídas previas, polaridad predominante, respuesta a tratamientos, apoyo y contención sociofamiliar, grado de deterioro cognitivo y psicosocial y consecuencias de los episodios anteriores. El objetivo general es la mejoría del curso clínico, incluyendo una reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias adversas de los episodios afectivos. Ello se traduce, más que en una mera reducción sintomática, en unas mayores cotas para el paciente de

autonomía y calidad de vida. Los tres estadios del tratamiento son: a) fase aguda: administrado al principio o durante la descompensación afectiva; en general dura entre 6 y 12 semanas; b) fase de continuación: se inicia a partir de la respuesta clínica y acaba con la remisión total del episodio; su duración es variable según la historia natural del trastorno, y a menudo la resolución de un episodio se solapa con la irrupción de otro (p. ej. la depresión post-maníaca); c) fase de mantenimiento o de prevención de recaídas: tiene como objetivo la profilaxis de nuevos episodios. Los elementos que siempre deben tenerse en cuenta son:

- La evaluación exhaustiva del paciente: recogiendo todos los aspectos recogidos en el apartado anterior (intensidad sintomática, funcionamiento global, comorbilidad, sustancias de abuso, riesgo autolítico, eventos estresores o traumáticos, patrones de afrontamiento, historia familiar, etc.). Incluye el diagnóstico diferencial, la evaluación somática y la evaluación del entorno.
- La elección de la modalidad terapéutica: el tipo de tratamiento y su contexto, en función de la gravedad de la situación clínica.
- Establecimiento de una alianza terapéutica: una relación de confianza en la que el paciente percibe al profesional como una ayuda genuina es esencial para el buen curso de un tratamiento. Permite una buena transmisión de información, una buena exploración psicopatológica y un acuerdo de los objetivos terapéuticos en sintonía con las aspiraciones y demandas del paciente.
- Estrategias reforzadoras de la adherencia terapéutica: existe una relación clara y directa entre el tratamiento (o su cumplimiento parcial o discontinuo) y la recaída afectiva. Por ello, es recomendable aplicar todas las medidas posibles para potenciar esta adherencia, tanto a nivel farmacológico como terapéutico/asistencial y motivacional.
- Educación, apoyo y tratamiento del entorno sociofamiliar: a menudo las familias carecen de información sobre la enfermedad y de pautas de manejo de situaciones conflictivas, lo que produce sensación de descontrol, desconcierto y,

en ocasiones, un intenso sufrimiento. Es fundamental, por tanto, involucrar a la familia en el tratamiento del paciente desde el principio, considerándola un aliado tanto del paciente como del terapeuta. En ocasiones, podrá considerarse la aplicación de intervenciones psicoeducativas específicas para la familia.

En el desarrollo del plan terapéutico siempre se deben considerar:

- **Diseño del plan de tratamiento:** Inicialmente deben establecerse los objetivos principales y secundarios del tratamiento, en virtud de las características del paciente. Como se ha referido, deben ser, en lo posible, acordados con el paciente y con su entorno. En segundo lugar, se elegirán las estrategias de tratamiento (que se discuten en el apartado siguiente), incluyendo la terapia farmacológica y psicosocial. Finalmente, debe considerarse el ámbito de intervención, especialmente si debe ser hospitalario (total o parcial) o ambulatorio.
- **Elección del ámbito de intervención:** Los principios generales de la psiquiatría comunitaria aconsejan elegir el ámbito de intervención más cercano y menos restrictivo para el paciente, tratando de integrar el tratamiento en su vida cotidiana, integrada en la sociedad. Por ello, el Centro de Salud Mental o CSM (al que se llega desde Atención Primaria de Salud) es el eje de la asistencia del TB. El CSM puede contar con un programa específico de atención al TB, lo que favorece la aplicación de protocolos efectivos y las intervenciones terapéuticas específicas, además de una mayor especialización y entrenamiento de los profesionales encargados. En ocasiones se requiere un nivel mayor de intensidad asistencial, a través de la hospitalización parcial u Hospital de Día. Cuando el paciente cumple una serie de requisitos (criterios de ingreso), tales como grave descompensación afectiva que entrañe riesgo auto/heteroagresivo, ausencia de conciencia de enfermedad, abandono terapéutico o escaso apoyo sociofamiliar, se procede al ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve. El uso de unidades de rehabilitación hospitalaria se reserva para los casos más graves, a menudo con comorbilidad con otros trastornos.

- Monitorización de la salud física del paciente con trastorno bipolar: Los pacientes con TB presentan una morbilidad física y una mortalidad superiores a la población general.

tratamiento de toda persona con TB debe ser la monitorización de su salud física, siguiendo las recomendaciones que se recogieron en un apartado anterior.

- Diseñar un Plan de Crisis: para prevenir y manejar las situaciones de crisis y de riesgo autolítico que pueden surgir en todo paciente bipolar.

- Orientar el plan de tratamiento desde un enfoque de “recuperación”: colocando a la persona con trastorno bipolar como protagonista de su proceso terapéutico y de su crecimiento personal.