

GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR (TBP)



¿Cuándo sospechar, cómo diferenciar, cuándo referir?



El trastorno bipolar (TBP) constituye un conjunto de condiciones crónicas severas que incluyen al menos un episodio de manía (TBP I) o hipomanía más un episodio depresivo mayor (TBP II) y está asociado con una reducción de 10 a 20 años de expectativa de vida y una alta carga de discapacidad.^{1,2}

En estudios recientes, las estimaciones de prevalencia varían ampliamente según metodología y definición: algunos análisis ubican la prevalencia de TBP alrededor del ~1%, mientras que al considerar la prevalencia a lo largo de la vida, los valores pueden ser aún mayores (>1 %).²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que en 2021 había 37 millones de personas (≈ 0.5 % de la población mundial) con TBP, indicando su impacto global. En México, se estima que alrededor de 3 millones de personas lo padecen y cerca del 50% de casos permanece sin diagnóstico formal, según comunicados oficiales. El retraso en el diagnóstico correcto, puede variar entre 7 a 9 años, lo que incrementa significativamente el riesgo de recaídas, hospitalizaciones y deterioro funcional acumulativo.³⁻⁵

La detección temprana y el diagnóstico certero del TBP mejoran el pronóstico clínico, reducen recaídas, intentos suicidas, e incrementan la adherencia terapéutica y favorecen la estabilidad funcional del paciente.^{2,6}



Señales de alerta: ¿Cuándo sospechar de TBP?

- Episodios (pasados o actuales) de ánimo elevado, expansivo o irritable, con aumento significativo de energía o actividad, claramente diferentes del estado habitual del paciente.¹
- Episodios depresivos recurrentes, especialmente con síntomas atípicos como hipersomnia, aumento de apetito, sensibilidad interpersonal o aislamiento.²
- Antecedentes familiares de trastornos del ánimo (bipolaridad, depresión, suicidio).²
- Inicio temprano (entre los 25 y 30 años de edad) de los síntomas depresivos, curso recurrente o resistencia al tratamiento antidepresivo en monoterapia.^{2,5}
- Historia de activación, aceleración o viraje del ciclo a manía o hipomanía después de recibir antidepresivos.^{2,5}
- Ciclos rápidos (≥ 4 episodios/año) o presentación de sintomatología mixta (síntomas depresivos y de hipomanía/manía simultáneos).^{1,2,5}

Si en la consulta se identifican al menos 1 o 2 señales de alerta, se recomienda activar un protocolo de tamizaje estructurado para TBP.⁶

Criterios DSM-5 abreviados para TBP I y II

A. Episodio maníaco (criterio para TBP I).



- Estado anormal y persistente de ánimo elevado, expansivo o irritable, más aumento de actividad o energía, durante al menos 1 semana (o menos si requiere hospitalización).¹
- Acompañado de 3 o 4 de los siguientes síntomas: autoestima inflada/grandiosidad; menor necesidad de sueño, verborrea, fuga de ideas o pensamiento acelerado, distractibilidad, agitación, participación excesiva en actividades de alto riesgo.¹
- Deterioro funcional marcado, hospitalización requerida o síntomas psicóticos.¹
- Los síntomas no se deben a efectos de sustancias, ni a una afección médica, y no se explican mejor por otro trastorno psiquiátrico.¹

B. Episodio hipomaníaco (criterio para TBP II).



- Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable más aumento de actividad o energía, durante al menos 4 días consecutivos, presentes la mayor parte del día, casi todos los días.¹
- Mismos síntomas concomitantes que en la manía (≥ 3 o 4).¹
- Cambio claro respecto del estado habitual, sin deterioro funcional grave ni hospitalización, sin síntomas psicóticos.¹
- Los síntomas no se deben a sustancias ni a una condición médica.¹
- Para TBP II debe haber al menos un episodio depresivo mayor y nunca episodio maníaco.¹

Diferencias clínicas entre TBP I, TBP II y depresión unipolar.^{1,2}

Característica	TBP I	TBP II	Depresión unipolar
Episodio maníaco obligatorio	Sí	No	N/A
Episodio hipomaníaco obligatorio	Puede ocurrir	Sí	N/A
Episodios depresivos mayores	Frecuente	Obligatorios	Sí
Deterioro funcional en fase elevada	Alto/hospitalización posible	Moderado (sin hospitalización)	—
Riesgo de conversión a manía	—	Posible	N/A
Consideración especial antidepresivos	Alto riesgo de inducir manía/ciclación	Moderado	Respuesta típica

Basada en revisiones clínicas recientes como The Lancet sobre trastorno bipolar. La inclusión de depresión unipolar ayuda a identificar áreas frecuentes de confusión diagnóstica.

Evaluación, confirmación y tratamiento

Este flujo es orientativo con el propósito de facilitar el proceso clínico de evaluación, confirmación e interconsulta especializada o tratamiento del TBP. No sustituye el juicio clínico.⁶

Flujo orientativo:



1. **Historia Clínica exhaustiva:** documentar curso temporal de episodios, patrones de recurrencia, respuesta previa a tratamientos, comorbilidad médica/psiquiátrica y riesgo suicida.^{1,2}
2. **Uso de tamizaje estructurado:** (MDQ/HCL-32/BI) como complemento en evaluación secundaria; confirmar con entrevista diagnóstica estructurada cuando el tamizaje sea positivo.⁶
3. **Evaluación diagnóstica completa:** aplicar criterios DSM-5 en entrevista semiestructurada, valorar si hay manía/hipomanía, síntomas psicóticos, urgencia clínica (hospitalización).¹
4. **Plan terapéutico y coordinación:** iniciar o ajustar un estabilizador del ánimo (litio, valproato, o alternativas según perfil), psicoeducación, manejo de comorbilidad; evitar antidepresivos en monoterapia en pacientes con sospecha de TBP sin estabilizador.^{1,2,6}
5. **Seguimiento y referencia especializada:** coordinar con equipo de salud mental para seguimiento estrecho y ajuste terapéutico; documentar respuesta y adherencia al tratamiento.^{5,6}

Conclusiones:

Revisiones actuales muestran que el tamizaje sistemático en contextos clínicos secundarios mejora la detección de casos probables y que la confirmación diagnóstica y el inicio temprano de estabilizadores del ánimo influyen favorablemente la trayectoria clínica.^{5,6}

La tecnología de liberación extendida (ER) con matriz hidrofílica, por ejemplo, la utilizada en valproato semisódico, ofrece un perfil farmacocinético más estable, que puede favorecer adherencia y reducir fluctuaciones plasmáticas que se asocian a inestabilidad clínica; esto, integrado en un plan terapéutico, contribuye a la estabilidad funcional del paciente.^{1,2}

Referencias: 1. McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., Malhi, G. S., Nierenberg, A. A., Rosenblatt, J. D., Majeed, A., Vieta, E., Vinberg, M., Young, A. H., & Mansur, R. B. (2020). Bipolar disorders. The Lancet, 396(10265), 1841–1856. 2. Oliva, V., Fico, G., De Prisco, M., Gonda, X., Rosa, A. R., & Vieta, E. (2024). Bipolar disorders: An update on critical aspects. The Lancet Regional Health - Europe, 48(101135). 3. World. (2024, July 8). Bipolar disorder. Who.int; World Health Organization. 4. Salud, S. de. (2025). 130. Se estima que en México tres millones de personas padecen trastorno bipolar. Gob.mx. <https://www.gob.mx/salud/prensa/130-se-estima-que-en-mexico-tres-millones-de-personas-padecen-trastorno-bipolar>. 5. Tania, G., Mariam, A.-J., Shivangi, T., Haleemah, A., & Talen, W. (2025). The complexity of delayed diagnosis in bipolar disorder: a systematic review of associated precursors, outcomes, and suggested avenues for improvement. 6. Rahim, F., Rouhani, K., Delirrooyfard, A., & Sayyah, M. (2022). Assessment of the diagnostic performance of various screening tools for bipolar disorder: a meta-analysis. Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 58, 150.