



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

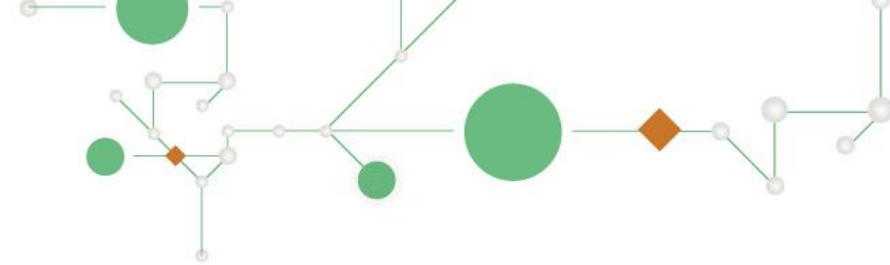
**Enfoque diagnóstico y terapéutico del paciente
con trastorno bipolar**

**Diagnostic and therapeutic approach of the
patient with**

**Perlas
Clínicas**

en Medicina





Enfoque diagnóstico y terapéutico del paciente con trastorno bipolar

Diagnostic and therapeutic approach of the patient with

Natalia Piedrahíta Palacio

Médica y cirujana general, Universidad Pontificia Bolivariana, residente de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.55>

¿Qué es importante repasar antes de leer este capítulo?

- Semiología psiquiátrica.

Los objetivos de esta lectura serán:

- Orientar el enfoque diagnóstico inicial de los pacientes que consulten con síntomas y signos sugestivos de trastorno bipolar.
- Iniciar el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.

Palabras clave: Trastorno Bipolar, Depresión, Psiquiatría, Antidepresivos, Diagnóstico.

Keywords: Bipolar Disorder, Depression, Psychiatr, Antidepressive Agents, Diagnosis.

Cómo citar este artículo: Piedrahíta Palacio N. Enfoque diagnóstico y terapéutico del paciente con trastorno bipolar. [Internet]. Medellín: Perlas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 2021 [acceso día de mes de año]. DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.55>





1. VIÑETA CLÍNICA

Paciente de sexo femenino de 25 años, quien ingresa al servicio de urgencias, traída por su hermana quien relata “todo empezó hace dos semanas cuando se levantó cantando, se puso un vestido de esos de fiesta que tenía guardado, se maquilló y se puso todas las pulseras que tenía, después le dio por ponerse a arreglar toda la casa, movió todas las cosas, sacó todo lo de la cocina, eso parecía como si tuviera un motor, no se quedaba quieta, ni paraba de hablar. No dormía ni 3 horas, a medianoche le daba por poner música a todo volumen y cantar a los gritos, decía que estaba muy contenta porque ya venía el novio de Europa con el que se iba a casar y que se iba a ir a viajar con él por todo el mundo, por lo que tenía que regalar todas las cosas de la casa para poderse ir con él”. Al entrevistar a la paciente refiere estar más feliz que nunca en su vida, habla muy rápido y por momentos el médico del servicio no logra seguirle el hilo de la conversación. Cuando le preguntan por qué está tan feliz, dice que por ser una mujer muy hermosa con mucho dinero y con un novio europeo. Según comenta la hermana, es la primera vez en la vida que la ve así, nunca se había enfermado, excepto hace aproximadamente 8 años, después de terminar con el novio de la época, que se puso muy triste, dejó de comer como una semana y no se quería parar de la cama, pero a todos en la casa les pareció normal. La describe como una persona muy sociable, trabajadora “en el trabajo la quieren mucho porque siempre le rinde mucho el tiempo y hace más cosas que los demás” y muy cariñosa. Niegan consumo de licor o de sustancias psicoactivas, o consumo de medicamentos de manera reciente. Como antecedentes familiares relatan que a la abuela del papá le decían “la loca”, pero no saben por qué.

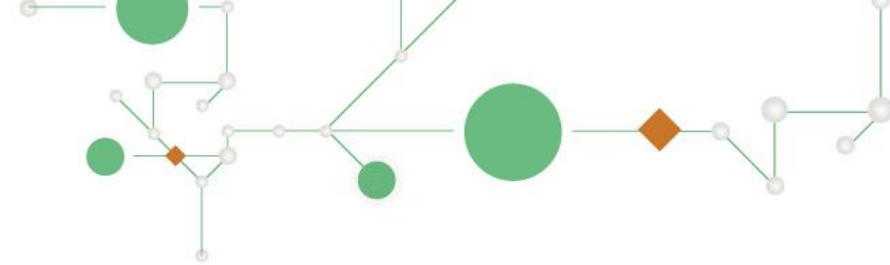


2. DESARROLLO

El Trastorno Bipolar (TB) es episódico, con un curso variable, recurrente y crónico. Es clasificado dentro de los trastornos del afecto y es caracterizado por fluctuaciones en el estado de ánimo y la energía, que pueden ir desde la euforia, con aumento en la velocidad del pensamiento, la energía y la actividad motora, hasta la marcada tristeza y disminución de la energía; manifestaciones con frecuencia asociadas a síntomas físicos, cognitivos y conductuales (1–6).

En el TB se han descrito varias formas de presentación: manía, hipomanía, depresión y mixto. Se habla de manía cuando hay una elevación grave y sostenida del estado de ánimo, que puede ser euforia o irritabilidad, la cual conduce a una marcada alteración del comportamiento y la funcionalidad, asociada o no a síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones. La hipomanía se refiere a una elevación menos grave en el estado de ánimo, que puede ser bastante breve y a menudo pasar desapercibida, con un menor nivel de perturbación, que nunca se asocia a síntomas psicóticos, y generalmente no requiere atención médica; sin embargo, la hipomanía puede progresar a manía. La depresión se caracteriza por una tristeza profunda, patológica, con pérdida del disfrute y el placer, y a menudo es asociada a disminución de la velocidad del pensamiento y en la actividad motora. La presentación mixta es aquella en la que se presentan al mismo tiempo síntomas de manía y depresión (1,4). El TB se puede clasificar como: TB-I cuando se presentan uno o más episodios de manía, con o sin depresión, TB-II cuando se presentan episodios de depresión e hipomanía, pero nunca se ha tenido un episodio de manía y, TB-Ciclotímico cuando se presentan al menos dos años de períodos con síntomas tanto de hipomanía como de depresión, pero sin llegar a cumplir por completo los criterios de un episodio de manía, hipomanía o de depresión (4,7).

El TB tiene una incidencia anual que varía de 3 a 10 casos por 100.000 habitantes, y afecta a más del 1 % de la población mundial, independientemente de su nacionalidad, origen étnico o nivel socioeconómico (4,6,7). Se estima que la prevalencia durante toda la vida es del 1-1,5 % (0,6 % para el TB-I y 0,4 % para el TB-II) (1,3–5), lo que es consistente en diversas culturas y grupos étnicos (1,9). El TB comienza durante la juventud y luego persiste durante toda la vida, con una ocurrencia



de presentación entre los 12 a 30 años de edad, y son los 20 años la edad media de aparición (1,3–5,9,10). Con respecto al sexo, el TB-I afecta a hombres y mujeres por igual, mientras que el TB-II es más común en las mujeres (1,4,5,9).

La historia natural del TB a menudo incluye períodos de remisión, pero la recurrencia y respuestas incompletas al tratamiento son comunes, particularmente si la adherencia al tratamiento es deficiente. La mayoría de los pacientes se recuperan de su primer episodio, pero alrededor del 80 % presentan una recaída dentro de los años siguientes (3–5). La mayoría tiene tres o más episodios durante 20 años, con un riesgo de recaída persistente en la vejez (1).

El TB es considerado en la actualidad como una de las primeras diez causas de discapacidad. Está asociado con un devastador impacto en el bienestar, la morbilidad y la mortalidad de los pacientes, en relación con un mayor riesgo de obesidad, enfermedad cardiovascular prematura, síndrome metabólico y otras condiciones médicas crónicas, así como mayor riesgo de suicidio. Además, se ha vinculado con consecuencias sociales y laborales, así como con costos significativos para la salud pública y la sociedad al comprometer principalmente a la población económicamente activa (2,3,9,11,12).

El diagnóstico correcto del TB se hace mediante una entrevista dirigida con el paciente y sus familiares, para discernir el curso longitudinal del trastorno y la ocurrencia de episodios de manía/hipomanía, depresión o ambos. Adicionalmente, la Asociación Americana de Psiquiatría, en el DSM-5, propone una serie de criterios diagnósticos para manía, hipomanía y depresión (ver Tabla 1), para TB-I, TB-II y TB-Ciclotímico (ver Tablas 2 a 4) y unos especificadores del episodio (ver Tabla 5) (5,7).



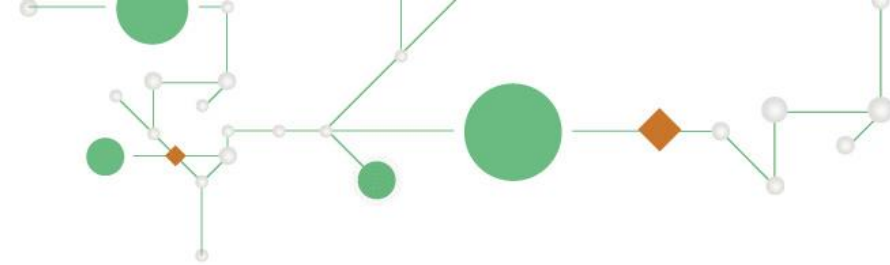
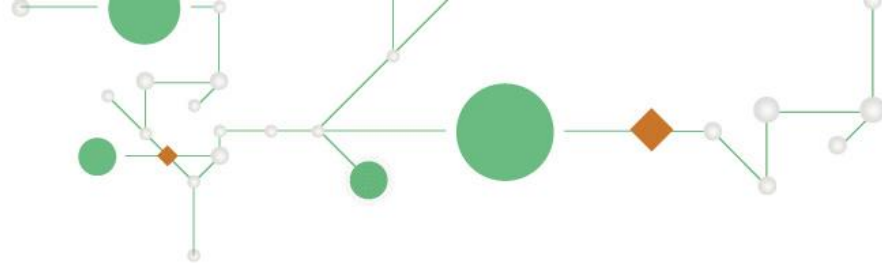


Tabla 1. Criterios diagnósticos para manía, hipomanía y depresión según el DSM-5.

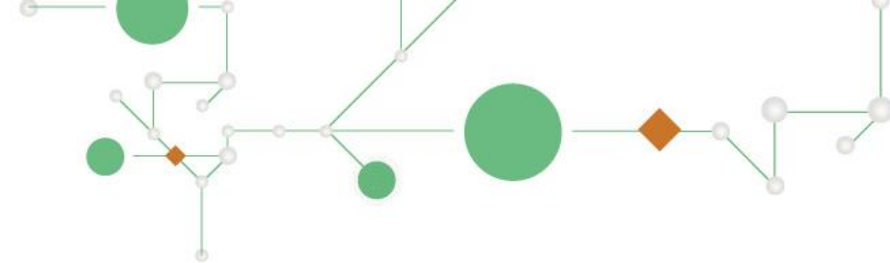
Episodio de Manía	Episodio de Hipomanía	Episodio Depresivo
<p>A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura <u>como mínimo una semana</u> y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).</p>	<p>A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura <u>como mínimo cuatro días</u> consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.</p>	<p>A. 5 (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período <u>de dos semanas</u> y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.





		<p>5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).</p> <p>6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.</p> <p>7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días.</p> <p>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
--	--	---





B. Durante este período existen 3 (o más) de los siguientes (4 si el estado de ánimo es solo irritable):

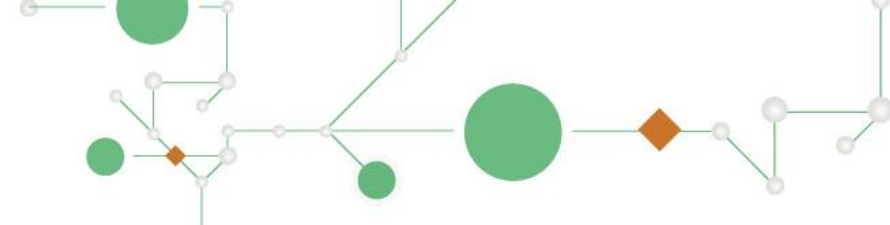
1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado después de solo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácil a estímulos externos poco importantes o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).

B. Durante este período existen 3 (o más) de los siguientes (4 si el estado de ánimo es solo irritable):

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado después de solo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácil a estímulos externos poco importantes o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).

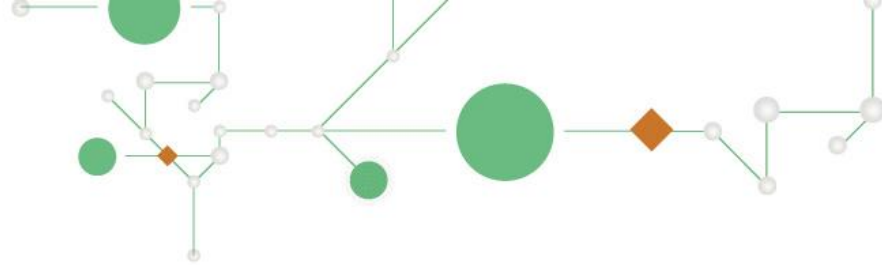
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.





<p>7. Participación excesiva en actividades de riesgo (por ejemplo, dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).</p>	<p>7. Participación excesiva en actividades de riesgo (por ejemplo, dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).</p>	
<p>C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.</p>	<p>C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.</p>	<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.</p>
<p>D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.</p>	<p>D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.</p>	





	E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización.	
	F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.	

* Adaptado de: Diagnostic and statistical manual of mental disorder. American Psychiatric Publishing.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de TB- I.

<p style="text-align: center;">Criterios diagnósticos de TB- I</p> <p>A. Se han cumplido los criterios para al menos un episodio maníaco.</p> <p>B. La aparición del episodio maníaco y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.</p>
--

*Adaptado de: Diagnostic and statistical manual of mental disorder. American Psychiatric Publishing.



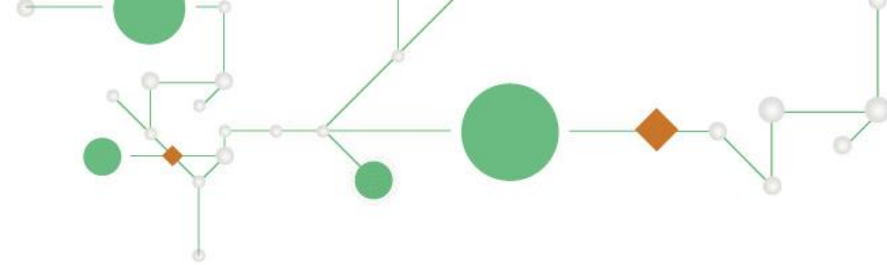


Tabla 3. Criterios diagnósticos de TB- II.

Criterios diagnósticos de TB- II

A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaníaco y al menos para un episodio de depresión mayor.

B. Nunca ha habido un episodio maníaco.

C. La aparición del episodio hipomaníaco y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

D. Los síntomas de depresión o la incertidumbre causada por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del

*Adaptado de: Diagnostic and statistical manual of mental disorder. American Psychiatric Publishing.



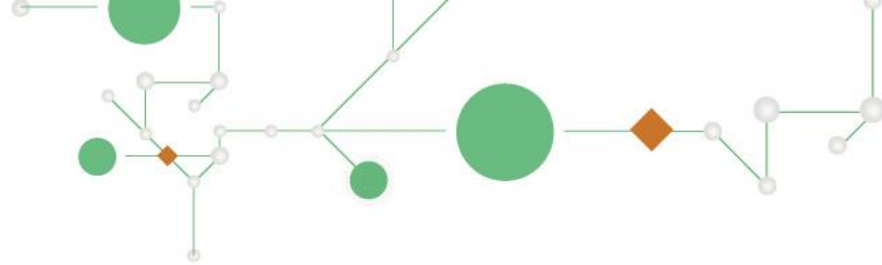


Tabla 4. Criterios diagnósticos de TB- Ciclotímico.

Criterios diagnósticos de TB- Ciclotímico

- A. Durante dos años como mínimo han existido numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco, y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.
- B. Durante ese tiempo, los períodos hipomaníacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos.
- C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco.
- D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
- E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (una droga, un medicamento) o a otra afección médica (por ejemplo, hipertiroidismo).
- F. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social,

*Adaptado de: Diagnostic and statistical manual of mental disorder. American Psychiatric Publishing.



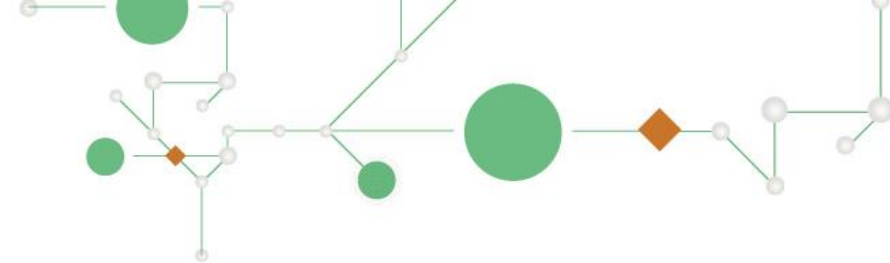


Tabla 5. Especificadores del trastorno bipolar.

Especificadores de los Episodios de manía y depresión

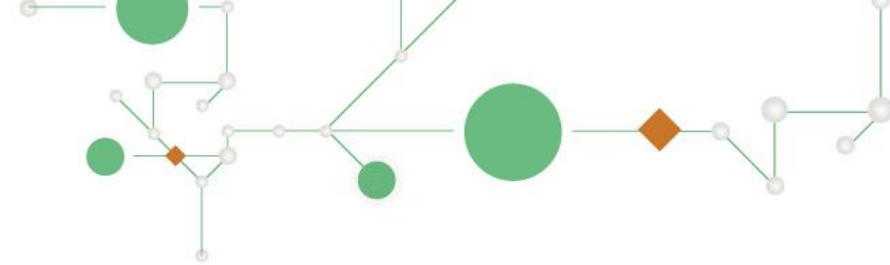
1. Con ansiedad.
2. Con características mixtas.
3. Con ciclos rápidos.
4. Con características melancólicas.
5. Con características atípicas.
6. Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.
7. Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo.
8. Con catatonía.
9. Con inicio en el parto.
10. Con patrón estacional.

*Adaptado de: Diagnostic and statistical manual of mental disorder. American Psychiatric Publishing.

Desafortunadamente, solo el 20 % de los pacientes que tiene un episodio depresivo es diagnosticado con TB dentro del primer año. El retraso medio entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico es de 5 a 10 años, lo cual tiene una gran repercusión, ya que puede conducir a un aumento en el riesgo de la conducta suicida, así como a un tratamiento ineficaz (1,3–5,9,12,13).

Los diagnósticos diferenciales más comunes, aparte de la depresión mayor y la esquizofrenia, son los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias, los trastornos de personalidad; y en niños, el trastorno de hiperactividad por déficit de atención y el trastorno oposicionista desafiante. También es importante considerar dentro de estos diagnósticos, los episodios de manía debido a una condición médica general como hiperadrenocorticalismo, hipertiroidismo, esclerosis múltiple, tumores cerebrales, accidente cerebrovascular sobre todo los que comprometan región frontal derecha, epilepsia y neurosífilis (3,4).



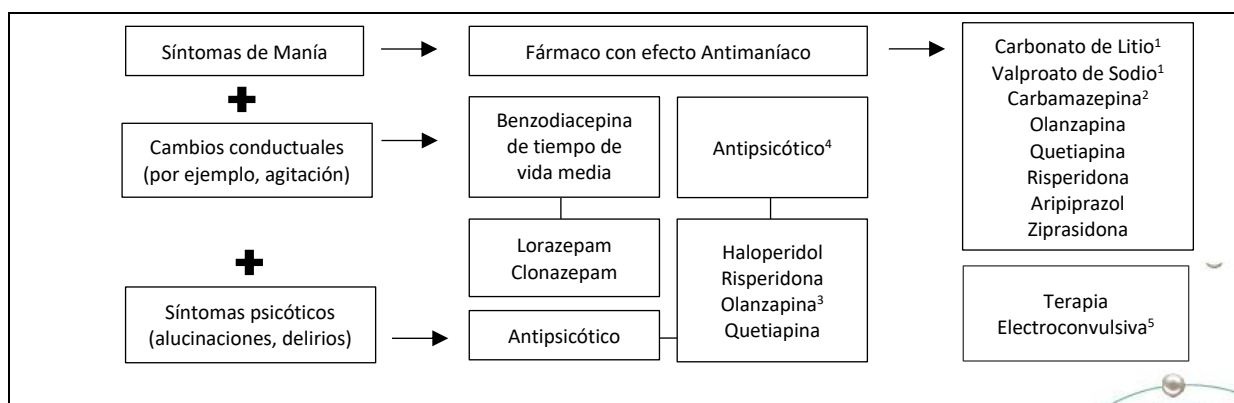


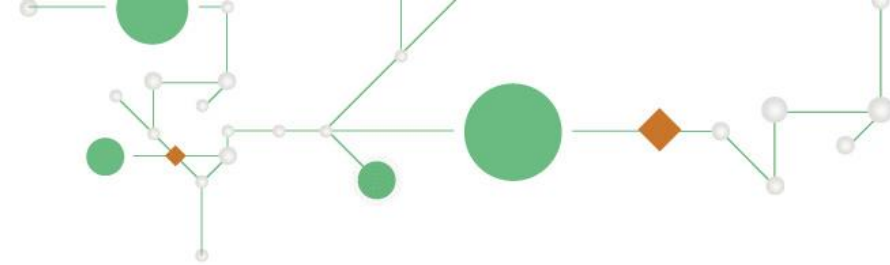
El tratamiento del TB está determinado por la fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente, y en todos los casos requiere un abordaje integral: psicoterapéutico, farmacológico y psicosocial (2). Los objetivos del tratamiento son aliviar los síntomas, mantener la eutimia y prevenir las recaídas o recurrencia de los síntomas, con el fin de optimizar la recuperación funcional, reducir la morbilidad relacionada con el trastorno y mejorar la calidad de vida (4).

Las guías actuales proponen las siguientes recomendaciones para el manejo de los pacientes con TB (4,10,14,15):

En el caso de manía (ver Algoritmo 1):

- Suspender cualquier medicamento que pueda elevar el estado de ánimo, como antidepresivos y estimulantes.
- Evitar que la persona tome decisiones importantes y tenga conductas de riesgo.
- Instaurar medidas para limitar la impulsividad y las conductas de riesgo, por ejemplo, la hospitalización.
- La elección de medicamentos y su vía de administración está determinada por la disponibilidad del medicamento, la velocidad requerida de inicio de acción, el grado de cooperación del paciente con el tratamiento prescrito, y la futura propuesta de tratamiento.





- 1- Requiere medición de niveles del medicamento a los 5 días luego de su inicio.
- 2- No se recomienda su uso de forma rutinaria.
- 3- Administrar con precaución debido al efecto sedativo.
- 4- No se recomienda el uso de dos antipsicóticos al mismo tiempo.
- 5- Considere la Terapia Electroconvulsiva en casos severos, refractarios o de alto riesgo.

Combinaciones posibles, cuando el manejo con monoterapia no es efectivo:

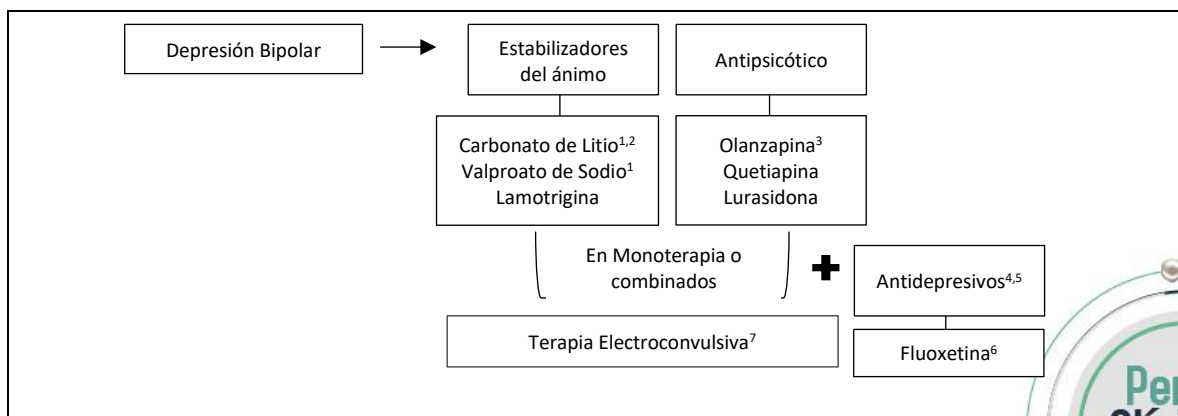
- Carbonato de Litio + Valproato de Sodio.
- Carbonato de Litio o Valproato de Sodio + Carbamazepina.
- Carbonato de Litio o Valproato de Sodio + Antipsicótico de segunda generación (excepto Clozapina).

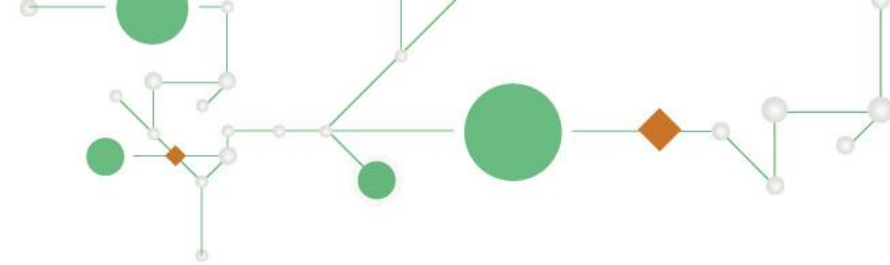
Algoritmo 1. Manejo de la Manía.

*Adaptado de: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders.

En el caso de depresión bipolar (ver Algoritmo 2):

- Se debe considerar el riesgo de viraje a manía o hipomanía, posible aceleración del ciclaje o la precipitación de un episodio mixto con la terapia adjunta con antidepresivos.
- Se prefiere la monoterapia, aunque con frecuencia se requieren combinaciones de medicamentos.





- 1- Requiere medición de niveles del medicamento a los 5 días luego de su inicio.
- 2- Puede administrarse con cualquiera de las otras opciones de monoterapia, pero debe vigilarse las combinaciones (a) en mujeres en edad fértil y (b) por riesgo de complicaciones asociadas al aumento de los niveles de ambos medicamentos.
- 3- Administrar con precaución debido al efecto sedante.
- 4- No en monoterapia.
- 5- Puede administrarse con cualquiera de las otras opciones de monoterapia, excepto con Lamotrigina.
- 6- Antidepresivo menos asociado a viraje.
- 7- Considere la Terapia Electroconvulsiva en casos severos, refractarios o de alto riesgo.

Combinaciones posibles, cuando el manejo con Monoterapia no es efectivo.

- Carbonato de Litio + Valproato de Sodio^a o Lamotrigina^b o Olanzapina o Quetiapina o Lurasidona
- Carbonato de Litio o Valproato de Sodio o Lamotrigina + Quetiapina + antidepresivos
- Carbonato de Litio o Valproato de Sodio + Lurasidona + antidepresivos
- Olanzapina + Fluoxetina

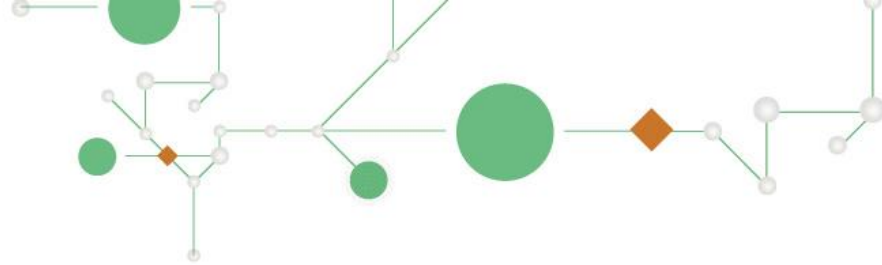
Algoritmo 2. Manejo de la Depresión Bipolar.

*Adaptado de: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders.

Para el manejo a largo plazo:

- La monoterapia es lo ideal, pero depende del patrón de la enfermedad y con frecuencia será necesario realizar manejo combinado.
- Revisar los tratamientos usados con anterioridad.
- El tratamiento debe darse por tiempo indefinido para prevenir futuras recaídas.





- Es necesario monitorizar la adherencia al tratamiento, su efectividad en el control de los síntomas, los efectos adversos, el funcionamiento general y la calidad de vida.

3. MENSAJES INDISPENSABLES

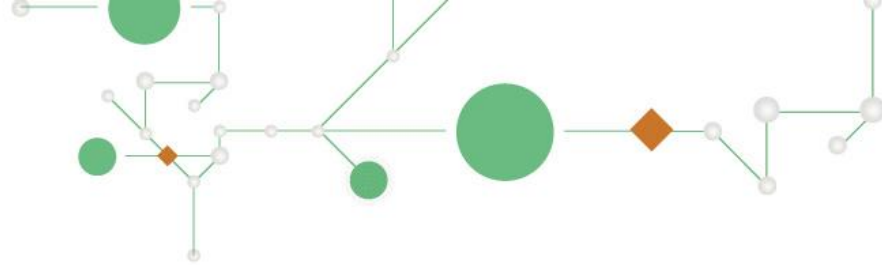
El TB es una enfermedad episódica, recurrente y crónica, con varias formas de presentación que requiere para su diagnóstico de una evaluación completa basada en la entrevista con el paciente y familiares, la cual permita no solo la exploración de los síntomas actuales del paciente, sino el desarrollo longitudinal de los mismos. Se debe tener en cuenta también la posibilidad de episodios previos de características diferentes, incluso algunos que pudieron haber pasado desapercibidos.

Para el diagnóstico del TB y sus diferentes manifestaciones son de ayuda los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5, y se debe tener presente que la presentación del trastorno es variable en cada caso e incluso en el mismo paciente en diferentes episodios.

Para el tratamiento del TB se ha propuesto un manejo integral que abarque los componentes psicológico, social y farmacológico, dirigido a mantener al paciente libre de síntomas la mayor parte del tiempo que sea posible, con el fin de mejorar su funcionamiento y pronóstico.

Las opciones de manejo farmacológico están dirigidas al momento específico de la enfermedad; y son importantes en todas las fases, el control de los síntomas con estabilizadores del ánimo, antipsicóticos, y antidepresivos según se requiera. Es fundamental realizar una selección del manejo basados no solo en los síntomas del paciente, sino también en la posibilidad de acceso al medicamento, lo cual mejora no solo la adherencia si no los resultados a corto y mediano plazo.





4. VIÑETA CLÍNICA (DESENLACE)

Tras la entrevista con la paciente y la hermana, los médicos del servicio describen a la paciente como “familiar, hipertímica, de tono alegre, taquipsíquica, circunstancial, con ideas sobrevaloradas de grandeza, logorreica e hiperquinética”, con un cuadro de cambios en el ánimo y la energía de más de una semana de duración, asociado a aumento de la autoestima, disminución de la necesidad de dormir, presión del habla positiva y aumento de la actividad dirigida a un objetivo. Por lo cual, consideran que la paciente cumple con criterios para hacer el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tipo I, con episodio de manía. Deciden hospitalizar e iniciar manejo con Carbonato de Litio 300 mg vía oral cada 12 horas y realizan los siguiente paraclínicos: Hemograma: hemoglobina 11,4 mg/dL, hematocrito 35,6 %, leucocitos 8.462 cels/mm³, neutrófilos 5.322 cels/mm³, plaquetas 321.000 U/mcL, proteína C reactiva 0,11, creatinina 0,66 mg/dL, glicemia 88 mg/dL, hormona estimulante de la tiroides 0,65 mUI/L, prueba de embarazo negativa, serología VDRL no reactiva, ELISA VIH no reactivo, uroanálisis no patológico, ácido fólico 12,2 ng/mL, vitamina B12 452 pg/ml, con lo que se descartaron diagnósticos diferenciales que explicaran los síntomas.

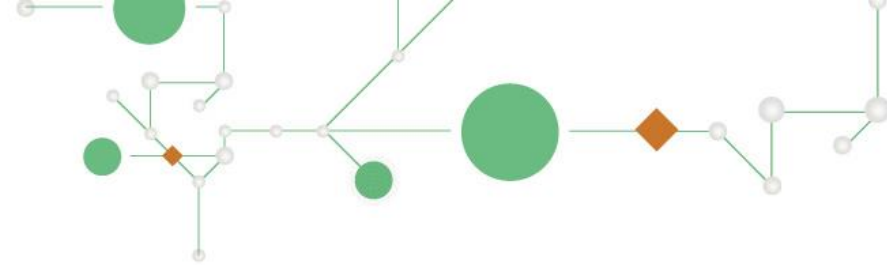
Luego de 5 días de hospitalización se solicitan niveles de Litio, lo cuales reportan en 0,49 mEq/L, que se consideran en límite subterapéutico por lo que ajustan la dosis a 300 mg vía oral en la mañana y 600 mg vía oral en la noche. Tras lo cual, empiezan a ver mejoría en los síntomas de la paciente y es finalmente dada de alta dos semanas luego del ingreso, con indicación de continuar dicho manejo farmacológico por tiempo indefinido y valoración en un mes tras el alta con Psiquiatría.





5. BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson IM, Haddad PM, Scott J. Bipolar disorder. BMJ [Internet]. 2012;345(December):1–10. Available from: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2592/content/345/bmj.e8508.long>
2. Bravo MF, Lahera G, Lalucat L, Fernández-Liria A, Pinedo MA, Cordón RA, et al. Clinical practice guideline on bipolar disorder: Drug and psychosocial therapy. Med Clin (Barc) [Internet]. 2013;141(7). Available from: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2440/es-revista-medicina-clinica-2-linkresolver-guia-practica-clinica-sobre-el-S0025775313003977>
3. Bobo W V. The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update. Mayo Clin Proc [Internet]. 2017;92(10):1532–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.06.022>
4. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Aust N Z J Psychiatry [Internet]. 2015;49(12):1087–206. Available from: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2598/33353391/>
5. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar disorders. Nat Rev Dis Prim [Internet]. 2018;4. Available from: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2598/29516993/>
6. Grover S, Mehra A, Chakravarty R, Jagota G, Sahoo S. Change in prevalence of metabolic syndrome in patients with bipolar disorder. Asian J Psychiatr [Internet]. 2020;47:101876. Available from: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2598/31756556/>
7. Asociación Americana de Psiquiatría, editor. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5a Ed. 2014.
8. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Aust New Zeal J Psychiatry [Internet]. 2016 May 22;50(5):410–72. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867416641195>



9. Strakowski SM. Bipolar Disorder. Oxford American Psychiatry Library. United States of America by Oxford University; 2014. 126 p.
10. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh S V, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord [Internet]. 2018;20(2):97–170. Available from: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2598/29536616/>
11. de Almeida KM, Moreira CLRL, Lafer B. Metabolic Syndrome and Bipolar Disorder: What Should Psychiatrists Know? CNS Neurosci Ther [Internet]. 2012;18(2):160–6. Available from: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2598/22070636/>
12. Akiskal H, Cetskovich-Bakmas M, García-Bonetto G, Strekilevich S, Vásquez G. Trastornos bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos [Internet]. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011. Available from: <http://www.medicapanamericana.com>
13. Romero E. Revisión de aspectos neurocognitivos del trastorno bipolar. Subj y Procesos Cogn. 2012;16(2):146–64.
14. Jimenez Rojas I, Martinez Villota S, Alba rosero C, Bonilla MF. Guia De Practica Clinica Trastorno Afectivo Bipolar - ICSN 2015. Clínica Monserrat [Internet]. 2015;1–122. Available from: <https://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Guias de practica clinica/GUIA TAB.pdf>
15. Ministerio de Salud y Protección social; Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Adaptación de Guías de Atención para Colombia. 2016;59. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/adaptacion-colombia-guias-atencion-mhgap.pdf>

