

Reporte de caso

Trastorno Bipolar en la Infancia: Presentación de un Caso Clínico

Bipolar Disorder in Childhood: Presentation of a Clinical Case

Idermis Rodríguez Martín  , Lisette Pupo González 

Hospital Psiquiátrico Provincial Docente Clodomira Acosta Ferrales, y

Yuriasqui Gómez Alí 

Hospital Pediátrico Provincial Docente Mártires de Las Tunas, Cuba.

La correspondencia sobre este artículo debe ser dirigida a Dra. Lisette Pupo González.

Email: [lissette.pupo@yahoo.com](mailto:lissette.pupo@yahoo.com)

Fecha de recepción: 17 de enero de 2020.

Fecha de aceptación: 26 de febrero de 2020.

¿Cómo citar este artículo? (Normas APA): Rodríguez Martín, I., Pupo González, L., & Gómez Alí, Y. (2020). Trastorno Bipolar en la Infancia: Presentación de un Caso Clínico. *Revista Científica Hallazgos21*, 5(1), 117-126. Recuperado de <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

Revista Científica Hallazgos21. ISSN 2528-7915. **Indexada en DIALNET PLUS, REDIB y LATINDEX Catálogo 2.0.**

Periodicidad: cuatrimestral (marzo, julio, noviembre).

Director: José Suárez Lezcano. Teléfono: (593)(6) 2721459, extensión: 163.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas. Calle Espejo, Subida a Santa Cruz, Esmeraldas. CP 08 01 00 65. Email: [revista.hallazgos21@pucese.edu.ec](mailto:revista.hallazgos21@pucese.edu.ec). <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

## Resumen

El Trastorno Bipolar en la infancia es un fenómeno poco frecuente, que compromete el bienestar del paciente y la familia en caso de no intervenir con prontitud y competencia. Por tanto, la manifestación clínica de los niños con posible diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (TAB) es un gran reto para el psiquiatra infantil. En el presente trabajo se muestra el caso clínico de un varón de 11 años con dos ingresos seguidos en la sala de Salud Mental del Hospital Pediátrico Provincial de Las Tunas, durante el año 2019, con cuadros clínicos opuestos, con un breve intervalo de tiempo entre ambos, con manifestaciones clínicas peculiares, que se estudió y se trató, respondiendo rápida y satisfactoriamente al tratamiento, egresándose con el diagnóstico de trastorno bipolar. Se demuestra así que el TAB pudiera tener una mayor frecuencia en niños y adolescentes de lo que comúnmente se cree, pero sus particulares e inespecíficas manifestaciones clínicas hacen que se confunda con otras entidades psiquiátricas, por lo que es habitualmente subdiagnosticado y por ende no tratado adecuadamente.

**Palabras clave:** Trastorno Bipolar; niño; adolescente.

## Abstract

Bipolar Disorder in childhood is a rare phenomenon, which compromises the well-being of the patient and the family if they do not intervene promptly and competently. Therefore, the clinical manifestation of children with a possible diagnosis of bipolar affective disorder (BPAD) is a great challenge for the child psychiatrist. The

present work shows the clinical case of an 11-year-old male with two consecutive admissions in the Mental Health room of the Provincial Pediatric Hospital of Las Tunas, during the year 2019, with opposite clinical pictures, within a short time interval between the two, with peculiar clinical manifestations. The patient was studied and treated, responding quickly and satisfactorily to treatment, leaving with the diagnosis of bipolar disorder. Thus, it is shown that BPAD may have a higher frequency in children and adolescents than is commonly believed, but its particular and unspecific clinical manifestations cause it to be confused with other psychiatric entities, which is why it is usually underdiagnosed and therefore not adequately treated.

**Keywords:** Bipolar disorder; child; adolescent.

## Trastorno Bipolar en la Infancia: Presentación de un Caso Clínico

El trastorno afectivo bipolar (TAB) presenta el hecho casi único de ser una de las enfermedades reconocibles, tanto en la literatura poética como médica, desde los primeros tiempos de la historia antigua. Conocido popularmente como trastorno bipolar y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva, es un trastorno del estado del ánimo, que cuenta con períodos de depresión repetitivos (fases depresivas) que se alternan con temporadas de gran euforia (fases maníacas). El afectado oscila entre la alegría y la tristeza, de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta entidad (Alemany, 2015). Ocurre en todas las edades, pero de manera

general, el inicio del TAB tiene lugar entre la adolescencia tardía y la adultez joven, alrededor de los 25 años.

El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales más comunes, severos y persistentes. La prevalencia se estima entre un 0,3% y un 7% de la población general. En los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos.

En Cuba, la incidencia del trastorno bipolar no tiene elevadas cifras de prevalencia como en otros países; se diagnostica en proporción aproximada de uno por cada tres o cuatro esquizofrénicos (González, 2003), representando solo el 1,3 % de discapacidad por esta causa (Organización Panamericana de la Salud, 2018). No obstante, en los últimos años se ha experimentado un aumento notable de la incidencia de los trastornos del ánimo en nuestro país, tanto en la atención a pacientes hospitalizados como a ambulatorios.

Hasta hace poco tiempo se planteaba que mientras la frecuencia en el adulto era de aproximadamente entre el 1% y el 3 %, era relativamente infrecuente en la infancia y adolescencia y la mayoría de las veces se diagnosticaba tardíamente. De hecho, en la actualidad cada día aumenta la frecuencia en niños y adolescentes, pensándose que la única razón es la mayor capacidad de los profesionales para diagnosticarla.

Los síntomas del trastorno bipolar pueden ser difíciles de identificar en niños y en adolescentes ya que con frecuencia es complejo poder decir si esos altibajos son normales o si son el resultado de estrés, de un trauma o señales de otro problema de salud mental en lugar de trastorno bipolar. Esto se debe a que pueden tener episodios de trastorno depresivo mayor o de manía o hipomanía; sin embargo, el patrón puede

apartarse del de los adultos con trastorno bipolar ya que los estados de ánimo pueden cambiar con rapidez durante los episodios; además, a los niños que padecen trastorno bipolar a menudo también se les diagnostican otras enfermedades mentales asociadas al mismo, como trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o problemas de conducta, lo que puede hacer que el diagnóstico sea más complicado. También es posible que algunos niños tengan, entre los episodios, períodos en los que no presenten síntomas relacionados con el estado de ánimo (Vázquez, Artal, & Crespo, 2005).

Los síntomas de este trastorno pueden causar daño en las relaciones interpersonales, bajo nivel de funcionamiento en el estudio o en el trabajo, y puede culminar con el suicidio (Vieta & Philips, 2007). No obstante, los pacientes con esta enfermedad y un diagnóstico oportuno pueden recibir tratamiento y llevar una vida adecuada y fructífera, con una disminución de la frecuencia, gravedad y duración de los episodios y disminución del número de ingresos.

Vieta et al. (2018) destacan que la intervención temprana es un paradigma que, si se aplica adecuadamente, puede salvar vidas y prevenir significativamente muchas de las complicaciones clínicas y sociales asociadas al trastorno bipolar.

Los pacientes con un TAB de inicio más temprano presentan un retraso en el comienzo del tratamiento, síntomas depresivos más graves y comorbilidad con otros trastornos como los de ansiedad y los relacionados con el consumo de sustancias.

El curso crónico y el comienzo precoz de la enfermedad asociados a los diagnósticos errados y tardíos favorecen un retardo en el inicio de un tratamiento adecuado y por tanto un alto grado de discapacidad.

No existe una forma de prevenir el trastorno bipolar. Sin embargo, recibir

tratamiento tan pronto aparecen los primeros signos y síntomas puede ayudar a evitar que el mismo empeore. Precisamente el objetivo del tratamiento es evitar las recurrencias de episodios depresivos y maníacos, la reducción de síntomas residuales y la reducción del riesgo del suicidio.

En Cuba existen escasas investigaciones relacionadas con esta enfermedad en niños y adolescentes. Teniendo en cuenta la prevalencia y los resultados de estudios internacionales que plantean que cuando son diagnosticados tardíamente tienen un mal pronóstico y una peor respuesta al tratamiento y que sufren un deterioro funcional (American Psychiatric Association, 2018), se decidió describir las manifestaciones clínicas y el proceso de diagnóstico y tratamiento de este adolescente con la intención de demostrar que, contrariamente a lo que se pensaba hasta hace muy poco tiempo, el TAB sí puede ser frecuente en niños y con el objetivo de ayudar a elevar el nivel de conocimientos sobre esta afección, facilitando así su detección temprana que permita un abordaje terapéutico múltiple (bio-psico-social) oportuno para favorecer la recuperación del menor, minimizando el riesgo de comorbilidad o las consecuencias negativas en su maduración, para de esta forma disminuir el sufrimiento que ocasiona para la familia y para el paciente, así como la discapacidad y los costos a la salud pública.

### **Presentación del caso**

Se trata de un varón de 11 años de edad que reingresa en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Pediátrico Provincial Mártires de Las Tunas, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Antecedentes familiares: nada a señalar.

Antecedentes personales: es el menor de dos hermanos de matrimonio constituido, convive con mamá, papá, abuela materna, hermana y cuñado, en un ambiente familiar tranquilo y sobreprotector; cursa el 7º grado en la Secundaria Básica Carlos Baliño, con buen aprendizaje y excelente disciplina; le gusta jugar béisbol y fútbol en su tiempo libre, y tiene amigos.

Los padres lo describen desde pequeño como alegre, cariñoso, obediente, respetuoso y estudioso, un poco aninado, intranquilo, nervioso, inseguro, muy inmaduro, con buenas relaciones interpersonales.

Como antecedentes psiquiátricos personales el paciente había comenzado a recibir tratamiento ambulatorio cinco meses antes debido a comportamientos extraños (hablaba mucho y solo, no tenía apetito, dormía poco, se comía las uñas, sentía mucho miedo porque creía que alguien lo perseguía, descuido de hábitos, se alteraba con facilidad, intranquilo, repetitivo irritable y con preocupaciones relacionadas con la escuela), según refiere la familia, que fueron interpretados por el psiquiatra del área como un trastorno de ansiedad.

Desde entonces comenzó tratamiento con Tioridazina (25 mg/día) y Amitriptilina (25 mg en la noche) con cumplimiento regular, mejorando muchos de los síntomas iniciales, como el sueño, el miedo y los pensamientos de persecución, pero persistiendo otros, tales como la intranquilidad, la ansiedad, la verborrea y las preocupaciones escolares, aunque con menos intensidad. Se incorpora a la escuela hasta finales del mes de abril, cuando nuevamente lo notan alterado, hablaba sin parar, irritable, disfórico, llegando a tener un problema con un compañero al cual agredió físicamente, golpeándole la cara; lloraba con frecuencia, sin motivos. Ya al comienzo del mes de mayo es traído al Hospital porque estaba muy triste, decaído,

## TRASTORNO BIPOLAR EN LA INFANCIA

dejo de hablar, con hipersomnia, desmotivado, "sin energía", con ideas suicidas; dejó de alimentarse, sin apetito, incluso con nauseas que llegaban al vómito si se le obligaba a comer; muy quieto, permaneciendo todo el día en cama sin comunicarse con nadie, lo cual ocasionó su primer ingreso en la sala de Salud Mental, llevando tratamiento con Imipramina IM (50mg/ día) por tres días, continuando con Imipramina (25 mg/día) por vía oral, obteniéndose una mejoría rápida del cuadro. Al alta fue diagnosticado como trastorno depresivo con indicación de mantener el tratamiento y seguimiento ambulatorio. Regresa justamente al mes. Los padres muy preocupados porque comienza de modo agudo con el cuadro actual, "lo vemos muy intranquilo, casi agitado, dejó de dormir, se baña y se pone la ropa sucia, desinhibido, anda desnudo por la casa, se mete en casa de los vecinos, habla sin parar, hace chistes, canta, dice que se siente feliz, pide dinero a personas ajenas a la familia y hasta ha llegado a coger dinero de casa de una prima, vende cosas muy baratas y compra otras caras, está muy cariñoso con todo el mundo, se escapa de la casa incluso de madrugada, regala las cosas, miente". Previamente al inicio de este cuadro refieren estabilidad sintomática. No consume alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Al ingreso el paciente se encontraba consciente, orientado en tiempo y espacio, ausencia de juicio crítico. Demandante de atención y afecto. Hipertímico casi todo el tiempo e irritable por momentos. Ante mínimas frustraciones gritaba; se quería ir del hospital, culpaba a la mamá de "estar preso allí" y le decía que "no la quería", sin ansiedad manifiesta. Refería sentirse con mucha energía y exaltación, manifestando realizar intensa actividad física sin cansarse ni percibir el riesgo (fugas de la casa a lugares distantes de la misma, sin informarle a los padres), lo cual sorprendía

a su familia, hipersociable, dadivoso, aceleración del pensamiento, llegando a la fuga de ideas, hiperbólico, hiperquinético, apetito exagerado insaciable y voraz, insomnio.

La duración de estos dos episodios fue el máximo de 5 a 7 días, con un pico en la acentuación de los síntomas alrededor de los 2 a 3 días.

Las exploraciones médicas complementarias (ECG, Bioquímica de sangre y orina, TAC craneal) resultaron normales.

Se realiza diagnóstico de Trastorno Bipolar I, Episodio actual Maníaco; se suspende el tratamiento previo y se comienza con Olanzapina y Sales de Litio. El paciente se estabiliza y es egresado.

### Discusión

El caso clínico que se presenta cumple los criterios DSM-V para trastorno bipolar I, episodio maníaco en curso. Sin embargo, esto es poco usual en la infancia y la adolescencia, etapas de la vida en las predominan los episodios mixtos y los cicladores rápidos.

La prevalencia del trastorno bipolar tipo I se sitúa entre el 0,4 y el 1,6% de la población general, siendo igual para ambos géneros y entre grupos étnicos. Los episodios de manía son más frecuentes en varones y los depresivos en mujeres (Martínez, Montalván, & Betancourt, 2019)

En la infancia, contrariamente a lo que sucede en los adultos, las alteraciones del humor oscilan rápidamente. El niño suele presentar una mezcla entre los síntomas de manía y depresión, gran irritabilidad de forma más o menos continuada y permanente.

En los últimos años, a pesar de la preocupación de los profesionales por el estudio de este trastorno en las edades pediátricas, aún se carece de investigaciones epidemiológicas serias que aporten datos sobre la prevalencia real de la

## TRASTORNO BIPOLAR EN LA INFANCIA

patología. No obstante, teniendo en cuenta lo revisado en algunos estudios realizados con población adulta, se sabe que el 60% de los pacientes presentan un inicio de TAB antes de los 20 años de edad; el 30% antes de los 13 años y entre el 10– 20% antes de 10 años de edad (Pedrosa, Torres, González, & Pedrosa, 2015).

Otro aspecto importante a tener en cuenta durante la etapa infanto juvenil es la frecuente comorbilidad que presenta.

La Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y del Adolescente plantea que aproximadamente un tercio de los niños y adolescentes que han sido diagnosticados de depresión podrían padecer los síntomas incipientes de un futuro trastorno bipolar. Las sociedades científicas internacionales nos ponen sobre aviso en cuanto a que se piensa que bastantes niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, Trastornos de Conducta y otros cuadros disruptivos son presentaciones, más o menos insidiosas, de un futuro trastorno bipolar (Diler & Birmaher, 2018).

Así, los trastornos comórbidos más frecuentes en la infancia y adolescencia son: TDAH (11– 75%), Trastorno Negativista Desafiante (46,4– 75%), Trastorno de Ansiedad (12,5– 56%), Trastorno Disocial (5,6– 37%), Trastornos Generalizados del Desarrollo (especialmente T. de Asperger: 11%), Abuso de drogas (0– 40%) (Soler et al., 2015).

Nuestro paciente como comorbilidad presentó un trastorno de ansiedad que fue diagnosticado y tratado por el psiquiatra del área y que contribuyó a que se confundiera y retrasara el diagnóstico inicial de la patología de base.

Respecto al diagnóstico diferencial de este trastorno, las patologías a considerar en la infancia y adolescencia son las siguientes:

- TDAH: Los niños con TDAH presentan distraibilidad, excesiva actividad motriz y comportamiento impulsivo a pesar de posibles consecuencias negativas. Con frecuencia también presentan sueño reducido o inquieto, verborrea, irritabilidad y otros síntomas similares a los de manía. En ocasiones resulta un reto diferenciar ambas enfermedades; sin embargo, la manía se caracteriza por un estado de ánimo elevado, la expansividad y la grandiosidad, pensamiento acelerado (o fuga de ideas), disminución del sueño e irritabilidad marcada. La presencia de síntomas antes de los siete años sugiere TDAH, ya que es menos frecuente (aunque posible) que la enfermedad bipolar se inicie de manera tan temprana.

- Esquizofrenia: El factor de confusión lo constituye sobre todo la clínica psicótica, máxime cuando aparecen síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo en pacientes bipolares. La diferencia fundamental se centra en los antecedentes familiares, el funcionamiento premórbido, la edad de inicio, la secuencia de síntomas y la evolución del cuadro.

- Trastornos Generalizados del Desarrollo: Estos trastornos pueden presentar clínica de irritabilidad, labilidad afectiva y agresividad, que habría que diferenciar de la manía, teniendo en cuenta que los episodios de irritabilidad y ataques de ira aparecen de forma puntual y reactiva a malestar o cambios en su rutina. También es de gran ayuda para el diagnóstico la edad de inicio del cuadro y los antecedentes patológicos familiares.

- Abuso de drogas: puede causar activación, desinhibición y, por tanto, asemejarse a un episodio maniaco.

- Trastorno Disocial: se diferencia por la alteración del estado de ánimo.

Respecto a la evolución de este tipo de trastorno, los estudios de seguimiento a largo plazo del Trastorno Bipolar Pediátrico

(TBP), constatan la similitud clínica entre las formas del TBP y del TB del adulto, confirmando que el TBP es una variante del TB, pero de curso más tórpido e insidioso, incluso una vez alcanzada la vida adulta.

Si bien en la edad pediátrica la mayoría de los casos alcanzan la recuperación sintomática, cerca del 70% presentan al menos una recurrencia en el curso de su enfermedad, siendo frecuente la presencia de síntomas subsindrómicos entre estas. En total, más del 60% del tiempo de evolución padecen síntomas de mayor o menor intensidad, especialmente de características depresivas y mixtas. Parece que el fenotipo TBP-I se asocia a una mayor cronicidad (Arias et al., 2017).

Se sabe que el trastorno bipolar de inicio precoz (inicio de 13–18 años) está asociado con mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y abuso de sustancias, más recurrencias, periodos de eutimia más breves, más frecuentes conductas violentas y mayor incidencia de tentativas suicidas.

El trastorno bipolar en la infancia y adolescencia añade a la propia gravedad de la enfermedad una serie de complicaciones en el proceso madurativo del menor que es importante destacar: interfiere en el normal desarrollo emocional, cognitivo y social; puede llevar a dificultades en las relaciones interpersonales (familia, amigos, profesores); incrementa los problemas de comportamiento (faltas disciplinarias, problemas legales); suele cursar con mal rendimiento escolar, incremento de hospitalizaciones, desgaste familiar emocional, mayor prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas e incremento del riesgo de suicidio y tentativas suicidas (National Institute of Mental Health, 2014).

Con la llegada de la adolescencia, se incrementa el riesgo de abuso y dependencia de sustancias y otras conductas de riesgo, como contactos sexuales y embarazos no deseados, robos o

conflictos con la ley. Aparece, así mismo, el elevado fracaso escolar, múltiples dificultades en la inserción laboral y grave exclusión social. En sólo un 39% de casos se consigue la remisión funcional (Yatham, Kennedy, & Berk, 2015)

La evolución de nuestro paciente casi un año después del alta hospitalaria ha sido tórpida debido a la presencia de síntomas persistentes. El paciente ha continuado asistiendo en forma regular y periódica a la consulta externa, constatándose una pobre recuperación sintomática y funcional, con periodos de ciclación, episodios mixtos y frecuentes fluctuaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo, lo cual ha interferido con la adaptación a la escuela.

### Conclusión

El TBP aparece en un momento clave en el desarrollo y maduración del niño, limitando sus capacidades de aprendizaje e interacción social. Cuanto antes aparezca el trastorno, más se verá afectado su desarrollo normal. Sabemos, además, que a cualquier edad y progresando paulatinamente después de la pubertad, el TBP aumenta el riesgo de suicidio, homicidio, abuso de sustancias, psicosis, y problemas laborales, académicos y sociales, y riesgo de embarazo y enfermedades contagiosas sexuales. La rápida fluctuación en el afecto, acompañada por la presencia de elevada comorbilidad con otros trastornos y la dificultad de los niños para reconocer y expresar sus emociones, así como las características específicas de las distintas etapas del neurodesarrollo, pueden complicar el diagnóstico adecuado del TBP. Sólo la intervención precoz en estas edades podría disminuir la elevada morbilidad asociada a esta enfermedad.

Las autoras de la investigación consideran que, a pesar de la baja prevalencia en Cuba, el impacto psicológico que ocasiona esta afectación en los

**TRASTORNO BIPOLAR EN LA INFANCIA**

pacientes, en su calidad de vida, su bienestar y en la de sus familiares, merece particular atención de los psiquiatras infantojuveniles, psicólogos y pediatras. Por tanto, esperamos con esta presentación que hayamos sido capaces de proporcionar una visión clínica actualizada sobre el

diagnóstico del TAB en los niños, que sirva de herramienta clínica y, a la vez, de vía de educación para los padres de aquellos niños y adolescentes que presentan rasgos atípicos en el desarrollo de su personalidad.

### Referencias

- Alemaný, L. (2015). La Era Bipolar. Recuperado de <http://www.elmundo.es/cultura/2015/01/26/54c573b922601dda678b456e.html>
- American Psychiatric Association. (2018). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., & Rentero, D. (2016). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*, 29(3), 186-194. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.782>
- Diler, R.S., & Birmaher, B. (2018). Trastorno bipolar en niños y adolescentes. En Irrarázaval, M. & Martín, A. (Eds.) Trastornos del Ánimo. Recuperado de <https://iacapap.org/content/uploads/E.2-Bipolar-Spanish-2018.pdf>
- González, R. (2003). Clínica Psiquiátrica Básica Actual. La Habana. Cuba: Editorial Félix Varela.
- Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., & Betancourt Izquierdo, Y. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Rev Méd Electrón*, 41(2). Recuperado de <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3157/4255>
- National Institute of Mental Health. (2014). Bipolar Disorder. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder/index.shtml>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <http://iris.paho>.
- Pedrosa, P.D., Torres, L.J., González, M.O., & Pedrosa, O.T. (2015). Consideraciones actuales del espectro de enfermedad bipolar. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12(3). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64521>
- Soler Martínez, A.M., Giménez Giménez, L.M., Ruíz García, B.M., Pineda Murcia, S., Alonso García, I., & Sánchez Miñán, C. J. (2015). Comorbilidad en pacientes con trastorno bipolar. Análisis por grupo de edad. Recuperado de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/comorbilidad-en-pacientes-con-trastorno-bipolar-analisis-por-grupo-de-edad/>

Vázquez-Barquero, J.L., Artal, S.J., & Crespo-Facorro, B. (2005). Las fases iniciales de las enfermedades mentales: trastornos bipolares. Barcelona: Editorial MASSON, S.A.

Vieta, E., & Phillips, M.L. (2007). Deconstructing bipolar disorder: a critical review of its diagnostic validity and a proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophr Bull*, 33 (4), 886-92.

Vieta, E., Salagre, E., Grande, I., Carvalho, A.F., Fernandes, B.S., Berk, M... Suppes T. (2018). Early Intervention in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*. 175(5). doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17090972

Organización Mundial de la Salud. (2004). The global burden of disease. Recuperado de [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/)

Yatham, L., Kennedy, S., & Berk, M. (2018). Recomendaciones Fundamentadas y Actualizadas para el Tratamiento de los Pacientes con Trastorno Bipolar. Recuperado de <https://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/157818>