

Identificación precoz del trastorno bipolar en el primer contacto y la actuación de la enfermera

Sánchez-Movellan-Pérez, P. Pérez-Fernández, M. Perrián-Sotelo, N.
"Identificación precoz del trastorno bipolar en el primer contacto y la actuación de la enfermera".
SANUM 2023, 7(1) 54-64

AUTORAS

Paula Sánchez-Movellan Pérez.

Enfermera. Grupo HLA. Hospital Puerta del Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

María Pérez Fernández.

Enfermera. Urgencias - Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España.

Noelia Perrián Sotelo.

Ambulancias Paramedic el Puerto de Santa María. Cádiz. España

Autor de correspondencia:

Paula Sánchez-Movellan Pérez

Correspondencia:

✉ paulasanchezmove-llan@gmail.com

Tipo de artículo:

Revisión.

Sección:

Salud Mental.

F. recepción: 20-09-2022

F. aceptación: 07-11-2022

Resumen

La detección precoz del trastorno bipolar es un desafío para enfermeras y facultativos. Pasan hasta 9 años en recibir un diagnóstico adecuado, además, está precedido de un diagnóstico de depresión unipolar.

Objetivo general: Analizar y describir indicadores precoces en el trastorno bipolar y la intervención enfermera.

Metodología: Revisión bibliográfica narrativa. Se identifican palabras claves con sus descriptores MESH y DECS. Se realiza una búsqueda en bases de datos (Pubmed, Sciencedirect scielo...) con los operadores booleanos AND y OR. Se establecen criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Los indicadores precoces del trastorno bipolar más comunes son aumento de la energía, labilidad del estado del ánimo, disforia, irritabilidad, entre otros. La depresión como primer episodio dificulta la detección precoz, sin embargo, los "síntomas atípicos" y la "parálisis de plomo" son síntomas predictores de la depresión bipolar, además utilizar cuestionarios como el MDQ y el HCL-32, validados en España, ayuda a detectar posibles casos.

Discusión: Aunque se ha fomentado la investigación y formación para reducir la brecha de los trastornos más prevalentes, la enfermera recibe poca formación sobre estos.

Conclusión. La enfermera debe estar es continua formación para prestar un cuidado integral al paciente.

Palabras clave:

Trastorno bipolar;
Depresión;
Enfermera;
Deterioro cognitivo;
Estado de ánimo.

Early identification of bipolar disorder in the first contact and the nurse's actions

Abstract

Early detection of bipolar disorder is a challenge for nurses and physicians. It takes up to 9 years to discover the proper diagnosis, in addition, it is usually preceded by a diagnosis of unipolar depression.

Main objective: *Analyze and describe early indicators in bipolar disorder and nursing intervention.*

Methodology: *Narrative bibliographic review. Keywords were identified with their MESH and DECS descriptors. A search was carried out in databases (Pubmed, Sciencedirect, scielo...) with the boolean operators AND and OR. Inclusion and exclusion criteria were established.*

Results: *The most common early indicators of bipolar disorder are increased energy, mood lability, dysphoria, irritability, among others. Depression as a first episode makes early detection difficult, however, "atypical symptoms" and "lead palsy" are predictive symptoms of bipolar depression, Besides to using questionnaires such as the MDQ and the HCL-32, validated in Spain, help to detect possible cases.*

Discussion: *Although research and training have been promoted to reduce the gap between the most prevalent disorders, the nurse receives little training on these.*

Conclusion. *The nurse must be in continuous training to provide comprehensive care to the patient.*

Key word:

Bipolar Disorder;

Depression;

Nurses;

Cognitive Dysfunction;

Affect.

Introducción

En los estudios de la organización mundial de la salud sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, el trastorno bipolar (TB) ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes, afectando hoy alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo(1). El TB se ha clasificado como una de las enfermedades de mayor discapacidad, debido a su fuerte impacto sobre la función ocupacional y social (2)

La dificultad de detección del trastorno bipolar se debe a que usualmente está precedido por un diagnóstico inicial de depresión unipolar debido a la semejanza de los síntomas (3) y la búsqueda de ayuda de los pacientes de un tratamiento para los síntomas depresivos, (4).

Hasta el 69% de las personas con TB reciben un diagnóstico inicial incorrecto (5) y la demora en el diagnóstico adecuado puede alcanzar hasta 9 años o más (6)El diagnóstico adecuado puede verse afectado por una comprensión inadecuada de la enfermedad, la dificultad para acceder a centros de tratamientos, la edad temprana de inicio, (7) que oscila entre la infancia tardía y los primeros años de la edad adulta (8), la autoestigmación de la enfermedad mental y mayoritariamente, la falta de conciencia de los pacientes sobre la naturaleza patológica de los síntomas hipomaniacos y por lo tanto, la falta de notificación. (9) ya que estos síntomas se experimentan como algo placentero y productivo. (10)

A su vez, este error de diagnóstico lleva a un error de tratamiento y se ha demostrado que el tratamiento con antidepresivos a pacientes con TB produce una mayor tasa de viraje hacia la euforia y un aumento del número de ciclos afectivos (11)

Se estima que el riesgo de suicidio en los pacientes con TB a lo largo de su vida es 15 veces superior a la población general (12). Existe una gran evidencia de que el tratamiento para el TB reduce el suicidio (13) y que el uso de antidepresivos en pacientes mal diagnóstico aumenta el riesgo.(14)

(15) Destaca 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"

Metodología

El tipo de trabajo escogido ha sido una revisión bibliográfica, con el propósito de contrastar la

información relevante existente sobre el tema planteado: "Analizar y describir precozmente indicadores en el trastorno bipolar y la intervención enfermera"

Se ha sugerido este tema por los errores y la dificultad existente de diagnosticar correctamente el trastorno bipolar. Por ser de gran interés se plantea la siguiente pregunta de investigación **¿Existen indicadores precoces que permitan distinguir entre la depresión unipolar y la depresión bipolar que sean de utilidad para la detección precoz por parte de la enfermera?**

Inicialmente se ha realizado una búsqueda bibliográfica general en Google académico para ver la calidad y cantidad de artículos relacionados con el tema a tratar. Una vez revisada y analizada la información encontrada se confeccionaron los objetivos generales y específicos del trabajo, para abarcar, con más claridad la finalidad de este. Posteriormente, teniendo claro los objetivos, se ha realizado una búsqueda más exhaustiva en bases de datos con fiabilidad científica. Por otra parte, se ha obtenido información de artículos citados en los artículos ya encontrados en las bases de datos.

Resultados

El considerar un indicador como una característica específica, observable y medible, en el trastorno bipolar, la hipomanía se encuentra como el mayor indicador y el rasgo más frecuente(16) La hipomanía se define como un periodo bien definido del estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía (17).

Poner en práctica intervenciones tempranas en psiquiatría debe ser considerada una gran prioridad y para poder llevarla a cabo, se deben conocer bien los indicadores precoces o síntomas prodrómicos de la enfermedad. Según estudios actuales, El TB tiene una naturaleza progresiva(18–20), por tanto, existirán fases más leves del cuadro previas a la presentación clásica de la enfermedad. La identificación de los síntomas prodrómicos tiene implicaciones importantes para el tratamiento, ya que el paciente responde mejor al tratamiento cuanto antes se aplique y además se necesitará intervenciones menos complejas.(21,22) Reduciéndose así los costes de las intervenciones sobre el TB (23)

Asimismo, la ejecución de estas intervenciones tempranas son considerables, ya que solo en las primeras etapas de la enfermedad se produce deterioro cognitivo significativo (24,25), pérdida de tejido cerebral(26) y discapacidad funcional (27). A medidas que trascurre la enfermedad sin un diagnóstico

adecuado, surgen complicaciones, como mayor gravedad y frecuencia de los episodios del estado de ánimo (28) menor adaptación a la sociedad, dificultades laborales (29) mayor riesgo de desarrollar trastornos por consumo de sustancias (30,31) y elevado riesgo de suicidio (31).

El estado maniaco tiene un comienzo lento y cada vez se va haciendo más fuerte, desapacible e inequívocamente patológico (32). Se presentan alteraciones en cuatro áreas distintas:

Indicadores psicológicos

Los pacientes en fase de hipomanía suelen tener un comportamiento dual: en primer lugar, la euforia y en segundo lugar la irritabilidad y la tendencia a correr altos riesgos (33). Estas manifestaciones pueden ser consideradas como rasgos comportamentales y no ser tenidas en cuenta para el diagnóstico del TB(34).

La persona con un episodio hipomaniaco tiene modificado el raciocinio, cree que puede pensar de forma más clara y racional, el proceso de entendimiento se acelera de un modo creciente (32). Se produce una fuga de ideas o una experiencia subjetiva de que los pensamientos están acelerados (12) El tono del pensamiento maniaco es excesivamente positivo y expansivo, predominando las ideas de grandiosidad, por ejemplo, los pacientes maníacos con frecuencia creen que sus ideas son las más originales, sus opiniones las más importantes y su trabajo el de mejor calidad, el paciente presenta autoestima inflada. Con frecuencia presenta incapacidad para centrarse, fácil distraibilidad y fallos amnésicos, como despistes y olvidos (32)

Se buscan nuevos desafíos y experiencias pasando por alto todas las señales de alarma. En este punto la persona maniaca comienza a perder la conexión con la realidad: está realmente persuadida de sus extraordinarias capacidades (32)

Hasta el 20% de los casos en pensamiento expansivo adquiere características delirantes: delirios de grandiosidad, de riqueza (<<Soy rico y pertenezco a la aristocracia>>) de bienestar y salud, el paciente puede creer que tiene poderes especiales o sobrenaturales, de autorreferencia. Puede presentar alucinaciones visuales o auditivas, aunque estas se presentan en menos casos (<<oigo a un coro cantándome alabanzas>>). Los síntomas psicóticos suelen ser congruentes con el estado de ánimo. (35)

Indicadores emocionales.

Como se mencionó en el apartado anterior, la euforia o las sensaciones de júbilo suelen ser los rasgos más característicos del humor maniaco, la

labilidad emocional, la irritabilidad y la hostilidad son también indicadores característicos, aunque en menor medida. En primer lugar, el paciente tendrá una sensación de ánimo elevado y experimentará sensaciones placenteras, su bienestar y la autoconfianza van aumentando (35) hasta tener un ánimo extremadamente optimista, que se refleja con una alegría que no se adecua con la realidad, es decir, estará en un estado de euforia. (36)

Otro indicador muy importante para el diagnóstico del TB es la **disforia**, se define como un inconfortable humor provocado por una mezcla de angustia apremiante, rabia impulsiva e irritabilidad (37) y se identifican los siguientes componentes de la disforia: sensación global de tensión, irritabilidad u hostilidad reactivas a estímulos externos, suspicacia y comportamientos agresivos y destructivos (38).

Indicadores conductuales.

Los indicadores conductuales, como los cambios en los niveles de energía y la actividad, son más representativos que los cambios en el estado de ánimo (39,40). En un paciente hipomaniaco es frecuente que aparezca agitación psicomotriz, se suele dar un diagnóstico errado en los pacientes que la presentan, confundiéndolo con la depresión-ansiosa (35)

Los pacientes presentan un pensamiento acelerado, que lo reflejan con un lenguaje copioso y rápido, es decir, logorrea y taquialia y lenguaje presionado, atropellando así las palabras, pudiendo llegar a un discurso inconexo e incomprensible, pudiéndose llegar a emitir desde 180 a 200 sílabas por minutos a diferencia de las personas sin TB que emiten entre 122 a 159 sílabas. En la hipomanía el comportamiento es expansivo, impulsivo y desinhibido, tienden a gestualizar excesivamente y tienen excesiva familiaridad con extraños (32)

Indicadores psicopatológicos.

El sueño y la comida casi siempre se ven modificados, son unos de los primeros síntomas(32), por ejemplo, un paciente puede sentirse descansado después de solo 3 horas de sueño (12) o bajar significativamente su peso corporal, debido a que la ingesta de alimentos está muy limitada, ya que, no hay tiempo para ello (32)

Como se menciona en los apartados anteriores, la persona tendrá un ánimo eufórico, exagerada autoestima, esto puede provocar modelos de comportamientos arriesgados: compras compulsivas, promiscuidad sexual, abuso de alcohol y drogas. En las compras se adquieren artículos de elevado coste,

Identificación precoz del trastorno bipolar

sin tener idea en que se hace tanto gasto, la promiscuidad sexual le lleva a un estado de agotamiento, embarazos no deseados, inclinaciones bisexuales u homosexuales con gran riesgo de contraer ETS. El abuso de alcohol y de las drogas es uno de los trastornos secundarios que más se ha observado en los pacientes maniáticos y en muchas ocasiones se interpretan como intentos inútiles de autoayuda contra los trastornos bipolares graves (32)

Cabe destacar que los pacientes que tengan antecedentes de trastorno por consumo de sustancias, obesidad/trastornos alimentarios, trastorno afectivo estacional, síntomas del estado de ánimo posparto en mujeres, TDAH y trastorno límite de la personalidad y/o si el paciente está siendo tratado con anti-depresivos y este desarrolla labilidad del estado de ánimo, hipomanía o manía (41,42) se debe sospechar que sean pacientes sugestionables de padecer TB (43).

Características diferenciales entre la depresión unipolar y la depresión bipolar.

Un episodio depresivo mayor (EDM) es un estado patológico persistente de ánimo deprimido asociado a otros síntomas psíquicos y/o físicos que afecta al funcionamiento global de la persona. Nos referimos a la depresión unipolar cuando se da un EDM, pero no existen antecedentes de TB, en comparación a la depresión bipolar, que es un EDM en un paciente con TB (44)

Los criterios de diagnóstico para un episodio depresivo unipolar y bipolar son idénticos en el DSM-V (12) sin embargo, existen diferencias significativas en cuanto a la expresión de los síntomas y la evolución entre ambas, que permiten detectar con antelación el TB (45), como se demostró en un estudio francés, que se aplicó los criterios del DSM-IV a 250 pacientes con episodios depresivos mayores, al aplicarle solo estos criterios, se identificó al 72% con depresión unipolar y al 28% con trastorno bipolar. En una segunda evaluación se utilizó entrevistas estructuradas para evaluar la evidencia de TB y criterios más estrictos para la depresión unipolar, evaluando a los mismos pacientes, esta vez se identificó que el 45% cumplía los criterios para depresión unipolar y el 55% cumplía con todos los criterios para el TB (46)

La depresión unipolar se asocia con pérdida de peso, preocupaciones somáticas, lentitud psicomotriz, insomnio inicial e ideas intensas y frecuentes de suicidio (37) Sin embargo, en un episodio depresivo bipolar existe un aumento de peso, del sueño (hipersomnia) y del apetito (hiperfagia), estos son los llamados "síntomas atípicos" (47) Incluye, además, retraso psicomotor, motilidad, habla y asociaciones

de pensamiento reducidas denominado "parálisis de plomo" (48).

Akiskal propuso predictores de bipolaridad que mostraron los siguientes grados de validez (37).

- historia familiar de bipolaridad (sensibilidad: 29.2%, especificidad 96.6%, valor de predicción positiva: 93%)
- somnolencia (sensibilidad: 51%, especificidad 80%, valor de predicción positiva: 80%),
- aparición del episodio depresivo antes de los 25 años (sensibilidad: 62.5%, especificidad 70%, valor de predicción positiva: 77%),
- inhibición psicomotriz (sensibilidad: 83.3%, especificidad 58%, valor de predicción positiva: 76%)
- características psicóticas (sensibilidad: 69.8%, especificidad 62.7%, Valor de predicción positiva: 75%)

Detección precoz del trastorno bipolar y la actuación de la enfermera.

Existen herramientas específicas de screening o cribado y de ayuda diagnóstica, todas ellas adaptadas y validadas en español (49). Las herramientas de screening o cribado en el ámbito sanitario se realizan a personas, en principio sanas, para distinguir aquellas que tienen la posibilidad de estar enfermas de las que posiblemente no lo estén. Es una medida de prevención secundaria y nos permiten obtener una detección precoz de la enfermedad y así poder mejorar su diagnóstico y evitar la discapacidad o mortalidad prematura. Deben tener eficacia demostrada por estudios científicos de calidad, además, debe ser válido, fiable, seguro y simple. (50)

Escalas de Screening o cribado para el TB:

- *El cuestionario de trastorno del Humor (mood Disorder Questionnaire, MDQ):* Validado y adaptado al español (51). Instrumento utilizado para el cribado del TB. Consta de 13 ítems. El paciente responde a las preguntas SI o NO. Instrumento autoaplicado. Se utiliza como punto de corte la respuesta afirmativa a 7 o más de las 13 preguntas. (52)(ANEXO 1)
- *El listado de Síntomas de Hipomanía-32 (hypomania Symptom Checklist, HCL-32):* Adaptada y validada al español (53). Identifica periodos de hipomanía a pacientes con depresión unipolar. Consta de un total de 9 secciones.

La entrevista clínica debe tener como objetivo establecer la presencia de episodios pasados o actuales de síntomas maniáticos, la duración y la gravedad

de los episodios maníacos, las ideas suicidas y homicidas, el impacto que le supone estos episodios en los roles laborales, sociales y familiares, la presencia de comorbilidades, la historia de los tratamientos administrados y respuestas a estos y la historia familiar. (54)

Como se mencionó anteriormente, los pacientes no son conscientes o no recuerdan los síntomas (hipo)maníacos, por lo tanto, no informaran de ellos al profesional sanitario. Para no obviar estos síntomas es conveniente que la enfermera establezca una relación de confianza y conseguir el permiso del paciente para que los convivientes respondan a las mismas preguntas que se le hagan al paciente (43)

La enfermera utilizará el proceso enfermero para identificar los datos clínicos y así poder establecer unas intervenciones enfermeras que reduzcan, eliminen o prevengan las alteraciones de la salud de la persona, estas intervenciones están orientadas a los patrones funcionales de Majorie Gordon (49)

La enfermera debe incluir en la entrevista un examen físico y pruebas complementarias, para excluir trastornos que puedan tener síntomas similares a los síntomas del TB, como, por ejemplo, hipotiroidismo o hipertiroidismo, infección y abusos de sustancias tóxicas. (43). Además, si existe sospecha de TB, la enfermera debe ponerse en contacto con el médico de atención primaria para remitir al paciente a un especialista de salud mental para su evaluación, diagnóstico y desarrollo del plan terapéutico (49).

Aunque el paciente no cumpla estrictamente todos los criterios de diagnóstico del TB, "(...) *el ejercicio del juicio clínico puede justificar dar un diagnóstico cierto a un individuo, aunque la presentación clínica no cumpla con todos los criterios para el diagnóstico, siempre que los síntomas presentes sean persistentes y graves (...)*" (55).

Discusión

Después de realizar esta revisión bibliográfica, es necesario discutir algunos aspectos relevantes. En primer lugar, la idea con la que se comenzó la búsqueda narrativa se ha contrastado con estudios y se puede afirmar que existe una demora, de hasta 9 años, para dar un correcto diagnóstico de trastorno bipolar (6), no obstante, no solo se ha afirmado la demora del diagnóstico, si no, que también se ha afirmado que el diagnóstico erróneo en el TB, está precedido por un diagnóstico inicial de depresión unipolar en el diagnóstico del TB (3).

Posteriormente nos hemos encontrado con varios autores y varios estudios que coinciden y demuestran los síntomas precoces más comunes, como se observó en el estudio, citado anteriormente, NIMH Collaborative Study in Depression la hipomanía aparece en la mayoría de los pacientes con depresión recurrente (56) pero además, hay más indicadores precoces como pueden ser el abuso de sustancias, actos antisociales, cambios comportamentales, entre otros (34) Se puede afirmar que la identificación de estos síntomas prodrómicos tiene un papel fundamental para evitar complicaciones del trastorno (15).

En la revisión de varios artículos, se ha visto que, aunque para el DSM-V los criterios de diagnósticos para la depresión unipolar y bipolar son idénticos y que para el trastorno bipolar I y II el diagnóstico diferencial más complicado es con el trastorno depresivo mayor.

Son varios los artículos encontrados donde se plantean esta misma pregunta y existe bastante información referente sobre el tema, pero aun así en el ámbito clínico no se pone en práctica, porque hasta el 60% de los pacientes con TB, reciben inicialmente el diagnóstico de depresión unipolar.

Muchos autores coinciden con los indicadores más predictores del TB siendo el predictor más importante los antecedentes familiares de TB (37), existen autores que discrepan sobre que la psicosis sea un indicador, ya que puede ocurrir en ambos. Cuando se tiene un paciente con depresión unipolar hay que descartar de que se trate de depresión bipolar, para ello, la actuación de la enfermera aquí es establecer vínculos de confianza con el paciente para poder profundizar en su vida personal y así lograr hacer una prevención secundaria más exhaustiva, para detectar si existe depresión bipolar y así establecer planes de cuidados e intervenciones, así como identificar riesgos y considerar la necesidad de derivación a especialistas de la salud mental.

Sería de gran interés que las enfermeras recibieran formación, que sepan las consecuencias negativas que existe al dar un diagnóstico erróneo, que sepan utilizar e interpretar las escalas que existen para realizar el diagnóstico diferencial, que les den un papel más importante, que la salud mental se pueda tratar en atención primaria o que la accesibilidad a enfermeras especializadas en salud mental o centros especializados sea más fácil para el paciente.

Discussion

After conducting this literature review, it is necessary to discuss some relevant aspects. First of all, the idea with which the narrative search was started has been contrasted with studies and it can be affirmed that there is a delay of up to 9 years to give a correct diagnosis of bipolar disorder (Goldberg & Ernst, 2002), however, not only the delay in diagnosis has been affirmed, but it has also been affirmed that the erroneous diagnosis in BD is preceded by an initial diagnosis of unipolar depression in the diagnosis of BD (Evans, 2000).

Subsequently we have found several authors and several studies that agree and demonstrate the most common early symptoms, as observed in the study, cited above, NIMH Collaborative Study in Depression hypomania appears in most patients with recurrent depression (Rice et al., 1989) but in addition, there are more early indicators such as substance abuse, antisocial acts, behavioral changes, among others (Angst & Cassano, 2005). It can be stated that the identification of these prodromal symptoms has a fundamental role in avoiding complications of the disorder (Vieta et al., 2018).

In the review of several articles, it has been seen that, although for the DSM-V the diagnostic criteria for unipolar and bipolar depression are identical and that for bipolar I and II disorder the most complicated differential diagnosis is with major depressive disorder.

There are several articles where this same question is raised and there is a lot of information on the subject, but even so in the clinical setting it is not put into practice, because up to 60% of patients with TB are initially diagnosed with unipolar depression.

Many authors agree with the most predictive indicators of TB, the most important predictor being a family history of TB (Téllez-Vargas, n.d.), there are authors who disagree that psychosis is an indicator, since it can occur in both. When there is a patient with unipolar depression, it is necessary to rule out that it is bipolar depression, for this, the nurse's action here is to establish bonds of trust with the patient in order to delve into his personal life and thus achieve a more comprehensive secondary prevention, to detect whether there is bipolar depression and thus establish care plans and interventions, as well as identify risks and consider the need for referral to mental health specialists.

It would be of great interest that nurses receive training, that they know the negative consequences of giving an erroneous diagnosis, that they know how to use and interpret the existing scales for differential diagnosis, that they are given a more important role, that mental health can be treated in primary care or that accessibility to nurses specialized in mental health or specialized centers is easier for the patient.

Conclusiones

- Detectar precozmente el trastorno bipolar no es fácil, se estima que hasta el 69% de los pacientes con TB reciben un diagnóstico incorrecto y pasan hasta 9 años hasta recibir un diagnóstico adecuado. Esto, entre otros motivos, es por la falta de consciencia del paciente sobre sus síntomas hipomaniacos y la búsqueda de ayuda en la etapa depresiva.
- Son indicadores en el adulto el habla acelerada, los despistes y olvidos, el carácter eufórico, la disforia, la disminución de la necesidad de dormir, las compras compulsivas la promiscuidad sexual, el abuso de sustancias, entre otros.
- Existen predictores que nos ayudan a distinguir la depresión unipolar de la bipolar, estos son la historia familiar de trastorno bipolar, seguido de la somnolencia, la inhibición psicomotriz y las características psicóticas. Los síntomas diferenciales son los "síntomas atípicos" y "parálisis de plomo".
- El papel relevante de la enfermera es cuando una vez realizada la valoración, hace una detección precoz, las herramientas utilizadas serán las escalas de screening o cribado; MDQ y HCL-32.
- Los indicadores precoces, los síntomas más comunes de la hipomanía y los predictores de la depresión bipolar nos ayudaran a detectar precozmente el trastorno bipolar. La enfermera debe estar en continua formación para la identificación de los casos y poder dar un verdadero cuidado integral al paciente. El papel de la enfermera es sospechar, valorar, detectar y realizar psicoeducación. Con la detección precoz el paciente tendrá mayor respuesta al tratamiento, menor discapacidad, mejores relaciones sociales y laborales y menor riesgo de suicidio.

Conclusions

- Early detection of bipolar disorder is not easy; it is estimated that up to 69% of TB patients receive an incorrect diagnosis and it takes up to 9 years to receive a proper diagnosis. This, among other reasons, is due to the patient's lack of awareness of his or her hypomanic symptoms and the search for help in the depressive stage.
- Indicators in adults include rapid speech, absent-mindedness and forgetfulness, euphoric character, dysphoria, decreased need for sleep, compulsive shopping, sexual promiscuity, substance abuse, among others.
- There are predictors that help us to distinguish unipolar depression from bipolar depression, these are family history of bipolar disorder, followed by somnolence, psychomotor inhibition and psychotic features. Differential symptoms are "atypical symptoms" and "lead paralysis".
- The relevant role of the nurse is when, once the assessment is done, an early detection is made, the tools used will be the screening scales; MDQ and HCL-32.
- The early indicators, the most common symptoms of hypomania and the predictors of bipolar depression will help us to detect bipolar disorder early. The nurse must be in continuous training for the identification of cases and be able to give a true integral care to the patient. The role of the nurse is to suspect, assess, detect and perform psychoeducation. With early detection the patient will have a better response to treatment, less disability, better social and work relationships and less risk of suicide.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) declara que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de financiación

No se ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

Este trabajo de revisión no ha sido presentado en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trastornos mentales [Internet]. [cited 2022 Apr 4]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Martínez H O, Olivia E, Martínez M, Yandy E, Izquierdo B. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas Bipolar disorder. Clinical and epidemiologic characteristics [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 27]. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88142>
3. Evans DL. 61 (suppl 13). J Clin Psychiatry. 2000;
4. Benazzi F. A prediction rule for diagnosing hypomania. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2009;33:317–22.
5. Hirschfeld RMA, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. J Clin Psychiatry [Internet]. 2003 Feb 1 [cited 2022 Apr 4];64(2):161–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12633125/>
6. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. J Clin Psychiatry [Internet]. 2002 [cited 2022 Apr 4];63(11):985–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12444811/>
7. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppämäki S, Paunio T, et al. Early age at onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. Bipolar Disord [Internet]. 2007 Nov 1 [cited 2022 Apr 4];9(7):698–705. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1399-5618.2007.00388.x>

8. Lee D, Kleinman J, Kleinman A. Rethinking depression: An ethnographic study of the experiences of depression among Chinese. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2007 Jan [cited 2022 May 12];15(1):1–8. Available from: https://journals.lww.com/hrpjournal/Fulltext/2007/01000/Rethinking_Depression__An_Ethnographic_Study_of.1.aspx
9. Fritz K, Russell AMT, Allwang C, Kuiper S, Lampe L, Malhi GS. Is a delay in the diagnosis of bipolar disorder inevitable? *Bipolar Disord* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2022 Apr 4];19(5):396–400. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12499>
10. Benazzi F. A prediction rule for diagnosing hypomania. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009 Mar 17;33(2):317–22.
11. Tondo L, Vázquez G, Baldessarini RJ. Mania associated with antidepressant treatment: comprehensive meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2010 Jun [cited 2022 Apr 4];121(6):404–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19958306/>
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association . 2013.
13. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Kessing LV, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015;49(9):785–802.
14. Sharma V, Persad E, Kueneman K. A closer look at inpatient suicide. *J Affect Disord*. 1998 Jan 1;47(1–3):123–9.
15. Vieta E, Salagre E, Grande I, Carvalho AF, Fernandes BS, Berk M, et al. Evidence-Based Psychiatric Treatment Early Intervention in Bipolar Disorder. 2018;
16. Dunner DL, Tay LK. Diagnostic reliability of the history of hypomania in bipolar II patients and patients with major depression. *Compr Psychiatry* [Internet]. 1993 [cited 2022 May 4];34(5):303–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8306639/>
17. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 2014 [cited 2022 May 4]; Available from: www.appi.org
18. Berk M, Berk L, Dodd S, Cotton S, Macneil C, Daglas R, et al. Stage managing bipolar disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 2014 [cited 2022 May 4];16(5):471–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23782499/>
19. Kapczinski NS, Mwangi B, Cassidy RM, Librenza-Garcia D, Bermudez MB, Kauer-Sant'anna M, et al. Neuroprogression and illness trajectories in bipolar disorder. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2017 Mar 4 [cited 2022 May 4];17(3):277–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27659841/>
20. Vieta E, Popovic D, Rosa AR, Solé B, Grande I, Frey BN, et al. The Clinical Implications Of Cognitive Impairment and Allostatic Load in Bipolar Disorder. *European Psychiatry* [Internet]. 2013 Jan [cited 2022 May 4];28(1):21–9. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/abs/clinical-implications-of-cognitive-impairment-and-allostatic-load-in-bipolar-disorder/3888CF7D01B39D350AF2BB418D165FB6>
21. Goi PD, Bücken J, Vianna-Sulzbach M, Rosa AR, Grande I, Chendo I, et al. Pharmacological treatment and staging in bipolar disorder: evidence from clinical practice. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2015 May 12 [cited 2022 May 4];37(2):121–5. Available from: <http://www.scielo.br/j/rbp/a/dpZkZM79GdnvT-jmQHLSrL4c/abstract/?lang=en>
22. Tohen M, Vieta E, Gonzalez-Pinto A, Reed C, Lin D. Baseline characteristics and outcomes in patients with first episode or multiple episodes of acute mania. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 Mar [cited 2022 May 4];71(3):255–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19709503/>
23. Peele PB, Xu Y, Kupfer DJ. Insurance expenditures on bipolar disorder: Clinical and parity implications. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2003 Jul 1 [cited 2022 May 4];160(7):1286–90. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.160.7.1286>
24. Chakrabarty T, Torres IJ, Su WW, Sawatzky R, Keramatian K, Yatham LN. Cognitive subgroups in first episode bipolar I disorder: Relation to clinical and brain volumetric variables. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 May 5];143(2):151–61. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.13245>
25. Torres IJ, DeFreitas VG, DeFreitas CM, Kauer-Sant'Anna M, Bond DJ, Honer WG, et

- al. Neurocognitive Functioning in Patients With Bipolar I Disorder Recently Recovered From a First Manic Episode. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 Mar 23 [cited 2022 May 5];71(9):12653. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/bipolar/neurocognitive-functioning-patients-bipolar-i-disorder>
26. Keramatian K, Chakrabarty T, Saraf G, Pinto J v., Yatham LN. Grey matter abnormalities in first-episode mania: A systematic review and meta-analysis of voxel-based morphometry studies. *Bipolar Disord* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2022 May 5];23(3):228–40. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12995>
 27. Kauer-Sant'Anna M, Bond DJ, Lam RW, Yatham LN. Functional outcomes in first-episode patients with bipolar disorder: a prospective study from the Systematic Treatment Optimization Program for Early Mania project. *Compr Psychiatry*. 2009 Jan 1;50(1):1–8.
 28. Post RM, Altshuler LL, Kupka R, McElroy SL, Frye MA, Rowe M, et al. Double jeopardy in the United States: Early onset bipolar disorder and treatment delay. *Psychiatry Res*. 2020 Oct 1;292:113274.
 29. McCraw S, Parker G, Graham R, Synnott H, Mitchell PB. The duration of undiagnosed bipolar disorder: Effect on outcomes and treatment response. *J Affect Disord*. 2014 Oct 15;168:422–9.
 30. Lagerberg TV, Larsson S, Sundet K, Hansen CB, Hellvin T, Andreassen OA, et al. Treatment delay and excessive substance use in bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* [Internet]. 2010 Sep [cited 2022 May 5];198(9):628–33. Available from: https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2010/09000/Treatment_Delay_and_Excessive_Substance_Use_in.4.aspx
 31. Altamura AC, Dell'Osso B, Berlin HA, Buoli M, Bassetti R, Mundo E. Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2009 260:5 [Internet]. 2009 Nov 13 [cited 2022 May 5];260(5):385–91. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-009-0085-2>
 32. J. Wormer E. Bipolar [Internet]. 2004 [cited 2022 May 8]. 22–42 p. Available from: https://books.google.es/books?id=VOfbOf9ywKUC&pg=PA23&dq=se%C3%B1ales+de+alarma+trastornos+bipolar&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwigv-u2pc_1AhXLAGMBHS-K9BC8Q6AF6BAgEEAI#v=onepage&q=se%C3%B1ales%20de%20alarma%20trastornos%20bipolar&f=true
 33. Hantouche EG, Angst J, Akiskal HS. Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. *J Affect Disord*. 2003 Jan 1;73(1–2):39–47.
 34. Angst J, Cassano G. The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 2005 [cited 2022 May 8];7 Suppl 4(4):4–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15948762/>
 35. Ortuno Sanchez F. Lecciones de Psiquiatría [Internet]. 2009 [cited 2022 May 8]. 119–154 p. Available from: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5uA3NrYgHulC&oi=fnd&pg=PA119&dq=hipoman%C3%ADa+en+trastorno+bipolar&ots=GAZOHCaDSA&sig=VzFPPAVZo_CNLiWXQFqLLp68LnQ#v=onepage&q&f=true
 36. Diccionario de la lengua española. Diccionario de la lengua española [Internet]. [cited 2022 May 13]. Available from: <https://dle.rae.es/euforia>
 37. Téllez-Vargas J. Depresión bipolar: aspectos clínicos y criterios para su diagnóstico precoz.
 38. Dayer A, Aubry JM, Roth L, Ducrey S, Bertschy G. A theoretical reappraisal of mixed states: dysphoria as a third dimension. *Bipolar Disord* [Internet]. 2000 Dec 1 [cited 2022 May 8];2(4):316–24. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1034/j.1399-5618.2000.020404.x>
 39. Morris G, Walder K, McGee SL, Dean OM, Tye SJ, Maes M, et al. A model of the mitochondrial basis of bipolar disorder. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2022 May 8];74(Pt A):1–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/bibezproxy.uca.es/28093238/>
 40. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2011 Aug [cited 2022 May 8];68(8):791–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/bibezproxy.uca.es/21810644/>
 41. Cohn JB, Collins G, Ashbrook E, Wernicke JF. A comparison of fluoxetine imipramine and placebo in patients with bipolar depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* [Internet].

- 1989 [cited 2022 May 8];4(4):313–22. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.bibezproxy.uca.es/2607128/>
42. Peet M. Induction of Mania with Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors and Tricyclic Antidepressants. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 1994 [cited 2022 May 8];164(4):549–50. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/induction-of-mania-with-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-and-tricyclic-antidepressants/F797AD11ECC33A27ABC847F72FB67E39>
43. Krishnan KRR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med* [Internet]. 2005 Jan [cited 2022 May 8];67(1):1–8. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.bibezproxy.uca.es/15673617/>
44. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2021 Sep 13 [cited 2022 May 8]; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
45. Dunner DL. “A two-illness model of bipolar disorder”—RT Joffe, LT Young, and GM MacQueen: a commentary. *Bipolar Disord* [Internet]. 1999 [cited 2022 May 8];1(1):36–7. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.bibezproxy.uca.es/11256654/>
46. Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, Allilaire JF, Sechter D, Azorin JM, et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *J Affect Disord* [Internet]. 1998 Sep 1 [cited 2022 May 8];50(2–3):163–73. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.bibezproxy.uca.es/9858076/>
47. LEYTON A F, BARRERA Á. Bipolar depression and unipolar depression: differential diagnosis in clinical practice. *Rev Med Chil* [Internet]. 2010 Jun [cited 2022 May 8];138(6):773–9. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000600017&lng=en&nrm=iso&tlng=en
48. Michael ET. Recognition and diagnosis of atypical depression. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:11–6.
49. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Núm. 2012 Madrid: UAH / AEN ; 2012.
50. Ascunce Elizaga N. Cribado: para qué y cómo. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2015 Apr [cited 2022 Apr 6];38(1):5–7. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
51. Sanchez-moreno J, Villagran JM, Gutierrez JR, Camacho M, Ocio S, Palao D, et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the Mood Disorder Questionnaire for the detection of bipolar disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 2008 May [cited 2022 May 13];10(3):400–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18402628/>
52. Bobes García Julio. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Medica*; 2002.
53. Vieta E, Sánchez-Moreno J, Bulbena A, Chamorro L, Ramos JL, Artal J, et al. Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: The 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *J Affect Disord*. 2007 Aug 1;101(1–3):43–55.
54. McCormick U, Murray B, Mcnew B. Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2022 May 9];27(9):530–42. Available from: https://journals-lww-com.bibezproxy.uca.es/jaanp/Fulltext/2015/09000/Diagnosis_and_treatment_of_patients_with_bipolar.10.aspx
55. Williams JBW, First M. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *En cycl Soc Work* [Internet]. 2013 Jun 11 [cited 2022 May 9]; Available from: <https://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-104>
56. Rice J, Andreasen NC, Coryell W, Endicott J, Fawcett J, Hirschfeld RMA, et al. NIMH Collaborative Program on the Psychobiology of Depression: clinical. *Genet Epidemiol* [Internet]. 1989 [cited 2022 May 8];6(1):179–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2731705/>