

Paloma Cano-Ruiz¹
Patricia Sanmartín-Salinas²
Alicia Gómez-Peinado³
Cecilia Calero-Mora⁴
Luis Gutiérrez-Rojas⁵

Estabilidad diagnóstica en el trastorno bipolar: una revisión sistemática

¹ Unidad de Salud Mental del Hospital General de Almansa, Albacete, España

² Departamento de Biología de Sistemas, Unidad de Bioquímica y Biología Molecular, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

³ Unidad de Hospitalización de Salud Mental, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

⁴ Unidad de Salud Mental del Hospital General de Villarrobledo, Albacete, España

⁵ Unidad de Hospitalización de Salud Mental, Hospital Clínico San Cecilio de Granada, España

Introducción. La estabilidad de un diagnóstico psiquiátrico en el tiempo representa la mejor prueba para validarlo y es útil para predecir el curso de un trastorno. El diagnóstico de Trastorno Bipolar presenta gran variabilidad a lo largo del tiempo y son pocas las investigaciones que han evaluado el impacto de la estabilidad diagnóstica vs su cambio.

Material y Métodos. Se realizó una revisión sistemática mediante búsqueda bibliográfica en Pubmed, Medline y Web of Science de artículos publicados en los últimos diez años (2008–2018), utilizando las siguientes palabras clave: stability diagnosis, bipolar disorders y mood disorders. Se seleccionaron aquellos estudios realizados en pacientes que presentaban un cuadro afectivo y/o psicótico y en los que se estudiaba la estabilidad temporal del diagnóstico.

Resultados. La búsqueda inicial mostró un total de 140 artículos, de los cuales 13 cumplieron los criterios de inclusión. Hemos encontrado que, en comparación con otros trastornos mentales, en el Trastorno Bipolar se observa una mayor validez de constructo y estabilidad a largo plazo.

Conclusiones. El Trastorno Bipolar en su fase inicial constituye un desafío diagnóstico y terapéutico. Pese a ello, se considera junto con la esquizofrenia una de las categorías diagnósticas más estables (el 60% de los pacientes que reciben este diagnóstico inicial se mantiene en el tiempo). La ausencia de instrumentos fiables y válidos para el diagnóstico es considerada una limitación, por lo que sería conveniente que en sucesivas clasificaciones de los trastornos mentales sigan esforzándose en que las entidades nosológicas tengan la mayor validez de constructo posible.

Palabras clave: Estabilidad diagnóstica, Trastorno bipolar, Trastornos afectivos

Correspondencia:
Luis Gutiérrez-Rojas
Departamento de Psiquiatría e Instituto de Neurociencias
Centro de investigación en biomedicina (CIBM)
Universidad de Granada
Av. Del Conocimiento nº 21, E-18100 Granada, España
Tel.: 34 667762559
Fax: 34 958 246187
Correo electrónico: gutierrezrojasl@hotmail.com

Actas Esp Psiquiatr 2020;48(1):28-35

Diagnostic stability in bipolar disorder: a systematic review

Introduction. Stability of a diagnosis over time represents the best evidence to validate psychiatric diagnoses and helps to predict the course of a disorder. The diagnosis of bipolar disorder shows large variability over time and only a few numbers of investigations have evaluated the impact of the diagnostic stability vs the change.

Material and Methods. A systematic review was made through a literature search in Pubmed, Medline and Web of Science of the articles published in the last 10 years (2008–2018). We used the following key words; "stability diagnosis", AND "bipolar disorders", AND "mood disorders". We selected those studies conducted in patients who presented affective and/or psychotic clinic where the stability of the diagnosis was studied over time.

Results. The initial search showed a total of 140 articles, 13 of which met inclusion criteria. In this review we have found that, compared to other mental disorders, Bipolar Disorder has in its favor a greater construct validity and long-term stability.

Conclusions. Initial phases of Bipolar Disorder constitute a real diagnostic and therapeutic challenge. Despite this, it is considered, added to schizophrenia as one of the most stable diagnostic categories (60% of patients who receive this initial diagnosis remain it during time). The absence of reliable and valid instruments for diagnosis is considered as a limitation so it would be convenient that in the next classifications of mental disorders they continue striving so that the nosological entities have greater construct validity possible.

Keywords: Diagnostic stability, Bipolar disorder, Mood disorders

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Bipolar (TB) es una enfermedad mental grave y recurrente. Como tal, una vez establecido el diagnóstico, debería ser estable en el tiempo¹.

Las dificultades diagnósticas complican el estudio epidemiológico sobre este trastorno, pero en términos generales se acepta una prevalencia de entre el 1-2% de la población, independientemente del grupo étnico^{2,3}. Representa, según la OMS, la quinta causa de discapacidad entre los 15 y los 44 años, siendo el diagnóstico e intervención precoz vitales para mejorar el pronóstico de este trastorno⁴.

Aunque no se conoce con precisión la fisiopatología del TB, los estudios indican que en su etiología existe un gran componente genético^{5,6} que se pone de manifiesto en el hecho de que existe una concordancia de presentar la enfermedad en gemelos monocigóticos entre un 40-70%, y que el riesgo de surgir la enfermedad en familiares de primer grado es del 5-10%, es decir, unas siete veces mayor que en la población general⁷. Aún así, la presentación clínica pleomórfica conlleva la necesidad de realizar una valoración diagnóstica cuidadosa para discernir el TB de otras condiciones que pueden presentarse con características similares.

De acuerdo con las clasificaciones internacionales de enfermedades y trastornos mentales (las más utilizadas CIE-10 y DSM-5), el diagnóstico de los trastornos mentales se realiza a partir de criterios exclusivamente clínicos, sin que los hallazgos genéticos, bioquímicos, neuroanatómicos o neurofisiológicos aporten información relevante en los procesos diagnósticos. Esta situación ha dado lugar a un importante debate sobre la validez conceptual de los actuales criterios diagnósticos no exentos de controversia e interpretación^{8,9}.

Gran parte de la literatura científica está basada en los criterios de la *American Psychiatric Association* (APA) basada en criterios puramente clínicos. Pese a todo ello, la manía, es a día de hoy, uno de los conceptos más específicos de la nosología psiquiátrica¹⁰. Según los criterios del DSM-5, el TB constituye un espectro de trastornos del estado de ánimo que incluye: TB tipo I, TB tipo II, Trastorno ciclotímico, TB y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, TB y trastornos relacionados debido a otra afección médica, otro TB y trastorno relacionado especificado, y TB y trastorno relacionado no especificado¹¹.

Este diagnóstico categorial es un recurso habitual utilizado para la delimitación nosológica, la orientación terapéutica y el establecimiento del pronóstico de las personas atendidas en los dispositivos de salud mental. En un artículo pionero publicado en 1970, Robins y Guze¹² mencionan la estabilidad diagnóstica como uno de los criterios necesarios para verificar la presencia de un síndrome psiquiátrico y la

relacionan por primera vez con la validez predictiva de los diagnósticos en psiquiatría¹². En este marco, la estabilidad diagnóstica temporal, es decir, el grado en que una categoría diagnóstica se mantiene sin cambios en los mismos sujetos durante evaluaciones sucesivas a lo largo del tiempo¹³, supone un destacado criterio de validez clínica de las categorías diagnósticas¹².

Aunque un diagnóstico establecido en un inicio puede cambiar a lo largo del tiempo debido a diferentes factores (incluidos aspectos metodológicos de aproximación diagnóstica), podemos afirmar que, en los estudios con una adecuada consistencia metodológica, cuanto más estable es una categoría diagnóstica, más capacidad tenemos para considerarla válida desde el punto de vista psicopatológico y asumir, de esta manera, un cierto grado de validez neurobiológica¹⁴. En este sentido, la inestabilidad diagnóstica pone en cuestión la validez del modelo categorial con respecto a la etiología, el tratamiento y el pronóstico¹⁴.

Se ha definido la estabilidad diagnóstica como la medida en la que se confirma un diagnóstico en evaluaciones consecutivas¹³. En ausencia de sintomatología biológica objetiva del desorden, la estabilidad diagnóstica con el tiempo representa la mejor prueba para validar los diagnósticos psiquiátricos y en gran medida puede ser utilizada para predecir el curso del trastorno.

Se han propuesto distintos métodos para potenciar la estabilidad de un diagnóstico, aunque ninguno de ellos asegura la fiabilidad del resultado. Estos métodos incluirían la evaluación u observación longitudinal^{15,16}, estudios diagnósticos avanzados de tipo genético¹⁷, la monitorización de la respuesta al tratamiento¹⁸ o la evaluación de los efectos de la enfermedad sobre la función psicosocial¹⁹.

Diferentes estudios informan de una consistencia diagnóstica prospectiva (porcentaje de casos que mantienen el mismo diagnóstico en sucesivas evaluaciones) en un rango del 49.7%-96.5% para TB²⁰⁻²³ y un tiempo de retaso en el diagnóstico de hasta diez años, generalmente existiendo un diagnóstico previo de los principales trastornos depresivos²⁴. En un reciente meta-análisis, Ratheesh *et al.*²⁵, concluyeron que al menos un cuarto de los pacientes diagnosticados de un Trastorno Depresivo Mayor (TDM) será posteriormente diagnosticado de un TB.

La prevalencia de errores diagnósticos en la evaluación inicial, en su mayor parte debida a la confusión con episodios depresivos unipolares, puede situarse entre un 48% y un 69% de acuerdo con los datos de las investigaciones realizadas por la *National Depressive and Manic-Depressive Association*^{24,26}. Según López *et al.*²⁷, existe un amplio margen de categorías que podrían actuar como factores de confusión en el diagnóstico de TB, lo que confiere una gran

variabilidad a lo largo del tiempo en el diagnóstico de estos pacientes.

En muchas ocasiones se producen cambios diagnósticos durante la evolución del trastorno, sobre todo hacia diagnósticos del espectro de la esquizofrenia^{1,28}.

Estudios recientes sobre genética, neuroanatomía y neurofisiología de los trastornos psicóticos y los trastornos afectivos bipolares muestran importantes solapamientos entre ambos grupos^{9,29-31}, sin que sea posible establecer una clara delimitación neurobiológica entre ambos. A través de trabajos de seguimiento, se ha observado que un episodio psicótico agudo puede ser el inicio de un posterior diagnóstico de trastorno psicótico o afectivo de evolución crónica³².

Por su parte, los estudios sobre estabilidad diagnóstica, utilizando criterios DSM o CIE no han encontrado diferencias significativas entre el empleo de CIE o DSM en cuanto a consistencia diagnóstica³³.

Por tanto, ante la relevancia documentada en esta introducción y la ausencia de un análisis sobre el estado actual del tema, se planteó el objetivo de realizar una revisión sistemática de los trabajos sobre la estabilidad diagnóstica en el TB.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática mediante la búsqueda bibliográfica en Pubmed, Medline, Web of Science y Scielo de los artículos publicados en los últimos diez años (2008-2018). Se utilizaron las siguientes palabras clave: stability diagnosis, bipolar disorders and mood disorders.

Se establecieron como criterios de inclusión los siguientes:

- Fecha de publicación: desde enero de 2008 hasta la actualidad (diciembre de 2018).
- Población diana: mayores de dieciocho años, añadiéndose estudios que incluían población adolescente y adulta de forma conjunta.
- En cuanto al diseño del estudio: se incluyeron revisiones previas, trabajos originales, ensayos clínicos, estudios prospectivos y series de casos.
- Tema central del estudio: estabilidad diagnóstica del TB.
- Idioma de publicación: castellano o inglés.

La búsqueda informática se complementó con una búsqueda manual de artículos relacionados con este tema, incluyendo aquellos que estudiaban la estabilidad diagnóstica tras un primer episodio psicótico agudo (PEP) o afectivo. Tras una valoración más detallada finalmente se seleccionaron un total de 13 artículos.

Se rechazaron aquellos estudios que se centraban en población infantil y adolescente específicamente o tenían otro tema de estudio adicional (Figura 1).

RESULTADOS

En el proceso de búsqueda de los artículos para la realización de la presente revisión, se ha observado que el número de estudios centrados en la estabilidad diagnóstica de los trastornos psiquiátricos en población adulta es limitado, aunque se ha incrementado en gran medida en los últimos años, centrándose sobre todo en el estudio de la evolución y estabilidad diagnóstica tras un primer episodio psicótico. Son pocos aún los estudios sobre estabilidad diagnóstica que se centran en el TB. Aún más escasas son las investigaciones que han evaluado el impacto de la estabilidad diagnóstica del TB en la continuidad y persistencia del mismo a lo largo del tiempo, o las relaciones entre los distintos diagnósticos en su evolución³⁴.

De un total de 140 estudios en una búsqueda inicial, 52 presentaban diseños prospectivos o retrospectivos. Tras una evaluación más detallada y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo un total de 13 estudios a incluir en la presente revisión (Figura 1).

En la Tabla 1 aparece un resumen de los resultados obtenidos una vez realizado el análisis de los artículos seleccionados.

Cabe destacar, de los estudios analizados, los realizados por Pola Salvatore en 2009²³ y 2011³⁵, partiendo ambos de una muestra inicial de 517 pacientes con diagnóstico inicial de PEP.

- En el primer estudio (2009)²³, se recoge el seguimiento prospectivo durante 24 meses de la cohorte originaria de 517 pacientes con diagnóstico inicial de PEP. Tras realizarse una filiación diagnóstica más precisa, se observa estabilidad diagnóstica a lo largo de los dos años de seguimiento en un 74% de los pacientes. Los diagnósticos en los que se observó una mayor estabilidad fueron precisamente el de TB (mantuvieron el diagnóstico un 96.5% de los que lo recibieron inicialmente) y el de esquizofrenia (mantenido por un 75% de los que lo recibieron inicialmente). Se perdieron 17 pacientes a lo largo del estudio.
- En el segundo estudio (2011)³⁵, se parte de la cohorte resultante del estudio anterior de 500 pacientes, realizándose nuevamente seguimiento prospectivo durante 24 meses. Se valoró también la estabilidad diagnóstica tras el PEP inicial, establecida en este caso en las conclusiones del estudio a través no de las tasas de mantenimiento diagnóstico, sino de cambio del mismo. Se

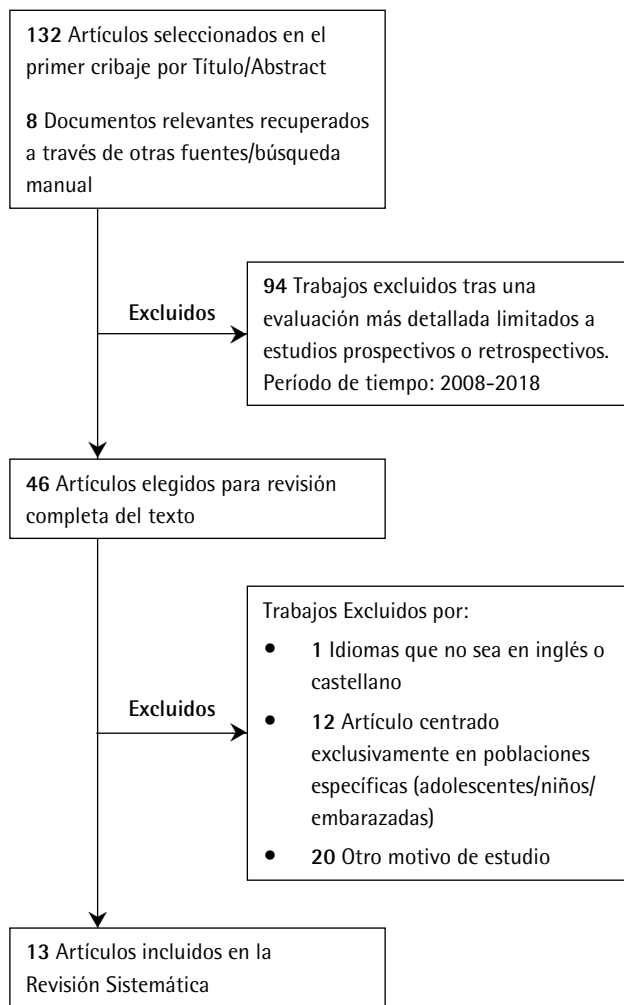


Figura 1 | Proceso de selección de los artículos

observó que se producían cambios diagnósticos predominantemente en el caso de los trastornos esquizoafectivos (37.5%), TB (25%) y esquizofrenia (16.7%).

En la misma línea que el estudio realizado por Salvatore en 2009, encontramos otros dos estudios:

- Kim, 2011³⁶: estudio retrospectivo llevado a cabo sobre una cohorte de 150 pacientes con PEP o un segundo episodio psicótico. Mediante la revisión retrospectiva de las historias clínicas con respecto al diagnóstico inicial y recidivante y características clínicas del primer episodio, realizó una clasificación inicial de los cuadros en psicosis afectivas y no afectivas. Observó que la estabilidad diagnóstica era menor en las psicosis afectivas que en las no afectivas (66% vs 95.7%). En particular, la estabilidad diagnóstica en la esquizofrenia tuvo mayor consis-

tencia prospectiva (91.3%) y retrospectiva (90.3%) en comparación con el TB que, aunque mostró una consistencia prospectiva comparable (86.4%), tuvo una consistencia retrospectiva mucho menor (64.7%).

- Pope, 2013³⁷: estudio realizado sobre una cohorte de 214 adultos con diagnóstico inicial también de PEP con seguimiento durante un año. Se observó que el 76.2% de los diagnósticos realizados tras una filiación inicial se mantenían, siendo los más estables el de esquizofrenia (92.1% de los que lo habían recibido) y el de TB con síntomas psicóticos (84.2% de los que lo habían recibido).
- En 2015, Heslin³⁸ publicaba los resultados de un estudio realizado sobre una cohorte de 403 pacientes con diagnóstico inicial de PEP a 10 años de seguimiento. En este caso, el 76% de la muestra que había recibido tras una filiación diagnóstica inicial el diagnóstico de TB, lo conservaba hasta el final.

Por su parte, Ruggero²² publicó un estudio en 2010 en el que realizaba el seguimiento prospectivo a diez años de una cohorte de 195 pacientes con diagnóstico inicial de psicosis que al menos en una valoración habían recibido el diagnóstico de TB. El 50.3% de los pacientes mantuvo el diagnóstico de TB desde la primera visita, observándose cambio en el resto de la muestra a un diagnóstico diferente a lo largo del seguimiento.

Valorando no la estabilidad diagnóstica del TB sino de otros diagnósticos que finalmente derivan en el de TB, encontramos también varios estudios, entre ellos el publicado por Dudeck en 2013³⁹. Se trata de un análisis, en este caso retrospectivo, de la evolución durante largo tiempo (entre 15 y 18 años) de una muestra de 122 pacientes con diagnóstico inicial de TDM. Observó una tasa de cambio de diagnóstico hacia el TB hasta en el 32.8% de la muestra, con un tiempo de conversión del diagnóstico (o, lo que es lo mismo, un retraso en el diagnóstico de TB) de aproximadamente 9 años³⁷. También Salvatore³⁴ publicó en 2013 el análisis realizado sobre una cohorte de 107 con diagnóstico inicial de trastorno depresivo con síntomas psicóticos, que fueron seguidos durante una media de 4 años. Del total de la muestra, un 18.7% experimentó cambio diagnóstico a TB y un 11.2% a trastorno esquizoafectivo. Se observó que la presencia inicial de características típicamente asociadas al TB o psicosis no afectivas era predictora del cambio diagnóstico tardío al TB o trastorno esquizoafectivo, con lo que se pone de relieve la importancia de pequeños detalles psicopatológicos como fuente de mejora de los criterios diagnósticos y secundariamente pronóstico de enfermedades tan complejas como las citadas.

Mención aparte merece el meta-análisis realizado por Ratheesh²⁵ publicado en 2017. Éste incluía un total de 56 estudios que partían de pacientes con TDM (en este caso,

Tabla 1		Resumen de las principales características de los artículos sobre la estabilidad diagnóstica en el trastorno bipolar incluidos en la revisión						
Autor/año	Tipo de estudio	Muestra	Diagnóstico inicial	Criterios diagnósticos	Edad (media de edad, rango)	Tiempo del estudio	Variable de estudio	Resultados
Salvatore (2009) ²³	Estudio de cohortes prospectivo	517	PEP	SCID, DSM-IV	Promedio de edad 31.7±13.7 años	24 meses	Estabilidad diagnóstica tras PEP	74% mantuvieron estabilidad en el diagnóstico. Dentro de las categorías diagnósticas el TB y la esquizofrenia fueron los más estables en el 96.5% y 75% respectivamente
Pedrós (2009) ³²	Estudio prospectivo	48	Episodio psicótico agudo	Entrevista estructurada para valoración de episodios psicóticos agudos (EEVEPA) y criterios DSM-IV	Media de edad 28 años	24 meses	Evolución diagnóstica	El 43.8% de los pacientes cambia de diagnóstico, mientras que el 56.2% mantiene el diagnóstico inicial de psicosis aguda. Entre aquellos que experimentan un cambio en el diagnóstico, un 47.6% son diagnosticados de trastorno esquizofrénico, un 19% de T. Esquizoafectivo y un 14% de TB
Ruggero (2010) ²²	Estudio de cohortes prospectivo	195	Psicosis (al menos en una de las valoraciones recibió diagnóstico de TB)	Entrevista Clínica Estructurada para DSM-III-R SCID, DSM-IV	Mayores de 18 años	10 años	Consistencia a largo plazo del diagnóstico de TB	50.3% (n=98) mantuvieron el diagnóstico de TB desde la primera visita. El 49.7% (n=97) tuvo un cambio de diagnóstico a un trastorno no bipolar durante el seguimiento
Salvatore (2011) ³⁵	Estudio de cohortes	500	T. Psicótico	SCID, DSM-IV	Edad media 31.7±13.7 años	24 meses	Estabilidad diagnóstica tras PEP	Los principales diagnósticos que cambiaron a los 24 meses fueron el T. Esquizoafectivo (37.5%), el TB (25%) y esquizofrenia (16.7%)
Kim (2011) ³⁶	Estudio retrospectivo	150	T. Psicótico	Criterios DSM IV	Rango de edad (13-61 años)	No se especifica	Estabilidad diagnóstica y factores predictivos asociados al cambio de diagnóstico	La consistencia retrospectiva de la psicosis afectiva (66%) era mucho más baja que la psicosis no afectiva (95.7%). Un 9.5% de los trastornos afectivos iniciales fueron diagnosticados posteriormente de psicosis no afectiva (esquizofrenia)
Dudek (2013) ³⁹	Estudio retrospectivo	122	Episodio depresivo Depresión mayor Depresión unipolar Depresión recurrente Depresión endógena	Criterios CIE-9/10	Mayores de 18 años Edad media 39.8±10.9 años	Observación 17.1±7 años	Estabilidad diagnóstica	32.8% de los pacientes con TDM cambiaron al diagnóstico de TB. Tiempo de conversión del diagnóstico aprox. 9 años

Tabla 1		Continuación						
Autor/año	Tipo de estudio	Muestra	Diagnóstico inicial	Criterios diagnósticos	Edad (media de edad, rango)	Tiempo del estudio	Variable de estudio	Resultados
Salvatore (2013) ³⁴	Estudio prospectivo naturalístico	107	TDM con síntomas psicóticos	SCID, DSM-IV	Media de edad 34.6 años (rango 10-82 años)	Seguimiento variable (2 años o más)	Estabilidad diagnóstica	70.1% mantiene el diagnóstico. En un 29.9% hubo cambio diagnóstico; para el TB en un 18.7% y para el T. Esquizoafectivo en un 11.2%
Pope (2013) ³⁷	Estudio de cohorte	214	PEP	SCID, DSM-IV	Media de edad 22.6 años (Rango entre 14-30 años)	1 año	Estabilidad diagnóstica	El 76.2% conservaron su diagnóstico inicial, siendo el diagnóstico más estable (92.1%) la esquizofrenia seguido del TB con características psicóticas (84.2%)
Alavi (2014) ⁴⁰	Estudio de cohorte	485	TB 219 Esquizofrenia 59 T. Esquizoafectivo 21 TDM 92 T. Ansiedad 5 T. Delirante 4 T. Uso de sustancias 40 T. Personalidad 45	Criterios DSM-IV-TR	Media de edad 38.6±12.7 años	6 meses	Estabilidad diagnóstica	Estabilidad prospectiva: - TB 71% - Esquizofrenia 55.9% - TDM 41.6 % - T. Esquizoafectivo 28.5% Estabilidad retrospectiva: - TB 69.4% - Esquizofrenia 45.8% - TDM 68.6% - T. Esquizoafectivo 16.6%
Heslin (2015) ³⁸	Estudio de cohortes	403	PEP	Consenso bajo criterios CIE-10 y DMS-IV-TR	Media de edad 27 años	10 años de seguimiento	Cambio de diagnóstico a otro trastorno psicótico	El 76% mantiene el diagnóstico inicial de TB, el 3.95% cambia el diagnóstico a otro trastorno psicótico
Ratheesh (2017) ²⁵	Meta-análisis	56 estudios incluidos	TDM	PRISMA	Incluye estudios desde la infancia hasta los 65 años	Seguimiento durante una media de 12-18 años	Cambio de diagnóstico de TDM a TB	22.5% de adultos y adolescentes desarrollan TB

TB: Trastorno Bipolar; PEP: Primer episodio psicótico; TDM: Trastorno Depresivo Mayor; T: Trastorno

algunos estudios incluían población infanto-juvenil). Se valoraba en el meta-análisis el cambio de diagnóstico de TDM a TB, observándose el mismo hasta en el 22.5% de la población estudiada.

En lo referente a la comparación de la estabilidad prospectiva con la retrospectiva del TB, Alavi⁴⁰ publicó en 2014 un estudio realizado sobre una cohorte de 485 adultos con diversos diagnósticos iniciales. El TB es el que mostró una estabilidad diagnóstica mayor, tanto prospectiva (71%), seguido de la esquizofrenia, como retrospectiva (69.4%), seguido del TDM.

Podemos observar que, en general, una vez establecido el diagnóstico de TB, éste presenta una mayor estabilidad diagnóstica que otras patologías como el TDM con síntomas psicóticos, que con el tiempo acaban derivando precisamente en un diagnóstico de TB.

DISCUSIÓN

La ausencia de instrumentos o pruebas fiables y válidas para el diagnóstico de los trastornos mentales continúa siendo una dramática limitación para el avance del conoci-

miento sobre factores etiológicos, pronósticos y terapéuticos de los mismos. Es por ello que las sucesivas clasificaciones de los trastornos mentales siguen esforzándose en que las entidades nosológicas tengan la mayor validez de constructo posible.

Esta validez se basa fundamentalmente en aspectos epidemiológicos y en observaciones clínicas y se formula la hipótesis de que dicho "constructo" tendrá el comportamiento previsto y/o permanecerá estable en el tiempo.

La estabilidad diagnóstica es una preocupación pertinente en salud mental como lo demuestra la abundancia de publicaciones que tratan sobre los trastornos afectivos, pero a pesar de esta amplia literatura, las sustanciales diferencias metodológicas entre los estudios continúan complicando la comparación directa de los resultados⁴¹.

Los datos acerca de la fiabilidad de los diagnósticos confirman la limitación de los criterios diagnósticos, quizás en parte porque el diagnóstico psiquiátrico es un proceso continuo que en muchos casos no puede realizarse a partir de una única entrevista⁴². En este contexto, la presente revisión evidencia que la presentación inicial del TB hace difícil a menudo diferenciar la entidad clínica del trastorno. Un tercio de los trastornos depresivos unipolares cambiarán su diagnóstico con una demora de casi una década. Esto podría deberse a que existe un considerable porcentaje de TB cuya primera fase maníaca o hipomaniaca pasa desapercibida por diversos motivos^{25,39}, dado que la sintomatología no suele ser identificada como patológica por parte del paciente y los episodios hipomaniacos suelen ser autolimitados en el tiempo (con una duración inferior a siete días según DSM-5).

Los estudios que han abordado la estabilidad diagnóstica tras PEP demuestran que de forma temprana son detectados como TB o esquizoafectivos casi en un 80%. La principal dificultad diagnóstica, desde el punto de vista clínico aparece cuando los PEP^{22,23,34-36} se acompañan de sintomatología afectiva dado que si ambos tipos de síntomas aparecen a la vez, el diagnóstico iría encaminado hacia un trastorno esquizoafectivo, mientras que cuando la sintomatología psicótica es secundaria a los síntomas afectivos (y de manera más frecuente dichos síntomas psicóticos son congruentes con el estado de ánimo) el diagnóstico se enfocaría hacia un TB. Por tanto, para mejorar el diagnóstico es prioritario que el clínico realice un esfuerzo por tener en cuenta aspectos longitudinales y evolutivos de la enfermedad y no quedarse en un diagnóstico trasversal del cuadro. Cabe destacar que estos resultados se encuentran limitados por el pequeño tamaño muestral, el número escaso de evaluaciones y la gran variabilidad en la duración de seguimiento observada en la mayoría de estos estudios (de 2 a 10 años)^{22,23,34-36}.

Algunas limitaciones de la presente revisión han de ser tenidas en cuenta. En primer lugar, las restricciones idio-

máticas han podido pasar por alto estudios que arrojaran otros resultados. No obstante, se analizaron un subgrupo de artículos con resúmenes traducidos al inglés o el español y las conclusiones se aproximaban significativamente a los datos obtenidos. En segundo lugar, encontramos tres estudios incluidos en este trabajo de revisión^{36,39,40} que, si bien utilizan criterios ampliamente validados como el DSM o la CIE para el diagnóstico, no hacen uso de entrevistas estructuradas para la inclusión de los pacientes en el estudio.

Finalmente, e inherente a la temática estudiada, la mayoría de los trabajos de investigación actuales se basan en gran medida en estudios de seguimiento a corto plazo, con diversas metodologías y criterios que, eventualmente dificultan, la comparación directa de resultados. Pero la similitud entre los datos obtenidos y la observación clínica apoyan el objetivo principal de obtener una revisión sistemática robusta.

CONCLUSIONES

El diagnóstico del TB precoz y consistente a largo plazo sigue siendo un desafío importante. En la actual revisión se evidencia que alrededor de un tercio de los trastornos depresivos unipolares y un cuarto de los pacientes que presentan un PEP cambiarán su diagnóstico hacia un TB.

La presentación más consensuada del TB se considera como una entidad diagnóstica con alta fiabilidad y estabilidad en el tiempo (96.5%). Aunque en la práctica clínica probablemente encontremos estabilidad diagnóstica algo menor.

Con el fin de mejorar la estabilidad diagnóstica del TB, podría tenerse en cuenta una serie de consideraciones. Sería recomendable que se incorporasen, en futuras revisiones de los manuales diagnósticos, nuevos especificadores que ayuden a aumentar la validez del diagnóstico (como el de edad de inicio, polaridad predominante o la presencia de síntomas psicóticos), así como incluir otros trastornos del espectro bipolar y síntomas subumbrales. Por otro lado, no basarse únicamente en valoraciones transversales de los pacientes y tener en cuenta una visión longitudinal del diagnóstico, podría ayudar a una mayor estabilidad. El empleo de entrevistas estructuradas más unificadas y acordes con la práctica clínica real y el desarrollo o uso de pruebas complementarias, como biomarcadores o estudios de imagen funcional, podrían contribuir a una mejora del diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Carlson G, Craig T, Galambos N, et al. Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:593-600.

2. Sajatovic M. Bipolar disorder: disease burden. *Am J Manag Care*. 2005;11:580-4.
3. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996;276:293-9.
4. Berk M, Hallam K, Malhi GS, Henry L, Hasty M, Macneil C, et al. Evidence and implications for early intervention in bipolar disorder. *J Ment Health*. 2010;19:113-26.
5. Bowden CL. Bipolar pathophysiology and development of improved treatments. *Brain Res*. 2008;1235:92-7.
6. Goes FS. Genetics of Bipolar Disorder: Recent Update and Future Directions. *Psychiatr Clin North Am*. 2016; 39:139-55.
7. Craddock N, Jones I. Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet*. 1999;36:585-94.
8. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2003;160:4-12.
9. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009;374:635-45.
10. Mason BL, Brown ES, Croarkin PE. Historical underpinnings of bipolar disorder diagnostic criteria. *Behav Sci (Basel)*. 2016:6.
11. Battle DE. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *CoDAS*. 2013;25:191-2.
12. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1970;126:983-7.
13. Stanton MW, Joyce PR. Stability of psychiatric diagnoses in New Zealand psychiatric hospitals. *Aust N Z J Psychiatry*. 1993;27:2-8.
14. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Fernandez del Moral AL, Jimenez-Arriero MA, Gonzalez de Rivera JL, et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry*. 2007;190:210-6.
15. Chen YR, Swann AC, Johnson BA. Stability of diagnosis in bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186:17-23.
16. Marneros A, Deister A, Rohde A. Stability of diagnoses in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. Cross-sectional versus longitudinal diagnosis. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*. 1991;241:187-92.
17. Taylor MA. Are schizophrenia and affective disorder related? A selective literature review. *Am J Psychiatry*. 1992;149:22-32.
18. Blacker D, Tsuang MT. Contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1992;149:1473-83.
19. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression, Vol. 1. Oxford University Press; 2007.
20. Schimmelmann BG, Conus P, Edwards J, McGorry PD, Lambert M. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:1239-46.
21. Fraguas D, de Castro MJ, Medina O, Parellada M, Moreno D, Graell M, et al. Does diagnostic classification of early-onset psychosis change over follow-up? *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008;39:137-45.
22. Ruggero CJ, Carlson GA, Kotov R, Bromet EJ. Ten-year diagnostic consistency of bipolar disorder in a first-admission sample. *Bipolar Disord*. 2010;12:21-31.
23. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, Khalsa HM, Sanchez-Toledo JP, Zarate CA Jr, et al. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:458-66.
24. Hirschfeld RM, 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*. 2003;64:161-74.
25. Ratheesh A, Davey C, Hetrick S, Alvarez-Jimenez M, Voutier C, Bechdolf A, et al. A systematic review and meta-analysis of prospective transition from major depression to bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135:273-84.
26. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (NMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord*. 1994;31:281-94.
27. Lopez J, Baca E, Botillo C, Quintero J, Navarro R, Negueruela M, et al. Diagnostic errors and temporal stability in bipolar disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36:205-9.
28. Kessing LV. Diagnostic stability in bipolar disorder in clinical practice as according to ICD-10. *J Affect Disord*. 2005;85:293-9.
29. Laursen TM, Agerbo E, Pedersen CB. Bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia overlap: a new comorbidity index. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:1432-8.
30. Carroll LS, Owen MJ. Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder. *Genome Med*. 2009;1:102.
31. Karege F, Perroud N, Schurhoff F, Meary A, Marillier G, Burkhardt S, et al. Association of AKT1 gene variants and protein expression in both schizophrenia and bipolar disorder. *Genes Brain Behav*. 2010;9:503-11.
32. Pedrós Roselló A, Tenías Burillo J. Estudio de seguimiento a cinco años de la psicosis aguda: evolución diagnóstica y adaptación psicosocial. *Rev Esp Neuropsiquiatr*. 2012;32:261-70.
33. Amin S, Singh SP, Brewin J, Jones PB, Medley I, Harrison G. Diagnostic stability of first-episode psychosis. Comparison of ICD-10 and DSM-III-R systems. *Br J Psychiatry*. 1999;175:537-43.
34. Salvatore P, Baldessarini RJ, Khalsa HM, Amore M, Di Vittorio C, Ferraro G, et al. Predicting diagnostic change among patients diagnosed with first-episode DSM-IV-TR major depressive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:723-31; quiz 731.
35. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, Khalsa HM, Sanchez-Toledo JP, Zarate CA Jr, et al. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of ICD-10 diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2011;72:183-93.
36. Kim JS, Baek JH, Choi JS, Lee D, Kwon JS, Hong KS. Diagnostic stability of first-episode psychosis and predictors of diagnostic shift from non-affective psychosis to bipolar disorder: a retrospective evaluation after recurrence. *Psychiatr Res*. 2011; 188:29-33.
37. Pope MA, Joobar R, Malla AK. Diagnostic stability of first-episode psychotic disorders and persistence of comorbid psychiatric disorders over 1 year. *Can J Psychiatry*. 2013;58:588-94.
38. Heslin M, Lomas B, Lappin JM, Donoghue K, Reininghaus U, Onyejiaka A, et al. Diagnostic change 10 years after a first episode of psychosis. *Psychol Med*. 2015;45:2757-69.
39. Dudek D, Siwek M, Zielinska D, Jaeschke R, Rybakowski J. Diagnostic conversions from major depressive disorder into bipolar disorder in an outpatient setting: results of a retrospective chart review. *J Affect Disord*. 2013; 144:112-5.
40. Alavi F, Nakhaee N, Sabahi A. Diagnostic stability of psychiatric disorders in re-admitted psychiatric patients in Kerman, Iran. *Glob J Health Sci*. 2014;6:294-300.
41. de la Vega D, Pina A, Peralta FJ, Kelly SA, Giner L. A review on the general stability of mood disorder diagnoses along the lifetime. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20:29.
42. de Dios C, Goikolea JM, Colom F, Moreno C, Vieta E. Bipolar disorders in the new DSM-5 and ICD-11 classifications. *Rev Psychiatr Salud Ment*. 2014;7:179-85.