

Jorge Téllez-Vargas. MD \*

# Sensopercepción y manía

---

- **Introducción**
- **Alucinaciones en el trastorno bipolar**
- **Alucinaciones y manía**
- **¿Es la psicosis una dimensión de la manía?**
- **Alucinaciones en niños con trastorno bipolar**
- **Psicosis y congruencia del afecto en la manía**
- **Aspectos etiológicos**
- **Capacidad de *insight***
- **Respuesta al tratamiento**
- **Diagnóstico diferencial**
- **Consecuencias del diagnóstico equivocado**
- **Conclusiones**

---

\* Profesor Titular de Psiquiatra, Universidad El Bosque. Secretario Tesorero de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica. Director del Área de Neuropsiquiatría del Instituto de Neurociencia Universidad El Bosque. Fundador y presidente inaugural de la Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica, Bogotá, Colombia.  
e-mail: [tellezjorge@hotmail.com](mailto:tellezjorge@hotmail.com)

---

*Diagnosticar la esquizofrenia como un trastorno bipolar  
rara vez ocasiona daño pero diagnosticar el trastorno bipolar  
como esquizofrenia afecta el futuro de los pacientes*  
Pope

## INTRODUCCIÓN

EL TRASTORNO bipolar es considerado exclusivamente, por muchos autores, como un trastorno afectivo. Esta afirmación ha hecho que el clínico ante la presencia de un cuadro afectivo que se acompaña de alucinaciones esté tentado a diagnosticar un episodio esquizofrénico e iniciar el tratamiento con antipsicóticos, exclusivamente.

Sin embargo, en los episodios maníacos se observa prevalencia variable de síntomas psicóticos que incluye alucinaciones, trastornos de la forma del pensamiento y alteraciones psicomotoras e incluso catatonia.

GOODWIN y JAMISON <sup>(1)</sup> refieren que el 15% de los pacientes maníacos presentan alucinaciones y destacan que son más frecuentes las auditivas; esta cifra que es similar a la reportada por BLACK y NASSRALLAH <sup>(2)</sup> pero DUNAYEVICH y KLERK encontraron que el 90% de los pacientes bipolares a quienes se les aplicó un cuestionario refirieron haber presentado síntomas psicóticos en algún momento de su enfermedad <sup>(3)</sup>.

Frente a este hecho clínico, que con frecuencia conlleva a un diagnóstico errado y a la instauración de un tratamiento equivocado, que se mantiene durante varios años, es preciso modificar este paradigma para brindar al paciente bipolar mejores y más adecuadas estrategias terapéuticas.

En el presente capítulo se analizan los aspectos psicopatológicos relacionados con la presencia de elementos alucinatorios en los pacientes bipolares y se revisan los factores etiológicos asociados.

## ALUCINACIONES EN EL TRASTORNO BIPOLAR

La presencia de alucinaciones y otros síntomas psicóticos es frecuente en las diferentes fases del trastorno bipolar y se calcula que el 50-75% de los pacientes bipolares los presentan en algún momento de su vida <sup>(3)</sup>.

BLACK y NASSRALLAH estudiaron la prevalencia de alucinaciones y delusiones en 1715 pacientes hospitalizados y encontraron que el 12% de

los pacientes bipolares presentan alucinaciones, que son más frecuentes durante los episodios maníacos <sup>(2)</sup>. En un estudio posterior los autores observaron que la aparición de las alucinaciones se relaciona negativamente con la edad de aparición del trastorno afectivo <sup>(4)</sup>.

BAETHEGE y colaboradores en un estudio con 549 pacientes bipolares hospitalizados encontraron que al momento del ingreso el 11.8% presentaban fenómenos alucinatorios (visuales, auditivas, somáticas) que fueron más frecuentes en mujeres y en los estados maníacos o mixtos en ambos géneros <sup>(5)</sup>. El 66.2% de los pacientes que exhibieron alucinaciones presentaban también elementos delirantes, siendo las alucinaciones olfativas las que mostraron mayor asociación con los delirios. Además, observaron que las alucinaciones son más frecuentes en pacientes jóvenes y se relacionan con mayores niveles de ansiedad, menores niveles educativos, menor capacidad de introspección (*insight*) y hospitalizaciones más prolongadas.

Existe evidencia de la relación entre alucinaciones, especialmente de tipo auditivo, e historia de abuso sexual en la infancia, especialmente en quienes han sido víctimas de incesto <sup>(6)</sup>. HAMMERSLEY y colaboradores <sup>(7)</sup> al estudiar una muestra de 96 pacientes bipolares (32 varones y 64 mujeres) observaron que 45 pacientes (46.8%) presentaron alucinaciones, siendo las auditivas las más frecuentes pero en el grupo de pacientes con historia de abuso el porcentaje de alucinaciones fue mayor (80%).

## ALUCINACIONES Y MANÍA

Aunque se acepta, por consenso, en la práctica que la esquizofrenia y los trastornos afectivos con síntomas psicóticos son dos entidades distintas, en los primeros estadios o cuando se realizan estudios *cross-sectional* es imposible hacer esta separación <sup>(8)</sup>.

La presencia de psicosis en la manía no se refiere exclusivamente a los delirios. EY describe la presencia de un “delirio verbal” en la manía delirante y alucinatoria, que considera una forma clínica específica de los cuadros de exaltación maníaca <sup>(9)</sup>. POPE y LIPINSKI consideran que los delirios inestables que se acompañan de alucinaciones, catatonía y desorganización en la conducta emergen del afecto y conllevan a un sobrediagnóstico de esquizofrenia y un subregistro de los trastornos efectivos <sup>(10)</sup>.

---

KENDLER sugiere que el delirio incongruente que se observa en los episodios afectivos (MICPAI: Mood incongruent psychotic affective illness) es un subtipo clínico de la enfermedad afectiva, con frecuencia indistinguible de un episodio esquizofrénico <sup>(11)</sup> pero otros autores, como BERNER y los pertenecientes a la Escuela de Viena consideran que la manía psicótica es una forma inestable de los estados mixtos.

La presencia de síntomas incongruentes y, entre ellos, alucinaciones que no son congruentes con el estado de ánimo, es frecuente en los episodios de manía y conducen a un diagnóstico clínico equivocado. Los síntomas incongruentes se asocian con mayor severidad de la manía, mayor frecuencia de estados mixtos y pobre respuesta al litio <sup>(10,11)</sup>.

CORYELL y colaboradores observaron en un estudio multicéntrico que la presencia de síntomas psicóticos en la manía predice un menor número de nuevos episodios psicóticos que cuando los síntomas delirantes y alucinatorios hacen parte de un episodio depresivo <sup>(13)</sup>.

En un estudio reciente BRAUNING y colaboradores observaron que los síntomas psicóticos en la manía son más frecuentes en mujeres, con temática paranoide y referencial, aparición más temprana del trastorno bipolar, mayor puntaje en la escala Young y mayor número de episodios depresivos previos <sup>(14)</sup>.

### **¿ES LA PSICOSIS UNA DIMENSIÓN DE LA MANÍA?**

Como comentamos anteriormente, la psicosis se presenta en más de la mitad de los pacientes en episodios maníacos y los síntomas pueden ser tan severos como los observados en la esquizofrenia <sup>(2,5,15)</sup>. Algunos autores como SWAN y colaboradores consideran que la psicosis en sí misma no es un diagnóstico, sino que constituye un aspecto dimensional de la severidad del cuadro clínico que se superpone a otros aspectos del síndrome maníaco y requiere un tratamiento específico <sup>(13,15,16)</sup>.

Los autores identificaron 6 factores: psicosis, impulsividad, hiperactividad, pesimismo ansioso, apariencia estresada y hostilidad que conforman cuatro subtipos (*clusters*) de manía: depresiva, psicótica, clásica e irritable. El factor psicosis contribuye en mayor medida a bajas puntuaciones en la escala Global Assessment Scale Scores (GAS). Figura 1

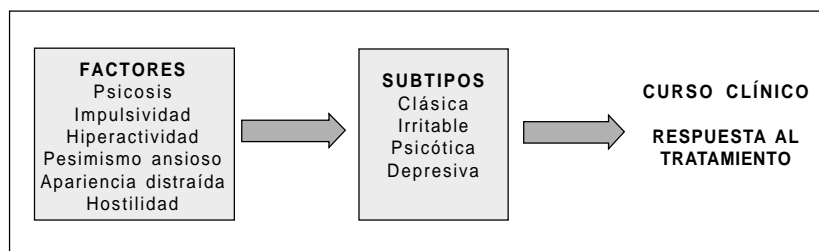
Cada uno de los subtipos difiere en la evolución del curso clínico y en la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, en el subtipo psicótico la in-

tensidad de la manía disminuye significativamente con el tratamiento con divalproato y litio pero no con placebo pero no se observa diferencia en la variación de las puntuaciones de los síntomas psicóticos con la administración de los dos fármacos o con placebo, dado que la psicosis mejora con la disminución de la intensidad de la manía <sup>(16)</sup>.

Estos hechos hacen suponer a los autores que la psicosis es una manifestación no específica de la severidad de la manía que mejora en la medida en que disminuye la intensidad de los síntomas maníacos y que puede responder a la prescripción de fármacos antipsicóticos (olanzapina, por ejemplo) como de fármacos no antipsicóticos (litio y divalproato).

### FIGURA 1

#### Factores y subtipos de la dimensión "psicosis" en la manía <sup>(14,15)</sup>.



### ALUCINACIONES EN NIÑOS CON TRASTORNO BIPOLAR

Hasta hace unas décadas existía el consenso, casi unánime, de que los episodios maníaco depresivos eran raros en niños y adolescentes y, por lo tanto, no es de extrañarse que la enfermedad bipolar no haya sido incluida en la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) <sup>(17)</sup>.

A diferencia del adulto en el niño bipolar los síntomas se entrelazan en un estilo de manía mixta y ciclado rápido y los síntomas son más crónicos que episódicos, aunque pueden observarse las llamadas "tormentas afectivas" que corresponden a crisis de rabia, irritabilidad y explosividad afectiva <sup>(17)</sup>.

El componente psicótico es más frecuente en niños bipolares que en los adultos bipolares, con frecuencia requiere tratamiento intrahospitalario y es indicador de pobre funcionamiento en los períodos interepisódicos, porque refleja un mayor compromiso neurobiológico <sup>(18)</sup>.

La sintomatología psicótica en los niños y adolescentes bipolares es similar a la del adulto. Se observan alteraciones en la valoración de la realidad y en la forma del pensamiento, alucinaciones auditivas, logorrea, tormentas afectivas, disminución de la necesidad de dormir, hipersexualidad y suicidalidad elevada <sup>(19,20)</sup>. Las alucinaciones auditivas verdaderas deben ser diferenciadas de la percepción de sonidos o ruidos como “sentir pasos” o “que alguien golpea la puerta” <sup>(20)</sup>. Con frecuencia la hipomanía se convierte en manía después de la pubertad <sup>(21)</sup>.

Existen escasas investigaciones sobre la presencia de alucinaciones en niños o adolescentes con trastorno bipolar. TILLMAN y colaboradores <sup>(22)</sup> en un estudio con 257 preadolescentes y adolescentes diagnosticados con Trastorno Bipolar tipo I (TB-I) observaron que las alucinaciones son frecuentes (37.4%), aún en niños menores de nueve años de edad, siendo las visuales las más frecuentes (16%). La presencia de alucinaciones solas (5.1%) o acompañadas de delirios (32.3%) predicen una pésima evolución clínica, como se observa en los adultos bipolares.

Como acontece en el adulto, resulta difícil diferenciar la esquizofrenia y el trastorno bipolar en niños y adolescentes, especialmente cuando los síntomas psicóticos son prominentes pero la respuesta al tratamiento farmacológico, es un factor que puede ayudar a dilucidar el diagnóstico <sup>(20)</sup>.

### **PSICOSIS Y CONGRUENCIA DEL AFECTO EN LA MANÍA**

La distinción en la manía de síntomas congruentes con el estado de ánimo y de síntomas no congruentes fue introducida en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) al tener en cuenta los trabajos de JASPERS, ABRAMS y POPE y LIPINSKI <sup>(10)</sup>. Años más tarde, KENDLER precisó el concepto de psicosis afectiva incongruente al revisar la historia familiar, las variables clínicas y biológicas y la respuesta al tratamiento y consideró que este tipo de trastorno corresponde al espectro bipolar y no es una forma de esquizofrenia ni de ningún otro trastorno psicótico <sup>(11)</sup>.

BERNER y los miembros de la llamada escuela de Viena consideran que los rápidos cambios afectivos en la manía conforman un estado mixto inestable que hacen que la realidad le parezca al paciente extraña e inusual <sup>(23)</sup>. Estos sentimientos de extrañeza conforman la llamada “at-

mósfera delusiva” que origina las experiencias pseudo esquizofrénicas, como los síntomas psicóticos no congruentes con el estado afectivo <sup>(24)</sup>.

AZORIN y colaboradores llevaron a cabo en Francia el estudio multicéntrico denominado EPIMAN II-Mille que enroló 1090 pacientes en quienes se evaluaron los factores clínicos, terapéuticos y evolutivos del trastorno bipolar y su relación con los síntomas psicóticos congruentes o no con el afecto <sup>(25)</sup>. Los investigadores observaron que los síntomas psicóticos no congruentes fueron más frecuentes en mujeres y en pacientes casados y estaban constituidos por alucinaciones auditivas, ideas delirantes persecutorias y referenciales, agitación y agresividad con altos puntajes en la escala Young y alto porcentaje de ideas suicidas en la escala de Montgomery-Asberg (MADRS). Los síntomas variaban durante el día, eran desencadenados por múltiples estresores y permanecían durante los períodos interepisódicos. Los pacientes con síntomas psicóticos incongruentes consultaron a un mayor número de médicos y su diagnóstico fue tardío, porque con frecuencia fueron diagnosticados como esquizofrénicos y el primer episodio como un trastorno de ansiedad <sup>(25)</sup>.

En un estudio reciente, MARNEROS y colaboradores concluyen que el TB-I con síntomas psicóticos incongruentes es más severo que el TB-I que no presenta estos síntomas y constituye un epifenómeno de solapamiento, posiblemente genético, entre el “espectro esquizofrénico” y el “espectro bipolar” <sup>(26)</sup>.

## FACTORES ETIOLÓGICOS

### *Factores genéticos*

Los estudios biológicos sugieren una posible relación entre la psicosis y la transmisión familiar del trastorno bipolar. Se han identificado varias regiones cromosómicas como las 10p12-13, 13q32, 18p11, 2, 22q11-13 que están relacionadas con la esquizofrenia y el trastorno bipolar, pero que algunos autores como PAVULURI y colaboradores consideran que estos *loci* están ligados específicamente a la transmisión del componente psicótico y no del trastorno en particular <sup>(20)</sup>.

El gen de la catecol-O-metil transferasa (COMT) es considerado un gen candidato para la psicosis, dado que codifica la enzima que degrada

---

la dopamina y su deleción ocasiona el síndrome cardifacial en el cual más del 30% de los individuos afectados presentan síntomas psicóticos. El polimorfismo del gen (Val-158-Met) ha mostrado asociación con la esquizofrenia en diversos estudios pero el alelo *val* es un factor de riesgo para la aparición de síntomas afectivos en pacientes con psicosis e incrementa el riesgo de aparición temprana del trastorno afectivo <sup>(27)</sup>.

Para algunos autores el trastorno bipolar psicótico corresponde a un subtipo biológico del TB-I caracterizado por aparición temprana, gravedad y severidad de los síntomas y morbilidad aumentada <sup>(28)</sup>.

### *Alteraciones cognitivas*

Durante varios años se consideró que las alteraciones cognitivas observadas en los pacientes bipolares eran leves, transitorias y limitadas a los episodios afectivos pero estudios recientes han demostrado que el déficit cognoscitivo es permanente y se manifiesta aún en los períodos de eutimia <sup>(29)</sup>.

Los pacientes que han presentado un episodio psicótico, independientemente del diagnóstico clínico (trastorno bipolar, esquizofrenia, episodio esquizoafectivo) presentan compromiso en la memoria espacial al compararlos con sujetos sanos o bipolares sin historia de psicosis, pero no se observan diferencias en memoria verbal <sup>(28)</sup>. Esto sugiere el compromiso de alteraciones en regiones cerebrales específicas en los trastornos psicóticos. Los estudios con neuroimagen muestran compromiso de la corteza dorso lateral, que como ya se sabe, está relacionada con los procesos ejecutivos <sup>(30)</sup>.

Los pacientes con historia de psicosis presentan déficit en memoria espacial, atención, memoria declarativa, velocidad en el procesamiento de la información y en las funciones ejecutivas, evaluadas con las pruebas de Stroop, que en algunos casos representa hasta una desviación standard al compararlos con los pacientes bipolares sin historia de psicosis <sup>(28)</sup>. Estas alteraciones no dependen del estado clínico lo que sugiere que el compromiso de la corteza dorsolateral es permanente <sup>(29)</sup>.

Sin embargo, el pobre desempeño de los pacientes bipolares en las subpruebas de interferencia de color/palabra en el Stroop puede ser explicada por las altas puntuaciones de excitabilidad de estos pacientes en el

PANSS, lo que sugiere que los síntomas de excitación tienen una influencia estado dependiente sobre las funciones cognoscitivas<sup>(29)</sup>.

LAKE postula que el compromiso en la atención selectiva que exhiben los pacientes bipolares hace que respondan en forma indiscriminada a diversos estímulos ambientales y que esta información no sea “filtrada” a nivel central, originando que el paciente no pueda priorizar las respuestas y confunda en tiempo y espacio la información recibida. La confusión temporo-espacial de la información externa, sumada a un incremento de los estímulos internos (manía, por ejemplo) ocasionaría errores en la sensorpercepción y en la interpretación de la realidad, que podrían manifestarse como alucinaciones auditivas e ideas delirantes referenciales, síntomas que son frecuentes en los episodios psicóticos bipolares<sup>(31)</sup>.

### *Alteraciones neurobiológicas*

Las investigaciones sugieren la presencia de alteración funcional en la corteza dorso lateral, que originaría el compromiso en la memoria de trabajo, en la capacidad de atender y el déficit cognoscitivo que se mantiene aún en los períodos de eutimia<sup>(28-30)</sup>. En los pacientes con psicosis asociada al trastorno bipolar se ha encontrado aumento de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo y disminución del volumen del hipocampo, hallazgos que también se observan en pacientes esquizofrénicos<sup>(32)</sup>.

En hijos prepúberes de pacientes bipolares, que no habían presentado síntomas ni afectivos ni psicóticos, a quienes se les practicó resonancia magnética cerebral se observó aumento del volumen de la sustancia gris en las regiones peri e hipocampal, áreas que juegan un papel importante en la regulación del estrés y de las respuestas emocionales<sup>(33)</sup>. Las alteraciones cognoscitivas suponen la presencia de disfunción a nivel del glutamato<sup>(30)</sup> pero también se ha observado incremento en la densidad de los receptores D2 en los paciente bipolares con psicosis, incremento que no se observa en los pacientes bipolares sin historia de psicosis, lo que sugiere que los síntomas psicóticos en los pacientes bipolares reflejan procesos biológicos distintos a los que originan los síntomas afectivos<sup>(30)</sup>.

## Abuso sexual

Como lo comentamos anteriormente en los pacientes bipolares es frecuente la historia de abuso sexual<sup>(7,34)</sup>. Diferentes estudios sugieren que el abuso sexual altera la actividad del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal y ocasiona alteraciones permanentes a nivel cerebral, que impiden un afrontamiento adecuado de las situaciones de estrés. Los individuos con historia de abuso sexual tienden a presentar estrategias de proyección, recuerdos intrusivos y baja autoestima que los hace vulnerables ante cualquier evento vital, de tal que manera que un evento vital no solamente puede desencadenar un nuevo episodio sino que puede originar alucinaciones y alteración en la evaluación de la realidad<sup>(7,34,35)</sup>. Figura 2

### FIGURA 2

**Esquema que muestra la interacción del abuso sexual, el déficit cognoscitivo y los síntomas psicóticos en pacientes bipolares.**



### CAPACIDAD DE INSIGHT

La esquizofrenia y el trastorno bipolar comparten dominios psicopatológicos cuyos síntomas derivan de la disfunción de varios sistemas neurocognoscitivos, entre ellos pensamiento abstracto e inferido y trastornos en el lenguaje y la atención, síntomas que tradicionalmente fueron considerados como cardinales para el diagnóstico de esquizofrenia.

PERALTA y colaboradores<sup>(36)</sup> consideran que existe continuidad en los síntomas que comparten los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar, la que origina la presentación de tres dimensiones psicopatológicas en los

dos trastornos: psicosis, excitación y depresión. La escala PANSS que permite al investigador evaluar el componente cognoscitivo resulta útil para diferenciar los dos trastornos <sup>(37,38)</sup>.

Algunos autores agregan un cuarto constructo, la falta de *insight* que permite comprender los tres constructos mencionados anteriormente <sup>(38)</sup>. DANELUZZO y colaboradores observaron falta de *insight* en el 32.4% de los pacientes bipolares estudiados frente al 65.1% de los pacientes con esquizofrenia <sup>(38)</sup>.

En los pacientes esquizofrénicos esta incapacidad se asocia con la presencia de los síntomas negativos pero en los pacientes bipolares la falta de *insight* no está influenciada por los síntomas psicóticos y persiste al momento de ser dados de alta después de una hospitalización <sup>(39)</sup>. Algunos investigadores sugieren que este constructo es el resultado de alteración de las redes que integran el lóbulo temporal con el lóbulo frontal <sup>(40)</sup>.

## RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La presencia de síntomas psicóticos en los pacientes bipolares se relaciona con una menor respuesta al tratamiento <sup>(41)</sup>.

VAN RIEL y colaboradores al seguir durante un año a los pacientes bipolares con manía o estados mixtos que pertenecieron al estudio EMBLEM (un estudio observacional y prospectivo desarrollado durante dos años en 14 países europeos) encontraron que el 15% llenaba los criterios para manía crónica que mostró asociación con bajo nivel de severidad de los síntomas maníacos basales (OR = 0.44, 95% CI 0.37-0.52), menor duración del episodio actual antes de iniciarse el tratamiento (OR = 0.71, 95% CI 0.52-0.96), mayor presencia de alucinaciones y delirios en la medición basal (OR = 1.12, 95% CI 1.03-1.22), menor actividad social (OR = 0.52, 95% CI 0.39-0.70) y mayor compromiso laboral (OR = 1.54, 95% CI 1.01-2.35), resultados que hacen suponer que la cronicidad de la manía está asociada con la presencia de síntomas psicóticos y el compromiso del funcionamiento social y laboral <sup>(41)</sup>.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico entre trastorno bipolar y esquizofrenia es difícil, especialmente en pacientes jóvenes y en los primeros episodios.

No existen síntomas patognomónicos, aunque anteriormente se consideraba que los delirios de grandeza, la depresión y la manía permiten al clínico sospechar la presencia de un trastorno bipolar, en tanto que la falta de *insight* supondría la presencia de un episodio esquizofrénico<sup>(8)</sup>.

Hoy se sabe que en ambas entidades se pueden apreciar estos síntomas y que, inclusive, se puede observar comorbilidad entre los síntomas psicóticos incongruentes de un episodio maníaco y trastorno de pánico<sup>(43)</sup>.

Sin embargo, puede resultar útil que en el momento de hacer el diagnóstico se tengan en cuenta las características de la afectividad, la presencia de síntomas negativos, la capacidad de *insight*, la historia familiar, el curso previo de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, que pueden ayudar a dilucidar el diagnóstico<sup>(8,43)</sup>.

## CONSECUENCIAS DEL DIAGNOSTICO EQUIVOCADO

La esquizofrenia es considerada como un trastorno crónico, razón por la cual, un buen número de clínicos no reconsidera el diagnóstico y mantiene un esquema de tratamiento con antipsicóticos durante un tiempo prolongado<sup>(44)</sup>.

Si un paciente con manía psicótica es diagnosticado como esquizofrénico está condenado a recibir tratamiento con antipsicóticos, que con frecuencia se mantienen a iguales dosis, y a que no se le prescriban estabilizadores del ánimo. Este tratamiento, a todas luces inadecuado, ocasiona hospitalizaciones prolongadas y frecuentes, aumento del ciclado y el *kindling*, aumento de la exotoxicidad, disminución de la neurogénesis, incremento de la suicidalidad y aumento del estigma<sup>(44,45)</sup>.

## CONCLUSIONES

Las alucinaciones y delirios son frecuentes en el TB y están relacionadas con las alteraciones cognitivas y con historia de abuso sexual en la infancia.

Los síntomas psicóticos predicen un peor pronóstico y menor grado de recuperación clínica y con frecuencia conducen a un diagnóstico equi-

vocado. Para evitarlo es necesario utilizar entrevistas estructuradas y escalas como la PANSS y dejar a un lado paradigmas en desuso o términos heurísticos.

Es necesario tener en cuenta la presencia de otros “síntomas” para realizar un diagnóstico correcto y ante la duda, utilizar el término “psicosis no especificada” que permite revisar el diagnóstico y no encasillar al paciente como un enfermo esquizofrénico, porque el error en el diagnóstico ocasiona graves consecuencias en la evolución del cuadro clínico y en la calidad de vida del paciente.

Al parecer, en los pacientes bipolares la proclividad a la psicosis y la disfunción cognoscitiva comparten una misma etiología neurobiológica y puede ser considerada como un endofenotipo del trastorno bipolar tipo I.

## REFERENCIAS SELECCIONADAS

1. Goodwin & Jamison: Manic Depressive Illness. 2007. Second Edition. Oxford University Press, p 29-40
2. Black DW, Nasrallah A. Hallucinations and delusions in 1,715 patients with unipolar and bipolar affective disorders. *Psychopathology*. 1989;22(1):28-34
3. Dunayevich E, Keck PE Jr. Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Curr Psychiatry Rep*. 200 Aug;2(4):286-90
4. Black DW, Winokur G, Nasrallah A, Brewin A. Psychotic symptoms and age of onset in affective disorders. *Psychopathology*. 1992;25(1):19-22
5. Baethge C, Baldessarini RJ, Freudenthal K, Streeruwitz A, Bauer M, Bschor T. Hallucinations in bipolar disorder: characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia. *Bipolar Disorders*. 2005;7:136-145
6. Read J, Argyle N. Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatric Serv*. 1999 nov;50(11):1467-72
7. Hammersley P, Dias A, Todd G, Bowen-Jones K, Reilly B, Bentall R. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *Br J Psychiatry*. 2003;182:543-547
8. Pini S, de Queiroz V, Dell’Osso L, Abelli M, Mastrocinque C, et al. Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features. *Eur Psychiatry*. 2004;19:8-14
9. Ey H. *Tratado de Psiquiatría*. 1975 Toray-Masson, Barcelona, p
10. Pope HG Jr, Lipinski JF Jr. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a reassessment of the specificity of “schizophrenic” symptoms in the light of current research. *Arch Gen Psychiatry*. 1978 jul;35(7):811-28

11. Kendler KS. Mood incongruent psychotic affective illness. A historical and empirical review. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Apr;48(4):362-9
12. Lipkin KM, Dyrud J, Meyer GG. The many faces of mania. Therapeutic trial of lithium carbonate. *Arch Gen Psychiatry*. 1970 Mar;22(3):262-7
13. Coryell W, Leon AC, Turvey C, Akiskal HS, Mueller T, Endicott J. The significance of psychotic features in manic episodes: a report from the NIMH collaborative study. *J Affect Disord*. 2001 Dec;67(1-3):79-88
14. Brauning P, Sarkar R, Effenberger S, Schoofs N, Kruger S. Gender differences in psychotic bipolar mania. *Gen Med*. 2009 Jul;6(2):356-61
15. Swan AC, Janicak P, Calabrese JR, et al. Structure of mania: depressive, irritable, and psychotic clusters with different retrospectively-assessed course patterns of illness in randomized clinical trial participants. *J Affect Disord*. 2001;67:123-132.
16. Swan AC, Daniel DG, Kochan L, Wozniak P, Calabrese J. Psychosis in mania: Specificity of its role in Severity and Treatment Response. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jun; 65:825-29
17. Puerta G. Trastorno bipolar en niños y adolescentes. *Avances*. 2003(4):26-45
18. Cannon M, Jones P, Gilvarry C, Rifkin L, McKenzie K, Foester A, et al. Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorder. Similarities and differences. *Am J Psychiatry*. 1997;154:1544-50
19. Geller B, Zimerman B, Williams M, DelBello MP, Frazier J, Beringer L. Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. *J Child Adolescent Psychopharmacol*. 2002 Spring;12(1):3-9.
20. Pavuluri MN, Herbener ES, Sweeney JA. Psychotic symptoms in pediatric bipolar disorder. *J. Affect Disord*. 2004;80:19-28
21. Akiskal HS, Downs J, Jordan P, Watson S, Pruitt DB. Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:996-1003
22. Tillman R, Geller B, Klages T, Corrigan M, Bolhofner K, Zimerman B. Psychotic phenomena in 257 young children and adolescents with bipolar I disorder: delusions and hallucinations (benign and pathological). *Bipolar Disorders*. 2008;10:45-55
23. Berner P. *Psychiatrische Systematik*. Dritte Auflage. Huber, Bern
24. Maggini C, Salvatore P, Gerhard A, Migone P. Psychopathology of stable and unstable mixed states: a historical review. *Compr Psychiatry*. 2000;41:77-82
25. Azorin JM, Akiskal H, Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J Affect Disord*. 2006;96:215-223
26. Marneros A, Rottig S, Rottig D, Tschardtke A, Brieger P. Bipolar I disorder with mood-incongruent psychotic symptoms: a comparative longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Apr;259(3):131-6

27. McClay JL, Fanous A, Van der Oord E, Webb BT, Walsh D, Chen X. Catechol-O-methyltransferase and the clinical features of Psychosis. *Am J Med Genetics*. 2006; 141B:935-38
28. Glahn DC, Bearden CE, Barguil M, Barrett J, Borden C, Soares J, et al. The neurocognitive signature of psychotic bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;62:910-16
29. Selva G, Salazar J, Balanza-Martínez V, Martínez-Aran M, Rubio C, Daban C, et al. Bipolar I patients with and without a history of psychotic symptoms: Do they differ in their cognitive functioning? *J Clin Res*. 2007;41:265-272
30. Glahn DC, Kim J, Cohen MS, Poutanwen VP, Therman S, Bava S, et al. Maintenance and manipulation in spatial working memory: Dissociations in the prefrontal cortex. *Neuroimage*. 2002;17:201-213
31. Lake CR. Hypothesis: grandiosity and guilt cause paranoia; paranoid schizophrenia is a psychotic mood disorder; a review. *Schizophr Bull*. 2008 Nov;34(6):1151-62
32. Strasser HC, Lilestrom J, Ashby ER, Honeycutt NA, Schretlen DJ, Pulver AE, et al. Hippocampal and ventricular volumes in psychotic and nonpsychotic bipolar patients compared with schizophrenia patients and community control subjects: a pilot study. *Biol Psychiatry*. 2005 Mar;57(6):633-9
33. Ladouceur CD, Almeida J, Birmaher B, Axelson D, Nau Sharon, et al. Subcortical gray matter volume abnormalities in healthy bipolar offspring: potential neuroanatomical risk marker for bipolar disorder? *J Am Acad Adolesc*. 2008;47:5-532-39
34. Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein T, Goldstein BI, et al. Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2009 Jan;112(1-3):144-50
35. Savitz JB, van der Merwe L, Stein DJ, Solms M, Ramesar RS. Neuropsychological task performance in bipolar spectrum illness: genetics, alcohol abuse, medication and childhood trauma. *Bipolar Disord*. 2008 Jun;10(4):479-94
36. Peralta V, Cuesta MJ, Farre C. Factor structure of symptoms in functional psychoses. *Biol Psychiatry*. 1997;42:806-815
37. David A, Van Os, Jones P, Harvey J, Foerster A, Fahy T. Insight and Psychotic illness. *Br J Psychiatry*. 1995;167:621-628
38. Daneluzzo E, Arduini L, Rinaldi O, Di Domenico M, Petrucci C, et al. PANSS factors and scores in schizophrenic and bipolar disorders during and index acute episode: a further analysis of the cognitive component. *Schizophr Res*. 2002;56:129-136
39. Peralta V, Cuesta MJ. Lack of insight in mood disorder. *J Affect Disord*. 1998;49:55-58
40. Flaherty AW. Frontotemporal and dopaminergic control of idea generation and creative drive. *J Comp Neurol*. 2005 Dec;493(1):147-53
41. Swann AC, Daniel DG, Kochan LD, Wozniak PJ, Calabrese JR. Psychosis in mania: specificity of its role in severity and treatment response. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jun;65(6):825-9

- 
42. Van Riel WG, Vieta E, Martinez-Aran A, Haro JM, Bertsch J, Reed C, Van Os J. Chronic mania revisited: factors associated with treatment non-response during prospective follow-up of a large European cohort (EMBLEM). *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(4):313-20
  43. Akiskal HS, Puzatian VR. Psychotic forms of depression and mania. *Psychiatr Clin North Am*. 1979;2:419-39
  44. Gonzalez-Pinto A, Gutierrez M, Mosquera F, Ballesteros J, Lopez P, et al. First episode in bipolar disorder: misdiagnosis and psychotic symptoms. *J Affect Disord*. 1998;50:41-44
  45. Meyer F, Meyer TD. The misdiagnosis of bipolar disorder as a psychotic disorder: some of its causes and their influence on therapy. *J Affect Disord*. 2009 Jan;112(1-3):174-83