

Polaridad predominante en pacientes bipolares tipo I. *Estudio en una población aislada con alta prevalencia de trastornos de ánimo*

Antonio Carlos Toro Obando¹
Ángela María Agudelo García²
María Aurora Gallo Rodríguez³
Tomás Felipe Restrepo Palacio⁴
Miguel Soto Ontoso⁵
Alejandra Tamayo⁶
Carlos Alberto López Jaramillo⁷

Resumen

Introducción: Estudios recientes han demostrado que la descripción de la polaridad predominante tiene efectos en la detección temprana y el inicio oportuno del tratamiento en los pacientes con trastorno afectivo bipolar (TAB). *Metodología:* Estudio descriptivo de corte transversal en 101 pacientes con TAB procedentes de una muestra poblacional genéticamente aislada de la región colombiana de Antioquia. *Resultados:* El estudio abarcó una población de 101 pacientes con diagnóstico de TAB tipo I, de los cuales 57,4% cumplieron criterios de polaridad maniaca (PM), 10,1% presentaron polaridad depresiva (PD) y 25,7% fueron clasificados con polaridad indefinida (PI). En comparación con los otros, los pacientes con PM tienen menor nivel educativo y menor edad de inicio y hay más solteros que en los otros grupos. La mayor prevalencia de suicidio se dio dentro del grupo de PM. El grupo de PM presentó un mayor consumo de cannabinoides y cocaína. Dentro del grupo de PD se registró una fuerte tendencia al consumo de cigarrillo y alcohol. Respecto a los fármacos consumidos a lo largo de la vida por los pacientes que conforman el estudio, los antipsicóti-

1 Médico Psiquiatra, Grupo de Investigación en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

2 Médica Psiquiatra, Grupo de Investigación en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

3 Terapeuta Ocupacional, Grupo de Investigación en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

4 Médico General, Grupo de Investigación en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

5 Residente de cuarto año de Psiquiatría UGC Salud Mental Jerez de la Frontera, Cádiz, España.

6 Médica Psiquiatra, Grupo de Investigación en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

7 Médico Psiquiatra, MSc, PhD, Coordinador Grupo de Investigación en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; Grupo de Investigación en Psiquiatría (GIPSI), Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

cos fueron el grupo más usado, seguido por el litio y los anticonvulsivantes. Hay un elevado porcentaje de pacientes con PM que usaron antidepresivos a lo largo de su vida. *Conclusiones:* La polaridad del primer episodio de la enfermedad parece ser un parámetro de pronóstico válido en cuanto a la polaridad de los episodios subsiguientes; por lo tanto funciona de forma indirecta como predictor del curso de la enfermedad.

Palabras clave: Trastorno afectivo bipolar, trastornos del ánimo, polaridad predominante, población genéticamente aislada.

Predominant polarity in type-I bipolar patients. Study in an isolated population with a high prevalence of mood disorders

Abstract

Introduction: Recent studies have shown that the predominant description of polarity has effects upon early detection and the timely beginning of treatment in patients with bipolar affective disorder (BAD). *Methodology:* Cross sectional cut and descriptive study in 101 BAD patients coming from a genetically isolated population from the Colombian Region of Antioquia. *Results:* The study covered a population of 101 patients with type-I BAD diagnosis, out of which 57,4% met the criteria for maniac polarity (MP), 10,1% exhibited depressive polarity (DP) and 25,7% were classified with Indefinite Polarity (IP). In comparison, MP patients have a lower education level and less starting age, including a greater number of single people. The MP group showed the greatest prevalence of suicide and greater use of cannabinoids and cocaine. Within the DP group there was a strong tendency to cigarette and alcohol consumption. With respect to pharmaceutical drugs consumed by the study patients during their lives, antipsychotics were the most widely used group, followed by lithium and anticonvulsivants. There is high percentage of MP patients who have used antidepressants

during their lives. *Conclusion:* The polarity of the first episode of the disease seems to be a valid predictive parameter concerning the polarity of subsequent episodes; therefore, it works indirectly as a valid predictor of the disease's course.

Key words: Bipolar Affective disorder, mood disorder, predominant polarity, genetically isolated population.

Introducción

El trastorno afectivo bipolar tipo I (TAB I) se define clásicamente por la aparición de manías que pueden manifestarse con o sin síntomas psicóticos y se caracteriza por episodios de oscilación del estado de ánimo o tono energético vital —con días, semanas o meses de duración—, que pueden ir desde el apagamiento vital global o depresión, hasta la exaltación vital global o manía y pueden llevar a una marcada disfunción social (1). Estos ciclos están separados usualmente por períodos de remisión completa de la sintomatología, y su curso es generalmente crónico y recurrente (2).

La prevalencia a través de la vida para el trastorno afectivo bipolar tipo I (TAB I) varía en la población general entre 0,4% y 1,6%, y para el trastorno afectivo bipolar tipo II (TAB II), es de 0,5% (3). El *Tercer Estudio de Salud Mental* realizado en Colombia en el año 2003 (4) encontró que la prevalencia en la vida del TAB I es de 1,8%, siendo un poco más alta en los hombres

(2,1%), que en las mujeres (1,5%). Por su parte, en el caso del TAB II corresponde al 0,2% (4).

El concepto de polaridad predominante (PP) fue introducido por Angst en 1978 y ha recobrado su vigencia en los últimos años gracias a los trabajos de Colom *et al.* en 2006 y de Rosa *et al.* en 2008 (5). Para delimitar el concepto de PP, se estableció una definición restrictiva según la cual es necesario que al menos 2/3 de los episodios sufridos por un paciente en el curso de su enfermedad sean maniacos o depresivos, de esta manera se determina la polaridad predominante de ese paciente como maniaca o como depresiva, respectivamente. En los casos en los que no se alcancen los 2/3 de episodios de una sola polaridad se consideran indeterminados (6).

Mediante el uso de este criterio las investigaciones han encontrado que cerca de la mitad de los pacientes que padecen de TAB tienen PP, y que de estos cerca del 60% sufren de episodios depresivos principalmente. De manera interesante, en los estudios que no consideran el concepto de PP y solo son tenidos en cuenta el número de días que dura un episodio, la depresión aparece como la PP tanto en los TAB I como en los TAB II (7). Sin embargo, no todos los estudios han encontrado que la depresión domine sobre la manía; tal como demuestra Osher *et al.* (2000) reportaron un predominio del curso maniaco de la enfermedad en el sur de Israel (8). Más allá de esto, los

estudios también han descrito que la polaridad del primer episodio de la enfermedad es un predictor válido de la polaridad de los episodios subsiguientes (7). Cada vez hay más evidencia que señala que la PP es un parámetro de pronóstico válido que puede ayudarle a los clínicos en la toma de decisiones.

En la polaridad depresiva (PD) se ha encontrado que el primer episodio es frecuentemente depresivo e incluye características melancólicas por lo regular; siendo, además, el patrón estacional más probable en pacientes con esta polaridad. En la PD, comparada con la PM, se ha encontrado que transcurre un mayor número de años antes de ser diagnosticada, y que el principal error diagnóstico corresponde a la depresión unipolar. En promedio transcurren diez años hasta llegar al diagnóstico correcto y formular el tratamiento adecuado. Este retraso es particularmente importante porque los pacientes con PD tienen un mayor riesgo de ser tratados con antidepresivos, lo cual incrementa el riesgo de viraje a manía y crisis de presentación rápida, empeorando de esta manera el curso de la enfermedad a largo plazo (9). Así mismo, la falta de un tratamiento efectivo predispone a la recurrencia de la enfermedad y al desarrollo de síntomas subsindromáticos crónicos los cuales se asocian al deterioro cognitivo y del funcionamiento (10). Desde el punto de vista clínico, la PD es asociada a un mayor número de

intentos de suicidio, a una edad de inicio más temprana y a un mayor número de hospitalizaciones, motivos por los cuales caracteriza un perfil más severo y crónico de la enfermedad (11). Otro de los hallazgos establece que en la PD la presencia de eventos vitales precede el inicio de la enfermedad con más frecuencia, mientras que el abuso de sustancias antecede comúnmente el comienzo de la enfermedad en los pacientes con polaridad maniaca (8).

Como el TAB es una enfermedad crónica, la elección del tratamiento debe basarse en el curso de la enfermedad, por ello sería interesante tener en cuenta especificadores de largo plazo como la PP (12). Debido a que la PP es asociada con la polaridad de inicio, la estrategia de tratamiento se podría anticipar y definirse de manera temprana al seleccionar el tratamiento más efectivo, de manera que se pudieran adaptar las estrategias de tratamiento de acuerdo con la polaridad observada (13).

Los objetivos del presente estudio son: establecer la PP en los pacientes con TAB que asisten al Grupo de Trastornos del Ánimo de la Universidad de Antioquia en la Fundación San Vicente de Paul en Medellín, Colombia; determinar cómo influye la polaridad del primer episodio sobre el curso de la enfermedad; describir las características clínicas de los pacientes según la PP, y evaluar el tipo de respuesta a los fármacos de acuerdo con la polaridad que presenten. De

esta forma, pretendemos contribuir al conocimiento sobre la PP en la enfermedad bipolar y aportar en cuanto a la validez del concepto y su valor pronóstico.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 101 pacientes con TAB procedentes de una muestra poblacional genéticamente aislada en la región colombiana de Antioquia. Dichos pacientes asisten al Grupo de Trastornos del Ánimo de la Universidad de Antioquia en el Hospital San Vicente de Paul, en Medellín, Colombia, y reúnen los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para TAB I. Es un grupo de pacientes de alta complejidad, creado en 1989, que cuenta con aproximadamente 140 integrantes.

Los pacientes fueron incluidos luego de verificarse el cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para TAB I, por medio de datos obtenidos a través de la Entrevista Diagnóstica para Estudios Genéticos (DIGS). Se verificó la ausencia de cualquier otra enfermedad que pudiese confundir el diagnóstico de trastorno bipolar.

La PP se estableció con base en la historia clínica y el DIGS. La polaridad maniaca se determinó cuando 2/3 del total de episodios experimentados por el paciente cumplieron los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR de episodio maniaco o hipomaniaco, y se hizo de la misma

manera para la polaridad depresiva cuando 2/3 del total de episodios cumplían los criterios del Episodio Depresivo Mayor según el DSM-IV-TR. En los casos en los que estos criterios no se cumplieron se definieron como polaridad indeterminada. Además, fueron medidas variables clínicas y demográficas como edad, sexo, escolaridad, estado civil, comorbilidad, historia de tratamientos farmacológicos previos y consumo de sustancias.

Se obtuvo un consentimiento informado de todos los participantes en el estudio.

Resultados

El estudio abarcó una población de 101 pacientes con diagnóstico de TAB I, de los cuales un 57,4% (58) cumplieron los criterios de polaridad maniaca (PM); un 10,1% (10) presentaron Polaridad Depresiva (PD) y un 25,7% (26) fueron clasificados dentro del grupo de Polaridad Indefinida (PI). Fueron excluidos del análisis un total de 7 pacientes por falta de datos completos (tabla 1).

En cuanto a los datos demográficos se obtuvieron los siguientes resultados: en un rango entre los 27 y los 85 años, la edad promedio fue de 50 años. El promedio de edad de los pacientes del grupo de PM fue mayor comparado con el grupo de pacientes de PD y de PI. Los pacientes tuvieron 9,15 años de educación en promedio, siendo menor en el grupo de PM (8,29 años)

que el de PD (13,3 años) y el de PI (9,34 años) (tabla 1).

Con respecto al estado civil, los solteros fueron mayoría en el total de la muestra (42,57%), siendo el grupo de PM el que contó con un mayor porcentaje de ellos (44,82%), seguido por el de PD (44%). El grupo de PI tuvo un 38,46% de solteros (tabla 1).

La edad de inicio promedio fue de 24,7 años, con un rango entre los 7 y los 56 años, siendo el grupo de PM el que más temprano comenzó (23,7 años), seguido por el de PD (25,5), mientras que el grupo de PI fue el que tuvo un inicio más tardío (27,15 años) (tabla 1).

Del total de la muestra, 11 pacientes tuvieron intentos de suicidio. Llama la atención que dentro del grupo de PD no se reportaron intentos de suicidio, mientras que sí los hubo en el grupo de PM en 14% de los pacientes y el grupo de PI un 11%, para un total del 11% en toda la muestra (tabla 1).

En cuanto a la polaridad del primer episodio, en el grupo de PM el 82,7% presentó PM y el 17,2% PD; en el grupo de PD, el 100% debutó con esta enfermedad, y en el de PI, un 53% presentó PM al inicio de la enfermedad, mientras que un 34,6% inició con PD (tabla 1).

En relación con consumo de sustancias, el grupo de PM mostró una mayor tendencia al abuso de las mismas, con 25,8% de pacientes con tabaquismo, 18,3% con consumo de alcohol, 17,8% con consumo de cannabinoides y 6,9% con consumo

Tabla. 1 Datos de los pacientes

Variable	TABI	PM	PD	PI
		57,4% (n=58)	10,1% (n=10)	25,7% (n=26)
Edad	50 (27-85)	51,08 (28,81)	45,6 (30-58)	49,8 (30-85)
Educación (años)	9,15	8,29	13,3	9,34
Intentos de suicidio (%)	11 (10,89)	8 (14,03)	0 (0)	3 (11,53)
Edad de inicio	24,7 (7-56)	23,7 (7-55)	25,5 (13-38)	27,15 (11-56)
Episodios maniacos (%)	90 (89,1)	58 (100)	10 (100)	26 (100)
Episodios depresivos (%)	55 (54,55)	58 (100)	10 (100)	26 (100)
Episodios mixtos (%)	8 (7,92)	58 (100)	10 (100)	26 (100)
Polaridad primer episodio (%)				
Manía	62 (61,38)	48 (82,75)	0 (0)	14 (53,8)
Depresión	29 (28,71)	10 (17,24)	10 (100)	9 (34,6)
Mixto	3 (2,97)	0 (0)	0 (0)	3 (11,53)
Desconocido	7 (6,93)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Estado civil (%)				
Soltero	43 (42,57)	26 (44,82)	4 (40)	10 (38,46)
Casado	31 (30,69)	17 (29-31)	5 (50)	8 (30,76)
Unión libre	4 (3,96)	0 (0)	1 (10)	3 (11,53)
Divorcio	5 (4,95)	4 (6,89)	0 (0)	1 (3,84)
Viudo	16 (15,84)	19 (18,81)	0 (0)	3 (11,53)
Desconocido	2 (1,98)	1 (0,99)	0 (0)	1 (3,84)

Tabla 2. Drogas de abuso vs polaridad

Drogas de abuso	TAB I 100% (n= 101)	PM 57,40% (n=58)	PD 10,10% (n= 10)	PI 25,70% (n=26)
Alcohol (%)	17 (16,83)	11 (18,29)	3 (30)	2 (7,69)
Tabaco (%)	24 (23,76)	15 (25, 86)	4 (40)	5 (19,23)
THC (%)	10 (9,9)	5 (17,85)	0 (0)	3 (11,53)
Cocaína (%)	7 (6,93)	4 (6,89)	0 (0)	2 (7,69)
Otras (%)	2 (1,98)	2 (3,44)	0(0)	0(0)

de cocaína. Dentro del grupo de PD se registró una fuerte tendencia al consumo de cigarrillo (40%) y de alcohol (30%). En el grupo de PI el consumo de cigarrillos (19,2%) y

marihuana (11,5%) fue mayor frente al del alcohol (7,7%) (tabla 2).

Con respecto a los fármacos utilizados a lo largo de la vida por los pacientes que conformaron el

Tabla 3. Medicamentos vs polaridad

Medicamentos	TAB I 100% (n= 101)	PM 57,40% (n= 58)	PD 10,10% (n=10)	PI 25,50% (n=26)
Litio (%)	70 (69,30)	46 (79,31)	7 (70)	14 (3,84)
Anticonvulsivantes (%)	58 (57,42)	39 (67, 24)	3 (30)	11 (42,3)
Antidepresivos (%)	43 (42,57)	29 (50)	3 (30)	11 (42,3)
Antipsicóticos (%)	84 (83,16)	52 (89,65)	9 (90)	17 (65,38)
Benzodiacepinas (%)	53 (52,47)	39 (67,24)	4 (40)	9 (34,61)

estudio, los antipsicóticos fueron el grupo farmacológico más usado en el conjunto de la muestra (83,16% de los pacientes), seguido por el litio (69,30%) y los anticonvulsivantes (57,42%). Si tenemos en cuenta la PP, en los distintos grupos se mantuvo este orden exceptuando el grupo de PD cuyo tercer grupo farmacológico más usado fueron las benzodiacepinas. Al respecto, uno de los hallazgos más llamativos fue el elevado porcentaje de pacientes con PM que utilizó a lo largo de su vida antidepresivos (50%) (tabla 3).

Discusión

Este estudio confirma algunos de los hallazgos previos en relación con las diferencias en las características clínicas y demográficas de los pacientes bipolares de acuerdo con su polaridad predominante (12). Es importante señalar que la muestra pertenece al grupo poblacional paisa, genéticamente aislado

De acuerdo con estudios anteriores encontramos que más de la mitad de los pacientes bipolares (67,50%)

en nuestra muestra cumplieron con los criterios de alguna PP.

La PM fue mayor en nuestro estudio, presentándose en un 57,4% (58 pacientes) del total de los pacientes, seguida por la PI en un 25,7% (26 pacientes); la PD en nuestra muestra se dio únicamente en un 10,1% (10 pacientes) del total. La mayor frecuencia en PM no es habitual de acuerdo con lo reportado en estudios anteriores (14), si bien existe literatura al respecto con hallazgos similares. Hacemos una hipótesis de si esta mayor frecuencia de PM hallada en nuestro estudio puede deberse a las características de la selección de la muestra del estudio, ya que se compone en su totalidad por pacientes BPI. Se debe tener en cuenta que la mayor prevalencia de PD ha sido encontrada en su mayor parte en estudios que incluían TAB I y TABII (15) y nuestra muestra carece de estos últimos. No obstante, existen en la literatura reportes de muestras conformadas únicamente por pacientes TAB I en los que la PD también ha sido la más frecuente (16). Esto nos lleva a plantearnos si

se trata de una característica específica de la población genéticamente aislada paisa.

La polaridad del episodio inicial de la enfermedad tiene un importante valor pronóstico en la polaridad de los episodios subsiguientes (17). En nuestra muestra el 100% de los pacientes que cumplía los criterios de PD comenzó con un episodio depresivo y un 82,7% de los pacientes con PM inició con un episodio de características maníacas. En nuestro estudio concluimos que la polaridad del episodio inicial de la enfermedad tuvo un alto valor predictivo para la polaridad predominante en el curso del trastorno bipolar.

Los pacientes con PM tuvieron un inicio más temprano de la enfermedad (la media fue de 23,7 años), en comparación con los pacientes con PD (cuya media fue de 25,5 años). Aunque debemos ser cautelosos debido al escaso número de pacientes con PD incluidos en nuestro estudio, hecho que podría causar un error de tipo II, este hallazgo confirma lo reportado en anteriores estudios (15).

Otro de los hallazgos importantes en la muestra paisa genéticamente aislada fue la asociación entre PM y niveles educativos más bajos, estado civil soltero y mayor consumo de sustancias.

El TAB es una entidad con una importante morbimortalidad y cronicidad (18) claramente asociado con un alto riesgo de ideación e intentos suicidas; la muerte atribuida a dicha causa sucede entre un 10-15% de

los pacientes (19). Contrario a lo reportado en estudios anteriores en los que la PD está relacionada con más intentos de suicidio a lo largo de la vida (20), encontramos un mayor número de estos en el grupo de PM. Aunque debemos ser cautelosos debido a las limitaciones de nuestro estudio, una de las hipótesis que planteamos de cara a futuros estudios es que el riesgo suicida puede relacionarse más con factores como la edad de inicio, el tiempo total de enfermedad y los estados de intoxicación aguda por sustancias de abuso, es decir por variables que en otros estudios son más frecuentes en la PD, pero que en nuestro trabajo se dan de forma más prevalente en la PM (21).

La PP ha demostrado ser un parámetro de pronóstico válido con importantes implicaciones clínicas y terapéuticas a corto y largo plazo. Esta se ha asociado a diferentes patrones de expresión clínica, de curso de la enfermedad, de comorbilidad y de respuesta farmacológica (22). Esto, sumado a que la PP corresponde en gran medida con la polaridad del episodio inicial, permite plantear el uso de la PP como un especificador de curso para clasificaciones dimensionales hipotéticas (23).

En nuestro estudio un gran porcentaje de los pacientes con PM habían sido tratados en algún momento de sus vidas con antipsicóticos atípicos (89,65%), aunque de forma sorprendente también encontramos que un importante porcentaje de los

mismos (50%) había recibido tratamiento antidepresivo con el consiguiente riesgo de viraje y ciclación que esto conlleva.

Debido a las diferentes características clínicas de los pacientes según su polaridad, se pueden implementar estrategias preventivas y terapéuticas más precoces y acordes con el perfil de cada uno de los pacientes, optimizando de esta manera los recursos farmacológicos de los que disponemos gracias a constructos como el Índice de Polaridad Farmacológico (13). La precocidad en la instauración del tratamiento y el establecimiento de estrategias farmacológicas que disminuyan al máximo la posibilidad de recaídas son particularmente importantes en el TAB. Además, una implantación temprana del tratamiento facilitarían la adherencia al mismo, siendo este otro hecho importante ya que la mayor parte de las recaídas se producen en épocas de abandono del mismo (10). De esta manera, al ser la PP un parámetro con las características predictivas anteriormente reseñadas en cuanto al curso de la enfermedad y a la respuesta al tratamiento, consideramos que es en este marco clínico donde reside la verdadera importancia de este concepto ya que facilitaría la instauración precoz del tratamiento correcto en estos pacientes, logrando una mayor adherencia al mismo y disminuyendo así la probabilidad de recaídas, a causa del deterioro cognitivo y, por tanto, posibilitando un mejor curso de la enfermedad.

Conclusiones

Debido a que la enfermedad bipolar es una condición crónica cuyo tratamiento se debe basar en el curso de la enfermedad, es correcto considerar especificadores a largo plazo. Teniendo en cuenta esto, algunos investigadores apoyan ahora la idea de incluir la PP como un especificador relevante en futuras clasificaciones para ayudar así a los clínicos con sus decisiones terapéuticas. Aunque de momento hacen faltan más estudios para validarlo como especificador, las investigaciones actuales apuntan hacia ello.

En nuestro estudio la polaridad del episodio inicial de la enfermedad parece ser un parámetro de pronóstico válido en cuanto a la polaridad de los episodios subsiguientes; por lo tanto, funciona de forma indirecta como un predictor del curso de la enfermedad.

Al tener la PP estas características, consideramos dicho concepto un instrumento adecuado y útil tanto clínica, como para la optimización del uso de las herramientas terapéuticas de las que disponemos.

Con relación a futuros estudios, y debido a las discordancias halladas en nuestra muestra con respecto a reportes anteriores en parámetros como mayor prevalencia de la PM o mayor número de intentos de suicidio en pacientes con PM, consideramos interesante replicar el estudio con un mayor tamaño muestral, y si dichas diferencias se mantienen e incluyen

un significado estadístico adecuado, hacer el intento de esclarecer si esto se debe a las características específicas de la población paisa genéticamente aislada.

Financiación

El presente artículo recibió financiación de la Universidad de Antioquia.

Referencias

1. de Flores T, Toro J, Masana J, et al. (traductores). DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4.^a ed. Barcelona: Masson; 1995.
2. Akiskal H, Cvetkovich-Bakmas M, García-Bonetto G, et al. Trastornos bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. 1.^a ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006.
3. Goodwin F, Jamison K. Manic Depressive Illness: Bipolar Disorder and Recurrent Depression. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2007.
4. Posada J, Gómez LF, Gómez LC. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Bogotá: Ministerio de Salud; 2003.
5. Vieta E, Berk M, Wang W, et al. Predominant previous polarity as an outcome predictor in a controlled treatment trial for depression in bipolar I disorder patients. *J Affect Disord.* 2009;119:22-7.
6. González-Pinto A, Alberich S, Barbeito S, et al. Different profile of substance abuse in relation to predominant polarity in bipolar disorder. The Vitoria long-term follow-up study. *J Affect Disord.* 2010;124:250-5.
7. Colom F, Vieta E, Daban C, et al. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 2006;93:13-7.
8. Osher Y, Yaroslavsky Y, el-Rom R, et al. Predominant polarity of bipolar patients in Israel. *World J Biol Psychiatry.* 2000; 1:187-9.
9. Goikolea JM, Colom F, Martínez-Arán A, et al. Clinical and prognostic implications of seasonal pattern in bipolar disorder: a 10-year follow-up of 302 patients. *Psychol Med.* 2007;37:1595-9.
10. López-Jaramillo C, Lopera-Vásquez J, Gallo A, et al. Effects of recurrence on the cognitive performance of patients with bipolar I disorder: implications for relapse prevention and treatment adherence. *Bipolar Disord.* 2010;12:557-67.
11. Rosa A, Andreazza A, Kunz M, et al. Predominant polarity in bipolar disorder: Diagnostic implications. *J Affect Disord.* 2008;107:45-51.
12. Chantal H, Bruno E. New ways to classify bipolar disorders: going from categorical groups to symptom clusters or dimensions. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12:505-11.
13. Popovich D, Reinares M, Goikolea JM, et al. Polarity index of pharmacological agents used for maintenance treatment of bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2012;22:339-46.
14. Mazarini L, Pacchiarotti I, Colom F, et al. Predominant polarity and temperament in bipolar and unipolar affective disorders. *J Affect Disord.* 2009;119:28-33.
15. Vieta E, Suppes T. Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar Disord.* 2008;10:163-78.
16. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59:530-7.
17. Daban C, Colom F, Sánchez-Moreno J, et al. Clinical correlates of first-episode polarity in bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2006;47:433-7.
18. Post RM, Denicoff KD, Leverich GS, et al. Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:680-90.
19. Post RM. The impact of bipolar depression. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:5-10.
20. Chaudhury SR, Grunebaum MF, Galvalvy HC, et al. Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder? *J Affect Disord.* 2007;104:245-50.

21. Fiedorowicz JG, Leon AC, Keller MB, et al. Do risk factors for suicidal behavior differ by affective disorder polarity? *Psychol Med.* 2009;39:763-71.
22. Tohen M, Frank E, Bowden CL, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. *Bipolar Disord.* 2009;11:453-73.
23. Colom F, Vieta E. The Road to DSM-V: bipolar disorder episode and course specifiers. *Psychopathology.* 2009;42:209-18.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 29 de agosto de 2012
Aceptado para publicación: 14 de septiembre de 2012

Correspondencia
Antonio Carlos Toro Obando
Carrera 43A N.º 1-50 of. 954
Medellín, Colombia
antoniocarlostoro@gmail.com