



Bogotá D.C., 30 de marzo de 2026

COMUNICADO A LA OPINIÓN PÚBLICA DÍA MUNDIAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

Desafíos del trastorno afectivo bipolar en niños y adolescentes

1. Epidemiología y prevalencia

- El trastorno bipolar (TB) en adultos afecta al 1%, mientras que en niños y adolescentes la prevalencia oscila entre **0,6% y 15%**, con un promedio global de **1,8%**.
- La detección temprana es crucial, aunque puede tardar hasta **10 años** desde los primeros síntomas.
- El TB es la **sexta causa de discapacidad mundial**, con gran impacto en salud mental y costos médicos.

2. Edad de inicio y evolución

- Entre **10-20% de los casos** comienzan antes de los 10 años, y hasta **60% antes de los 20**.
- El inicio precoz se asocia con peor pronóstico, ciclos rápidos y mayor comorbilidad.
- El **80% de los pacientes jóvenes experimenta recurrencias** en 2-5 años.
- Durante la adolescencia aumentan la ideación suicida, el consumo de sustancias y los problemas sociales.

3. Diagnóstico y clasificación

- El DSM-5 define cuatro tipos: **TB-I, TB-II, ciclotimia y TB no especificado**.
- Los criterios son similares a los adultos, pero la presentación clínica en niños es más variable.
- La irritabilidad crónica es frecuente, pero no específica.
- Los síntomas cardinales incluyen **grandiosidad, pensamiento acelerado, disminución del sueño y distractibilidad**.



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA - ACP

NIT: 860.016.790-0

Afiliada a la Asociación Mundial de Psiquiatría WPA
Miembro de la Asociación Psiquiátrica de América Latina APAL

4. Factores etiológicos y de riesgo

- El antecedente familiar es el predictor más fuerte (presente en ~20% de los casos).
- Alta heredabilidad: **70% de concordancia en gemelos idénticos**.
- Factores biológicos y ambientales (traumas, estrés) pueden precipitar episodios.
- Neuroimagen muestra alteraciones en la amígdala y retraso en la maduración cortical.

5. Comorbilidades

- Muy frecuentes: **TDAH (50-80%)**, ansiedad (30-70%) y trastornos disruptivos (30-70%).
- En adolescentes, el consumo de sustancias es una comorbilidad destacada.
- La comorbilidad empeora la respuesta al tratamiento y el pronóstico.

6. Evaluación clínica

- Se utilizan entrevistas estructuradas (KSADS, WASH-U-KSADS) y escalas (YMRS, CMRS-P).
- Los informes de padres son especialmente útiles para detectar manía.
- Los diarios de estado de ánimo ayudan a monitorizar cambios y desencadenantes.

7. Tratamiento farmacológico

- **Litio**: eficaz en manía aguda y prevención, con ventajas en neuroprotección y mejor pronóstico a largo plazo.
- **Antipsicóticos atípicos**: risperidona, olanzapina, aripiprazol y quetiapina aprobados en pediatría; lurasidona eficaz en depresión bipolar.
- **Anticonvulsivos**: valproato y carbamazepina con resultados mixtos; lamotrigina útil en ansiedad comórbida.
- La **combinación de fármacos** suele ser más efectiva que la monoterapia.
- Monitorización estricta de efectos adversos (peso, metabolismo, función renal y tiroidea).



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA - ACP

NIT: 860.016.790-0

Afiliada a la Asociación Mundial de Psiquiatría WPA
Miembro de la Asociación Psiquiátrica de América Latina APAL

8. Tratamientos psicosociales

- Terapias como **TCC, FFT, DBT e IPSRT** complementan la farmacoterapia.
- La psicoeducación y el apoyo familiar son esenciales para adherencia y prevención de recaídas.
- La participación de padres y escuela es clave para el éxito terapéutico.

9. Desafíos profesionales y culturales

- Escasez de psiquiatras infantiles y otros profesionales de salud mental.
- Diferencias culturales y sistemas de clasificación (DSM vs CIE) afectan el diagnóstico.
- En países como China, India y Japón se combinan enfoques tradicionales (alimentación, acupuntura, hospitalización con cuidadores) con tratamientos modernos.

10. Prevención y abordaje integral

- La prevención primaria incluye **dieta saludable, ejercicio, higiene del sueño y atención plena**.
- La intervención temprana reduce riesgos de suicidio, abuso de sustancias y deterioro cognitivo.

Conclusiones

- El TB infantil es una condición **grave y persistente**, no un diagnóstico benigno.
- Requiere un **enfoque integral**: farmacoterapia, psicoterapia, psicoeducación y apoyo familiar.
- La investigación en niños aún es limitada; se necesitan más estudios clínicos y biomarcadores.
- La colaboración internacional y la atención temprana son esenciales para mejorar el pronóstico y reducir el impacto social y personal.

CAPÍTULO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA (ACP)

Carrera 18 No. 84-87 Oficina 404 - Bogotá, D.C. Colombia
3174405672 / 6015890807
www.psiquiatria.org



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA - ACP

NIT: 860.016.790-0

Afiliada a la Asociación Mundial de Psiquiatría WPA
Miembro de la Asociación Psiquiátrica de América Latina APAL

Bibliografía

- Wozniak J, O'Connor H, Iorini M, Ambrose AJH. Pediatric Bipolar Disorder: Challenges in Diagnosis and Treatment. *Paediatr Drugs*. 2025 Mar;27(2):125-142. doi: 10.1007/s40272-024-00669-z. Epub 2024 Nov 27. PMID: 39592559; PMCID: PMC11829910.
- Post RM, Grunze H. The Challenges of Children with Bipolar Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Jun 11;57(6):601. doi: 10.3390/medicina57060601. PMID: 34207966; PMCID: PMC8230664.
- Diler RS, Birmaher B. Trastorno bipolar (Irrarázaval M, Martín A, ed. Prieto-Tagle F, Mora E. trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines, 2018



Asociación
Colombiana de
Psiquiatría