

CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE

# **Trastornos Bipolares en infancia, adolescencia y suicidialidad**

**Autor: Juan José Fernández**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

**Resumen:**

**INTRODUCCIÓN** Los trastornos bipolares suelen comenzar en la adolescencia y en forma temprana en la etapa prepuberal. Su presentación clínica difiere de lo descripto por el DSM IV TR y dada su sintomatología de lo más compleja se deben extremar los métodos de diagnóstico para comenzar con tratamiento específico lo más precozmente posible evitando de esa forma los intentos de suicidio que tan fácil ocurren en esta edad y según algunos autores están entre un 30 a 50%.

**METODOLOGIA** Se utilizó los criterios de diagnóstico del DSM IV TR y de N. Ghaemi para el diagnóstico. Se describieron las formas clínicas según la clasificación de Akiskal. Se evaluaron 950 adolescentes en consultorios de psiquiatría infanto juvenil de dos Hospitales del conurbano Bonaerense: Santamarina de Esteban Echeverría y Lucio Meléndez de Alte Brown.

**RESULTADOS.** Se hallaron 56 casos, de ellos presentó TBP (5,9%) y 30 han intentado suicidio o presentaron ideación suicida (53%).

**DESARROLLO** Los fármacos utilizados para su tratamiento fueron el divalproato de sodio como estabilizador del ánimo y la risperidona como antipsicótico atípico para tratar la ideación suicida y la manía, con muy buenos resultados respecto al reintento (solo 3 casos dentro de un año). El uso de Litio y lamotrigina en esta población.

**CONCLUSIONES** Los TBP de inicio precoz suelen acompañarse de una elevada incidencia de intentos de suicidio que debemos evitar, instaurando una terapia correcta lo más precoz posible.

**Palabras claves:** trastornos bipolares, suicidalidad, prepúberes, adolescentes, diagnóstico

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

## Parte 1

### Historia de los Trastornos bipolares infanto Juveniles

Todo comienza en la Grecia siglo V a.C. Ya Hipócrates (469-357 a.C.) describe la teoría de los humores, es el primero en hablar de Anamnesis y acuña el término de Melancolía = bilis negra, cuadro caracterizado por tristeza, al que trataba con el calor.

Durante el imperio Romano, Areteo de Cappadocia (30 – 150 d.C.), Considerado un segundo Hipócrates, médico del emperador Marco Aurelio. Realiza la clasificación de manía, melancolía y locura. Este, reporta casos de manía desde los doce años de edad y consideraba que la manía y la melancolía eran parte de un mismo cuadro con carácter cíclico y no enfermedades diferentes.

En el año 1400 se crean los primeros manicomios que provienen de los leprosarios abandonados, unos de ellos La Salpetriere, que en un primer momento se derivan allí a los niños abandonados y a indigentes.

En la edad media, la nave de los locos trasportaba enfermos psiquiátricos y los iba abandonando en las islas más remotas.

La Melancolía fue descrita por Robert Burton (1577 – 1640), En la Anatomía de la Melancolía, Burton aborda todo lo relacionado con la Melancolía y en especial con su genio temperamental

En el Renacimiento se da la primera revolución en la psiquiatría. Las personas no están poseídas, sino portadoras de una enfermedad.

La revolución Francesa con su nueva ideología, logra un cambio radical en los conceptos sanitarios de la salud mental. Phillipe Pinel protagoniza la segunda revolución de la Psiquiatría 1802 y Esquirol 1838 Describe la Manía y la Melancolía en el niño.

J. Moreau de Tours 1888 escribe sobre La Locura en el niño.

Emil Kraepelin 1921 Relata que la locura Maníaco Depresiva, comienza antes de los 10 años en un 3,5% de los casos, estudiando 900 casos; primero en plantear la existencia del aumento de la incidencia de la ideación suicida en la Locura Maníaco Depresiva.

Durante 1930 a 1969, hubo predominancia del psicoanálisis, lo que negó el trastorno en niños. En cambio la depresión infantil eran consideradas por autores psicodinámicos como: Klein, Mahler, Bowlby, Spitz.

Trastornos Bipolares en infancia, adolescencia y suicidalidad  
Autor: Juan José Fernández

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

John Cade, médico Australiano, durante la segunda guerra mundial, siendo prisionero de los japoneses y tratando a soldados descubre al litio como medicamento para el trastorno bipolar. Poco conocedor de la dosis a administrar, tiene demasiados óbitos por intoxicación.

Un médico Dinamarqués, Moguens Schou, es el primero en dosificar el litio con la litemia y trata de imponerlo en todo congreso de psiquiatría existente, a punto de ser llamado “el loco del litio”.

En los años 70, resurge el interés y nuevos estudios en la infancia como los realizados por Davis, Carlson, Strober quienes detallan la fenomenología y adaptan los criterios del Trastorno Bipolar al nivel evolutivo de los niños.

En 1980 la enfermedad maníaco depresiva pasa a llamarse trastorno bipolar en el DSM III.

Hasta el DSM IV TR y el ICD 10, pasaron distintas definiciones de tipo categorial y se acepta la trastorno bipolar infanto juvenil como parte de trastorno bipolar no especificado.

En la década del 90, desde un punto de vista multidimensional se habla de espectro bipolar, cuyo principales aportantes son H. Akiskal y N. Ghaemi. Y se comienza a aceptar el origen de la patología en edades prepuberales.

### **Epidemiología**

Los datos epidemiológicos son escasos en la infancia. Sugieren Googwin y Jamison (1990) que un 0,3 a 0,5 de los adultos han tenido un comienzo en la infancia, antes de los 10 años de edad

Otro estudio de Lish y col (1994) reportó que un 59% había tenido un comienzo infantil, siendo los porcentajes siguientes:

Menos de 5 años:	5%
De 5 a 9 años:	12%
De 10 a 14 años:	14%
De 15 a 19 años:	28%
De 20 a 24 años:	15%
De 25 a 29 años:	9%
Más de 30 años:	16%.

Se considera que entre un 20 a 30% de los niños menores de 11 años que padecen depresión, evolucionan hacia un trastorno bipolar en la juventud o adultez.. La

Trastornos Bipolares en infancia, adolescencia y suicidalidad  
Autor: Juan José Fernández

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

depresión en edades tempranas se considera un marcador para la bipolaridad (Geller 1997)

En relación con el género predomina en varones casi 4 veces más que en niñas. No está claro si se debe a la diferente presentación clínica, como podrían ser los síntomas más disruptivos y violentos en los varones y por lo tanto que concurran más rápido a la consulta.

### **Clínica de los trastornos bipolares infanto juveniles**

Estos trastornos tienen una presentación diferente ya sea en niños prepuberales y en adolescentes. A su vez en los primeros la forma de presentación es diferente en niñas y varones. Pero lo importante en ambos es su forma periódica de manifestarse.

El prepuberal, comienza con ritmos ultradianos o bien cicladores ultra rápidos y se presentan en varones como niños payascos, con trastornos del comportamiento, del aprendizaje y poca necesidad de dormir. Muchas veces obliga al diagnóstico diferencial con el THDA. Esto genera fracaso escolar, ideación e intentos de suicidio.

En las niñas la forma más común de presentación es la depresiva también con ritmos mixtos ultra rápidos y hasta no aparecer la primera hipo/ manía, es más difícil su diagnóstico como tal. Con iguales complicaciones que los varones.

Se pueden utilizar criterios restringidos para el diagnóstico como son los del DSM IV TR, como así también criterios intermedios o amplios como veremos los de Ghaemi en la segunda parte del trabajo.

El DSM IV TR los clasifica en TBI, TBII o TB no especificado.

Los fenotipos intermedios presentan irritabilidad en lugar de elevación del humor y pueden ser clasificados como TB no especificado.

El fenotipo ampliado tiene una severa disregulación del humor y conductual de manera crónica no episódica, tienen irritabilidad y severas reacciones de furia (tormentas afectivas), labilidad emocional, sin un patrón claro de periodicidad, que generan deterioro funcional.

Características clínicas de la manía son: Exaltación del humor, expansividad. Humor irritable. Aumento excesivo de la autoestima o grandiosidad. Disminución de la necesidad de dormir, con aumento de la energía. Verbosos. Distractibilidad. Hipersexualidad. Aumento de la actividad dirigida. Dedicación a actividades placenteras que suelen ser de riesgo. Trastornos del sueño.

Trastornos Bipolares en infancia, adolescencia y suicidalidad  
Autor: Juan José Fernández

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Los síntomas depresivos son: Humor persistentemente triste. Disminución del interés. Cambios en el apetito, o el peso corporal. Alteraciones del sueño: insomnio o hipersomnia. Alteraciones del rendimiento escolar. Disminución de la energía, pobre concentración y quejas de aburrimiento. Aislamiento de sus pares y quejas somáticas (dolor de cabeza o abdominales).

Los niños y adolescentes con trastornos bipolares tienen alto riesgo de ideación e intento de suicidio como vamos a analizar en la parte 2, especialmente en los momentos depresivos y mixtos.

Los síntomas psicóticos se confunden con la esquizofrenia y se caracterizan por alucinaciones, delirios y trastornos de pensamiento, que son congruentes con su estado anímico.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

## PARTE 2

En esta parte del trabajo se entrecruzan las variables recolectadas en la investigación, realizada en los dos Hospitales.

### TRABAJO REALIZADO EN DOS HOSPITALES GENERALES DEL CONURBANO BONAERENSE SUR:

- -Htal. Lucio Meléndez de Almirante Brown
- -Htal. Santamarina de Esteban Echeverría

### AUTORES

- Juan José Fernández
- María Verónica Zapata.- Htal Lucio Meléndez
- Silvia Clara Bortz.- Htal. Evita de Lanús.
- Roberto Daniel Cabrera.- Policlínico Santamarina.

### UBICACIÓN GEOGRAFICA Y DATOS RELEVANTES:

#### HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS LUCIO MELENDEZ.

El partido de Alte. Brown se encuentra en el sur de conurbano bonaerense, segundo cordón de pobreza.

La población estimada según el último censo 2001 es de 515000 habitantes.

Posee dos hospitales provinciales generales de agudos

HTAL. LUCIO MELENDEZ con 180 camas de dotación, con 18 camas de guardia general y 17 unidades sanitarias periféricas. Además del Htal Oñativia en rafael calzada.

#### POLICLINICO MUNICIPAL SANTAMARINA

El partido de Esteban Echeverría se encuentra en el sur de conurbano bonaerense, segundo cordón de pobreza.

La población estimada según el último censo con la proyección de rigor seria de 552.000 habitantes, de los cuales el 50% se halla por debajo de los 21 años.

Posee un Hospital municipal general de agudos llamado Policlínico S. T. De Santamarina con 140 camas de dotación, con 4 camas de guardia general y 15 unidades sanitarias periféricas.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

## **METODOLOGÍA**

Se evaluaron 950 adolescentes.

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios para el diagnóstico de bipolaridad.

### **Criterios diagnósticos: DSM IV TR**

**F30.x TB I, único episodio maníaco**

**F31.0 TB I, episodio reciente hipomaníaco**

**F31.x TB I, episodio más reciente maníaco**

**F31.6 TB I. episodio más reciente mixto**

**F31.x TB I, episodio más reciente depresivo**

**F31.9 TB I, episodio más reciente no especificado 296.89**

**F31.8 TB II, episodios depresivos recidivantes**

**F34.0 Trastorno ciclotímico**

**F31.9 TB no especificado 296.80**

### **CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ESPECTRO BIPOLAR.- GHAEMI 2002**

- **A) POR LO MENOS UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.**
- **B) SIN EPISODIOS HIPOMANIACOS ESPONTANEOS.**
- **C) CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MAS DOS ITEMS DEL  
CRITERIO “D” O LOS DOS JUNTOS MAS 1 ITEM DEL CRITERIO  
D:**

**1.- HISTORIA FAMILIAR DE PRIMER GRADO DE TBP**

**2.- INTRODUCCION DE HIPOMANIA POR ATD.**

**D) SI NO HAY NINGUN ITEM DEL CRITERIO C, SEIS DE LOS  
NUEVE ITEMS SIGUIENTES:**

**1.- PERSONALIDAD HIPERTIMICA.**



**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

- 2.- EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTE (MAS DE TRES)**
- 3.- EPISODIOS DEPRESIVOS BREVES (MENOS DE TRES MESES).**
- 4.- SINTOMAS DEPRESIVOS ATIPICOS POR DSM.**
- 5.- EPISODIOS DEPRESIVOS PSICOTICOS.**
- 6.- INICIO DEPRESIVO TEMPRANO (ANTES DE 25 AÑOS).**
- 7.- DEPRESION POSTPARTO.**
- 8.- AGOTAMIENTO DE RESPUESTA ANTIDEPRESIVA.**
- 9.- FALTA DE RESPUESTA A TRES O MAS PRUEBAS CON ANTIDEPRESIVOS**

**Clasificación de espectro bipolar según Akiskal**

**TBP<sup>1/2</sup> : Trastorno Esquizoafectivo**

**TBP 1 : Manías con depresión**

**TBP 1<sup>1/2</sup>: Depresiones con hipomanías prolongadas.**

**TBP 2 : Depresiones recurrentes con hipomanías**

**TBO2<sup>1/2</sup>: Depresiones ciclotímicas**

**TBP 3 : Depresiones más hipomanías por antidepresivos**

**TBP 3<sup>1/2</sup>: Depresión y ciclomanía más abuso de sustancias**

**TBP 4 : Depresión en hipertímicos.**

**RESULTADOS:**

**Población evaluada: 950 adolescentes de ambos sexos.**

**De los cuales 56 presentaron criterios para trastornos bipolares. (5,9%)**

**De los últimos, 37 han intentado suicidio o presentaron ideación suicida. (66%)**

**De los 950 adolescentes se hallaron:**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Siguiendo la clasificación clínica de H. Akiskal, en la población de 56 pacientes que cumplían con los criterios restringidos del DSM IV TR y de los intermedios para el trastorno bipolar, se encontraron los siguientes datos:

**Según Clínica:**

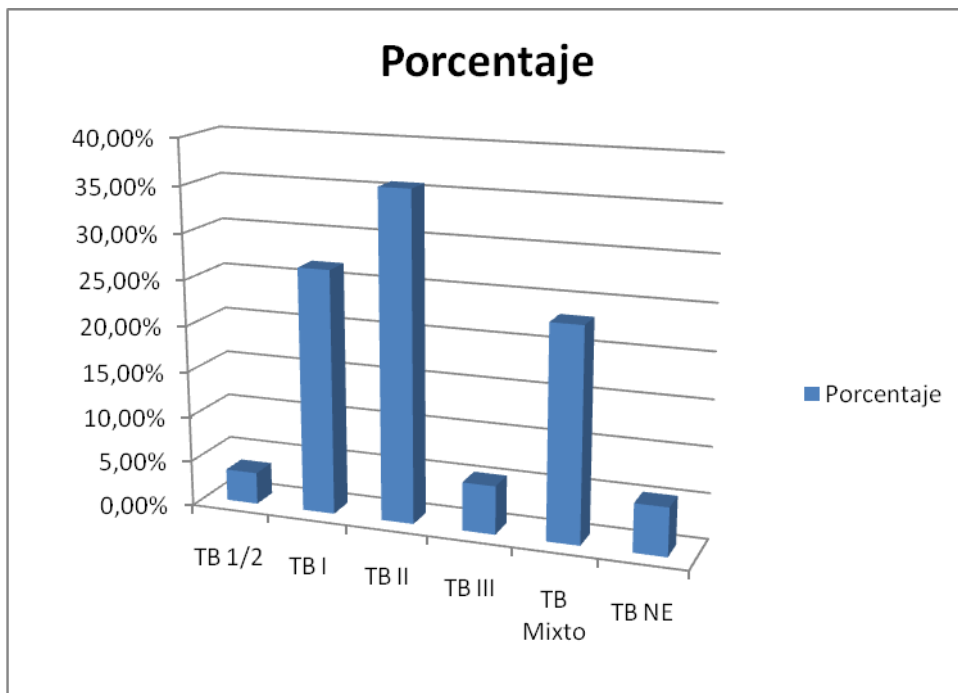
<b>TB ½.....</b>	<b>2 (3,5%)</b>
<b>TB I .....</b>	<b>15 (26,7%)</b>
<b>TB II .....</b>	<b>20 (35,7%)</b>
<b>TB III .....</b>	<b>3 (5,3%)</b>
<b>TB MIXTO.....</b>	<b>13 (23,2%)</b>
<b>TB NoE .....</b>	<b>3 (5,3%)</b>
<b>Totales.....</b>	<b>56 (100%)</b>

El mayor porcentaje lo tiene el trastorno bipolar II y en este punto el diagnóstico diferencial con la depresión mayor, requirió más tiempo y nos apoyamos en los criterios de N. Ghaemi para ello.

Siguen en frecuencia el trastorno bipolar I y el mixto, cuya forma de presentación, como se expresó anteriormente fueron con trastornos de conducta inespecíficas, hiperactividad, trastornos de aprendizaje o niños payascos que presentaron criterios según Ghaemi durante el viraje o por antecedentes o bien formas más psicóticas.

Los trastornos tipo III, cambio de fase al incorporar un antidepresivo, los hemos encontrado en presentaciones primarias como trastornos de ansiedad con crisis de pánico o mal definidas distimias.

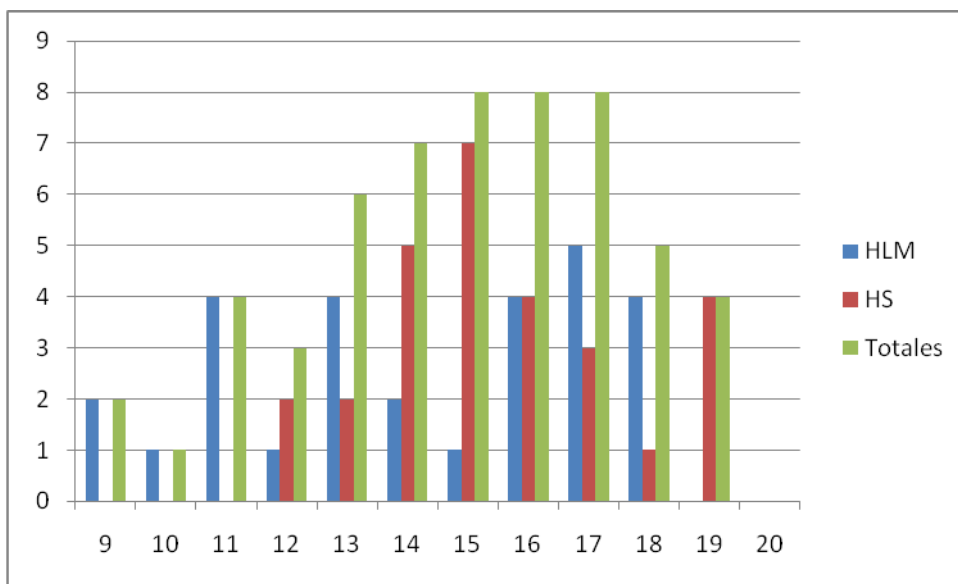
**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**



**Gráfico 1.**

**EDADES:**

Las edades estudiadas, comprendieron entre los 9 y los 19 años, con una media de 15 años.

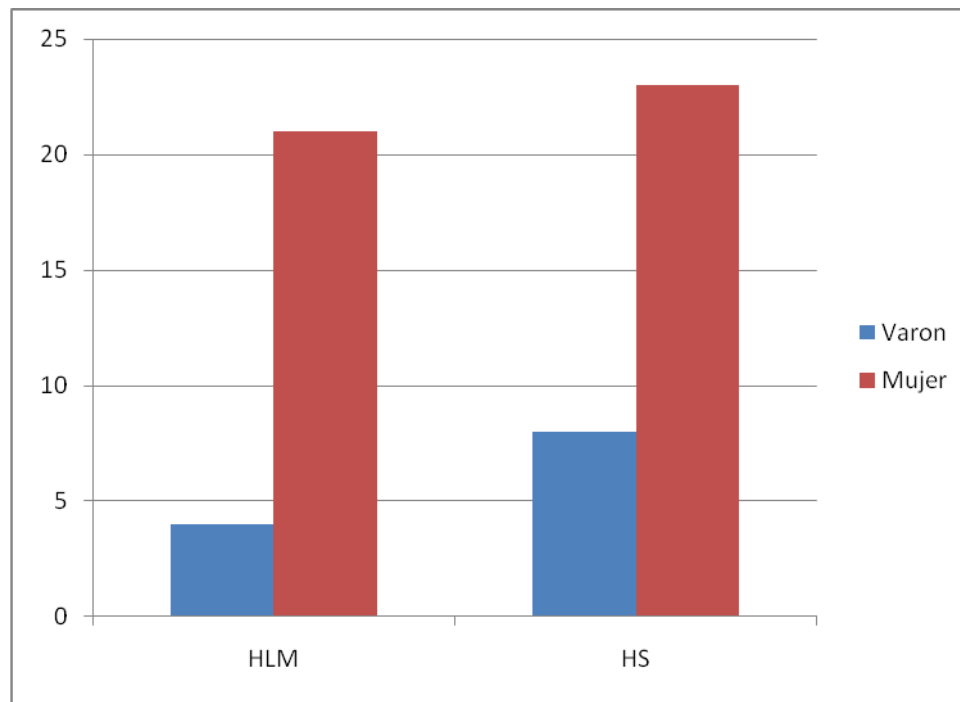


**Gráfico 2**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

**SEXO:**

Predominaron las mujeres, en una relación de tres a uno. Posiblemente por la mayor consulta del sexo femenino, en los mencionados Hospitales.



**Gráfico 3**

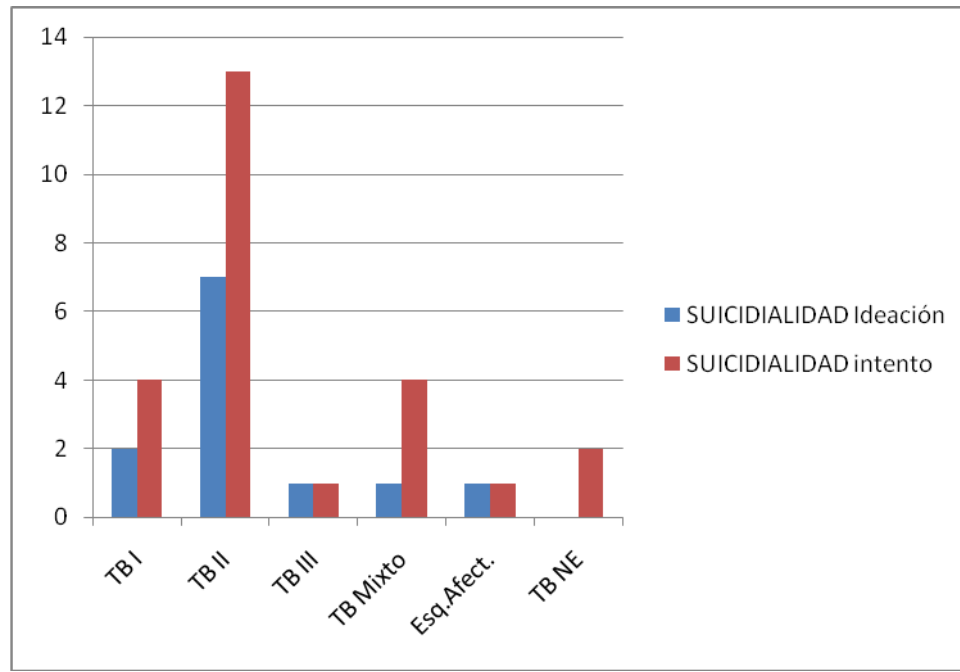
**SUICIDIALIDAD:**

Este término, engloba a todas aquellas definiciones que acercan al paciente a su propia y voluntaria muerte. Hemos tomado en consideración a la ideación suicida y al intento suicida; dada la gravedad de ambas si no llegan al tratamiento adecuado.

Dentro de de la suicidalidad, quedan todas las ideas que van desde: desaparecer de la tierra, me quiero morir, no quiero seguir más con este peso, irme con algún familiar o amigo previamente fallecido, ideas de muerte, ideación suicida, planificación suicida, crisis suicida, parasuicidio e intento de suicidio.

En el próximo gráfico se puede observar que el trastorno bipolar II presenta una mayor suicidalidad en todo el espectro encontrado en nuestra población, siguiendo en gravedad los trastornos bipolares I y Mixtos.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**



**Gráfico 4**

**Métodos utilizados:**

De los métodos utilizados, los fármacos y entre ellos los psicofármacos eran los más frecuentes y sobre todo, eran los que algún adulto de la familia tenía prescripto por su médico y estaban a mano en la casa.

Los métodos combinados eran alcohol con fármacos en su mayoría.

Otro harakiri y otro veneno.

<b>Fármacos.....</b>	<b>12</b>
<b>Cortes.....</b>	<b>4</b>
<b>Ahorcamiento.....</b>	<b>2</b>
<b>Otros.....</b>	<b>2</b>
<b>Combinados.....</b>	<b>6</b>

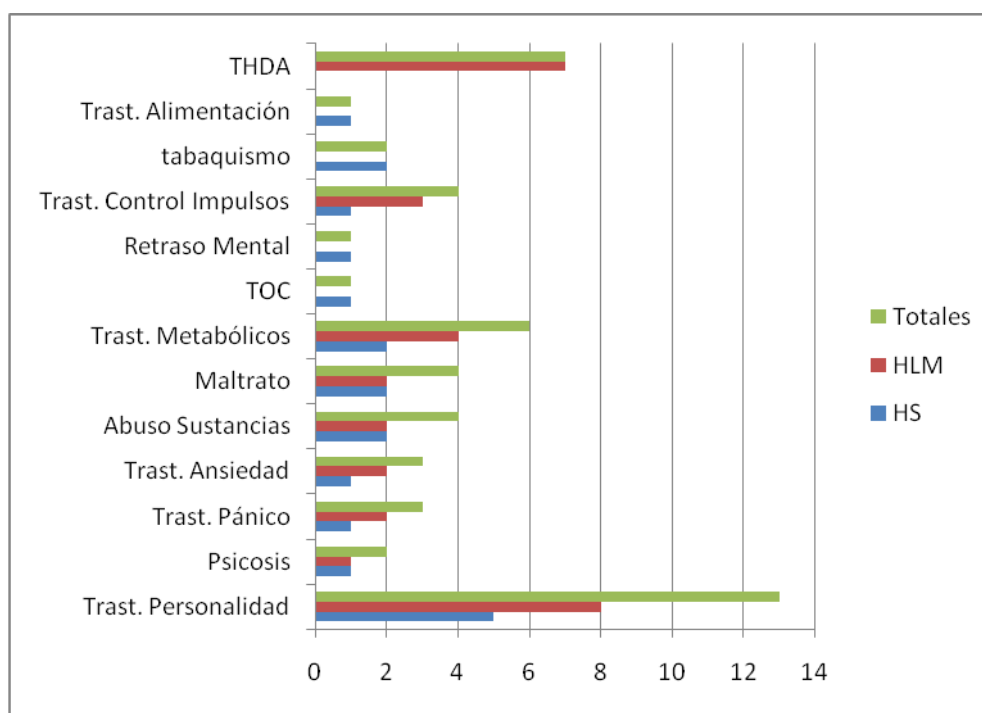
**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

**Comorbilidad Hallada:**

La presencia de comorbilidad al trastorno bipolar, complican el pronóstico y el tratamiento de los mismos. Algunos de ellos como el THDA, o bien los trastornos de la personalidad, sobre todo el trastorno límite de la personalidad, pueden coexistir e incluso ser difícil su diferenciación en las primeras etapas, sin un seguimiento longitudinal adecuado.

Los trastornos del control de impulsos, el abuso de sustancias (Drogas y Alcoholismo) también ensombrecen y son precipitantes de la suicidalidad y sobre todo, según han definido algunos autores, del intento de suicidio.

Los trastornos metabólicos hallados, corresponden a los efectos secundarios producidos por la medicación indicada, sobre todo los estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos.



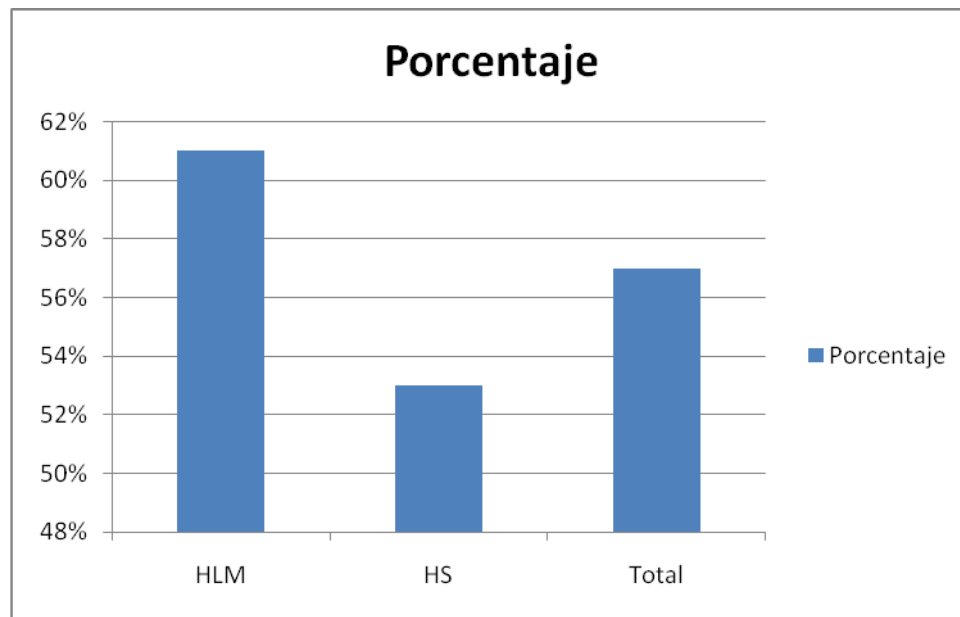
**Gráfico 5**

**Antecedentes heredofamiliares**

La historia familiar según N. Ghaemi, tiene una gran importancia en los parientes de primer orden como criterio para hacer diagnóstico de la enfermedad. Entre ellos se tomaron en cuenta los antecedentes de trastornos bipolares, depresiones recurrentes o de

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

poca respuesta a la medicación ATD, historias de maltrato, abuso de sustancias o alcohol y depresión puerperal. En nuestra población se encontraron los siguientes datos positivos:



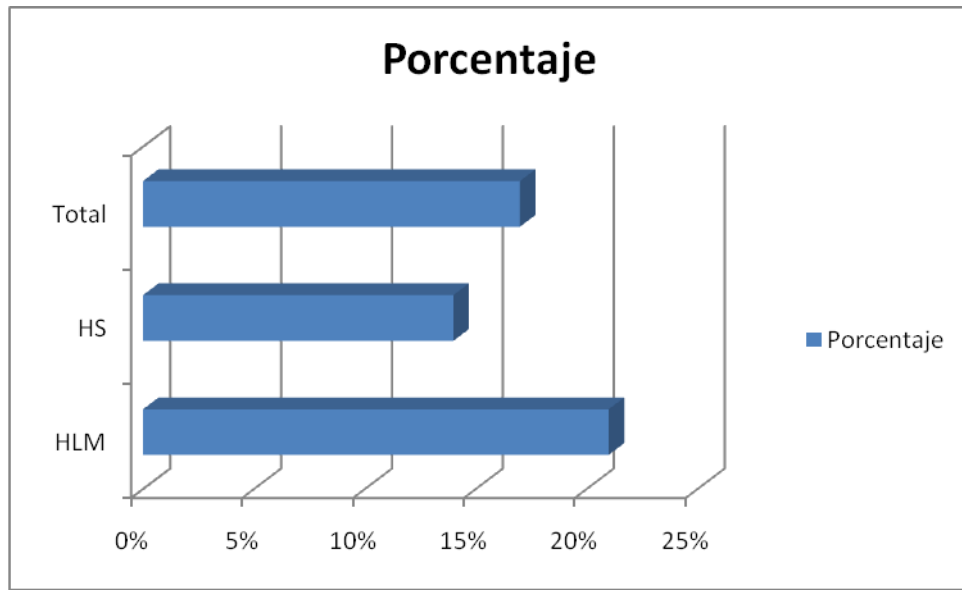
**Gráfico 6**

Un promedio del 57% de los jóvenes tenían familiares de primer orden que presentaron trastorno bipolar o se sospechaba del mismo.

**Antecedentes Perinatológicos**

No se han observado en cambio datos significativos de tipo perinatológicos. Solo el 17% promedio tenían datos presentes de daño perinatológico

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**



**Gráfico 7**

**Trabajar con la familia:**

Además del paciente, debimos trabajar con el núcleo familiar pues ello nos ha permitido a través de la anamnesis encontrar datos significativos que al paciente se le pasan por alto o bien por la corta edad del mismo no recuerda. Por ello:

- **Permite conocer antecedentes heredofamiliares.**
- **Permite conocer episodios subsindromáticos.**
- **Permite conocer episodios de hiperactividad.**
- **Permite conocer conductas de riesgo.**



CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE

**Escalas utilizadas:**

Las que más se han utilizado para el diagnóstico y seguimiento fueron:

- MDQ (Mood Disorder Questionary)
- BSDS (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale)
- MADRS (Escala de Depresión de Montgomery – Asberg)
- Escala de Manía de Young.
- Inventario de Depresión de Beck.
- Escala de Depresión de Hamilton.
- TEMS – A (Escala de Temperamentos).

Esta última se utilizó con los padres para conocer el temperamento. Este fue tomado como elemento premórbido de los trastornos bipolares, sobre todo el ciclotímico, hipertímico y el irritable. (G. Vázquez, H. Akiscal)

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

**ESCALAS PREDICTIVAS DE SUICIDIO**

**ESCALA SAD PERSONS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

**Nombre y Apellido.....**

**Edad.....**

**Sexo masculino si no**

**Años, mayor de 12 si no**

**Tratamientos depresivos si no**

**Intentos previos de suicidio si no**

**Alcohol o abuso de drogas si no**

**Psicosis si no**

**Soporte social si no**

**Plan organizador si no**

**Estresores familiares o negligencia si no**

**Problemas escolares si no**

**Operador.....**

**Fecha.....**

**Traducción: Juan José Fernández**

**Interpretación:**

**Hasta 3 puntos sin riesgo.**

**De 4 a 6 puntos considerar ingreso hospitalario.**

**Más de 6 puntos no dar el alta hasta recibir tratamiento especializado.**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

**ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK**

**Nombre y Apellido.....**

**Edad.....**

**Contestar por SI o por NO:**

**¿Toma habitualmente algún medicamento como Aspirinas o pastillas para dormir?**

**¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?**

**¿A veces nota que podría perder el conocimiento sobre si mismo/a?**

**¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?**

**¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?**

**¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?**

**¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?**

**¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?**

**¿Está deprimido/a ahora?**

**¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?**

**¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?**

**¿Alguna vez se ha sentido tan enojado/a que habría sido capaz de matar a alguien?**

**¿Ha pensado alguna vez de suicidarse?**

**¿Le ha contado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?**

**¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?**

**Interpretación:**

**En la validación Española el punto de corte propuesto son 6 puntos.**

**Otras escalas:**

Trastornos Bipolares en infancia, adolescencia y suicidalidad  
Autor: Juan José Fernández

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

- **I.S.O. 30 (Prueba de Orientaciones Suicidas de María Martina Casullo)**
- **S.I.S. (Escala de intencionalidad suicida de Beck y col.)**
- **S.S.I. (Escala de ideación suicida de Beck y col.)**

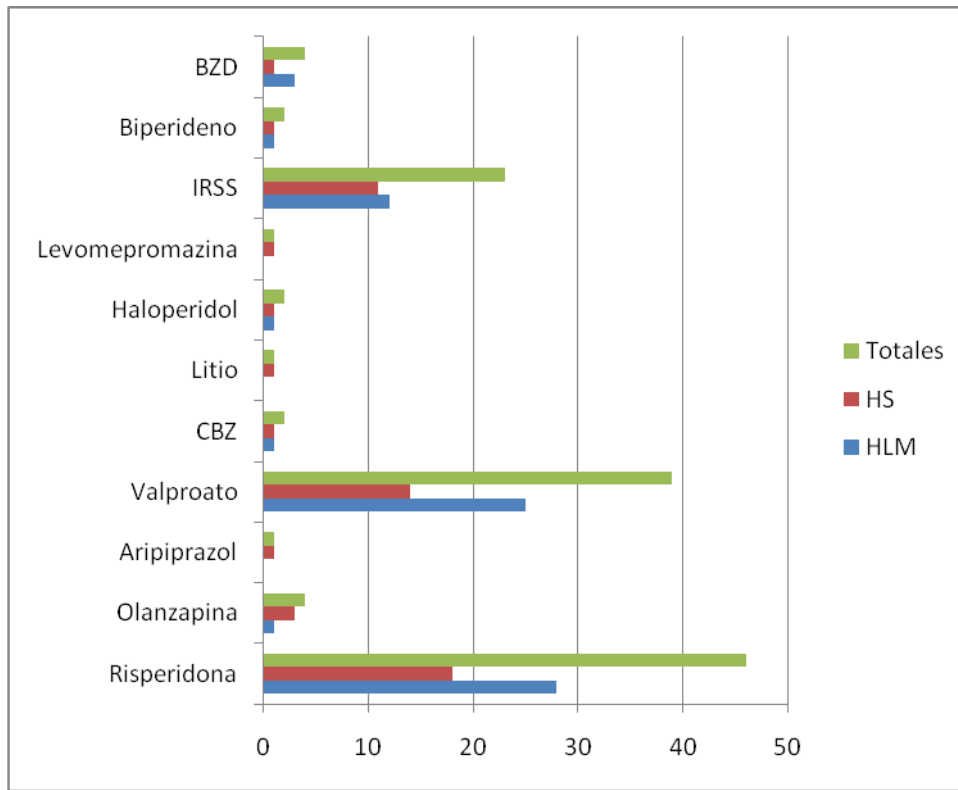
**Medicamentos Utilizados:**

De acuerdo a la disponibilidad en los Hospitales, como se puede observar en el gráfico, son los valproatos (Valproato de magnesio y divalproato de sodio) como estabilizadores del ánimo y la risperidona como antipsicótico atípico los más utilizados en el ámbito de los dos hospitales.

Los IRSS, fueron prescritos en casos cuyo comienzo fueron trastornos de angustia con crisis de pánico, o bien síndromes depresivos, algunos de los cuales, luego de su incorporación realizaron el viraje al otro polo del trastorno (Tipo III de Akiskal).

Con otros medicamentos la disponibilidad de los mismos fue muy irregular lo que impedía un buen seguimiento del caso y obligaba a cambiarlo por aquel que se encontraba en farmacia del hospital.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**



**Gráfico 8**

**Complicaciones:** de la misma medicación, surgen las complicaciones por efectos secundarios de los mismos y que vemos en la siguiente tabla:

<b>Dislipemias.....</b>	<b>6</b>
<b>Hipotiroidismo.....</b>	<b>3</b>
<b>Obesidad.....</b>	<b>4</b>
<b>Hiperprolactinemia.....</b>	<b>1</b>
<b>Hipertensión arterial.....</b>	<b>1</b>

Del seguimiento longitudinal de los menores con trastornos bipolares y, se han encontrado los siguientes reintentos y sus causas:

Trastornos Bipolares en infancia, adolescencia y suicidalidad  
Autor: Juan José Fernández

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

**Reintentos 3 Pacientes (8%)**

**Causas:**

**Abandono de tratamiento: 2**

**Abuso de sustancias: 1**

**PARTE 3**

**Tener en cuenta: Niños y adolescentes tienen más ciclados rápidos y ultradiano.**

**Los ciclados rápidos y los estados depresivos, tienen más posibilidades de suicidio.**

**Mal pronóstico: Fumadores**

**Abuso de sustancias**

**Impulsividad**

**Maltrato Familiar**

**Falta de apoyo Familiar**

**Tratamiento propuesto**

**El Litio y la litemia:** El litio se puede utilizar en mayores de 12 años y con cuidado en mayores de 6 años, lamentablemente, no contamos con litemia en el Htal público para utilizarla en forma segura.

**Lamotrigina?** Tampoco tenemos para mayores de 6 años, teniendo en cuenta el síndrome de Stevens Johnson o la necrolisis epidérmica tóxica. que se produce en chicos menores y en el 2% de la población.

**Antipsicóticos Atípicos?** El aripiprazol y la quetiapina, son muy difíciles de conseguir por sus costos; siendo estos medicamentos de mucha utilidad, no solo como antipsicóticos, sino como estabilizadores y por sus bajas complicaciones metabólicas y extrapiramidales.

**Costos:**

CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE

Obviamente los costos sociales que genera la enfermedad al truncar los proyectos del adolescente, hacerlos fácilmente víctimas de abuso de sustancias y trastornos severos en la vida adulta con peor pronóstico de la enfermedad, supera con creces los costos de la medicación adecuada para su correcto tratamiento, que se calcula entre un 20% para tratamiento y 80% costos sociales.

**Accesibilidad:**

Son muy pocos los hospitales que cuentan con psiquiatras infanto juveniles en el conurbano Bonaerense, ello dificulta el correcto seguimiento de estos jóvenes y aumenta las consultas en Hospitales monovalentes con aumentos de costos de tratamiento, familiares y sociales

**Otra vez el Litio**

**El Litio es la segunda droga más estudiada en la psiquiatría y la medicina.**

**Logra tiempos promedio de estabilidad interepisódicos de 18 meses.**

**Se puede usar en dosis más bajas que las establecidas y combinada.**

**Usar en mayores de 6 años.**

**Litio y Clozapina : Únicos fármacos antisuicidio (Medicina Basada en la Evidencia A)**

**Ojo!!!**

**Suspensión de litio aumenta 20 veces posibilidad del Suicidio, durante un año post suspensión**

CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE

### Otros tratamientos

Psicoterapia Cognitivo Conductual.- (El aquí y el ahora.)

Transpersonal

Ritmo circadiano: higiene del sueño:

- Ir a la cama 22,30 hs. (cambio de temperatura corporal)
- No mirar TV ni PC 1 hora antes.
- Trastornos del sueño, esto preanuncia swichs.
- Horas para estudiar, trabajar y el tiempo libre.
- Grupos Psicoeducativos: Adolescentes y Familias.
- Grupos de Ayuda Mutua (GAM) ver [www.fubipa.org.ar](http://www.fubipa.org.ar).

### MITOS

La depresión unipolar es más frecuente que la bipolar: no en menores de 25 años donde el comienzo depresivo se debe seguir con cuidado pues puede ser una depresión bipolar.

- Falta de insight en las (hipo)manías.
- Recordarlas como buenos períodos.
- Hipomanías culturalmente valoradas.
- Rememoración selectiva durante las depresiones.
- (Hipo)manías reconocidos como períodos de hiperactividad.

(Goddwin & Jamison.- 2007)

Los trastornos del aprendizaje en su mayoría son THDA:



CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE

-Los episodios (hipo)maníacos producen trastornos del aprendizaje.

**DIAGNÓSTICO TARDIO AUMENTA EL RIESGO DE SUICIDIO**

**La Realidad**

Trabajos realizados demuestran que los trastornos bipolares tienen en promedio una demora en el diagnóstico de 8 años. (Strejilevich y Retamal Carrasco).

La demora de un año aumenta el doble la tasa de suicidios.

-Comenzar con antidepresivos antes de tomarse el tiempo de estudiar una depresión lleva al swich , formas mixtas y mal pronóstico.

**Son de mal pronóstico:**

-Los cambios socio ambientales desfavorables, las familias disfuncionales, el abuso de Sustancias

-Rememoración selectiva durante las depresiones.

-(Hipo)manías reconocidos como períodos de hiperactividad.

Los abusos de sustancias, son predictores de mal pronóstico, más swich y resistencia al litio.

**Conclusiones:**

Evaluados 950 niños y adolescentes entre los 9 y 19 años en dos hospitales generales de agudos (Htal Lucio Meléndez y Policlínico T. de Santamarina) se llega a la conclusión que el 5,9% de los mismos tienen criterios de Trastornos Bipolares y de estos el 66% pasaron por crisis de suicidalidad

Los TBP de inicio precoz suelen acompañarse de una elevada incidencia de intentos de suicidio que debemos evitar, instaurando una terapia correcta lo más precoz posible.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

## **BIBLIOGRAFÍA**

Rif S. El Mallakh.- S. Nassir Ghaemi.- Depresión bipolar. Guía completa. Ars Médica. 2008

Akiskal.-Cetkovich Bakmas.- García Bonetto.- Strejilevich.- Vázquez.- Trastornos Bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Panamericana. 2007

Eduardo Correa.- Hernan Silva.- Luis Risco.- Trastornos bipolares.- Mediterráneo. 2006

Gustavo Vázquez.- Trastornos del estado anímico.- Polemos. 2007

S. Nassir Ghaemi.- A. Martin.- Definig the boundaries of childhoop bipolar disorder. – Am. J. Psychiatry 164;2, Febrero 2007

B. Birmaher.- D.Axelson. et al.- Clinical course of children and adolescents with bipolar disorders.- Arch. Gen. phychiatry, vol 63. Febrero 2006

Goddwin & Jamison.- Manic Depressive Illness. New York: Oxford University Press2007

Strejilevich, Retamal Carrasco.- Vertex. 20.- 2003

Geller &Luby.- 1997.- Child and adolescent Bipolar Disorder

Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales. DSM IV TR. 2002.-

Reynares & Vieta. Intervencion familiar de tipo psicoeducativo. 2002.-

CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y  
PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA  
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE

**DATOS DEL AUTOR**

**Juan José Fernández.-**

[jfernandr@gmail.com](mailto:jfernandr@gmail.com) .

Domicilio 14 de julio nº 10 Torre 1, piso 1, dpto 8.  
Temperley (1834) . Cel: 1544166682.

Htal. Lucio Meléndez de Adrogué y

Policlínico S.T. de Santamarina de Mte. Grande.