

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

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN
UN SERVICIO PUBLICO DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE
LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores:

Amerio, Maria Alejandra

alejandraamerio@hotmail.com

Vázquez, Patricia Inés

patriciainesvazquez@gmail.com

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

RESUMEN

El desorden bipolar pediátrico (DBP) es un trastorno del humor crónico y recurrente con base fundamentalmente genética. Con frecuencia la enfermedad bipolar infantil queda infradiagnosticada o se diagnostica erróneamente.

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de consultas con diagnóstico presuntivo de trastorno bipolar en un servicio público de psiquiatría infantojuvenil de la ciudad de Rosario en período comprendido entre los meses de abril del 2011 a abril del 2012. Las categorías diagnósticas con mayor prevalencia en la población clínica infantil y adolescente fueron retraso mental y trastornos generalizados del desarrollo. De un total de 159 consultas obtuvimos como resultado que un 14,1 % correspondieron al diagnóstico presuntivo de espectro de trastorno bipolar. El relevamiento de datos obtenidos en este trabajo nos permitirá generar nuevas líneas de investigación en relación a comorbilidades en trastornos psiquiátricos en la población infanto-juvenil.

ABSTRACT

Pediatric bipolar disorder (PBD) is a chronic mood disorder strongly associated to genetic bases. Frequently, pediatric bipolar disorder is under-diagnosed or is erroneously diagnosed.

The aim of the present study was the evaluation of the prevalence of presumptive bipolar disorder in external admissions from a public department of pediatric psychiatry in Rosario city during a one year period from April 2011 to April 2012. The most prevalent diagnosed categories among children and adolescent clinical population were mental retardation and autism spectrum disorder. A total of 14,1% from 159 consultations correspond to a presumptive diagnostic of pediatric bipolar disorder. The data obtained in our work let us generate new lines of research associated with co-morbidities in pediatric and adolescent psychiatric disorders.

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

Palabras clave: enfermedad bipolar infanto-juvenil; prevalencia; consultorio externo.

INTRODUCCION

GENERALIDADES

En la antigüedad se creía que la enfermedad bipolar se iniciaba en la edad adulta temprana, y que los niños y adolescentes no padecían esta enfermedad.

Numerosos estudios realizados por grupos de investigación independientes indican que niños y adolescentes también pueden sufrirla. Sin embargo, es muy complejo estudiar determinadas características en la población pediátrica, tales como fenomenología, epidemiología, formas de presentación clínica y respuesta a los distintos tratamientos. Son sobre todo controvertidas las formas atípicas de bipolaridad en edad pediátrica, los cuadros clínicos diagnosticados como enfermedad bipolar no especificada y la continuidad de este diagnóstico en la edad adulta. (1, 2)

El desorden bipolar pediátrico (PBD) es un trastorno del humor crónico y recurrente con base fundamentalmente genética.(3, 4) Con una prevalencia del 1 al 7% incluidas las formas leves del espectro bipolar. Este espectro incluye: TB tipo I (episodios maníacos completos); TB tipo II (depresión con hipomanía) y TB no especificado (no cumple criterios del DSM IV para tipos I y II) la más frecuente en niños y adolescentes. (5)

Estudios recientes sugieren que el 30% de niños con TB- (NES) progresan a una bipolaridad I o II durante los tres años siguientes a su debut. (6)

También dentro del espectro bipolar encontramos: trastorno ciclotímico, caracterizado por numerosos episodios breves y recurrentes de hipomanía y depresión con una duración de al menos un año para niños y adolescentes. Clínicamente se expresa con inestabilidad en el

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

humor persistente que pueden alternar con periodos breves de eutimia. También pueden evolucionar a una bipolaridad I o II. (7)

El desorden bipolar en niños y adolescentes ha sido frecuentemente asociado a un desmejoramiento global considerable y una variedad de sintomatología. (7)

La definición de depresión es todavía controversial. En la pasada década se ha incrementado el diagnóstico de TB (trastorno bipolar) de comienzo temprano, sin embargo sigue siendo un diagnóstico controversial y un tópico altamente debatido en la psiquiatría infantil. Esta discusión se basa primariamente en la alta tasa de comorbilidad y superposición entre TB y otros desordenes psiquiátricos comúnmente hallados en este grupo etario. Por ejemplo la irritabilidad crónica es un síntoma de una variedad de desordenes psiquiátricos infantiles que incluyen TB, TADH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), trastorno oposicional desafiante y trastorno de conducta. Esta superposición y falta de especificidad de los síntomas puede interferir con una decisión diagnóstica apropiada. En un intento por resolver este dilema diagnóstico, algunos autores han recomendado que los síntomas cardinales de la manía: euforia e irritabilidad deben ser mandatorios para el diagnóstico de bipolaridad en niños.

Estudios retrospectivos han mostrado que adultos con TB presentaban un inicio de la enfermedad a edad temprana. (8)

Síntomas prodrómicos son identificables de 9 a 12 años antes de la confirmación diagnóstica. Entre ellos se describe la presencia de una fase prodrómica bipolar caracterizada por: cambio de humor, disturbios del sueño, irritabilidad, conductas disruptivas.(9)

Descubrir la sintomatología inicial del TB, genera intervenciones tempranas, medidas de prevención, y elucidar factores de riesgo y protectivos son herramientas útiles para evaluar los prodrómos del TB. (7)

La fenomenología del trastorno bipolar pediátrico es distinta a la presentación clásica de este trastorno en adultos como lo indican las altas tasas de síntomas psicóticos, episodios de ciclaje rápido, alta duración de los episodios, así como la presencia de síntomas

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

subsindromáticos por períodos largos. El pronóstico de los pacientes que inician la enfermedad durante la infancia y/o adolescencia es peor que para aquellos que la inician en la vida adulta. (8)

PREVALENCIA

Los primeros datos acerca de la prevalencia del trastorno bipolar en la edad pediátrica, y especialmente en los adolescentes, surgieron con el primer estudio epidemiológico conducido por Lewinsohn en los años 1990, el cual fue realizado en población escolar abierta. (10)

Encontraron una prevalencia del 1%; en este mismo estudio se propuso que las manifestaciones clínicas en los menores no se presentan de igual manera que en los adultos ya que una proporción de la población de adolescentes (5.4%) presentaban lo que denominó «síntomas nucleares» (irritabilidad, euforia y cualquier otro síntoma de elevación del estado de ánimo), pero no cumplían los criterios categóricos del DSM para manía/hipomanía. Más interesante aún fue que este subgrupo de adolescentes tenía una historia familiar y un nivel de disfunción similar a la población clínica de pacientes con diagnóstico de TB, sin cumplir con los criterios categóricos para realizar el diagnóstico.

Este hallazgo de Lewinsohn abrió la discusión acerca de las manifestaciones sintomáticas del padecimiento y constituye la base de lo que se conoce en la actualidad como TBP no especificado (TBNE), subtipo que es muy frecuente en la población de niños y adolescentes. (10)

HISTORIA DEL CONSTRUCTO TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (TBPNA)

En el 2001 el grupo de expertos en el TB del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos de América (NIMH por sus siglas en inglés), con base en los reportes de estudios

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

epidemiológicos, las series de casos, así como el creciente número de niños y adolescentes diagnosticados con TB, propuso la existencia de esta patología mental en población pediátrica, afirmando que los criterios del DSM-IV eran suficientes para elaborar el diagnóstico, siempre y cuando éstos se adecuaran a las distintas fases del desarrollo. (8)

En el 2003, Leibenluft propuso que, debido a la diversidad con la que se presenta el TBPNA, éste debía ser dividido en tres fenotipos: *El fenotipo estrecho*, el cual corresponde al que cumple todos los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico para los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV-TR por sus siglas en inglés), *el fenotipo intermedio* el cual se refiere a la presencia de hipomanía/manía no especificada, con síntomas clave pero modificando el criterio de tiempo a sólo dos a tres días de duración, o bien la presencia de hipomanía/manía irritable sin euforia. (9) Este último fenotipo, aunque con variaciones mínimas, es consistente con las descripciones de otros autores del TBPNE. Finalmente, *el fenotipo amplio*, el cual en la actualidad corresponde al constructo llamado «*desregulación severa del afecto*». A su vez, dicha autora propuso la modificación del criterio de tiempo de duración de los síntomas, mencionando que el episodio de alteración en los síntomas del estado de ánimo debía tener una duración mínima de cuatro horas, esto debido a la alta tasa de ciclaje en ésta población. (9, 11)

SÍNTOMAS CARDINALES O NUCLEARES (IRRITABILIDAD/EUFORIA)

Ha existido una controversia con respecto a los síntomas que se consideran como «cardinales» con respecto a los diferentes grupos de estudio. Por ejemplo, la población de niños y adolescentes con el fenotipo pre-puberal del TBP, como lo llamó Bárbara Geller, tiene la característica de ser una población muy seleccionada, evaluada con la entrevista llamada WASH-U-KSADS, la cual es una modificación del KSADS-PL. (12) El WASH-U-KSADS tiene una mayor adecuación de los síntomas de manía para las diferentes etapas del desarrollo, además de caracterizar las diferentes formas de ciclaje. Esta población en estudio consistió en niños y adolescentes con el diagnóstico de TBP-I, que tenían como

PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

síntoma cardinal la «*euforia*», (13) mientras que la irritabilidad no la consideraron como un síntoma «cardinal» de manía debido a que ésta es compartida por varios trastornos de inicio en la infancia, por lo que puede ser un síntoma altamente sensible pero poco específico, en especial para aquellos niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). (14) De esta manera Geller evitó incluir pacientes con TDAH sin TBP en su muestra.

De manera contraria a esta visión , otros grupos de estudio han considerado que la irritabilidad puede ser un síntoma cardinal de manía/hipomanía y le dan a este síntoma el mismo peso que a la euforia. (15, 16) Lo anterior estuvo basado en los resultados de un estudio que mostró que aunque la irritabilidad es un síntoma heterogéneo con distintos niveles de gravedad, en el caso del TBP la irritabilidad, que se denomina en inglés «*super grauchy crancky*», es distinta de la irritabilidad que se presenta en niños con TDAH y/o trastorno negativista y desafiante (TND) más depresión, y de los que tienen la comorbilidad TDAH/TBPNA.(15) Es así que tanto el grupo de Harvard como el de Pittsburgh también tienen estudios al respecto, en los que describen una muestra de pacientes con TBPNA pediátrico, los cuales en sus episodios de elevación presentan irritabilidad como síntoma principal. (15, 16)

Nosotros consideramos que el término de «*síntomas cardinales* » tiene limitaciones en su uso debido a que en un meta análisis en donde se evaluó la fenomenología del TBPNA, ni la euforia ni la irritabilidad constituyeron los síntomas más frecuentes de manía/hipomanía.(17) Por otra parte, aunque en los diversos estudios se describe la frecuencia de estos síntomas en las distintas poblaciones, no se han calculado la sensibilidad, la especificidad ni el valor predictivo positivo o negativo de estos dos síntomas como para denominarles «*cardinales*».(14) Se considera que un mejor término aplicable para estos dos síntomas sería el de «*nucleares*», proveniente del estudio de Lewinsohn. (10)

CRITERIO DE TIEMPO Y DURACIÓN DE LOS EPISODIOS (CICLAJE)

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

El DSM-IV-TR establece como criterio de tiempo para cada episodio al menos la presencia de cuatro días con los síntomas de elevación para el TBP II y al menos una semana o menos si se requiere la hospitalización para el TBP I. (16)

En población pediátrica existe controversia en cuanto a la duración que deberían tener los síntomas de elevación del estado de ánimo para ser considerados como un episodio de manía, hipomanía o no especificado. En este aspecto, el grupo de Geller incluyó en su muestra pacientes que han tenido síntomas de manía por un periodo mínimo de 15 días, (17) otros autores incluso han incluido pacientes con el criterio de duración de dos días de tal manera que no existe en la actualidad un consenso con respecto a la duración mínima que debería tener un episodio de manía para ser categorizado como tal.

En cuanto al término de ciclaje rápido, el DSM-IV especifica que los cambios en el estado de ánimo se deben presentar cuatro veces por año. La evidencia actual indica que los niños y adolescentes con TBP presentan una alta frecuencia de ciclaje, pues el cambio en la polaridad del estado de ánimo ocurren entre 21.1 a 59.2 veces por año, mostrando así altas tasas de ciclaje ultradiano, en algunos casos mayores a 66%.6 Cabe señalar que éste se presenta con mayor frecuencia cuando se pregunta por él en la evaluación dirigida.

OBJETIVOS

Estudiar la prevalencia de consultas con diagnóstico presuntivo de trastorno bipolar en un servicio público de psiquiatría infantojuvenil de la ciudad de Rosario en período comprendido entre los meses de abril del 2011 a abril del 2012.

Establecer una actualización, revisión sobre diagnóstico del trastorno bipolar en la población del grupo etario referido.

MATERIAL Y METODO

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

Se evaluaron la cantidad de pacientes que consultaron durante el período, comprendido entre abril del 2011 y abril del 2012 (12 meses) ,en consultorio externo de servicio de psiquiatría infantojuvenil del Hospital Provincial de Rosario, con diagnóstico presuntivo de trastorno bipolar en relación a la cantidad de consultas totales en dicho servicio durante el lapso citado.

Criterios diagnósticos:

Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM IV TR para trastorno bipolar son (16):

Criterios para el episodio maníaco

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. autoestima exagerada o grandiosidad
2. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
3. más hablador de lo habitual o verborreico
4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Criterios para el episodio mixto

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Criterios para el episodio hipomaniaco

A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. autoestima exagerada o grandiosidad
2. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
3. más hablador de lo habitual o verborreico
4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora
7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaníacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se observan en los Gráficos 1 y 2 y en la Tabla 1.

Gráfico 1: Consultas en un año, total 159. (en porcentaje)

Diagnósticos	
Retraso Mental	24,3
TGD	14,4
<u>Espectro Trastorno Bipolar</u>	<u>14,1</u>
TDHA	6,8
TOD	6,8
Esquizofrenia	6,8
PRPGA	6,8
TRV	4,5
Síndrome Genético	3,8
Trastorno Mixto del Lenguaje	3,0
TAG	3,0
Trastorno de ansiedad por separación	2,3
Trastorno Disocial	1,9
TEA	1,5
Total	100

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

**Tabla 1: Total de pacientes desde abril 2011 a abril 2012: 159
Total de pacientes con espectro trastorno bipolar: 23**

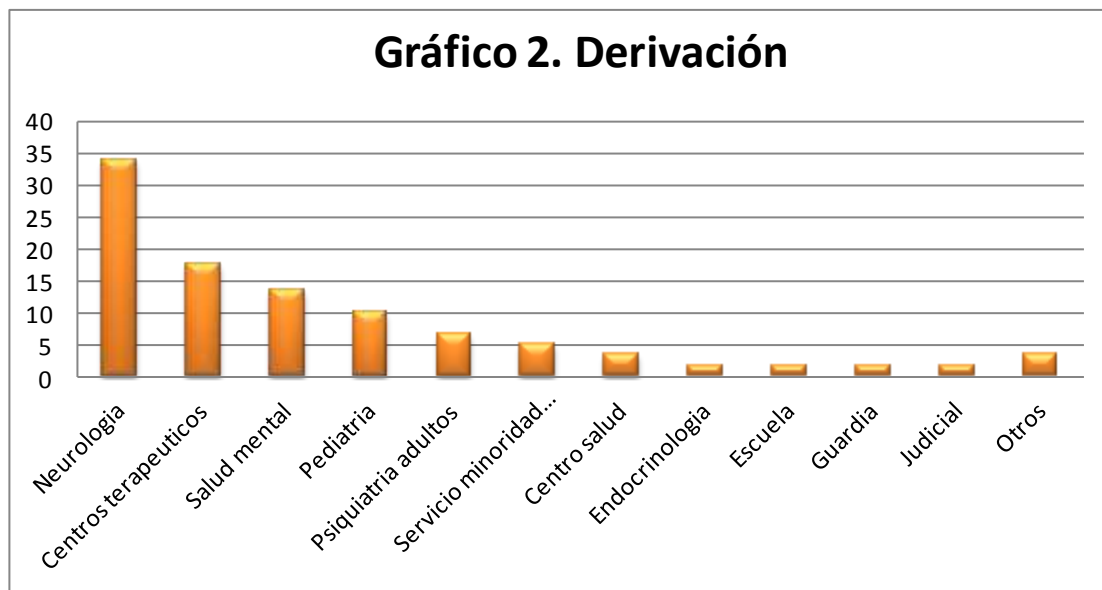
PACIENTES	COMORBILIDAD	TTO
M13	IMPULSIVIDAD	AC VALPROICO QUETIAPINA PSICOTERAPIA
M11	FLIA DISFUNCIONAL TRAST HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD	ARIPRAZOL PSICOTERAPIA PSICOEDUCACION
M14	SINDROME DE SOTO	AC VALPROICO PSICOTERAPIA
F11	FLIA DISFUNCIONAL (adoptada) TTRAST DE HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD	RISPERIDONA PSICOTERAPIA
F17	ESQUIZOENCEFALIA PARCIAL	AC VALPROICO RISPERIDONA PSICOTERAPIA
M11	FOBIAS (abuela y tía materna con trastorno bipolar en tto)	PSICOTERAPIA PSICOEDUCACION
F17	FLIA DISFUNCIONAL (madre psicótica no tratada)	RISPERIDONA PSICOTERAPIA
M11	TRAST VINCULAR	LEVOMEPRIMAZINA AC VALPROICO PSICOTERAPIA
M10	TRAST VINCULAR TDHA	RISPERIDONA PSICOTERAPIA
F17	TRAST VINCULAR (vive en hogar de huérfanos)	RISPERIDONA AC VALPROICO
M11	IMPULSIVIDAD TDHA	RISPERIDONA PSICOTERAPIA PSICOEDUCACION
M11	TRAST VINCULAR	RISPERIDONA PSICOTERAPIA
M16	AGRESIVIDAD IMPULSIVIDAD	AC VALPROICO RISPERIDONA PSICOTERAPIA
F17	AGRESIVIDAD IMPULSIVIDAD	TOPIRAMATO PSICOTERAPIA
F16	FOBIAS	RISPERIDONA PSICOTERAPIA
F7	CRISIS MASTURBATORIAS ANSIEDAD	AC VALPROICO RISPERIDONA PSICOTERAPIA
M11	TRAST DE CONDUCTA	AC VALPROICO PSICOTERAPIA
M9	TRAST DE CONDUCTA	ARIPRAZOL PSICOTERAPIA
F14	TRAST DISOCIAL	ARIPRAZOL AC VALPROICO PSICOTERAPIA
F13	TRASTORNO DE LA ALIMENTACION	ARIPRAZOL PSICOTERAPIA
M8	TDHA	PSICOTERAPIA
M13	TRAST DE CONDUCTA	RISPERIDONA PSICOTERAPIA
M11	IMPULSIVIDAD	AC VALPROICO PSICOTERAPIA

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

Gráfico 2. Origen de las derivaciones



**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

DISCUSIÓN

Desde hace mucho tiempo los clínicos han observado síntomas maníacos en niños y adolescentes. Los primeros casos descritos datan de mediados del siglo XIX. (18) En 1921 Kraepelin presentó una muestra de 900 pacientes con enfermedad maníaco-depresiva, que incluía adolescentes y hasta cuatro niños menores de diez años. (18)

Las cifras de prevalencia son sumamente variables en los diferentes estudios analizados. Es probable que estas variaciones en los valores estén basados en los distintos métodos utilizados.

En un meta-análisis reciente que incluyó 16222 niños y adolescentes de 7 países Lewinstohn (19) refiere 1.8% de prevalencia. En trabajos previos Lewinstohn (10) describe basado en una muestra de la comunidad de Oregon una prevalencia del 1%. Youngstrom y Duax (20) en otras muestras en niños y adolescentes de una comunidad observaron una prevalencia del 0.6% ascendiendo hasta un 30% en muestras clínicas.

Además, los expertos señalan un aumento paulatino de la prevalencia en adolescentes debido al fenómeno de “anticipación genética”, que describe un adelantamiento del primer episodio afectivo, debido a factores genéticos. (21)

Existen escasos trabajo que marcan prevalencia de consultas externas en servicios de psiquiatría infanto-juvenil. En la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universitaria, Universidad de Navarra, entre todos los niños y adolescentes valorados por primera vez en consultas externas desde el 2000 hasta el 2003, el 27% presentaban un trastorno del humor, y el 4% fueron diagnosticados de enfermedad bipolar. Es decir, la enfermedad bipolar representaba el 15% de los trastornos del humor en niños y adolescentes. (22)

El muestreo estadístico realizado en nuestro servicio de psiquiatría infantojuvenil durante un año, teniendo en cuenta un total de 159 pacientes atendidos por consultorio externo, y flexibilizando los criterios diagnósticos de trastorno bipolar tipo I y II establecidos por el

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

DSM IV TR al incorporar el concepto de espectro bipolar, que junto con la sintomatología prodrómica nos acercan a una posible articulación entre criterios diagnósticos y experiencia clínica válida para el grupo etario que consideramos, obtuvimos que el 14,4% de los pacientes correspondían a este espectro, cifras que coinciden con el citado trabajo previo.
(16)

La alta frecuencia de consultas por problemas de conducta y agresividad se relacionan con los diagnósticos prevalentes. Las categorías diagnósticas con mayor prevalencia en la población clínica infantil y adolescente fueron retraso mental y trastornos generalizados del desarrollo. Este resultado coincide, en líneas generales, con los de otros autores que han estudiado la prevalencia diagnóstica en población clínica en Latinoamérica.

Las derivaciones en lugar de originarse en servicios de medicina general o pediatría, fueron mayoritariamente provenientes de otras subespecialidades como neurología infantil.

La indicación de tratamiento psicológico es en todos los casos, marcando interdisciplina en relación a la terapéutica del niño.

El relevamiento de datos obtenidos en este trabajo nos permitirá generar nuevas líneas de investigación en relación a comorbilidades en trastornos psiquiátricos en la población infanto-juvenil.

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

BIBLIOGRAFIA

1. The Early Course of Bipolar Disorder in Youth at Familial Risk. Duffy A. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;18:200–205
2. Beyond Genetics. Etain B, Henry C, Belliver; F, Matthew F, Leboyer M. Bipolar Disorder. 2008;10:867–876
3. Glahn D, Bearden C, Niendam T et al. The feasibility of neuropsychological endophenotypes in the search for genes associated with bipolar affective disorder. Bipolar Disord 2004;6:171-182.
4. Faraone SV, Tsuang MT. Heterogeneity and the genetics of bipolar disorder. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2003;1231:1-9.
5. Nanagas MT. Bipolar disorders. Pediatr Rev. 2011;32(11):502-3.
6. Birmaher B, Axelson D, Strober M, Clinical Course of Children and adolescent with Bipolar spectrum disorder. Arch Gen Psychiatric 2006;63:175-183.
7. Zappitelli,I; Bordin,I; Hatch, J; Sheila C; Zunta-Soares, G; Olvera,R; Soares, C. Cinics 2011;66(5):725-730 Psychopathology Among Bipolar Offspring
8. National Institute of Mental Health. Research roundtable on prepubertad bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:871-878.
9. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK et al. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. Am J Psychiatry 2003;160:430-437.
10. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995;34(4):454-63.

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

11. Stringaris A, Baroni A, Haimm C, Brotman M et al. Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: Risk for manic episodes on follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:397-405.
12. Geller B, Tiilman R, Bolhofner K, Zimmerman B. Child bipolar I disorder: prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:1125-1133.
13. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Delbello MP et al. DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacology* 2002;12:11-25.
14. Mick E, Spencer T, Wozniak J, Biederman J. Heterogeneity of irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biol Psychiatry* 2005;58:576-582.
15. Jeffrey H, Birmaher B, Henrietta L, Strober M et al. Irritability without elation in a large bipolar youth sample: Frequency and clinical description. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:730-739.
16. American Psychiatric Association, editor. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
17. Geller B, Tillman R, Craney JL, Bolhofner K. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:459-467.
18. Silva RR, Matzner F, Diaz J, Singh S, Dummit IIIES. Bipolar disorder in children and adolescents. A guide to diagnosis and treatment. *CNS Drugs* 1999;12(6):12437-450.
19. Van Meter AR, Moreira AL, Youngstrom EA. Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(9):1250-6.

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés

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

20. Youngstrom EA, Duax J. Evidence-based assessment of pediatric bipolar disorder, part I: base rate and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(7):712-7.
21. Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 68-76.
22. Soutullo CA, Barroilhet S, Landecho I, Ortuño F. Nuevos tratamientos para la enfermedad bipolar en niños y adolescentes: aprendiendo de los estudios en adultos. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31 (1): 40-47.

Datos de los Autores:

Amerio, Maria Alejandra

Tel: 0341-155834284

alejandraamerio@hotmail.com

Médica Concurrente 3er año Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Provincial de Rosario. Rosario, Santa Fe
Argentina

Docente Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario.
Clínica San Felipe. Rosario
Tel: 4631624-4637015

Patricia Ines Vazquez

patriciainesvazquez@gmail.com

Médica Concurrente 2do año Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Provincial de Rosario
Docente Area Crecimiento y Desarrollo. Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional de Rosario.

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UN SERVICIO PUBLICO DE
PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.**

Autores: Amerio, Maria Alejandra y Vázquez, Patricia Inés